

<https://doi.org/10.56936/18291775-2023.36-31>

УДК: 616.311:616.36-002

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА И ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ДО И ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Азатян В.Ю.¹, Есаян Л.К.¹, Шмавонян М.В.², Парунакян И.К.³

¹ ЕГМУ, Кафедра терапевтической стоматологии

² ЕГМУ, Кафедра инфекционных болезней

³ Стоматологическая клиника «Ортодент»

Получена: 11.05.2023, рецензирована: 02.06.2023, принята: 23.10.2023

Ключевые слова: слизистая оболочка, пародонт, вирусный гепатит С.

Интерес к исследованию сочетанной патологии в последнее время объясняется накоплением новых фактов, появлением новых сведений о межорганных, межтканевых и межклеточных уровнях взаимодействия в системе целостного организма. В связи с этим актуальным является вопрос о связи заболеваний внутренних органов и органов полости рта [3, 25, 28].

Изучение сочетанных поражений кожи, внутренних органов, слизистой рта, их связь с общей патологией необходимы врачу для правильной постановки диагноза. Существует взаимосвязь большинства патологических процессов, протекающих на уровне слизистой рта, красной каймы губ и различных органов, и систем организма, поэтому именно поражения слизистой рта зачастую являются первыми признаками нарушения обмена веществ, а также различных общесоматических заболеваний [1, 10].

Ткани пародонта являются сложным структурно-функциональным комплексом и принимают участие в различных функциях организма: жевании, глотании, речи, дыхании. В структуре основных заболеваний органов и систем, а также тканей полости рта воспалительные процессы в пародонте занимают одну из лидирующих позиций, вызывают значительные функциональные расстройства челюстно-лицевой области и обуславливают потерю зубов, при этом, согласно ВОЗ, в 5 раз чаще, чем при осложненных формах кариеса [30, 31].

По данным ВОЗ, воспалительные заболевания пародонта являются одними из самых распространенных

стоматологических заболеваний в мире после кариеса зубов. Наиболее высокий уровень заболеваемости приходится на возраст 15-19 лет (55-89%), а также 35-44 года (65-98%) [4, 8, 36]. Заболевания пародонта в современной стоматологии составляют одну из важнейших проблем в связи с их широкой распространенностью, комплексным характером поражения с вовлечением в патологический процесс, помимо собственно тканей пародонта, других органов и систем, а также изменениями в различных звеньях гомеостаза организма человека, в том числе в процессах липопероксидации, иммунной, цитокиновой системах [15, 19, 21]. В целом патогенное действие стоматогенного очага связано с тем, что он является источником гетеро- (микробной, лекарственной) и аутоантигенной персистенции, а также оказывает угнетающее и дезорганизующее влияние на иммунную систему [7, 35, 37].

Коморбидные состояния в последние годы становятся все более распространенными и являются одним из факторов, значительно усложняющих ведение пациентов с пародонтитом в связи с возможным взаимоотношением характером течения [11, 27]. Так, например, воспалительные заболевания пародонта вынуждают откладывать противовирусную терапию вирусного гепатита С (ВГС), ускоряя тем самым прогрессирующее поражение печени [32, 38, 39].

В последние годы ВГС стал глобальной проблемой здравоохранения [5, 6, 41]. Серьезное беспокойство вызывают клинические последствия ВГС: развитие цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, которые снижают качество жизни пациентов и существенно ограничивают ее продолжительность [16]. Реальная распространенность ВГС может значительно превосходить официальную статистику, что обусловлено как спецификой самого заболевания (часто протекающего бессимптомно), так и отсутствием четко налаженной системы диагностики и регистрации больных. Уровень этого показателя значительно колеблет-

* 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

ся в зависимости от применяемой методики оценки, он может составлять от 1,5 млн до 5,7 млн человек, с учетом в сумме острых и хронических гепатитов. Так, по данным ВОЗ, в 2022 году в России число лиц с положительным тестом на антитела к гепатиту С составляло около 5 млн человек, из которых около 3,5 млн нуждаются в лечении [41].

Во всем мире хроническим ВГС страдает 71 млн человек. По оценкам ВОЗ в 2015 году наиболее часто он встречался в Европейском (1,5%) и Восточно-Средиземноморском (2,3%) регионах, тогда как в других регионах показатели распространенности ВГС находились в пределах от 0,5% до 1%. В некоторых странах высокие показатели заболеваемости ВГС могут отмечаться среди отдельных групп населения. Так, 23% новых случаев инфицирования ВГС и 33% смертности от ВГС связаны с употреблением инъекционных наркотиков. Однако национальные программы по борьбе с ВГС далеко не всегда охватывают потребителей инъекционных наркотиков и заключенных в местах лишения свободы [41].

Исследования полости рта при хронических диффузных заболеваниях печени представляют большой интерес для клиницистов [2, 17, 18, 22], так как патологические процессы, развивающиеся в печени, как правило, приводят к органическим и функциональным нарушениям в слизистой оболочке полости рта [14, 33].

Известно, что при хронических заболеваниях печени формируется вторичный иммунодефицит, оказывающий влияние не только на весь организм в целом, но и на состояние органов и тканей полости рта (слизистую оболочку, пародонт, твердые ткани зубов). Некоторые симптомы, выявляемые в процессе стоматологического обследования, могут оказать существенное влияние на своевременную диагностику и направление пациента к соответствующему специалисту [12, 23]. В целом патогенное действие стоматогенного очага связано с тем, что он является источником не только гетеро- (микробной, лекарственной) и аутоантигенной персистенции, но и оказывает угнетающее и дезорганизующее влияние на иммунную систему [13, 40, 43].

Таким образом, заболевания слизистой оболочки рта (СОР) и пародонта на фоне сопутствующих общесоматических заболеваний представляют одну из наиболее сложных проблем в стоматологии вследствие трудностей в диагностике и лечении [9, 24, 26, 29]. Развитие поражений СОР усугубляет течение основного заболевания, обуславливает особенности проведения лечебных мероприятий. Правильная и своев-

ременная оценка состояния СОР и пародонта, а также выбор врачом современных средств рационального лечения являются актуальными вопросами стоматологии [25, 34, 42].

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явилось изучение особенностей клинической картины полости рта и пародонта у пациентов с ВГС до и после проведенного комплексного лечения.

Материал и методы исследования

Пациенты с ВГС в составе 50 человек (37 мужчин и 13 женщин) находились на стационарном лечении в инфекционной клинической больнице «Норк» и клиническом центре «Арменикум» (ЗАО, г. Ереван) с 2019 по январь 2020 года. Средний возраст пациентов контрольной группы составил $50,05 \pm 13,29$ (СЗ±СО). У всех пациентов изучался стоматологический статус по заранее разработанным критериям, которые включали: внешний осмотр губ и углов рта; оценку состояния различных отделов СОР, маргинальной и альвеолярной частей десны, зубо-пародонтального комплекса, и языка. Проводилась также индексная оценка состояния тканей пародонта (индексы PI, SBI, OHI-S). По OHI-S определялось гигиеническое состояние полости рта. Пародонтальные индексы широко используются при диагностике заболеваний пародонта. Индексная оценка состояния тканей пародонта является ключевым моментом в описании пародонтологического статуса пациента.

Окончательный диагноз ВГС установлен на основании обнаружения в крови РНК вируса гепатита С методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Все пациенты с ВГС получали этиотропное лечение противовирусными препаратами, стоматологическое лечение (санация полости рта) и пробиотик «Брефовил» саше (производитель Sacura Italy, S.R.L.; активные вещества: *Saccharomyces boulardii* 8 mld UFC и цинк 10 мг). Препарат использовали местно в виде полосканий и питья по 2 саше в течение 10 дней.

Все обследованные лица давали письменное согласие на участие в научном исследовании.

Результаты и их обсуждение

Для изучения стоматологического статуса учитывались жалобы пациентов и данные клинического осмотра полости рта, который включал: внешний осмотр губ и углов рта, оценку состояния различных отделов СОР.

Пациенты предъявляли жалобы на неприятные

Таблица 1
Состояние различных отделов СОР при ВГС до и после лечения

Признак		До лечения (n=50)		После лечения (n=50)	
		абс.	%	абс.	%
Эрозии на губах	нет	46	92	49	98
	есть	4	8	1	2
Трещины в углах рта	нет	30	60	41	82
	есть	20	40	9	18
Цвет СОР	Синюшный	0	0	0	0
	Ярко-красный	22	44	13	26
	Розовый	22	44	35	70
	Бледно-розовый	6	12	2	4
Нарушение рельефа СОР	нет	8	16	27	54
	есть	42	84	23	56
Геморрагии на слизистой щек и твердом небе	нет	10	20	28	56
	есть	40	80	22	44
Телеангиэктазии на слизистой щек	нет	16	32	32	64
	есть	34	68	18	36
Цвет языка	Ярко-красный	32	64	16	32
	Красный	7	14	3	6
	Розовый	11	22	31	62
Наличие налета на поверхности языка	нет	3	6	26	52
	есть	47	94	24	48
Очаги десквамации эпителия на поверхности языка	нет	20	40	38	76
	есть	30	60	12	24

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 1.

Эрозии, которые при объективном исследовании губ до лечения были выявлены у 4 обследованных, после лечения обнаружены у одного больного. Несомненно, с учетом небольшого числа пациентов, данные по этому критерию недостоверны. По остальным критериям результаты весьма наглядны. Так, после лечения трещины в углах рта встречались в 2,2 раза реже, нарушения рельефа СОР – в 1,5 раза, геморрагии на слизистой щек и твердом небе – в 1,8 раз и телеангиэктазии – в 1,9 раз реже, чем до лечения. Разница между всеми этими показателями до и после лечения отличалась высокой статистической достоверностью ($p<0,001$).

После лечения такие же закономерности наблюдались при исследовании языка. Так, налет на поверхности языка выявлен почти в 2 раза реже, а очаги десквамации эпителия на поверхности языка - в 2,5 раза реже. При изучении разницы между этими показателями также выявлена высокая статистическая достовер-

ность – $p<0,001$ (рис. 1).

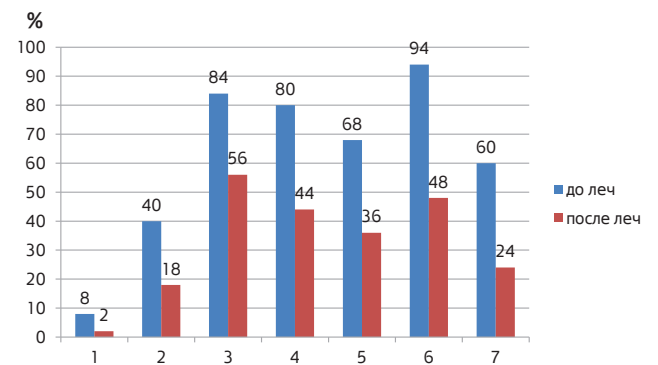


Рис. 1 Состояние различных отделов СОР при ВГС до и после лечения: (1- эрозии на губах; 2- трещины в углах рта; 3- нарушение рельефа СОР; 4- геморрагии на слизистой щек и твердом небе; 5- телеангиэктазии на слизистой щек; 6- наличие налета на поверхности языка; 7- очаги десквамации эпителия на поверхности языка)

При объективном исследовании преддверия и собственно полости рта у пациентов группы с ВГС как до, так и после лечения синюшный цвет СОР не выявлялся, а при бледно-розовом цвете разница данных до и после лечения была недостоверной ($p>0,18$). Яр-

Таблица 2
Состояние маргинальной и альвеолярной частей десны у пациентов с ВГС до и после лечения

Признак		До лечения (n=50)		После лечения (n=50)	
		абс.	%	абс.	%
Гиперемия	нет	40	80	44	88
	есть	10	20	6	12
Цианоз	нет	11	22	29	58
	есть	39	78	21	42
Отек	нет	41	82	46	92
	есть	9	18	4	8
Рыхлость сосочков	нет	50	100	50	100
	есть	0	0	0	0
Атрофия	нет	38	76	44	88
	есть	12	24	6	12
Кровоточивость	нет	27	54	38	76
	есть	23	46	12	24
Десквамация эпителия десен	нет	49	98	50	100
	есть	1	2	0	0

ко-красный цвет почти в 2 раза реже наблюдался после лечения ($p<0,05$), а розовый цвет СОР – в 1,6 раза чаще ($p<0,01$; рис. 2а). Что касается цвета языка, то ярко-красный цвет выявлен в 2 раза реже, а розовый цвет – почти в 3 раза чаще после лечения ($p<0,001$). Разница данных до и после лечения при выявлении красного цвета оказалась недостоверной ($p>0,25$; рис. 2б).

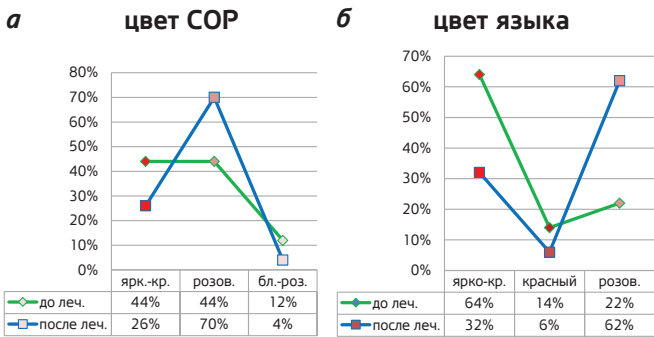


Рис. 2 Цвет СОР (а) и языка (б) при ВГС до и после лечения

Течение ВГС значительно отягощает неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта, которое повышает риск развития местных воспалительных изменений. Это обосновывает необходимость раннего осмотра стоматологом пациентов с ВГС для повышения эффективности лечения и профилактики заболеваний полости рта.

Выявляемость болезней пародонта у обследованных нами пациентов с ВГС составила 100%. При объективном осмотре полости рта пациентов с ВГС,

выявлено наличие генерализованного воспалительного процесса в области маргинальной и альвеолярной частей десны (табл. 2 и рис. 3).

Из симптомов, свидетельствующих о наличии генерализованного воспалительного процесса в области маргинальной и альвеолярной частей десны, достоверно претерпели изменения после лечения следующие: цианоз ($p<0,001$) и кровоточивость ($p<0,02$). Выявление обоих симптомов уменьшилось почти в 2 раза. Разница в выявляемости остальных критериев (гиперемия, отек, атрофия и десквамация эпителия десен) была статистически недостоверна. Рыхлость десневых сосочков не наблюдалась ни в одной из групп наблюдений.

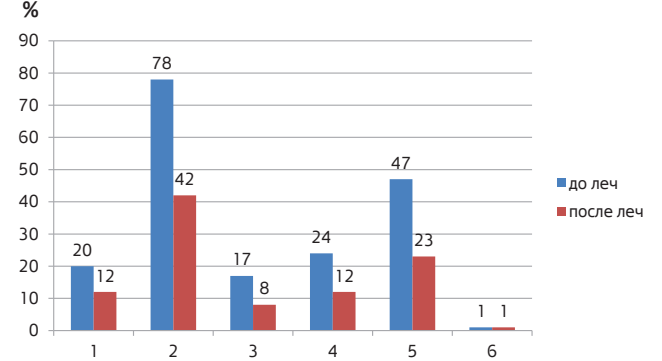


Рис. 3 Состояние маргинальной и альвеолярной частей десны у пациентов с ВГС до и после лечения: 1- гиперемия; 2- цианоз; 3- отек; 4- атрофия; 5- кровоточивость; 6- десквамация эпителия десен

После проведенного комплексного лечения более выраженные положительные сдвиги наблюдались со

Таблица 3
Состояние зубо-пародонтального комплекса у пациентов с ВГС до и после лечения

Признак		До лечения (n=50)		После лечения (n=50)	
		абс.	%	абс.	%
Наддесневые зубные отложения	нет	24	48	34	68
	есть	26	52	16	32
Поддесневые зубные отложения	нет	26	52	37	74
	есть	24	48	13	26
Подвижность зубов	I степень	15	30	16	32
	II степень	18	36	10	20
	III степень	0	0	0	0
	Отсутствует	17	34	24	48
Пародонтальные карманы (ПК) >3,5 мм	нет	4	8	28	56
	есть	46	92	22	44
Гнойные выделения из патологических карманов	нет	25	50	48	96
	есть	25	50	2	4
Наличие неприятного запаха изо рта	нет	26	52	42	84
	есть	24	48	8	16

стороны зубо-пародонтального комплекса (табл. 3 и рис. 4).

Наибольшие изменения после лечения наблюдались в частоте выявления ПК >3,5 мм (более, чем в 2 раза), гнойных выделений (почти в 13 раз) и жалоб на наличие неприятного запаха (в 3 раза). Выявление этих критериев значительно уменьшилось и разница с их выявляемостью до лечения была высоко достоверна ($p<0,001$). Наддесневые и поддесневые зубные отложения также выявлялись с меньшей частотой после лечения, разница показателей также была достоверна ($p<0,04$ и $p<0,018$ соответственно).

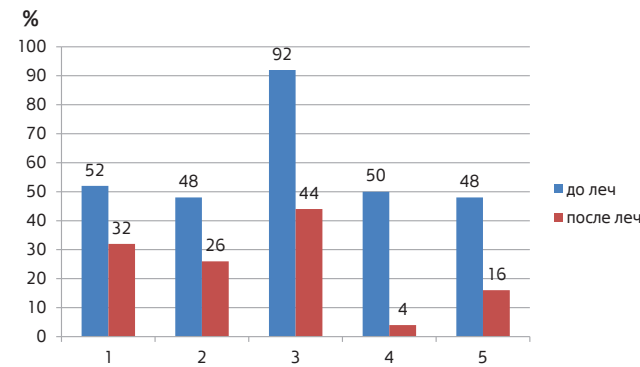


Рис. 4 Состояние зубо-пародонтального комплекса у пациентов с ВГС до и после лечения: 1, 2- наддесневые и поддесневые зубные отложения; 3- ПК>3,5 мм; 4- гнойные выделения из патологических карманов; 5- наличие неприятного запаха изо рта

Патологическая подвижность зубов у пациентов с ВГС до и после лечения достоверно не изменилась.

У пациентов с ВГС после лечения также были определены пародонтальные индексы: в частности, PI по Russel, SBI по Mühlemann and Son, OHI-S по J. C. Green- J. K. Vermillion (табл. 4).

Как видно из таблицы 4, у пациентов с ВГС показатели пародонтальных индексов статистически значимо отличались до и после проведенного комплексного лечения. Показатели индекса PI, SBI и OHI-S более чем в 1,5 раза снизились с высокой степенью достоверности ($p<0,001$).

Результативность проведенного комплексного лечения и объяснительных работ по поводу мероприятий относительно гигиены полости рта весьма наглядна при анализе критериев оценки гигиенического состояния полости рта по индексу OHI-S (табл. 5 и рис. 5).

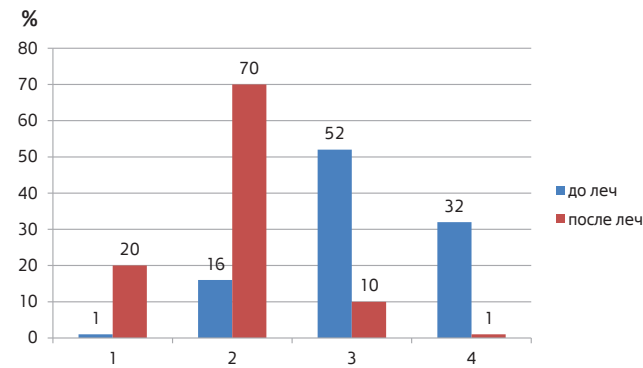


Рис. 5 Результаты оценки гигиенического состояния полости рта по индексу OHI-S при ВГС до и после лечения

Таблица 4

Индексная оценка состояния тканей пародонта у пациентов с ВГС до и после лечения (СЗ ± СО)

Показатели	До лечения	После лечения
PI, баллы	4,25±0,78*	2,54±0,49*
SBI, баллы	2,82±0,09*	1,74±0,31*
ОHI-S, баллы	1,57±0,38*	0,94±0,25*

* p<0,001

Таблица 5

Оценка гигиенического состояния полости рта по ОHI-S у пациентов с ВГС до и после лечения

Группа	Уровень гигиены							
	Хороший (0 – 0,6)		Удовлетв. (0,7 – 1,6)		Неудовлетв. (1,7 – 2,5)		Плохой (≥ 2,6)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пациенты с ВГС до лечения (n=50)	-	-	8	16	26	52	16	32
Пациенты с ВГС после лечения (n=50)	10	20	35	70	5	10	-	-

Установлено, что хороший уровень гигиены у пациентов с ВГС до лечения не выявлен ни в одном из случаев, а плохой уровень – почти у одной трети пациентов. Напротив, после лечения хороший уровень гигиены выявлен у 20% пациентов, а плохой – ни в одном из случаев. Число пациентов с удовлетворительным уровнем гигиены полости рта после лечения увеличилось более чем в 4 раза, а с неудовлетворительным уровнем - уменьшилось более чем в 5 раз. При сравнении показателей до и после лечения разница данных была высоко достоверна (p<0,001).

Выводы

Таким образом, при сравнительном изучении поражений СОР и пародонта до и после лечения при вирусном гепатите С установлено, что основные симптомы достоверно претерпевают динамику в сторону улучшения и выявляются с меньшей частотой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородовицина С.И., Савельева Н.А., Межевикина Г.С., Жильцова Е.Е., Филимонова Л.Б. Основные заболевания слизистой оболочки рта //Атлас. ФГБОУВО РязГМУ Минздрава России. Рязань: ОТС и ОП, 2019, 316 с.

2. Гажва С.И., Иголкина Н.А. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта // Терапевтический архив, 2013, 85(10), с. 116-118

3. Гажва С.И., Касумов Н.С. Стоматологический статус у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени // Научное обозрение. Медицинские науки, 2016, № 4, с. 18-21. Available: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=904> (дата обращения: 15.07.2021)

4. Дзюба Е.В., Нагаева М.О., Жданова Е.В. Роль иммунологических процессов в развитии воспалительных заболеваний пародонта и возможности их коррекции //Проблемы стоматологии, 2019, т. 15, № 2, с. 24-31

5. Зайратьянц О.В., Ющук Н.Д., Хрипун А.И., Знойко О.О., Гудкова С.Б., Орехов О.О., Красненкова С.Ф., Журавлева А.В. Распространенность инфекции, вызванной вирусами гепатита В и С, по материалам летальных исходов в Москве в 2015–2017 гг // Архив патологии, 2019, № 2, с. 29-35

6. Климова Е.А., Маевская М.В., Знойко О.О., Шестакова И.В., Павлов Ч.С., Чуланов В.П., Сюткин В.Е. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных вирусным гепатитом С. Москва, 2017, 69 с.

7. Ковалевский А.М., Ковалевский В.А. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы). Ч. I // Институт стоматологии, 2017, № 4 (77), с. 88-90

8. Микляев С.В., Леонова О.М., Сущенко А.В. Анализ распространенности

хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта // Современные проблемы науки и образования, 2018, № 2, Available: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27454>

9. Робакидзе Н.С. Клинико-морфологические и иммуногистохимические особенности патологии слизистой оболочки полости рта при воспалительных заболеваниях кишечника // Автореферат дис... д.м.н., СПб, 2016, 33 с.

10. Шихнабиева Э.Д., Шихнебиев Д.А. Коморбидность воспалительных заболеваний тканей пародонта и внутренней системы (обзор литературы) // Стоматологическое образование, 2020, № 71, с. 36-39

11. Akimov V.V., Kuzmina D., Fedoskina A., Vlasova T., Dvaladze L., Ryzhkov V., Akimov V.P. Assessment of laser and antioxidant therapy efficacy in treatment of chronic generalized periodontitis. Georgian Med. News, 2021, (311):54-57

12. Alaizari N.A., Al-Maweri S.A., Al-Shamiri H.M., Tarakji B., Shugaa-Addin B. Hepatitis C virus infection in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. Australian Dental Journal, 2016, 61: 282-287. doi: 10.1111/adj.12382

13. Austria A.M., Ninčević V., Wu G.Y., Smolic M., Vcev A., Wu G.Y. A brief update on the treatment of hepatitis C. Update on hepatitis C. Intech. Open, 2017: 3-16. doi: 10.5772/intechopen.70685

14. Barsetto D., Fussey J., Fabris L., Bandolin L., Gandioso P., Phillips V., Polesel J., Boscolo-Rizzo P. Infection and the risk of head and neck cancer: a meta-analysis. Oral Oncol., 2020, 109: 104869. doi: 10.1016/j.oraloncology.2020.104869

15. Beck J.D., Slade G.D. Epidemiology of periodontal diseases [Review]. Current

- Opinion Periodontology, 2014, 3: 3-9
16. Bulfoni M., Pravisani R., Dalla E., Cesselli D., Hidaka M., Di Loreto C., Eguchi S., Baccarani U. miRNA expression profiles in liver grafts of and HIV/HCV-infected recipients, 6 months after liver transplantation. *J. Med. Virol.*, 2021, 93(8): 4992-5000. doi: 10.1002/jmv.26999
 17. Chilaka V.N., Konje J.C. Viral hepatitis in pregnancy. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2021, 256: 287-296. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.11.052
 18. Cozzani E., Herzum A., Burlando M., Parodi A. Cutaneous manifestations of HAV, HBV, HCV. *Ital. J. Dermatol. Venerol.*, 2021, 156: 5-12. doi: 10.23736/S2784-8671.19.06488-5
 19. Curtis M.A., Diaz P.I., Van Dyke T.E. The role of the microbiota in periodontal disease. *Periodontol.*, 2000, 2020, 83(1):14-25. doi: 10.1111/prd.12296
 20. Deng K., Pelekos G., Jin L., Tonetti M.S. Gingival bleeding on brushing as a sentinel sign of gingival inflammation: a diagnostic accuracy trial for the discrimination of periodontal health and disease. *J. Clin. Periodontol.*, 2021, 48(12): 1537-1548. doi: 10.1111/jcpe.13545
 21. Distefano M., Polizzi A., Santonocito S., Romano A., Teresa Lombardi T., Isola G. Impact of oral microbiome in periodontal health and periodontitis: a critical review on prevention and treatment. *Int. J. Mol. Sci.*, 2022, 23(9): 5142. doi: 10.3390/ijms23095142
 22. Elbatae H., Abdel-Razik A., Mousa E., Elshenaway M. Periodontal disease as predictor of chronic liver diseases. *Medical Journal of Viral Hepatitis*, 2020, 4: 57-61. doi: 10.21608/mjvh.2020.80651
 23. Gheorghe D.N., Foia L., Toma V., Surdu A., Herascu E., Popescu D. M., Surlin P., Vere C. C., Rogoveanu I. Hepatitis C infection and periodontal disease: Is there a common immunological link? *J. Immunol. Res.*, 2018, 2018: 8720101. doi: 10.1155/2018/8720101
 24. Goulão B., Mac Lennan G.S., Ramsay C.R. Have you had bleeding from your gums? Self-report to identify gingival inflammation (The SING diagnostic accuracy and diagnostic model development study). *J. Clin. Periodontol.*, 2021, 48(7): 919-928. doi: 10.1111/jcpe.13455
 25. Han P., Sun D., Yang J. Interaction between periodontitis and liver diseases. *Biomedical Reports*, 2016, 5(3): 267-276. doi: 10.3892/br.2016.718
 26. Jervøe-Storm P.M., Eberhard J., Needleman I., Worthington H.V., Jepsen S. Full-mouth treatment modalities (within 24 hours) for periodontitis in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2022, 6(6): CD004622. doi: 10.1002/14651858.CD004622.pub4
 27. Jin L.J., Lamster I.B., Greenspan J.S., Pitts N.B., Scully C., Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Dis.*, 2016, 22(7): 609-619. doi: 10.1111/odi.12428
 28. Kitamoto S., Kamada N. Periodontal connection with intestinal inflammation: microbiological and immunological mechanisms. *Periodontol.* 2000, 2022, 89(1): 142-153 doi: 10.1111/prd.12424
 29. Kuraji R., Sekino S., Kapila Y., Numabe Y. Periodontal disease-related nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis: an emerging concept of oral-liver axis. *Periodontol.* 2000, 2021, 87(1): 204-240. doi: 10.1111/prd.12387
 30. Lamster I.B., Myers-Wright N. Oral health care in the future: expansion of the scope of dental practice to improve health. *J. Dent. Educ.*, 2017, 18(9): eS83-S90. doi: 10.21815/JDE.017.038
 31. Loos B.G., Van Dyke T.E. The role of inflammation and genetics in periodontal disease. *Periodontol.* 2000, 2020, 3(1): 26-39. doi: 10.1111/prd.12297
 32. Nagao Y., Kimura T., Nagao H. Analysis of hepatitis B and C virus infections amongst members of the dental national health insurance society in the Oita prefecture. *Biomedical Reports*, 2020, doi:10.3892/br.2020.1399
 33. Nayyar S.S., Thiagarajan S., Malik A., D'Cruz A., Chaukar D., Patil P., Alahari A.D., Lashkar S.G., Prabhaskar K. Head and neck squamous cell carcinoma in HIV, HBV and seropositive patients - prognosis and its predictors. *J. Cancer Res. Ther.*, 2020, 16(3): 619-62, doi: 10.4103/jcrt.JCRT_166_19
 34. Pinna R., Cocco F., Campus G., Conti G., Milia E., Sardella A., Cagetti M.G. Genetic and developmental disorders of the oral mucosa: epidemiology; molecular mechanisms; diagnostic criteria; management. *Periodontol.* 2000, 2019, 80(1): 12-27. doi: 10.1111/prd.12261
 35. Pires J.R., Nogueira M.R.S., Nunes A.J.F., Degand D.R. F., Pessoa L.C., Damante C.A., M.S.R., Greggi S.L.A., de Rezende M.L.R., Sant'Ana A.C.P. Deposition of immune complexes in gingival tissues in the presence of periodontitis and systemic lupus erythematosus. *Front. Immunol.*, 2021, 12: 591236. doi: 10.3389/fimmu.2021.591236
 36. Sedghi L.M., Bacino M., Kapila Y.L. Periodontal disease: the good, the bad, and the unknown. *Front. Cell. Infect. Microbiol.*, 2021, 11: 766944. doi: 10.3389/fcimb.2021.766944
 37. Suárez L.J., Garzón H., Arboleda S., Rodríguez A. Oral dysbiosis and autoimmunity: from local periodontal responses to an imbalanced systemic immunity. a review. *Front. Immunol.*, 2020, 11:591255. doi: 10.3389/fimmu.2020.591255
 38. Surlin P., Gheorghe D.N., Popescu D.M., Martu A.M., Solomon S., Roman A., Lazar L., Stratul S.I., Rusu D., Foia L., Boldeanu M.V., Boldeanu L., Danilescu M., Rogoveanu I. Interleukin-1 α and -1 β assessment in the gingival crevicular fluid of periodontal patients with chronic hepatitis C. *Exp. Ther. Med.*, 2020, 20(3): 2381-2386. doi: 10.3892/etm.2020.8906
 39. Surlin P., Lazar L., Sincar C., Gheorghe D.N., Popescu D.M., Boldeanu V.M., Pitru A., Florescu C., Rogoveanu I. NLRP3 inflammasome expression in gingival crevicular fluid of patients with periodontitis and chronic hepatitis C. *Mediators Inflamm.*, 2021: 6917919. doi: 10.1155/2021/6917919
 40. Takai S., Kuriyama T., Yanagisawa M. Incidence and bacteriology of bacteremia associated with various oral and maxillofacial surgical procedures. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 2015, 99(3): 292-298. doi: 10.1016/j.tripleo.2004.10.022
 41. World Health Organization (WHO). World Hepatitis Alliance. Hepatitis C. 2021. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>. Accessed 20 May, 2022
 42. Xu W., Zhang Z., Yao L., Xue B., Xi H., Wang X., Sun S. Exploration of shared gene signatures and molecular mechanisms between periodontitis and nonalcoholic fatty liver disease. *Front. Genet.*, 2022, 13: 939751. doi: 10.3389/fgene.2022.939751
 43. Yura Y., Hamada M. Oral immune-related adverse events caused by immune checkpoint inhibitors: salivary gland dysfunction and mucosal diseases. *Cancers (Basel)*, 2022, 14(3): 792. doi: 10.3390/cancers14030792

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹԻ ԵՎ ՊԱՐՕՂՈՆՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐԻ ԱՌԱՆՁՆԱԶՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ ՇԵՊԱՏԻՏ Ց-ՈՎ ԲՈՒԺԱՌՈՒՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Ազատյան Վ. Յու.¹, Եսայան Լ. Կ.¹, Շմավոնյան Մ. Վ.², Պարունակյան Ի. Կ.³

¹ ԵՊԲՀ թերապևտիկ ստոմատոլոգիայի ամբիոն

² ԵՊԲՀ ինֆեկցիոն հիվանդությունների ամբիոն

³ Ստոմատոլոգիական կլինիկա «Օրթոդենտ»

Բանալի բառեր՝ բերանի լորձաթաղանթ, պարոդոնտ, վիրուսային հեպատիտ C:

Ստոմատոլոգիական վիճակն ուսումնասիրելու համար հաշվի են առնվել բուժառուների գանգատները և բերանի խոռոչի կլինիկական հետազոտության տվյալները՝ բերանի խոռոչի, շուրթերի և անկյունների արտաքին հետազոտություն, բերանի լորձաթաղանթի տարբեր հատվածների վիճակի գնահատում:

Բուժառուները գանգատվել են բերանի խոռոչում տհաճ զգացողությունից, բերանի չորությունից, շրթունքների ձգումից, բերանի անկյունների ցավից, լեզվում այրման և քորի զգացումից, համի փոփոխությունից, փառակալված լեզվից, բերանի լորձաթաղանթի անհարթությունից:

Վիրուսային հեպատիտ C-ի ընթացքը զգալիորեն սրվում

է բերանի խոռոչի անբավարար հիգիենայի պատճառով, որը մեծացնում է տեղային բորբոքային փոփոխությունների առաջացման վտանգը: Սա հիմնավորում է վիրուսային հեպատիտ C-ով բուժառուների ստոմատոլոգիական վաղ հետազոտության անհրաժեշտությունը՝ բերանի խոռոչի հիվանդությունների բուժման և կանխարգելման արդյունավետությունը բարելավելու համար:

Այսպիսով, բերանի խոռոչի և պարոդոնտի ախտահարումների համեմատական ուսումնասիրության ժամանակ վիրուսային հեպատիտ C-ի բուժումից առաջ և հետո պարզվել է, որ հիմնական ախտանիշները զգալիորեն ենթարկվում են դրական դինամիկայի և հայտնաբերվում են ավելի փոքր հաճախականությամբ:

SUMMARY

FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE OF THE ORAL MUCOSA AND PERIODONTIUM IN PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS C BEFORE AND AFTER COMPLEX TREATMENT

Azatyany V.Yu.¹, Yessayan L.K.¹, Shmavonyan M.V.², Parunakyan I.K.³

¹ YSMU, Department of Therapeutic Stomatology

² YSMU, Department of Infectious Diseases

³ "Ortodent" Dental Clinic

Keywords: mucous membrane, periodontium, viral hepatitis C.

To study the dental status, patients' complaints and data from a clinical examination of the oral cavity were taken into account, which included: external examination of the lips and corners of the mouth, assessment of the condition of various parts of the oral mucosa.

Patients complained about discomfort in the oral cavity, dry mouth, tightness of the lips, soreness in the corners of the mouth, burning and tingling sensation in the tongue, changes in taste, coated tongue, roughness of the oral mucosa.

The course of HCV is significantly aggravated by poor oral hy-

giene, which increases the risk of developing local inflammatory changes. This justifies the need for early dental examination of patients with HCV to improve the effectiveness of treatment and prevention of oral diseases.

Thus, in a comparative study of lesions of the oral cavity and periodontium before and after treatment for viral hepatitis C, it was found out that the main symptoms significantly undergo dynamics towards improvement and are detected at a lower frequency.