

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ
ЖЕНЩИН**

Камилов Х.П. - д.м.н., профессор, Ташкентский государственный
стоматологический институт

Бахрамова Ф.Н. – Ташкентский государственный стоматологический институт

Ибрагимова М.Х. - д.м.н., профессор, Ташкентский государственный
стоматологический институт

Аннотация. Значительное место в развитии вирусных заболеваний человека занимают, обусловленные вирусами семейства *Herpesviridae*, обладающие патогенетическими особенностями, как клеточный паразитизм, запускающий программу апоптоза клетки. В настоящее время отмечается различная степень иммунодефицита, в связи с чем и увеличивается число пациентов с герпесвирусной инфекцией. По полученным результатам исследования многих авторов, у беременных, страдающих герпесвирусом, ведущим условием проявления осложнений считают иммунологическое нарушение в организме [3,7,9]. Наличие ВПГ в крови у беременной может привести к различным патологиям (выкидыши, недоношенность плода, мертворождение).

Ключевые слова: Хронический рецидивирующий герпетический стоматит, беременность, послеродовой период, иммунитет, слизистая оболочка полости рта, лечение.

Annotation. A significant place in the development of human viral diseases is occupied by viruses of the *Herpesviridae* family, which have pathogenetic features such as cellular parasitism, which triggers a program of cell apoptosis. Currently, there is a varying degree of immunodeficiency, which is why the number of patients with herpesvirus infection is increasing. According to the results of a study by many authors, in pregnant women suffering from herpesvirus, an immunological disorder in the body is considered the leading condition for complications [3,7,9]. The presence of HSV in the blood of a pregnant woman can lead to various pathologies (miscarriages, prematurity of the fetus, stillbirth).

Key words: Chronic recurrent herpetic stomatitis, pregnancy, postpartum period, immunity, oral mucosa, treatment.

Annotatsiya. *Herpesviridae* oilasining viruslari patogenetik xususiyatlarga ega bo'lgan, hujayra apoptozi dasturini ishga tushiradigan hujayra paraziti sifatida inson virusli kasalliklarining rivojlanishida muhim o'rin egallaydi. Hozirgi vaqtda иммунитет tanqisligining turli darajalari qayd etilishi bilan herpesvirus infeksiyasi bo'lgan bemorlar soni ko'paymoqda. Ko'pgina mualliflarning tadqiqot natijalariga ko'ra, herpesvirus bilan og'rigan homilador ayollarda organizmdagi asoratlar namoyon bo'lishining yetakchi sharti immunologik buzilishlar hisoblanadi [3,7,9]. Homilador ayolning qonida OGV mavjudligi turli xil patologiyalarga olib kelishi mumkin (homilaning tushishi, homilaning erta tug'ilishi, o'lik tug'ilish).

Kalit so'zlar: Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit, homiladorlik, tug'ruqdan keyingi davr, иммунитет, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, davolash.

По данным ВОЗ более 90% населения мира инфицированы вирусами герпеса (ВПГ) является весьма распространенным вирусом человека, существующим в организме человека в латентном состоянии [1,2,8,14]. ВПГ занимает второе место на земном шаре (15,8%) после вируса гриппа (35,8%) по состоянию процента летальности. В большинстве самых развитых стран мира вирус простого герпеса инфицирует людей к 40 годам жизни, 80% населения бывают заражены генитальным вирусом. Особенно актуальным является поражение ВПГ беременных и кормящих женщин, организм которых претерпевает ряд таких физиологических изменений, как снижение иммунитета, гормональные перестройки и повышенную чувствительность тканей. При поражении ВПГ развивается хронический рецидивирующий герпетический стоматит (ХРГС), с подавлением синтеза клеточных ДНК, РНК и белков, в слюне обнаруживаются лишь у 10% лиц, инфицированных вирусом ВПГ-1 при отсутствии признаков поражения СОПР [4,12,13].

Причиной возникновения самопроизвольных выкидышей, 30% на ранних и 50% на поздних сроках беременности, служит наличие в организме матери вируса герпеса, что вызывает вторичную иммунную недостаточность [5,6,10,11].

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности комплексного лечения беременных и кормящих женщин, пораженных ХРГС.

Материалы и методы исследования. Исследования хронического рецидивирующего герпетического стоматита проведены на базе кафедры госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института за период с 2023-2025 годы. Были обследованы по обращаемости 95 беременных и кормящих женщин в возрасте от 18 до 40 лет (Таблица1). Проведены клинические, стоматологические и статистические методы исследования. Разработана схема местного и общего лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита пациенткам группы сравнения (традиционное), также беременным и кормящим женщинам основной группы (предлагаемое комплексное). Пациентки группы сравнения получали традиционное местное и общее лечение, основной группы получали комплексное лечение. Герпесвирус обнаружения методом полимеразной цепной реакции, материал был взят непосредственно из содержимого везикул.

Из таблицы 1 видно, что беременные, имеющие ХРГС в возрасте 18-30 лет составили 32 (33,68%), в возрасте 31-40 лет составили 19 (20,0%). Кормящие женщины, имеющие ХРГС в возрасте 18-30 лет составили 28 (29,47%), в возрасте 31-40 лет составили 16 (16,84%). Контрольную группу составили 20 здоровых женщин, не являющихся беременными и кормящими.

Таблица 1
Распределение пациентов ХРГС по возрасту:

Возраст	18-30		31-40		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%
Беременные	32	33,68	19	20	51	53,68
Кормящие	28	29,47	16	16,84	44	46,32
Всего	60		35		95	100%

Местное и общее лечение ХРГС (схема)

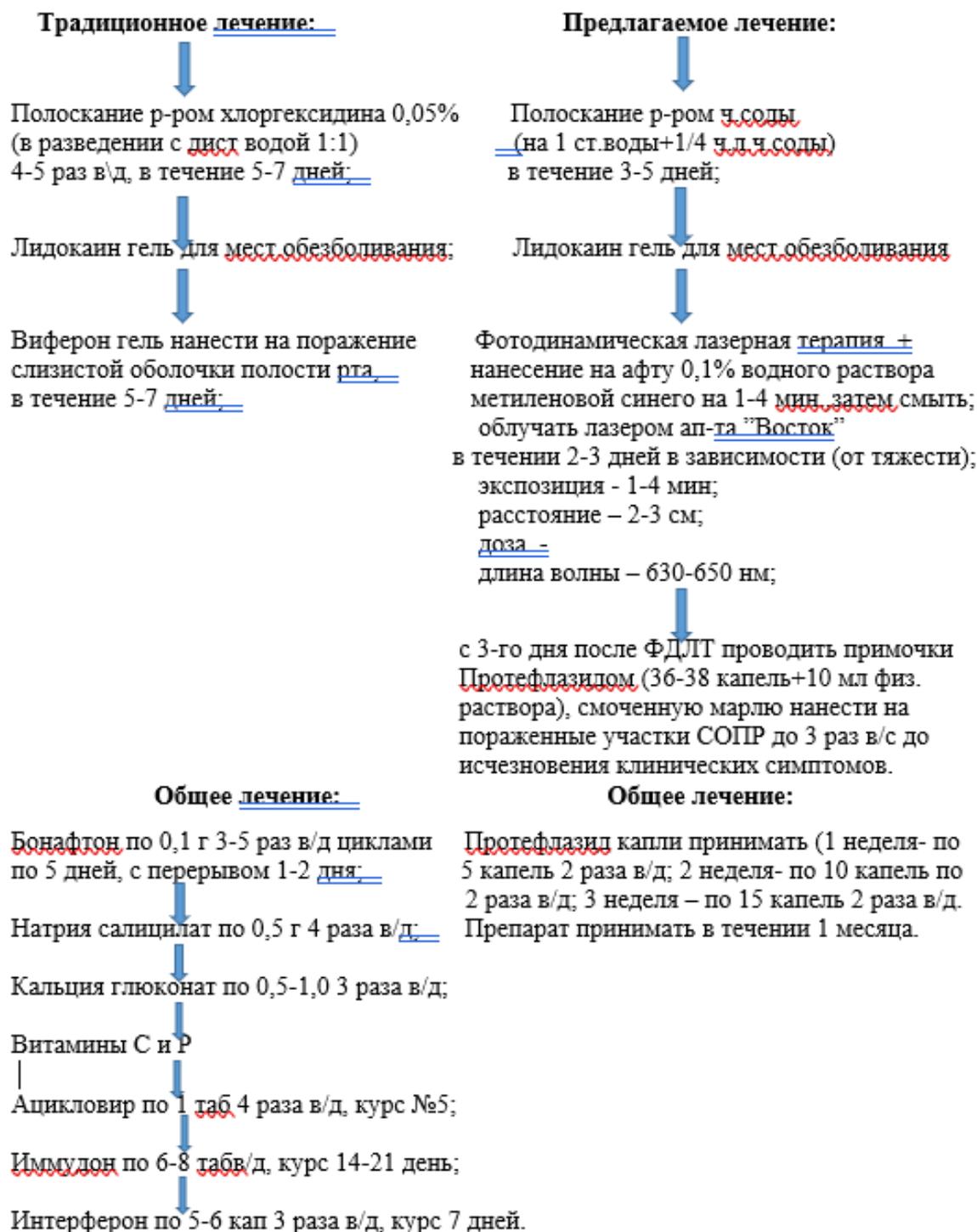


Рис.1.Схема местного и общего лечения беременных и кормящих женщин с ХРГС

Полученные результаты и обсуждение.

Беременные и кормящие женщины, страдающие хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом (ХРГС) чаще обращались к стоматологу во втором триместре беременности. Жалобы, в основном, были на боли и жжение, также высыпания в полости рта, слабость, плохое самочувствие, затруднения в приеме пищи, нарушение сна. Пациенты состояли на учете у гинеколога по месту жительства. Из анамнеза выяснено, что у них были ранее такие высыпания, они получали лечение, однако, настоящий рецидив развился после перенесенного переохлаждения и простуды. При осмотре полости рта у беременных и кормящих с ХРГС отмечается локальная гиперемия слизистой оболочки, одиночные элементы поражения – везикулы, размеров 1-3 мм, не слившиеся между собой. Везикулы наблюдались на слизистой оболочке губ, языка, щек и твердом небе.



Рис.2. На СО твердого неба видны мелкие пузырьки

Рис.3. Та же больная после лечения

Пациентка М., 24 лет находится на диспансерном учете у участкового гинеколога со сроком беременности 15-16 недель. Клиническое состояние беременной женщины диагностировалось как средне-тяжелое течение герпетического стоматита.

На рис.2 наблюдается объективное состояние: пузырьки содержат прозрачное содержимое, мутнеют, через 1-3 дня они лопаются и на фоне снижения температуры тела на их месте образуются эрозии и очаги некроза. Эрозии мелкие, округлой формы, с некрозом в центре, покрытые фибринозным налетом, они могут сливаться, образуя более крупные эрозии с фестончатыми краями. Характерна болезненность пораженных участков, затруднение при приеме пищи, обильное слюноотечение. Тяжесть острого или обострившегося герпетического стоматита у беременных оценивалась по выраженности токсикоза и симптомами поражения слизистой оболочки рта или красной каймы губ. По степени тяжести диагностировались легкая, средняя и тяжелая формы ХРГС. В зависимости от степени тяжести изменяется и общее состояние организма, количество элементов поражения и длительность заболевания. Отмечается регионарный лимфаденит. На рис.3 у пациентки после проведения лечения отмечается эпителизация эрозий и афт, состояние пациентки улучшилось, сон и аппетит нормализовались.

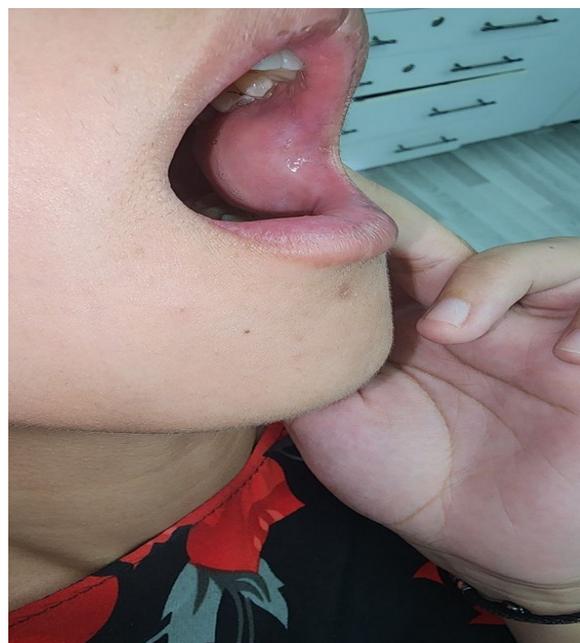


Рис.4. Расположение герпеса на СО щеки. Рис.5. Та же больная после лечения.

На рис.4. У беременной женщины с тяжелой степенью течения ХРГС на слизистой оболочке щеки, вблизи угла рта, отмечаются слившиеся эрозии, размером более 4 - 5 см, покрытые фибринозно-некротическим налетом, расположенные на обширном гиперемизированном основании. Пациентка отмечала сильные боли, жжение, онемение и зуд, нарушение сна и аппетита, повышение температуры тела. После проведения местного и общего лечения у пациентки нормализовались сон и аппетит, общее состояние организма улучшилось, наступила эпителизация (Рис.5). Тяжелая степень течения ХРГС протекала перманентно. Так, во время осмотра беременные и кормящие пациентки вспоминали, что рецидивы у них были до 5 раз в год и, обычно, эрозии не заживали длительное время, а новые везикулы уже появлялись.

При анализе течения ХРГС установлено, что из 95 беременных и кормящих у 23 (24,21%) отмечалась легкая степень, обострение возникали 1 раз в год; у 62 (65,26%) беременных и кормящих обострение заболевания наблюдалось 2 раза в год - средняя степень, особенно отмечалась в холодное время года; у 10 (10,52%) беременных и кормящих рецидивы наступали до 5 раз в год, при этом отмечалось непрерывное (перманентное) течение тяжелой степени заболевания (Рис.6).

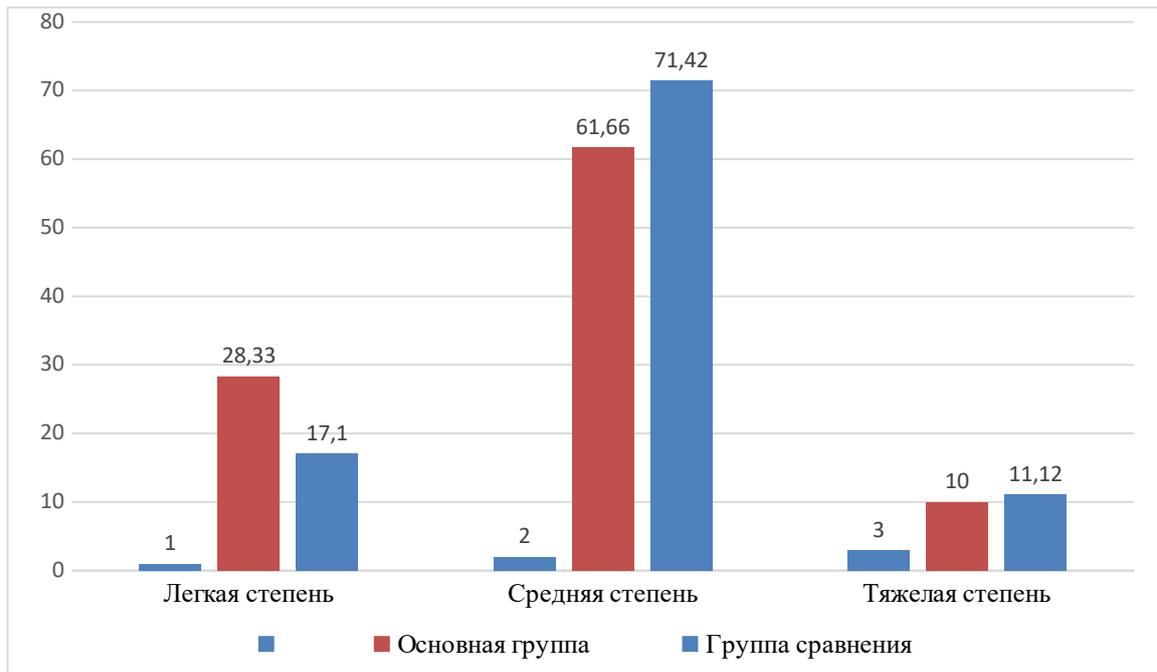


Рис.6. Степени тяжести у пациентов основной и группы сравнения

В основной группе из 60 беременных и кормящих пациентки распределились таким образом: легкая форма встречалась у 17 (28,33%), средняя - у 37 (61,66%), тяжелая - у 6 (10%) (Рис.6).

Лечение беременных и кормящих женщин ХРГС состояло из местного и общего лечения. Местное традиционное лечение проводилось в группе сравнения у 35 пациенток и состояло из антисептического полоскания (0,05% р-ром Хлоргексидина в разведении 1:1 с дистиллированной водой) - 5-7 дней, обезболивания (Лидокаин гель) - 7-10 дней и аппликации противовирусного препарата (Виферон гель) нанести на очаг поражения слизистой оболочки полости рта - 5-7 дней. Для общего традиционного лечения, после консультации с гинекологом, использовали противовирусные препараты.



Рис.7. Нанесение 0,1% метиленового синего на афту и облучение инфракрасным лазером аппарата «Восток» в течение 1-4 минут

В основной группе применяли комплексное лечение. Местное лечение состояло из полоскания щелочным р-ром ч. соды (на 1 стакан воды +1/4 ч.л. соды) – 3-5 дней, обезболивания (лидокаин гель) - 5-7 дней. ФДЛТ (фотодинамическая лазерная терапия) длиной волны 620-650 нм) назначалась в экспозиции - 1-4 мин, с предварительным нанесением на эрозию 0,1% водного раствора метиленового синего (Рис.7).

Расстояние от торца излучателя до раневой поверхности 2-3см. Местное облучение производилось при локализации элемента поражения на красной кайме губ, на границе с кожей, а также в полости рта (щеки, язык, травмирующие области СОПР).

Общее лечение состояло из применения капель Протефлазида (1 неделя – по 5 кап 2 раза в/д, 2 неделя – по 10 кап 2 раза в/д, 3 неделя – по 15 кап 2 раза в/д) беременные и кормящие принимали в течении 1 месяца. При выраженной иммуносупрессии была необходимость консультации иммунолога.

При обследовании гигиенического состояния полости рта и определении индекса Грин-Вермиллиона (1964) выявили, что в основной группе беременных и кормящих исходный показатель ГИ до лечения равнялся $4,3 \pm 0,3$; в группе сравнения $3,5 \pm 0,3$; в контроле $1,2 \pm 0,2$ (Рис.8).

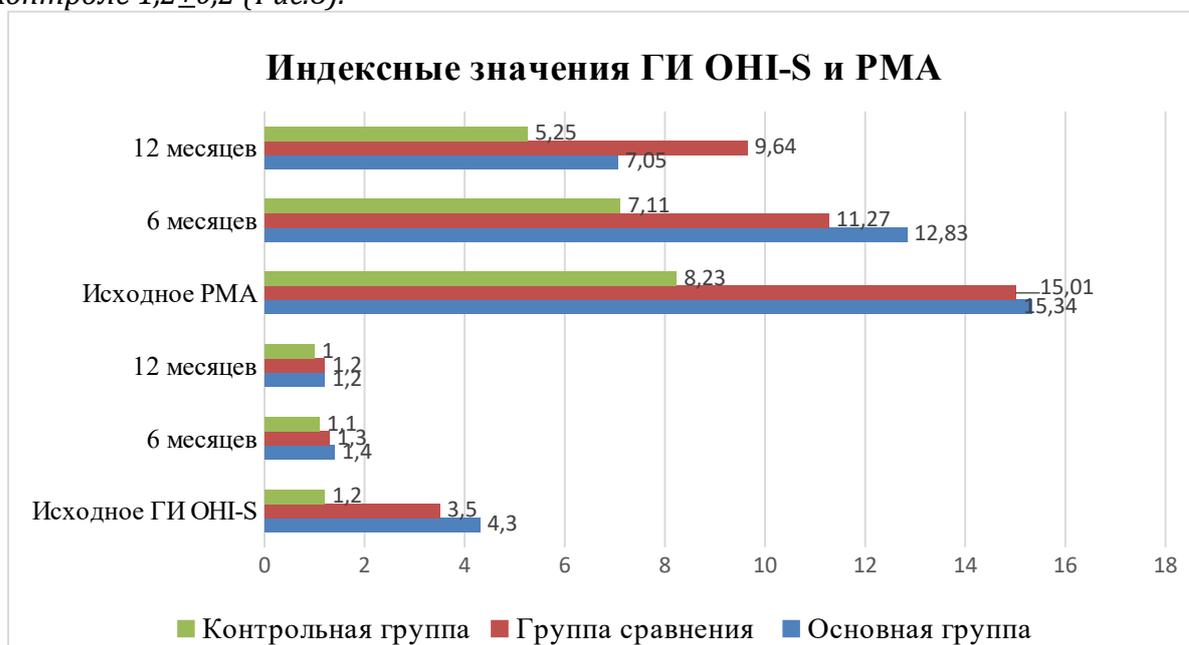


Рис.8. Индексные значения ГИ ОНИ-S и РМА

На рис.8. видно, что после лечения ГИ ОНИ-S улучшилось как в основной группе, так и группе сравнения, этому способствовали санация полости рта и лечебные мероприятия. В основной группе через 6 месяцев ГИ ОНИ-S приблизился к удовлетворительному состоянию и ($p \leq 0,05$) достоверно снижен $1,4 \pm 0,1$; в группе сравнения был равен $1,3 \pm 0,2$; в контроле $1,1 \pm 0,3$. Через 12 месяцев в основной группе ГИ ОНИ-S достоверно снижен ($p \leq 0,05$) $1,2 \pm 0,4$, такая же тенденция сохранилась в группе сравнения $1,1 \pm 0,3$, в контроле $1,0 \pm 0,1$.

Индекс РМА у беременных и кормящих женщин, зараженных ХРГС показал результаты. Так, в основной группе индекс составил $15,34 \pm 2,53$; что было достоверно ($p \leq 0,05$) выше, чем в группе сравнения $15,01 \pm 2,05$, и группе контроля $8,23 \pm 2,17$. Через 6 месяцев показатель РМА в основной группе был равен $12,83 \pm 1,28$; что было достоверно ($p \leq 0,05$) выше, чем в группе сравнения $11,27 \pm 1,05$ и группе контроля $7,11 \pm 1,19$. Через 12 месяцев индекс РМА у беременных и кормящих женщин основной группы составил $7,05 \pm 0,81$; что было достоверно ($p \leq 0,05$) ниже, чем в группе сравнения $9,64 \pm 1,05$ и группе контроля $5,25 \pm 1,71$ (Рис.8).

Показатель интенсивности кариеса определяется индексом КПУ, так у пациенток в основной группе был равен $12,68 \pm 1,15$ что было достоверно

($p \leq 0,05$) выше, чем в группе сравнения $12,57 \pm 1,33$ и группе контроля $9,16 \pm 1,3$. Значение «К» в основной группе был $6,15 \pm 0,28$ что было достоверно ($p \leq 0,05$) выше, чем в группе сравнения $5,90 \pm 0,93$ и группе контроля $3,19 \pm 1,05$. Значение «П» в основной группе составил $4,90 \pm 0,10$ что было достоверно

($p \leq 0,05$) выше, чем в группе сравнения $4,77 \pm 0,29$ и группе контроля $4,41 \pm 1,13$. Значение «У» в основной группе составил $1,63 \pm 0,08$ что было достоверно ($p \leq 0,05$) ниже, чем в группе сравнения $1,90 \pm 0,05$ и группе контроля $1,81 \pm 1,23$. Между показателями КПУ у пациентов группы сравнения и группы контроля также выявлена достоверная разница (Таблица 2).

Таблица 2

Интенсивность кариеса у беременных и кормящих женщин ХРГС

Группы Индексы	Основная группа n=60	Группа сравнения n=35	Контроль n=20
КПУ	$12,68 \pm 1,15$	$12,57 \pm 1,33$	$9,16 \pm 1,3$
К	$6,15 \pm 0,28$	$5,90 \pm 0,93$	$3,19 \pm 1,05$
П	$4,90 \pm 0,10$	$4,77 \pm 0,29$	$4,41 \pm 1,13$
У	$1,63 \pm 0,08$	$1,90 \pm 0,05$	$1,81 \pm 1,23$

После проведения местного и общего, также стоматологического лечения индекс КПУ менялся только в отношении отдельных показателей индекса.

Жалобы беременных и кормящих женщин во время первичного осмотра была на кровоточивость десен и боль на месте герпетических высыпаний в основной группе, что составило соответственно 38 (63,31%) и 32 (53,33%). Кроме этого пациенты основной группы жаловались на наличие налета языка и сухость полости рта было соответственно 23 (38,33%) и 18 (30%), на обильное слюнотечение и неприятный запах изо рта жаловались соответственно 34 (56,66%) и 16 (26,66%). В группе сравнения перечисленных жалоб не было.

После проведения курса комплексной терапии герпесвирусной инфекции у беременных и кормящих было отмечено значительное улучшение клинического состояния. Жалобы на наличие кровоточивости десен, боли и сухости полости на слизистой оболочке рта отсутствовали. Результаты комплексного лечения с применением щелочного орошения полости рта беременных и кормящих женщин, также применение ФДЛТ (фотодинамической лазерной терапии) с предварительным нанесением на афту 0,1% водного раствора метиленового синего, облучение лазерным аппаратом "Восток" и дальнейшее аппликационное воздействие Протефлазида и прием его внутрь в течении одного месяца продемонстрировали свою выраженную эффективность в патогенетическом воздействии на регенераторные процессы слизистой оболочки полости рта.

Заключение.

Таким образом, проведение комплексного лечения ХРГС у беременных и кормящих женщин показал положительный результат у пациентов основной группы. После осуществления курса комплексного лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита у пациентов было отмечено значительное улучшение клинического состояния. Жалобы на наличие везикул на красной кайме губ, коже

приротовой области, афты и боли на слизистой оболочке рта отсутствовали. Отмечалась нормализация сна и аппетита.

Выводы.

- 1.** Реабилитации хронического рецидивирующего герпетического стоматита у беременных и кормящих женщин включает в себя санацию очагов хронической инфекции, лечение кариозных и осложненных заболеваний, нормализацию режима труда и отдыха, закаливание организма, устранение стрессов и вредной привычки как прикусывание слизистой оболочки полости рта, что, несомненно, может служить входными воротами для внедрения вируса.
- 2.** Эффективность комплексного лечения проведенного нами беременным и кормящим женщинам, зараженных хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом на регенераторные процессы пузырьно-эрозивных поражений СОПР в среднем сокращает сроки заживления на $3,2 \pm 0,9$ дня, по сравнению с контрольной группой.
- 3.** Учитывая эффективность комплексного лечения беременных и кормящих женщин, зараженных хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом, рекомендуется использовать предлагаемую нами схему лечения врачам стоматологам клиницистам в своей практической деятельности.

Литература

1. Абдикаримов С. С. Современное представление об этиологии, патогенезе и течении хронического рецидивирующего герпетического стоматита (обзор литературы) // Наука и мир. – 2020. – № 10. – С. 63-65;
2. Азимбаев Н. М. Результаты лечения больных рецидивирующим герпетическим стоматитом // Евразийское Научное Объединение. – 2020. – № 3-2. – С. 111-114.
3. Азимбаев Н.М. Причины возникновения острого стоматита полости рта (обзор литературы) // Colloquium journal. Warszawa. 2020. № 9. С. 36-42.
4. Гаев И. Н. и др. Определение взаимосвязи изменений местного иммунитета полости рта, связанных с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом // Концепции современного образования: системные изменения и перспективные направления развития. – 2020. – С. 258-263.
5. Дегтяров О.А., Янчевский Е.Ю., Ткаченко Т.О. Герпес беременных. Клиническое наблюдение. // Рос. Журнал кож.и вен. бол. – 2014. -№6.-С.41.
6. Еленская Ю.Р., Сахарук Н.А. Фармако-экономические аспекты лечения пациентов с герпетическим стоматитом с применением полотна медицинского сетчатого, пропитанного мазью ацикловир // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: матер. 71-й науч. сес. согр. ун-та, 27-28 янв. 2016 г. Витебск: ВГМУ. С. 70-71
7. Инояттов А.Ж., Камалова М.К. Современные методы лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита у детей // Молодежь, Наука, Медицина. 2018. С. 519-522.
8. Камиров Х.П. и др. Применение МИЛ-терапии при лечении острого герпетического стоматита у детей // Stomatologiya/2017, 3 (68); С. 67-68.
9. Каспина А.И., Силин А.В., Сурдина Э.Д. Герпесвирусная инфекция. Особенности проявлений в ЧЛЮ. СПб.: Спец. Лит, 2015. 63 с.
10. Лукиных Л.М., Толмачева С.М., Спиридонова С.А. Клинический случай лечения больного с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом // Стоматология века: актуальные аспекты: сб. науч. тр. Под ред. Л.М. Лукиных. Н. Новгород, 2012. 356 с.

11. Луцкая И.К. Герпетический стоматит: Клиника, диагностика, лечение // Современная стоматология. 2016. № 3. С. 34–37.
12. Пыркина О. В., Егорова Е. С. Анализ стоматологического здоровья пациентов, страдающих хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом //Современные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2017. – С. 153-157.
13. Хаджиметов А. А. и др. Частота и распространенность герпетического стоматита у беременных //Conferences. – 2023. – №. 1 (90). – С. 74-78.
14. Халдин А.А., Молочков А.В. Герпес-вирусные поражения кожи и слизистых (простой и опоясывающий герпес). М., 2013. 50 с.