

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАҒИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01. РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНҒАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

САМАДОВА ШАХЗОДА ИСОҚОВНА

**ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ
КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.21 – Стоматология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯ
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Самадова Шахзода Исоқовна

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати қизил ясси темиртки
касалигини комплекс даволашни такомиллаштириш 3

Самадова Шахзода Исоқовна

Совершенствование комплексного лечения
красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта 23

Samadova Shaxzoda Isoqovna

Improving complex treatment lichen planus of the oral mucosa..... 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 47

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01. РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

САМАДОВА ШАХЗОДА ИСОҚОВНА

**ОГИЗ БЎШЛИГИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ
КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.21– Стоматология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯ
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.4.PhD/Tib1562 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (рус, ўзбек ва инглиз (резюме) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «Ziynet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар

Ибрагимова Малика Худойбергановна
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар

Гулямов Сурат Саидвалиевич
тиббиёт фанлари доктори

Саидов Акбар Аҳадович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Ётақчи ташкилот

Пирогов номидаги Москва давлат тиббиёт Университети. (Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгашнинг 2021-йил «24» сентябр куни соат 14⁰⁰ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А. Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел/факс: (+99865) 223-00-50) e-mail: buhmi@mail.ru

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№ 084 рақам билан рўйхатга олинган (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А. Навоий шоҳ кўчаси 1-уй. Тел/факс: (+99865) 223-00-50)

Диссертация автореферати 2021-йил «10» декабр _____ куни тарқатилди.
(2021-йил «10» декабр _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)



Handwritten signatures in blue ink, including a large signature that appears to be 'AS' and another that appears to be 'IS'.

А.Ш.Иноятов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д.Н.Ачилова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент

Н.А.Нуралиев

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда аҳоли орасида тарқалган соматик касалликлар орасида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати қизил ясси темиратки касалликларининг учраш даражаси юқори ўринларни эгаллаб келмоқда. Қизил ясси темиратки - тери-шиллик дерматозларининг энг кенг тарқалган ва клиник кўриниши бўлиб, қизил ясси темиратки касаллигини аҳоли ўртасида тарқалиши умумий умумлаштирилганда (0,4- 1,9%) ни ташкил этади...¹ Қизил ясси темираткининг тарқалиши, оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида 05-2,2% га етади, дунёнинг қайси минтақаси бўлишидан қатъи назар, бу касалликни кўп учрайдиган аутоиммун патология сифатида баҳолаш имконини беради, у турли мутахассислар томонидан эрта аниқланганида ёмон сифат кашф этиши ва трансформацияланишининг олди олиниши мумкин.

Аёлларда қизил ясси темиратки билан шикастланиш частотаси эркакларга қараганда бирмунча кўп кузатилади. Эркаклар кўпроқ ёшлигида, аёллар эса гормонал фон бузилишлари туфайли – 50 ёшдан кейин касалланиши эътиборли. Касаллик кўпроқ 30-60 ёшли шахсларда кузатилади, унинг катта қисми, яъни 62-67% и климакснинг патогенетик ўрни ва постклимактерик давр туфайли 40 ёш ва ундан катта ёшли аёллар ҳиссасига тўғри келади. Қизил ясси темиратки катта ёшли аҳолини шикастлайди, бироқ айтиб ўтиш лозимки, аксарият ҳолатларда 50-60 ёшли инсонлар азият чекади, бунда, бу касалликнинг 30-60 ёшда ривожланиши 33% ҳолатда кузатилади, 19% ҳолатда – 51 дан 60 ёшгача инсонларда, 3-4% ҳолатда – 70 ёшдан катта инсонларда аниқланади. Атроф-муҳитнинг экологик бузилишлари ва уларнинг инсон организмига салбий таъсири туфайли қизил ясси темиратки кўпинча болаларда кузатилмоқда, уларда шунингдек оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг шикастланиши кўп қайд этилмоқда. Қизил ясси темиратки ривожланишини қўзғатувчи ҳолатлар оғиз бўшлиғида микробиоценознинг бузилиши, маҳаллий ва умумий иммунитетнинг пасайиши, стресслар, ёндош соматик касалликнинг кучайиши, дори препаратларининг қабул қилиниши ва бошқалар ҳисобланади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, хусусан стоматологик касалликлар ва уларнинг асоратларини камайтириш самарали даволаш усулларини ишлаб чиқиш муҳим вазифалардан бири ҳисобланади «мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш

¹Massimo F. Piepoli, Arno W. Hoes, Stefan Agewall. Christian Albus et. al. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике // Российский кардиологический журнал -2017- № 6 (146) – С. 7-85.

орқали, соғлом турмуш тарзини кўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар қизил ясси темирлаткининг эрозив ярали шаклини комплекс даволаш усулини ишлаб чиқишни такомиллаштириш орқали касалликлар асоратлари ва унинг хуружини камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сонли «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармони, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлари тўғрисида» қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилган.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларга мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Касалликнинг ривожланишида оғиз бўшлигининг шиллиқ қаватини маҳаллий жароҳатловчи омиллар, зарарли одатлар, пародонтнинг касалланиши, оғиз бўшлигида микробиоценознинг бузилишига қарши реакциясини аниқловчи маҳаллий омиллар аҳамиятга эга. Қизил ясси темирлаткининг ички аъзолар патологияси билан юқори боғлиқлик частотаси белгиланган, иммунологик бузилишлар билан алоқаси исботланган, бу қизил ясси темирлаткида патологик жараённинг кўп тизимли эканлиги ҳақида гапириш имконини беради. Касаллик ривожланишининг кўп омилли назариялари ўрганилган (Фирсова И. В., 2017).

Мамлакатимиз олимлари касалликни ўрганиш ва комплекс даволаш препаратларини қидиришга ўзларининг муносиб ҳиссаларини кўшишмоқда. Оғиз бўшлиги шиллиқ қаватида қизил ясси темирлатки ривожланишининг маҳаллий ва тизимли жараёнларини самарадорлиги, касалликнинг турли клиник шакллари ривожланишининг патогенези, шунингдек маҳаллий ва тизимли тузатиш чоралари баҳоланган (Шукурова У.А., 2018).

Қизил ясси темирлаткини даволашда ярани тузатувчи ва яллиғланишга қарши препарат сифатида тоник «Fatiderm-plus» - шиллиқ қават ва тери учун дори воситаси ўрганилган (Адылходжаева З.Х., 2019). Оғиз бўшлигида яллиғланиш жараёнларини даволаш учун Алоэга эга кукун кўринишида «Дента алоэ» табиий доривор ўсимликлардан биологик фаол кўшимча яратилган (Резметов Ш.М. ва ҳаммуал. 2016).

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони

Касалликнинг маҳаллий клиник кўринишларини организмнинг маҳаллий ҳимоя механизмларида ўзгаришлар даражаси, огиз бўшлигида микробиоценоз бузилишлари билан ўзаро боғлиқлиги ўрганилган. Иммуно-микробиологик бузилишларнинг клиник кўринишларини ўзига хосликларини баҳолаш асносида огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли шаклини даволашнинг комплекс схемаси ишлаб чиқилган.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институтида “Бухоро минтақасида иссиқ иқлим шароитида патология олди ва патологик ҳолатларни эрта ташҳислаш, даволаш ва профилактикасига янги ёндашиш йўллари ишлаб чиқиш (2017-2021-йиллар)” 02.2021 PhD.126-сон илмий-тадқиқот ишларининг режаси асосида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: Огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли шаклини комплекс даволашни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

огиз бўшлиги шиллик қавати касалликлари ичида қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли шакли билан зарарланиши ва тарқалишини ўрганиш.

огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли шакли клиник кечуви (эрозив-яралли ҳосилаларнинг диаметри, шикастланиш юзасини майдони) ва индекс кўрсаткичларнинг ўзаро боғлиқлиги ҳамда ўзига хос хусусиятларини баҳолаш;

огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли шаклига эга беморларни озонлаштирилган кунжут мойи билан даволашдан олдин ва кейин уларнинг огиз бўшлигидаги микроб пейзажи ва микробиоценоз клиник-лаборатор ўзаро боғлиқликларини ўрганиш;

огиз бўшлигининг шиллик қаватида қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли шаклини озонлаштирилган кунжут мойидан фойдаланиб даволашдан кейин клиник ва иммунологик самарадорлигини ҳолатини ўрганиш;

огиз бўшлигининг шиллик қаватида қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли шаклини даволашда озонлаштирилган кунжут мойидан фойдаланиб янги яратилган даволаш услуби самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Тошкент давлат стоматология институтини клиникасининг терапевтик стоматология бўлимига 2018-йилдан 2019-йилгача бўлган даврда мурожаат қилган 62 нафар қизил ясси темирлаткининг эрозив яралли шакли билан касалланган беморлар ва 18 нафар соғлом шахс назорат гуруҳини ташкил қилди.

Тадқиқотнинг предмети сифатида огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлатки билан касалланган беморларнинг огиз бўшлигининг касалланиш кўрсаткичларини комплекс баҳолаш материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари клиник, микробиологик, иммунологик ва

статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги куйидагилардан иборат:

огиз бўшлигида кариес интенсивлиги юқори даражаси, чайнаш тизими бузилиши, огиз бўшлиги гигиеник ҳолати пастлиги қизил ясси темираткининг эрозив-яралли шаклини рецидивланишдаги патогенетик омиллари аниқланган;

огиз бўшлиги шиллиқ қаватида қизил ясси темираткининг эрозив-яралли шаклини комплекс даволашда огиз бўшлигидаги микроорганизмларни озонлаштирилган кунжут мойига кўникиш таъсири мавжуд эмаслиги аниқланган;

огиз бўшлигида қизил ясси темираткини эрозив-яралли шаклини комплекс даволашда озонлаштирилган кунжут мойидан фойдаланганда огиз бўшлигини гигиенаси яхшиланиши, кариес интенсивлиги пасайиши ва огиз суюқлиги микроблар микробиоцинозининг меъёрлашиши исботланган.

озонлаштирилган кунжут мойини комплекс даволашда кўлланиши туфайли огиз бўшлиги суюқлигида лейкоцитлар фагоцитози, лизоцим фаоллиги ва sIgA микдори ошиши туфайли даволашнинг ремиссия даврини узайтирилиши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари куйидагилардан иборат:

огиз бўшлиги шиллиқ қаватида қизил ясси темираткининг эрозив яралли шакли билан огриган беморларни озонланган кунжут мойи ёрдамида эрозив яра ўчокни дастлабки антисептик ишлатмасдан кортикостероидлар, витаминлар, антигистамин ва ретинол ацетат билан умумий патогенетик терапиясиз маҳаллий даволаш схемаси ишлаб чиқилган;

олдиндан антисептиктан фойдаланмасдан озонланган кунжут мойи билан ишлаб чиқилган даволаш схемаси микроорганизмларнинг антисептикларга кўникиш таъсири йўқлиги билан ифодаланган, бу огиз бўшлиги нормобиоценозининг барқарорлашувининг юқори натижасини таъминлаган;

қизил ясси темираткининг эрозив яралли шаклига эга бўлган беморларда озона терапия дан фойдаланиш 96,87% ҳолларда юқори самарадорликка эришилган. Асосий гуруҳ беморларда эпителизация муддатининг қисқаришига ремиссия муддатининг 2,27 марта узайишига, бу эса 20 нафар беморда ижобий натижага, 12 нафар беморда кониқарли натижага олиб келган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги исботланган назарий ва амалий ёндашув ва усуллардан фойдаланиш билан белгиланади; беморларнинг етарли намунаси; натижаларнинг ишончлилиги замонавий, кўшимча клиник, стоматологик, иммунологик, микробиологик ва статистик тадқиқот усулларини кўллаш билан тасдиқланади. Олинган натижаларни чет эл ва мамлакатимиз муаллифларининг маълумотлари билан таққослаш, асосли хулосалар ва хулосалар олинган натижаларнинг ишончлилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Ишнинг назарий аҳамияти огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли шаклини ташхислаш (клиник, микробиологик, иммунологик) олдиндан антисептик билан қайта ишламасдан озонланган кунжут мойи билан даволашнинг замонавий усулларини назарий асосини ишлаб чиқишдан иборат, бу микроорганизмларнинг антисептикларга кўникиш ҳосил қилмаслиги туфайли даволаш натижаларининг юқори самарадорлигини таъминлайди.

Ишнинг амалий аҳамияти огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли шаклига эга беморларни комплекс патогенетик даволашнинг схемасини ишлаб чиқиш, огиз бўшлигида нормобиоценознинг тургунлашувига эришиш учун даволаш самарадорлигини ошириш, ихтисослашмаган ҳимоянинг маҳаллий омилларини фаоллаштириш ва ремиссия муддатини узайтиришдан иборат.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши. Огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлаткини комплекс даволашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

ишлаб чиқилган «Қизил ясси темирлаткининг ташхислаш мезонлари» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соглиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 16 июндаги 8н-м/533-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома қизил ясси темирлаткининг ташхислаш имконини берган;

огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлаткини комплекс даволашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий тадқиқотнинг натижалари асосида:

ишлаб чиқилган «Озонланган кунжут мойи билан қизил ясси темирлаткининг эрозив яралли шаклига эга бўлган беморларни даволашни такомиллаштириш» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соглиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 17 июндаги 8н-р/535-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома қизил ясси темирлаткининг даволаш имконини берган;

огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлаткини комплекс даволашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий тадқиқотнинг натижалари соглиқни сақлаш амалиётига, жумладан Ромитан, Гиждувон, Вобкент ва Бухоро шаҳар №1 сон стоматологик поликлиникалари амалий ишида тадбиқ қилинган. (Соглиқни сақлаш вазирлигининг 24.07.2021 йилдаги №8Н-з/241 сон хулосаси). Олинган илмий натижалар огиз бўшлиги шиллик қавати ҳолатини ва огиз бўшлиги шиллик қаватида қизил ясси темирлаткининг эрозив яралли шаклини комплекс даволашни такомиллаштириш имконини берди. амалиётга жорий қилиниши баҳолаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 4 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 20 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан

Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 9 та мақола, жумладан, 7 таси республика ва 2 таси ҳорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 104 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамиятлари очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, ишнинг апробацияси натижалари, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида **«Қизил ясси темирлаткининг этиопатогенези ва уни даволаш тўғрисида замонавий маълумотлар»** тадқиқотнинг назарий жиҳатлари таҳлил қилиниб, оғиз бўшлиғининг яллиғланиш касалликлари, оғиз бўшлиғи шиллик қавати қизил ясси темирлатки масалаларига бағишланган тадқиқотлар тизимлаштирилган, мавжуд ташхислаш ва даволаш усулларининг афзалликлари, камчиликлари клиник ва тажрибавий жиҳатдан таҳлил қилинган, шунингдек, Ўзбекистонда ушбу муаммонинг ҳал қилинмаган, аниқлаштиришни талаб қилувчи жиҳатлари келтирилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **«Тадқиқотларнинг материаллари ва усуллари, қизил ясси темирлаткининг диагностикаси ва даволаш»** ишида фойдаланилган материаллар ва тадқиқот усуллари тавсифланган. Тадқиқот Бухоро давлат тиббиёт институти, Тошкент давлат стоматология институти ва Ўзбекистон Республикаси Президенти Администрацияси ҳузуридаги Тиббиёт бош бошқармасининг санитария – эпидемиология назорати бўлимининг бактериологик лабораториясида амалга оширилган.

оғиз бўшлиғи шиллик қаватида қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли шаклига эга (ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ), Тошкент давлат стоматология институтини клиникасининг терапевтик стоматология бўлимига 2018-2019-йилгача бўлган даврда мурожаат қилган 62 нафар бемор ўрганилган, улар икки гуруҳга бўлинган, таққослаш гуруҳи беморлари (30), ўртача ёш $41,17 \pm 2,06$ ёшни ташкил этди ва асосий гуруҳ беморлари (32), ўртача ёш $57,06 \pm 2,14$ ёш, оғиз бўшлиғининг шиллик қаватида патологияси бўлмаган 18 нафар киши назорат гуруҳи бўлиб хизмат қилган.

Беморларни асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳига ажратиш мезонлари ўхшаш бўлган беморнинг мазкур тадқиқотни ўтказишга розилиги;

беморларнинг ёши 18 ёшдан кам эмас; дерматолог томонидан тасдиқланган, қизил ясси темиратки ташхиси (огиз бўшлигининг шиллик қавати ва лабларнинг қизил ҳошиясини шикастланиши).

Беморлар сўров қилинганида уларда шикоятлар, ҚЯТ нинг кечиш характери ва касалликнинг давомийлиги аниқланди, ОБШҚ ҚЯТ ривожланиш сабаблари белгиланди. ОБШҚ нинг ҳолати, шикастланган элементлар мавжудлиги ва уларнинг характери, огиз бўшлиги шиллик қаватининг эпителийсида яллигланиш-деструктив жараёнлар огирлиги баҳоланган.

Гингивитнинг огирлик даражасини баҳолаш учун папилляр-маргинал-алвеоляр индексдан (РМА) фойдаланилган. Бу индекснинг турли модификациялари таклиф қилинди, лекин амалиётда кўпроқ Parma (1960) модификациясида РМА индекси кўлланилган.

Қизил ясси темираткининг эрозия-яралли шаклига эга беморларнинг огиз бўшлигида маҳаллий ҳимоя омилларининг ҳолатини таҳлил қилиш учун биз: огиз суюқлигида лизоцим (Лиз) титри, фагоцитоз кўрсаткичи ва секретор фракцияли А синф иммуноглобулин даражаси (sIgA) каби параметрларни аниқланган.

Тадқиқот материаллари параметрик ва нопараметрик таҳлил қилиш усулларида фойдаланиб статистик қайта ишланган. Дастлабки ахборотнинг йиғилиши, тузатилиши, тизимлаштирилиши ҳамда олинган натижаларнинг намоён қилиниши Microsoft Office Excel 2010 электрон жадвалларда амалга оширилди. Статистик таҳлил IBM SPSS Statistics v.23 (ишлаб чиқувчи - IBM Corporation) дастуридан фойдаланиб ўтказилган.

Диссертациянинг учинчи бобида «**Қизил ясси темираткининг шахсий тадқиқот натижалари**» огиз бўшлиги шиллик қавати қизил ясси темираткани 2015-2019 йилларда учраш частотасининг ретроспектив таҳлили қилинган.

Огиз бўшлигини шиллик қаватида учрайдиган барча касалликлар ичида ҚЯТ нинг учраш частотаси 196 нафар (44,3%) кишини ташкил қилган (442 нафар бемордан). 2015-йилдан 2019-йилгача бўлган даврда Тошкент давлат стоматология институтининг терапевтик стоматология кафедрасининг қабулига ОБШҚ ҚЯТ га эга 196 нафар бемор мурожаат қилган, беморлар йиллар бўйича мос равишда тақсимланди: 2015-йилда 19 нафар (9,69%), 2016-йилда – 32 нафар (16,32%), 2017-йилда – 35 нафар (17,85%), 2018-йилда – 44 нафар (22,44%), 2019-йилда – 66 нафар (33,67%) киши, (Хи-квадрат=31,0; $p = 0,000$,) (1-жадвал).

2015-2019-йилларда ҚЯТ га эга беморларнинг ретроспектив тадқиқоти шуни кўрсатдики, ушбу касалликка эга беморларнинг мурожаатлари сони йил сайин ўсиб бормоқда. Йиллар бўйича аёлларнинг мурожаатлари эркакларга қараганда сезиларли даражада юқори ва мос равишда: 2015-йилда эркакларга қараганда 3,75 марта кўпни ташкил қилади. 2016-йилда – бу кўрсаткич 7 марта, 2017-йилда – 2,88 марта, 2018-йилда 4,5 марта, 2019-йилда – 3,71 мартага тенг (Хи-квадрат = 71,041; $p = 0,000$,)

**Даволаниш учун поликлиникага 2015-2019-йилларда мурожаат қилган
ҚЯТ га эга беморлар сони**

Йиллар	ҚЯТ га эга беморларнинг сони		
	Абс	М±m,%	Р
2015	19	9,69±2,11	Хи-квадрат = 31,0; p = 0,000
2016	32	16,33±2,64	
2017	35	17,86±2,74	
2018	44	22,45±2,98	
2019	66	33,67±3,38	

Ёш жиҳатидан мурожаатлар 51-60 ёш ва ундан катта ёшда энг фаол. Шундай қилиб, 21-30 ёшда 18 нафар (9,18%), 31-40 ёшда – 16 нафар (8,16%), 41-50 ёшда – 27 нафар (13,77%), 51-60 ёшда – 64 нафар (32,65%) ва >60 ёшда – 71 нафар (36,22%) бемор мурожаат қилди (Хи-квадрат = 70,480; p = 0,000;).

ОБШҚ да ҚЯТ нинг ривожланишининг энг кенг тарқалган маҳаллий жароҳатловчи омили 31,63±3,32% ҳолатда огиз бўшлиги шиллик қаватининг шикастланиши бўлди, 11,73±2,30% ҳолатда – огиз бўшлигида бир вақтнинг ўзида турли жинсли металлар мавжудлиги. Тиш протезлари билан жароҳат етказиш 17,86±2,74% ни ташкил қилди, пломба билан жароҳатлаш - 15,82±2,61%, синик тиш билан жароҳатлаш 8,67±2,01% ни ташкил этди. Лунж ва тилнинг шиллик қаватини тишлаш каби зарарли одат 14,29±2,50% ҳолатда рўйхатга олинди (Хи-квадрат = 37,663; p = 0,000) (2-жадвал).

2-жадвал

Қизил ясси темиратки ривожланишини қўзғатувчи омиллари

Соматик касалликлари	Беморларнинг сони		
	Абс	М±m,%	Р
Тишлар кариеси	62	31,63±3,32	Хи-квадрат = 37,663; p = 0,000
Турли жинсли металлар	23	11,73±2,30	
Тиш протезлари билан жароҳатлаш	35	17,86±2,74	
Пломба билан жароҳатлаш	31	15,82±2,61	
Лунж, тилни тишлаш	28	14,29±2,50	
Синган тиш ўткир кирраси билан жароҳатлаш	17	8,67±2,01	

Ретроспектив таҳлил натижалари бўйича беморларни қизил ясси темиратки билан анъанавий маҳаллий даволаш схемасининг натижавийлигини таҳлили 48,7% ҳолатда яхшиланиш кузатилишини намоён қилинган. Таблетка кўринишидаги преднизолон: икки кунда бир нонуштадан кейин ичга 1-ҳафта 20 мг дозада, 2-ҳафтда 15 мг дозада, 3-ҳафта 10 мг дозада, 4-ҳафта 5 мг дозада схемаси бўйича қўлланди; таблетка кўринишидаги никотин кислота кунига 2 маҳал 0,05 г дозада; витамин А (мой) кунига 3

маҳал 10 томчидан.

9% ҳолатда ҚЯТ нинг эрозив-яралли шаклининг оддий шаклига ўтиши қайд этилган. Беморларда 42,3% ҳолатда анъанавий терапияга резистентлик кузатилди, у йилига 2 дан 5 мартагача тез-тез кучайиши ва нотургун характерга эга ремиссия билан намоён бўлган.

Шу билан бирга ҚЯТ нинг барча шакллари орасида эрозив-яралли шакли $33,67 \pm 3,38\%$ (66) беморларда учраб, 51-60 ёш ва ундан катта ёшли инсонларда 68,8% (135) ортиб боради. Морфологик элементларнинг энг кўп учраган жойлашуви, 95 нафар (48,5%) беморларда лунж ШК, ретромолляр соҳада – 30,1% (59). Анъанавий маҳаллий даволашнинг кам самарадорлиги, ҚЯТ га эга беморларни даволашга юқори бардошлилиги патогенетик даволашнинг янги усуллари ва воситаларини қидириб топишга ундаган.

Қўйилган мақсадни ечиш учун огиз бўшлигининг шиллик қаватида (ОБШҚ) ҚЯТ ЭЯШ га эга беморлар ТДСИ, терапевтик стоматология поликлиникасига 2018-2019-йилларда бирламчи мурожаат қилиш вақтида ўрганилган.

ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ клиник кўринишларига эга беморлар биринчи бор стоматологик (ортопедик, жарроҳлик) ёрдам олиш юзасидан стоматологга мурожаат қилишди. Огиз бўшлиги шиллик қаватида оғриқлар, ноқулайлик, тортилиш ҳисси, эрозия ва яраларга шикоятлари бўлган ҚЯТ ЭЯШ га эга беморлар биринчи бор терапевт-стоматологга мурожаат қилишлари қайд этилган.

Жами 80 нафар киши кўриқдан ўтказилди, улардан 62 нафари ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ ташхиси қўйилган беморлар, 18 нафари соғлом бемор назорат гуруҳини ташкил қилди. ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга беморлар жинси ва ёши бўйича рандомлаштирилган, асосий гуруҳ (32) ва таққослаш гуруҳига (30) ажратилди, бу олинган маълумотларнинг репрезентативлигини таъминланган.

ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга беморларнинг шикоятлари ўрганилганида келтириладиган шикоятларнинг частотаси, такрорланиши ва динамикасига, шунингдек ремиссиянинг давомийлиги, қайталанишлар частотаси, касалликнинг давомийлигига эътибор қаратилди (3-жадвал).

ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ да беморлар, айниқса аччиқ, иссиқ таомлар истеъмол қилишда оғриқ, тортилиш, ачишиш ҳиссига шикоят қилишди. Беморларнинг умумий ҳолати одатда бузилган, регионар лимфа тугунлари бирмунча катталашган ва оғриқли бўлди, тўқималар билан бирикиш кузатилмади. Беморларда уйқу иштаҳа бузилган, беморлардан кўшимча шикоятлар ва ноқулайликлар тўғрисида сўраганимизда, улар кўпинча, кўп миқдорда сўлак ажралиши, уйқунинг бузилиши ва иштаҳанинг йўқолиши кузатилишини айтишди ($\chi^2 = 2,874$; $p = 0,579$) (3-жадвал).

ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга 62 нафар беморлар ичида энг кўп, 13 нафари ($20,97 \pm 5,17\%$) ўткир характерга эга оғриқларга шикоят қилишди, бунда оғриқлар доимий характерга эга бўлди, аччиқ ва иссиқ таом қабул қилганда кучайди. Ноқулайлик ва тортилиш 9 нафар беморда кузатилди ($14,52 \pm 4,47$). Эрозия ва яралар мавжудлигига 22 нафар ($35,48 \pm 6,08\%$) бемор шикоят қилди,

йилига кучайишлар сони $4,85 \pm 0,20$. Ремиссия кўпи билан $2,35 \pm 0,10$ ой давом этди. Беморларнинг анамнестик маълумотлари касалликнинг ўртача давомийлиги $2,50 \pm 0,10$ йил эканлигини кўрсатган.

3-жадвал

Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга беморларнинг шикоятлари

Беморларнинг шикоятлари	Асосий гуруҳ (n=32)		Таққослаш гуруҳи (n=30)		Жами беморлар (n=62)	
	Abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%
Ноқулайлик	3	9,38±5,15	6	20,00±7,30	9	14,52±4,47
Тортилиш	5	15,63±6,42	4	13,33±6,21	9	14,52±4,47
Огриқлар	6	18,75±6,90	7	23,33±7,72	13	20,97±5,17
Ачишиш	4	12,50±5,85	5	16,67±6,80	9	14,52±4,47
Эрозия ва яралар	14	43,75±8,77	8	26,67±8,07	22	35,48±6,08
$\chi^2 = 2,874; p = 0,579$						
		M±m		M±m		M±m
Йилига қайталанишлар частотаси		4,91±0,29		4,80±0,28		4,85±0,20
ҚЯТ давомийлиги (йил)		2,31±0,15		2,40±0,15		2,35±0,10
Ремиссиялар давомийлиги (ой)		2,53±0,14		2,50±0,13		2,50±0,10

ОБШҚ кўриқдан ўтказилганида ҚЯТ ЭЯШ шикастланиш элементларининг симметрияли жойлашуви аниқланади. Огиз бўшлигининг бироз гиперемияланган ва шиллик қаватда шиш (ретромоляр соҳа, лунж, тил ён юзаси ва лабларнинг қизил ҳошияси) кулранг-оқ рангли фибриноз караш билан қопланган, полигонал шаклдаги папулалар билан ўралган огрикли эрозия ва яралар кузатилган.

ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга 62 нафар беморда барча маҳаллий жароҳат омилларидан тиш протезлари энг катта миқдори, $20,97 \pm 5,17\%$ ни ташкил қилди; маҳаллий омиллар ичида иккинчи ўринда тишларнинг ўткир қирралари $19,35 \pm 5,02\%$; турли жинсли металлар - $17,74 \pm 4,85\%$; сифатсиз пломбалар, зарарли одатлар – лунж, лабларни тишлаш, шунингдек чекиш мос равишда $14,52 \pm 4,47\%$, $12,90 \pm 4,26\%$ ва $14,52 \pm 4,47\%$ ни ташкил этади ($\chi^2 = 3,551; p = 0,616$) (4- жадвал).

Беморлар кучли огриқлар туфайли овқатланишга қийналишган, уларда иштаҳа ва уйқу бузилган. Баъзан олиб қўйиладиган пластинкали тиш протезлари, айниқса уларнинг ўткир қирралари огиз бўшлигининг шиллик қаватига жароҳатловчи таъсир кўрсатган.

ҚЯТ ЭЯШ га эга беморларда маҳаллий жароҳат омиллари

Беморларнинг шикоятлари	Асосий гуруҳ (n=32)		Таққослаш гуруҳи (n=30)		Жами беморлар (n=62)	
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%
Тиш протезлари	7	21,88±7,31	6	20,00±7,30	13	20,97±5,17
Турли жинсли металллар	6	18,75±6,90	5	16,67±6,80	11	17,74±4,85
Тишларнинг ўткир қирралари	5	15,63±6,42	7	23,33±7,72	12	19,35±5,02
Сифатсиз пломбалар	5	15,63±6,42	4	13,33±6,21	9	14,52±4,47
Лунж, лабларни тишлаш	6	18,75±6,90	2	6,67±4,55	8	12,90±4,26
Чекиш	3	9,38±5,15	6	20,00±7,30	9	14,52±4,47
Р	$\chi^2 = 3,551; p = 0,616$					

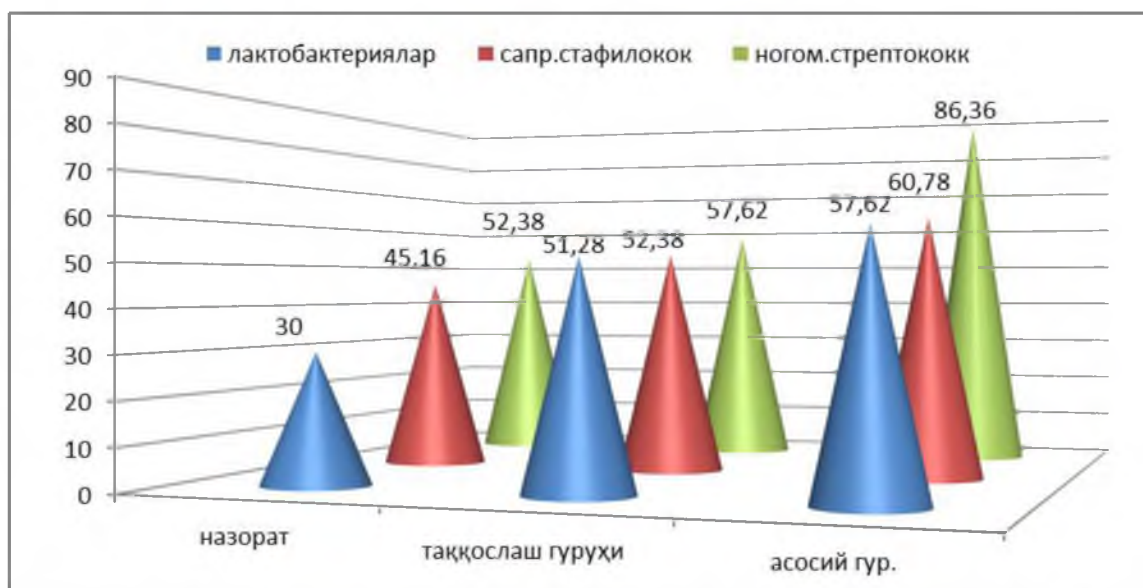
Табиийки, ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ да патоген гемолитик стрептокок ва тилла стафилококкнинг уйғунлиги ўта салбий ҳолат ҳисобланади. Бактерияли патогенларнинг персистенцияси огиз бўшлигида дисбиозни шакллантиради. Таққосланаётган гуруҳларда даволашдан олдин дисбиознинг клиник-микробиологик кўриниши бир турда бўлди ва 9,57 – 10,00% ҳолатларда дисбиотик силжишга мос бўлди; 46,66 – 50,00% беморларда микробиоценознинг ўзгаришлари I-II даражали дисбактериоз сифатида ва 40,62 – 43,33% ҳолатда – III даражали дисбактериоз сифатида баҳоланди.

Шу билан бирга резидент микрофлоранинг титрлари ўсди: сапрофит стафилококк, ногемолитик стрептококк, лактобактериялар. Асосий гуруҳда огиз бўшлигида озонланган кунжут мойи қўлланишининг таҳлили базис терапия билан таққослаганда унинг юқори самарадорлигини кўрсатди. назорат гуруҳидаги беморларда микробиоценознинг диагностик аҳамиятли ўзгаришлари умумий микроб тарқалишининг 12,52% га ($P > 0,05$) камайишдан иборат бўлди. Таққослаш гуруҳи ва асосий гуруҳда мос келувчи камайишлар 14,94% ($P < 0,05$) ва 22,24% ($P < 0,01$) ни ташкил қилган.

Тилларанг стафилококк ва гемолитик стрептококк каби патоген титрларнинг камайиш фоизи назорат гуруҳида 50,0% ($P < 0,01$) ва 48,08% ($P < 0,01$); таққослаш гуруҳида мос равишда 73,34% ($P < 0,001$) ва 80,59% ($P < 0,001$) ни ташкил этди; асосий гуруҳда даволаш курсининг якунида патоген микроорганизмлар аниқланмади. ЛП ва ЛН эшерихиялар, протей ва кандида турдаги замбуруг каби шартли-патоген микроорганизмларнинг камайиш даражаси назорат гуруҳида мос равишда 40,06% ($P < 0,01$); 52,95% ($P < 0,01$); 46,67% ($P < 0,01$) ни, таққослаш гуруҳида эса 68,96% ($P < 0,01$); 100%; 50,00 ($P < 0,01$) ва 36,12% ни ташкил қилган.

Асосий гуруҳда ЛП эшерихиянинг ўрта титрлари 76,24% га, ЛН эшерихияники эса – 100% га пасайди; протей титри – 57,84% га ва кандида

турдаги замбуруглар титри – 45,95% га ($P<0,01$) (1-расмга қаранг). Шундай қилиб, патоген ва шартли-патоген микроорганизмлар элиминациясининг максимал самарадорлиги асосий гуруҳда ва минимал самарадорлиги – назорат гуруҳида қайд этилди. Шартли ва патоген микрофлоранинг элиминацияси нормоценоз вакиллари титрларининг ортиши билан синхронлашган.

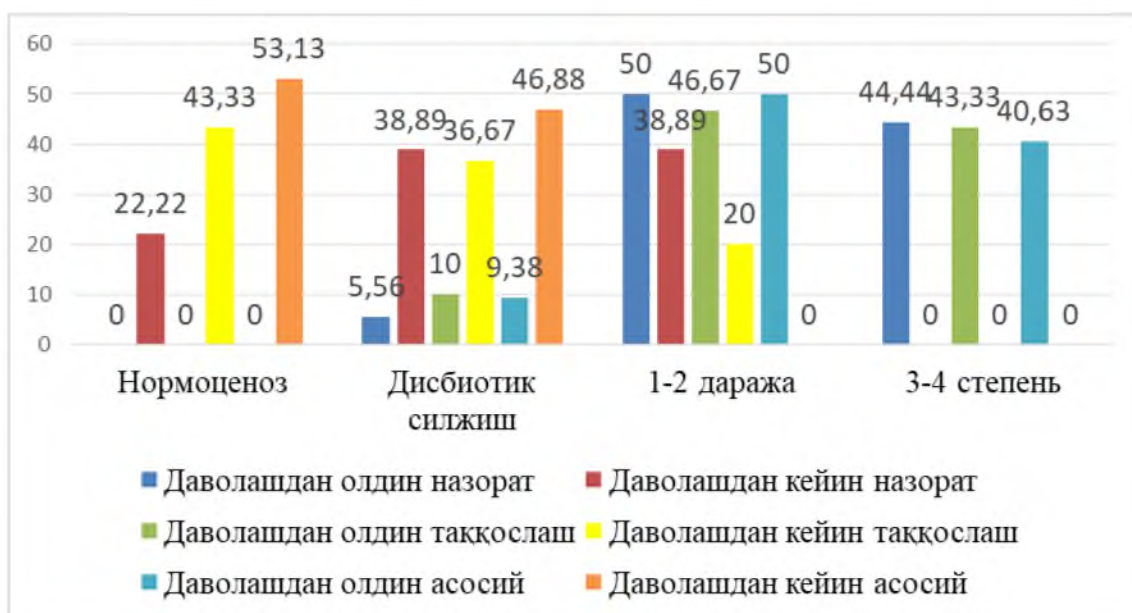


1- расм. Комплекс даволашдан кейин резидент микрофлора титрининг ўсиши

Шундай қилиб, назорат гуруҳида лактобактериялар, сапрофит стафилококк ва ногемолитик стрептококкнинг титрлари 30,0% га ошди ($P<0,01$); 45,16% ($P<0,01$) ва 52,38% ($P<0,01$). Таққослаш гуруҳи ва асосий гуруҳда мос келувчи ўсишлар тенг бўлди - 51,28% ($P<0,01$); 55,77% ($P<0,01$); 52,38% ($P<0,01$) ва 57,62% ($P<0,01$); 60,78% ($P<0,01$) ва 86,36% ($P<0,01$)

Шундай қилиб, ўтказилган микробиологик тадқиқот усуллариининг натижалари, озонланган кунжут мойи қўлланганида бир вақтнинг ўзида меъерий микрофлора вакиллариининг фаоллашуви билан шартли патоген ва патоген микрофлоранинг заифлашуви кузатилишини кўрсатди.

Даволаш якунига етганидан сўнг таққослаш гуруҳида 13 нафар ($43,33\pm 9,05\%$) беморларда нормоценоз, дисбиотик силжиш 11 нафар ($36,67\pm 8,80\%$) беморда қайд этилган, 6 нафар ($20,00\pm 7,30\%$) беморда – I-II даражали дисбактериоз кузатилган. Асосий гуруҳда озон қўлланган даволаш натижалари қуйидагича баҳоланган: нормоценоз 17 нафар ($53,13\pm 8,82\%$) беморда, дисбиотик силжиш 15 нафар ($46,88\pm 8,82\%$) беморда, I-II, III ва IV даражали дисбактериоз асосий гуруҳда белгиланмаган (2-расм).



2- расм. Даволашдан олдин ва кейин ОБШҚ да ҚЯТ нинг ЭЯШ га эга беморларнинг оғиз бўшлиғида микробиоценоз ҳолати

Озонланган кунжут мойи билан ўтказилган аппликациялар озоннинг микроблар ва бактерияларнинг цитоплазматик мембраналарига ҳалокатли таъсири туфайли самарали бўлиб чиқди, натижада асосий гуруҳда ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга беморларда шартли-патоген микроорганизмлар миқдорини камайтиришга эришилди, ЛП эшерихиясининг ўрта титрлари 76,24%, ЛН эшерихиялар – 100% га камайди; протей - 57,84% ва кандида турдаги замбуруглар - 45,95% га ($P < 0,01$). Бу вақтда такқослаш гуруҳининг беморларида ЛП ва ЛН эшерихияси, протей ва кандида турдаги замбуругларнинг камайиши мос равишда 40,06% ($P < 0,01$); 52,95% ($P < 0,01$); 46,67% ($P < 0,01$) 27,03% ($P < 0,01$) га тенг бўлди, назорат гуруҳида эса камайиш мос равишда 68,96% ($P < 0,01$); 100%; 50,00 ($P < 0,01$) ва 36,12% ни ташкил қилди.

Бунинг оқибатида, озон терапиясининг натижалари куйидагича баҳоланди: нормоценоз 17 нафар ($53,13 \pm 8,82\%$) беморда, дисбиотик силжиш – 15 нафар ($46,88 \pm 8,82\%$) беморда аниқланди, шунингдек асосий гуруҳда I-II, III ва IV даражали дисбактериоз йўқлиги кузатилган, бу ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ ни комплекс даволашда озонни қўллашнинг самарадорлигини тасдиқлайди ($\chi^2 = 54,000$; $p = 0,000$);).

Сўлакнинг муҳим таркибий қисмларидан бири нейтрофил, макрофагларда ҳосил бўладиган ва моносахарларнинг гликозид боглиқлигини бузувчи лизоцим ферменти ҳисобланади. Граммусбат микроорганизмларнинг хужайра девори пептидогликанларини дисахаридларга парчалаган ҳолда, лизоцим бактерия хужайрасининг узилишига олиб келади, бу унинг ҳалок бўлишига шароит яратади.

Маълумки, А (sIgA) секретор иммуноглобулин бодомсимон без ва хусусий кават хужайралар плазмоцитларининг секретари ҳисобланади, маълумки, сўлакда sIgA секретор иммуноглобулин катта миқдорда мавжуд.

Фагоцитоз туфайли улар огиз бўшлигидаги микроорганизмларга фаол қарши таъсир кўрсатади. Шундай қилиб, лизоцим, sIgA ва нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллиги ОБШҚ ихтисослашмаган резистентлигининг асосий маҳаллий омиллари ҳисобланади ва унинг бактериал колонизациясига тўсқинлик қилади ҳамда турли антигенлар таъсирига бардошлилигини оширади. ҚЯТ ЭЯШ га эга беморларнинг огиз суюқлигида уларнинг меъёр, ўрганилаётган ихтисослашмаган резистентлик омилларининг фаоллиги билан таққослаганда тургун ($P < 0,05$) камайиши қайд этилган.

Олинган натижалар, даволаш натижаларини баҳолаш, шунингдек гуруҳлар ўртасидаги фарқни таққослаш имконини берган, ўрганилаётган омиллар даражасини ўзгаришининг аниқлигини кўрсатди. Даволаш якунига етганидан сўнг таққосланаётган гуруҳларда ижобий натижага эришилган, унинг таъсири даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда, айниқса асосий гуруҳда, барча ўрганилаётган кўрсаткичларнинг ишончли ортиши ($P < 0,05$) билан ифодаланди. Шундай қилиб, ўтказилган даволашдан кейин огиз суюқлигида sIgA концентрацияси назорат гуруҳида 23,08% ($P < 0,01$) га; таққослаш гуруҳида - 32,0% ($P < 0,01$) ва асосий гуруҳда - 42,3% ($P < 0,01$) га ошди.

Лизоцим фаоллигининг мос келувчи ўсиш динамикаси назорат гуруҳида 40,95% ($P < 0,01$) ни ташкил қилди; таққослаш гуруҳи ва асосий гуруҳда мос равишда 52,23% ($P < 0,01$) ва 64,50% ($P < 0,01$) га тенг бўлди. Нейтрофил лейкоцитлар фагоцитар фаоллигининг ошиши назорат гуруҳи, таққослаш гуруҳи ва асосий гуруҳда ОБШҚ да ҚЯТ нинг ЭЯШ га эга беморларда мос равишда ўртача 16,84% ($P < 0,05$); 33,72% ($P < 0,01$) ва 52,58% ($P < 0,01$) га тенг бўлди.

Шуни айтиб ўтиш зарурки, даволашдан кейин огиз бўшлигида ихтисослашмаган резистентлик кўрсаткичлари меъёр қийматларига тенглашмади. Шу билан бирга таққослаш гуруҳи ва асосий гуруҳда ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга беморларда даволашдан кейин меъёр кўрсаткичлари билан фарқ статистик аҳамиятга эга бўлмади ($P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,05$).

Шундай қилиб, озонланган кунжут мойида мавжуд бўлган озон хужайра ва гуморал иммунитет тизимига таъсир қилади, бу билан иммуноглобулинлар синтезини кўзгатади, макрофаглар функциясини фаоллаштиради, фагоцитар фаолликни оширади, бактерицид фаолликка эга лизоцим микдорини кўпайтиради, шунингдек секретор иммуноглобулин А ҳосил бўлишини кўзгатади ва микдорини оширади, бу билан биотопларнинг бактерияли колонизациясига тўсқинлик қилади.

Шундай қилиб, озонотерапия ўтказилганидан сўнг асосий гуруҳ беморларининг огиз суюқлигида sIgA концентрацияси - 42,3% га, лизоцим фаоллигининг ўсиш динамикаси - 64,50% га, нейтрофил лейкоцитларнинг фагоцитар фаоллигининг ошиши ўртача 52,58% га ортди ($P < 0,05$)

Диссертациянинг тўртинчи бобида «**Оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ҚЯТ нинг эрозив ярали шаклига эга беморларни комплекс даволаш динамикаси**» даволашдан олдин асосий гуруҳда ОБШҚ да ҚЯТ нинг ЭЯШ га эга беморларда овқат қабул қилиш ва сўзлашув вақтида кучли

огриқ кузатилган, шиллик каватда шиш ва гиперемия қайд этилган.

Даволашдан олдин асосий гуруҳдаги ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга беморлар овқат қабул қилиш ва сўзлашув вақтида кучли огриқ хис қилишади, огиз бўшлигида шиш ва гиперемия кузатилади. Ўлчовлар ўтказилганидан сўнг эрозив-яралли ўчоқ диаметрининг дастлабки кўрсаткичлари аниқланди, у $1,51 \pm 0,07$ см ни ташкил этди, шикастланиш юзаси $15,40 \pm 0,41$ мм² ни ташкил қилди.

Даволаш бошланганидан 7 кундан кейин ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга беморларда субъектив ҳислар деярли ўзгармади. Беморлар овқатланиш вақтида сезилмас даражада ачишишни, овқат қабул қилиш қийин эмаслиги, огриқлар йўқлигини қайд этишди. Объектив кўрикда катта ўзгаришлар аниқланмади, шикастланиш жойида гиперемия ва шиллик кават шиши сақланиб қолди. Эрозив-яралли шикастланишларнинг ўртача диаметри даволашдан олдинги ўхшаш кўрсаткичлар билан таққослаганда $0,75 \pm 0,04$ см. ни ташкил қилди, бу қийматларнинг статистик ишончли фарқини тасдиқлайди ($1,51 \pm 0,07$, $p < 0,001$). Шикастланишлар майдони - $12,30 \pm 0,36$ мм² (дастлабки қиймат $15,40 \pm 0,41$; $P < 0,001$). Шундай қилиб, яралли шикастланиш диаметри ва шикастланиш юзаси мос равишда 1,97 ва 1,24 марта камайиши кузатилади.

Ўтказилган даволашдан кейин 7-кун асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида гигиена индекси даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан бирмунча пасайди ва $28,67\%$ ($2,24 \pm 0,11$) - $25,08\%$ ($2,33 \pm 0,33$) ($p < 0,001$) га мос бўлди, бу даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 1,4 ва 1,3 марта камайишни кўрсатади. Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида РМА кўрсаткичи 7-даволаш кунида мос равишда $46,25\%$ ($22,21 \pm 1,24$) ва $35,83\%$ ($24,52 \pm 0,33$) ($p < 0,001$) га тенг бўлди, бу яллигланиш жараёнининг даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан мос равишда 1,86 ва 1,55 марта камайишини кўрсатади.

Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида ўтказилган даволашдан кейин 30-кун гигиена индекси даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда ишончли пасайди ва $61,2\%$ ($1,03 \pm 0,05$) ва $44,38\%$ ($1,73 \pm 0,03$) ($p < 0,001$) қийматларига мос бўлди, бу даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан мос равишда 2,5 ва 1,8 марта пасайишни кўрсатади. Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида РМА кўрсаткичи 30-кун мос равишда $64,45\%$ ($14,69 \pm 0,69$) ва $54,65\%$ ($17,33 \pm 0,66$) ($p < 0,001$) га тенг бўлди, бу яллигланиш жараёнининг даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 2,81 ва 2,2 марта камайишини кўрсатади.

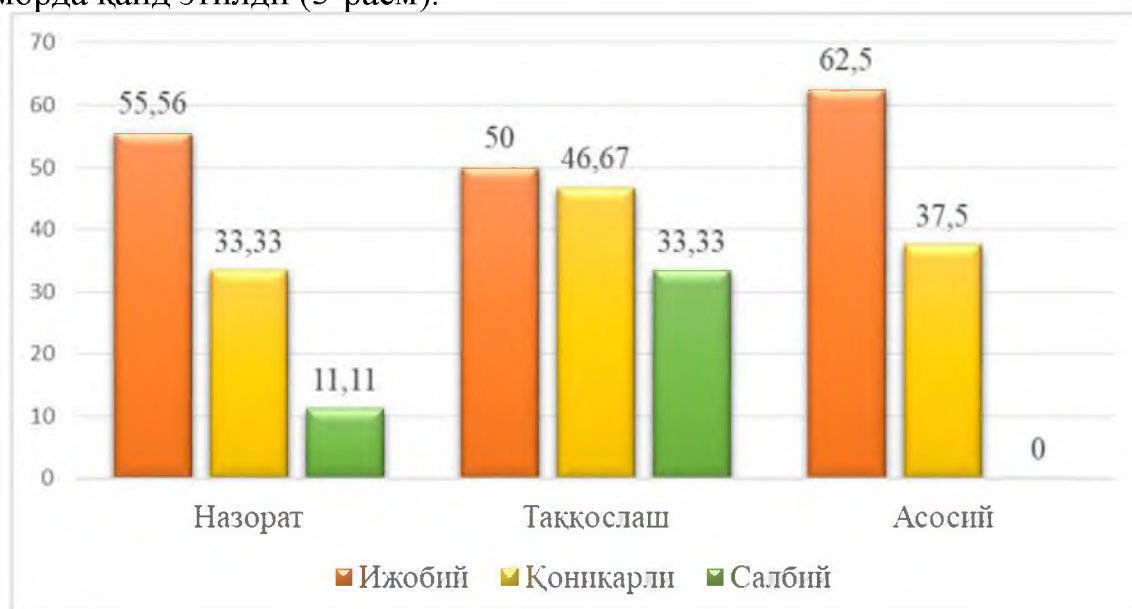
Назорат гуруҳида профилактиканинг самарадорлиги юкори баҳоланди: 10 нафар ($55,55 \pm 11,71\%$) инсонда натижалар ижобий, 6 нафарида ($33,33 \pm 11,11\%$) қониқарли, 2 нафарида ($11,11 \pm 7,41\%$) салбий бўлди. Анъанавий даволаш ва кунжут мойи аппликацияда қўлланган таққослаш гуруҳида ижобий натижа 15 нафар ($50,00 \pm 9,13\%$) инсонда, қониқарли натижа 14 нафар ($46,67 \pm 9,11\%$), салбий натижа 1 нафар ($3,33 \pm 3,28\%$) беморда белгиланган (5-жадвал).

Асосий гуруҳда ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга беморларда озонотерапиянинг самарадорлигини баҳолаш

Ўрганилаётган гуруҳлар	Озонотерапиянинг самарадорлигини баҳолаш							
	Ижобий		Қониқарли		Салбий		Баҳоланмаган	
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%
Назорат, n=18	10	55,56±11,71	6	33,33±11,11	2	11,11±7,41	0	0,00±0,00
Таққослаш, n=30	15	50,00±9,13	14	46,67±9,11	1	3,33±3,28	0	0,00±0,00
P	$\chi^2 = 1,636; p = 0,441$							
Асосий, n=32	20	62,50±8,56	12	37,50±8,56	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00
P	$\chi^2 = 3,704; p = 0,157$							
P ₁	$\chi^2 = 1,805; p = 0,405$							

Эслатма: P – назорат гуруҳига нисбатан, P₁ – таққослаш гуруҳига нисбатан кўрсаткич фарқининг ишончлилиги.

Аввалдан антисептик билан қайта ишламасдан озонланган кунжут мойи қўлланган асосий гуруҳда ижобий натижалар миқдори кескин ошиб, 20 нафар (62,50±8,56%) кишига етди, қониқарли натижа 12 нафар (37,50±8,56%) беморда қайд этилди (3-расм).



3-расм. ОБШҚ да ҚЯТ нинг ЭЯШ га эга беморларда озон терапиясининг самарадорлигини баҳолаш

Таққослаш гуруҳида беморларни даволаш самарадорлиги шунингдек ремиссия муддати бўйича баҳоланди. Таққослаш гуруҳида даволашдан олдин ремиссия муддатининг давомийлиги 2,50±0,13 ойни ташкил қилди, даволашдан кейин бу кўрсаткич 1,34 марта ($p < 0,05$) ошди, яъни 3,37±0,19

ойга етди ($P < 0,001$), 86,6% ҳолат (26 киши). Такқослаш гуруҳидаги 1 нафар беморда (3,33%) – эрозив-яралли жараёни узоқ давом этиш тенденциясига эга бўлди.

Асосий гуруҳда озон терапиясидан кейин беморларни даволашда эришилган самарадорликни биз ремиссия муддатлари бўйича баҳоладик. Шундай қилиб, асосий гуруҳда даволашдан олдин ремиссия давомийлиги $2,53 \pm 0,14$ ой эди, озон терапиясидан кейин бу кўрсаткич 2,27 марта ($p < 0,05$) ўсди ва $5,75 \pm 0,06$ ой қийматга етди, 96,88% ҳолат (31 киши) (6-жадвал).

6-жадвал

Ремиссияни узайтиришда озонотерапиянинг самарадорлиги

Ўрганилаётган гуруҳлар	Ремиссиянинг дастлабки давомийлиги	Эришилган ремиссия давомийлиги	Ремиссия узайган беморлар сони		P
	M±m	M±m	Abs	M±m,%	
Такқослаш, n=30	$2,50 \pm 0,13$	$3,37 \pm 0,19^*$	26	$86,67 \pm 6,21$	$\chi^2 = 2,176;$ $p = 0,140$
Асосий, n=32	$2,53 \pm 0,14$	$5,75 \pm 0,06^{*xx}$	31	$96,88 \pm 3,08$	

Эслатма: * - дастлабки маълумотларга нисбатан (* - $P < 0,001$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,05$),^x – такқослаш гуруҳига нисбатан (^x - $P < 0,001$; ^{xx} - $P < 0,01$; ^{xxx} - $P < 0,05$) кўрсаткичларда фарқлар ишончлилиги белгиланган.

Бундан ташқари, 9-ойда ҚЯТ нинг эрозив-яралли шакли 1 нафар (3,12%) беморда оддий шаклга ўтди, бу беморларда озонланган кунжут мойи билан ўтказилган терапияда эришилган ижобий динамикадан дарак беради.

Эрозив-яралли шикастланишлари тўлиқ эпителизацияланди ва шиллик қаватда битган жойда фақат одатий папуллардан Уикхемнинг тўр тасвири қолди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳда ОБШҚ да ҚЯТ нинг ЭЯШ га эга беморларда олдиндан антисептик қайта ишламасдан озонланган кунжут мойи билан комплекс даволашдан кейин микробиологик кўрсаткичларнинг таҳлили микроорганизмларнинг кўникаш эффекти йўқлиги билан кескин фарқ қилади.

ХУЛОСА

1. Беморларни мурожати бўйича кизил ясси темирткини стоматологик кўринишларининг тарқалганлиги 19,5% ни ташкил қилди, ҚЯТ нинг энг кўп учрайдиган шакли оддий – 41,32%, иккинчи ўринда – эрозив-яралли шакли – 33,67% аниқланди.

2. Даволашдан олдин асосий гуруҳда ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга беморлар айниқса овқат қабул қилиш ва сўзлашув вақтида кучли огрик, ачишиш ва ноқулайликка шикаят қилишади, объектив кўрик вақтида шиллик қаватда шиш ва гиперемия кузатилади, эрозив-яралли ўчоқнинг диаметрининг дастлабки кўрсаткичлари $1,5 \pm 0,06$ см, шикастланиш юзаси майдони -

15,4±2,4 мм², ГИ (ОНИ-S) 3,14±0,11, РМА-41,32±2,05 ни ташкил қилди;

3. Такқосланаётган гуруҳларда даволаш бошланишидан аввал микробиоценознинг клиник-микробиологик ўзаро боғлиқлиги 9,57-10,00% ҳолатларда дисбиотик силжишга мос бўлди; 46,66-50,00% беморларда микробиоценоз ўзгаришлари I-II даражали дисбактериоз сифатида ва 40,62-43,33% ҳолатда – III даражали дисбактериоз сифатида баҳоланди. Озон билан даволаш якунига етганидан сўнг натижалар қуйидагича баҳоланди, микробиоценознинг меъёрлашуви 17 нафар (53,12%) беморда, дисбиотик силжиш 15 нафар (46,87%) беморда кузатилди ҳамда асосий гуруҳда ОБШҚ ҚЯТ ЭЯШ га эга беморларда I-II, III ва IV даражали дисбактериоз мавжуд эмаслиги қайд этилди.

4. Озонотерапия ўтказилганидан кейин шикоятлар 3-даволаш кунда камайди, барча кўрсаткичлар ишончли пасайди. Шундай қилиб, ўчоқнинг диаметри 0,21±0,06 см ни, шикастланиш соҳаларининг юзаси 1,5 ±2,2 мм² ни ташкил қилди, пасайиш мос равишда 4,14 ва 10,26 марта; ГИ (ОНИ-S) - 0,40±0,27, РМА- 7,15±2,64, камайиш даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан такқослаганда мос равишда 7,8 ва 5,77 марта камайди. Асосий гуруҳда ўтказилган озонотерапиядан кейин маҳаллий ҳимоя омилларининг концентрацияси: оғиз суюқлигида sIgA – 42,3% га ошди, фаол лизоцимнинг ўсиш динамикаси 64,50% ни ташкил этди, нейтрофил лейкоцитларни фагоцитар фаоллигининг ўсиши даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан такқослаганда ўртача 52,58% га ошди (P<0,05).

5. ҚЯТ ЭЯШ янги яратилган озонлаштирилган кунжут мойининг қўлланиш самараси юқори натижаларни намоён қилди, ремиссия даври 2,50±0,13 ойдан 3,37±0,19 ойгача (P<0,001) 1,34 (p <0,05) мартага узайди, яхши натижа 20 та беморда (62,50±8,56%), қониқарли натижа 12 та беморда (37,50±8,56%) аниқланди, даволаш самарадорлиги 86,66% ташкил қилди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ
СТЕПЕНЕЙ PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 ПРИ БУХАРСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

САМАДОВА ШАХЗОДА ИСОКОВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО
ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

14.00.21– Стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

Бухара – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2020.4.PhD/Tib1562.

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте и Ташкентском государственном стоматологическом институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский и английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.bsmi.uz) и в информационно-образовательном портале "Ziyonet" (www.ziyonet.uz)

Научный руководитель

Ибрагимова Малика Худайберганошна
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты

Гулямов Сурат Саидвалиевич
доктор медицинских наук

Саидов Акбар Ахадович
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация

**Московский Государственный медицинский
Университет имени Пирогова.**
(Российская Федерация).

Защита диссертации состоится «29» декабря 2021 г. в 14⁰⁰ часов на заседании научного совета PhD 04/13.05.2020.Tib.93.02 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, Бухара, ул. Навоий-Шох, 1. Тел./факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhme@mail.ru).

С докторской диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № 064). Адрес: 200118, Бухара, ул. Навоий-Шох, 1. Тел./факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «10» декабря 2021 года.

(Реестр протокола рассылки № ___ от «10» декабря 2021 года).



А.Ш.Иноят

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Д.Н.Ачилова

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам, доцент

Н.А.Нуралиев

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Красный плоский лишай (КПЛ) – один из наиболее распространенных и клинически манифестных кожно-слизистых дерматозов. «По данным разных авторов популяционная частота КПЛ (0,4-1,9%) отмечается варьирование в разных регионах мира и доли к другим дерматозам...»¹. Необходимо отметить, что популяционная частота красный плоский лишай при поражении, достигающая 0,5-2,2 % слизистой оболочки полости рта, вне зависимости от различных регионов мира, дает возможность расценить это заболевание как часто встречаемую аутоиммунную патологию, при раннем ее выявлении специалистами различных профилей может достигнуть предотвращения озлокачествления и трансформации.

Частота поражения красного плоского лишая у женщин наблюдается несколько чаще, чем мужчин. Интересно, что мужчины заболевают чаще в молодом возрасте, а женщины - после 50 лет, в связи с нарушениями гормонального фона. Заболевание часто наблюдается у лиц 30-60 лет, из них большая часть, т.е. 62-67% приходится на долю женщин возрастом от 40 лет и старше в связи патогенетической ролью климакса и постклимактерического периода. Красный плоский лишай поражает взрослое население, однако нужно отметить, что чаще страдают люди 50-60 лет, однако, при этом, развитие этого заболевания в возрасте 30-60 лет наблюдается в 33% случаев, в 19% случаев - у людей от 51 до 60 лет, в 3-4% случаев - у лиц старше 70 лет. В связи с экологическими нарушениями окружающей среды и их негативными воздействиями на организм человека, КПЛ чаще наблюдается у детей, также часто отмечается поражение слизистой оболочки полости рта. Провоцирующими моментами развития красного плоского лишая явились нарушения микробиоценоза полости рта, снижение локального и общего иммунитета, стрессы, обострение сопутствующего соматического заболевания, прием лекарственных препаратов и др.

В нашей стране выполняются широкомасштабные мероприятия по развитию системы медицинской области, в частности, по уменьшению стоматологических заболеваний и их осложнений, а также по оказанию квалифицированной медицинской помощи больным с данной патологией, и определены следующие задачи по развитию системы особое внимание уделяется поднятию уровня медицинских услуг на новый уровень, в том числе повышению качества диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний, вызванных различными заболеваниями. В связи с этим в стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы определены задачи

¹Massimo F. Piepoli, Arno W. Hoes, Stefan Agewall, Christian Albus et. al. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике // Российский кардиологический журнал -2017- № 6 (146) – С. 7-85.

«...повышение доступности и качества оказания специализированной медицинской помощи, дальнейшее реформирование скорой и экстренной медицинской помощи, профилактика инвалидности...»². Исходя из этого для красного плоского лица одним из актуальных научных направлений является реализация эффективности за счет широкого использования на практике новых методов лечения с учетом их патогенетических механизмов.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан УП–6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», №ПП–4891 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно–правовых документах, принятых в данной деятельности.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. В развитии заболевания имеют значение местные факторы, определяющим сопротивляемость слизистой полости рта к локальным травмирующим факторам, вредным привычкам, заболеваниям пародонта, нарушению микробиоценоза полости рта. Установлена высокая частота сочетания КПЛ с патологией внутренних органов, доказана связь с иммунологическими нарушениями, что позволяет говорить о многосистемности патологического процесса при КПЛ. Изучены мультифакторные теории развития заболевания (Фирсова И. В., 2017).

Отечественные ученые вносят свой достойный вклад в изучение заболевания и поиска препаратов комплексного лечения. Оценена эффективность локальных и системных процессов развития КПЛ СОПР, патогенез развития различных клинических форм заболевания, а также меры локальной и системной коррекции (Шукурова У.А., 2018).

В качестве ранозаживляющего и противовоспалительного препарата при лечении КПЛ изучен тоник «Fatiderm-plus» - лечебное средство для слизистых оболочек и кожи (Адылходжаева З.Х., 2021). Создана биологическая активная добавка из натуральных целебных растений «Дента алоэ» в виде порошка для лечения воспалительных процессов полости рта, содержащих Алоэ (Резметов Ш.М. и др., 2016).

Изучена взаимосвязь локальных клинических проявлений заболевания с уровнем изменений местных защитных механизмов организма, нарушениями микробиоценоза полости рта. На основании оценки особенностей

²Указ Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан»

клинических проявлений иммуно-микробиологических нарушений разработана комплексная схема лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнено в Бухарском государственном медицинском институте на основании плана научно-исследовательских №02.2021 PhD.126. «Разработка новых подходов ранней диагностики, лечения и профилактики, предпатологических и патологических состояний организма в условиях жаркого климата Бухарского региона (2020-2021 гг.)».

Цель исследования: состоит из совершенствования комплексного лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

Задачи исследования:

изучить поражение и распространенность эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая при заболеваниях слизистой оболочки полости рта;

оценка клинического течения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая в слизистой оболочке полости рта (диаметр эрозивно-язвенных форм, площадь поверхности поражения) и специфичность показателей индекса;

изучить клинико-лабораторные взаимосвязь микробного пейзажа и микробиоценоза у пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая в слизистой оболочке полости рта до и после лечения озонированным кунжутным маслом;

изучить состояние клинико-иммунологической эффективности после лечения эрозивно-раневого формы красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта с использованием озонированного кунжутного масла;

оценка эффективности недавно разработанного метода лечения с использованием озонированного кунжутного масла при лечении эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая в слизистой оболочке полости рта.

Объект исследования составили 62 пациента с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта 18 лиц без патологии слизистой оболочки полости рта служили контролем. 2018-2019 году в Ташкентском государственном стоматологическом институте. В клиническом отделении терапевтической стоматологии.

Предметом исследования были слизистая оболочка полости рта, лекарственные препараты, ротовая жидкость для изучения стоматологических, иммунологических, микробиологических показателей.

Методы исследования. Для решения задач и достижения целей исследования в работе были использованы стоматологические, общеклинические, микробиологические, иммунологические, и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

выявлены высокий уровень выраженности кариеса в полости рта, нарушения работы жевательной системы, плохое гигиеническое состояние полости рта, патогенетические факторы рецидива эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая;

выявлены при комплексном лечении эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая в слизистой оболочке полости рта не обнаружено эффекта адаптации микроорганизмов полости рта к озонированному кунжутному маслу;

доказано, что использование озонированного кунжутного масла в комплексном лечении эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая в полости рта улучшает гигиену полости рта, снижает выраженность кариеса и нормализует микробиоциноз микробов ротовой жидкости;

было доказано, что использование озонированного кунжутного масла в комплексном лечении продлевает период ремиссии лечения из-за фагоцитоза лейкоцитов, активности лизоцима и повышения уровня sIgA в ротовой жидкости.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработана схема местного лечения больных эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с применением озонированного кунжутного масла без предварительной антисептической обработки эрозивно-язвенного очага и общей патогенетической терапии кортикостероидами, витаминами, противоаллергическими препаратами и ретинолом ацетата.

разработанная схема лечения озонированным кунжутным маслом без предварительной обработки антисептиком отличается отсутствием эффекта привыкания микроорганизмов к антисептикам, что обеспечивает более высокий результат стабилизации нормобиоценоза полости рта

применение комплексного лечения больных эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая с озонотерапией заключается в высокой эффективности в 96,87% случаев и достоверном сокращении сроков эпителизации и удлинении ремиссии в 2,27 раза пациентов основной группы.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования определяется применением апробированных теоретических и практических подходов и методов; достаточным объемом выборки пациентов; достоверность результатов подтверждена использованием современных, взаимодополняющих клинических, стоматологических, иммунологических, микробиологических и статистических методов исследования. Сопоставление полученных результатов с данными зарубежных и отечественных авторов, обоснованные выводы и заключение подтверждены достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость работы заключается в разработке теоретических основ современных методов диагностики (клинического,

микробиологического, иммунологического) и лечения эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР озонированным кунжутным маслом без предварительной антисептической обработки, что обеспечивает высокую эффективность результатов лечения из-за отсутствия эффекта привыкания микроорганизмов к антисептикам.

Практическая значимость работы заключается во внедрении в практическое здравоохранение разработке новой схемы комплексного патогенетического лечения больных эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР, повышение эффективности лечения в достижении стабилизации нормобиоценоза полости рта, активации местных факторов неспецифической защиты и удлинение сроков ремиссии.

Внедрение результатов исследования.

На основании полученных научных результатов по совершенствованию комплексного лечения красного плоского лишая в слизистой оболочке полости рта;

утверждены методическая рекомендация «Критерии диагностики красного плоского лишая» (заключение в Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан № 8 н-р/533 от 16 июня 2021 г.). Данные методические рекомендации позволила диагностировать красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта;

утверждены методические рекомендации «Совершенствование лечения пациентов с эрозивно язвенной формой красного плоского лишая озонированным кунжутным маслом» (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8 н-р/535 от 17 июня 2021 г.). Методическая рекомендация позволила комплексно лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта;

полученные результаты внедрены в практическую деятельность стоматологических поликлиник Вабкентского, Гиждуванского, Рамитанского районов Бухарской области и Бухарской городской стоматологической поликлиники №1. (Заключение Министерства здравоохранения №8Н-з/241 от 24 июля 2021 года). Результаты внедрения позволили анализировать состояние полости рта и совершенствование комплексного лечения эрозивно язвенной формы красного плоского лишая.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе на 4 международных и 2 республиканских научно – практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, в том числе 9 журнальных статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций, из них 7 в республиканских и 2 в зарубежных изданиях.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырёх глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем диссертации составлен 104 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель, задачи, объект и предмет исследования, показано соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике, изложены научная новизна и практические результаты исследования, обоснована достоверность полученных результатов, раскрыты их теоретическая и практическая значимость, приводятся сведения о внедрении в практику результатов исследования, результаты апробации работы, опубликованные работы и данные о структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные данные об этиопатогенезе красного плоского лишая и его лечении»** проанализированы теоретические аспекты, систематизированы исследования, посвященные вопросам воспалительных заболеваний полости рта, красного плоского лишая слизистой оболочки, проанализированы преимущества и недостатки существующих методов диагностики и лечения клинически и экспериментально, а также приведены нерешенные и требующие уточнения аспекты этой проблемы в Узбекистане.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы диагностики и лечения красного плоского лишая»** охарактеризованы материалы и методы исследования использованные в работе. проводились в Бухарском государственном медицинском институте, часть исследований проведено в Ташкентском государственном стоматологическом институте и бактериологической лаборатории Управления Санитарно-эпидемиологического надзора Главного Медицинского Управления при Администрации Президента Республики Узбекистан

Объектом исследования явились 62 пациента с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (ЭЯФ КПЛ СОПР), обратившихся на кафедру госпитальной терапевтической стоматологии и отделение клиники Ташкентского государственного стоматологического института за период с (2018-2019) г, которые распределены на три группы, больные группы сравнения (30 и больные основной группы (32), средний возраст 18 здоровых лиц без патологии слизистой оболочки полости рта служили контролем.

Критериями включения пациентов в основную группу и группу сравнения были идентичными: согласие пациента на участие в проведении данного исследования; возраст пациентов был не моложе 18 лет; диагноз красного плоского лишая (поражение слизистой оболочки рта и красной каймы губ), подтвержденный дерматологом.

Во время опроса у пациентов выявляли жалобы, характер течения КПЛ и давность заболевания, определяли причины развития КПЛ СОПР. Оценивали состояние СОПР, наличие и характер элементов поражения, тяжесть воспалительно-деструктивных процессов в эпителии слизистой полости рта.

Для оценки степени тяжести гингивита и воспаления использовали папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА). Предложены различные модификации этого индекса, но на практике чаще применяют индекс РМА в модификации Parma (1960).

Для анализа состояния местных факторов защиты полости рта у больных эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, мы определяли такие параметры как: титр лизоцима (Liz), показатель фагоцитоза и уровень иммуноглобулина класса А секреторной фракции (sIgA) в ротовой жидкости.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2010. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.23 (разработчик - IBM Corporation).

В третьей главе диссертации «**Результаты собственных исследований красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта**» проанализирован ретроспективный анализ частоты встречаемости КПЛ в поликлинике терапевтической стоматологии ТГСИ за 2015-2019 годы.

Частота встречаемости КПЛ среди всех заболеваний слизистой оболочки полости рта составляет 196 человек 44,3% (442 пациента). Так, за период с 2015 по 2019 годы на консультативный прием кафедры терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института обратились 196 человек с КПЛ СОПР, распределение больных по годам было соответственно: в 2015 году 19 (9,69%), в 2016 – 32 (16,32%), в 2017 году - 35 человек (17,85%), в 2018 году – 44 (22,44%), в 2019 году - 66 (33,67%), (Хи-квадрат=31,0; p = 0,000,) (табл 1).

Таблица 1

Количество больных КПЛ с 2015 -2019 гг, обратившихся в поликлинику для лечения

Годы	Количество больных КПЛ		
	абс	М±m,%	Р
2015	19	9,69±2,11	Хи-квадрат = 31,0; p = 0,000
2016	32	16,33±2,64	
2017	35	17,86±2,74	
2018	44	22,45±2,98	
2019	66	33,67±3,38	

Ретроспективное исследование больных КПЛ с 2015 -2019 гг, показывает, что обращаемость больных с данным заболеванием с каждым годом увеличивается. Обращение женщин по годам существенно выше, чем у

мужчин и составляет соответственно: в 2015 году в 3,75 раза чаще, чем у мужчин. В 2016 году – в 7 раз, в 2017 году – 2,88 раза, в 2018 году в 4,5 раза, в 2019 году – в 3,71 раза чаще, чем у мужчин (Хи-квадрат = 71,041; p = 0,000).

В возрастном аспекте обращаемость наиболее активна в возрасте 51-60 лет и более лет. Так, в возрасте 21-30 лет обратились 18 пациентов (9,18%), в возрасте 31-40 лет – 16 пациентов (8,16%), в возрасте 41-50 лет - 27 пациентов (13,77%), в возрасте 51-60 лет – 64 пациентов (32,65%) и в возрасте > 60 лет – 71 пациент (36,22%) (Хи-квадрат = 70,480; p = 0,000,).

Самыми распространенными локальными травмирующими факторами развития КПЛ СОПР в 31,63±3,32% случаев явились поражение слизистой оболочки полости рта, в 11,73±2,30% случаев –одновременное нахождение в полости рта разнородных металлов. Травматизация зубными протезами составили 17,86±2,74%, травмы пломбой – 15,82±2,61%, травматизация сколами зубов составили 8,67±2,01%. Вредная привычка прикусывать слизистую оболочку щек и языка регистрировалась в 14,29±2,50% случаев (Хи-квадрат = 37,663; p = 0,000) (табл 2).

Таблица 2

Провоцирующие факторы развития красного плоского лишая

№	Соматические заболевания	Количество больных		
		абс	М±m,%	Р
1	Раздражение СОПР кариозными зубами	62	31,63±3,32	Хи-квадрат = 37,663; p = 0,000
2	Разнородные металлы	23	11,73±2,30	
3	Травматизация зубными протезами	35	17,86±2,74	
4	Травма пломбой	31	15,82±2,61	
5	Прикусывание щеки, языка	28	14,29±2,50	
6	Травматизация сколами зубов	17	8,67±2,01	

Анализ результативности схемы традиционной местного лечения пациентов красным плоским лишаем по результатам ретроспективного анализа продемонстрировал, что в 48,7% случаях наступало улучшение. Преднизолон в таблетках по схеме: в дозе 20 мг 1-я неделя внутрь после завтрака через день, 2-я неделя в дозе 15 мг, 3-я неделя, в дозе 10 мг, 4-я неделя в дозе 5 мг; никотиновая кислота в таблетках по 0,05 г 2 раза в день; витамин А (масло) 3 раза в день по 10 капель.

В 9% случаев зафиксирован переход эрозивно-язвенной формы в типичную форму КПЛ. У пациентов в 42,3% случаях отмечалась резистентность к традиционной терапии, которая проявлялась частыми обострениями заболевания от 2 до 5 раз в год и ремиссией нестабильного характера.

При этом из всех форм КПЛ эрозивно-язвенная форма встречалась у 33,67±3,38% (66), увеличивается у людей от 51-60 и более лет 68,8% (135).

Наиболее частая локализация морфологических элементов наблюдалась у 95 больных (48,5%) на СО щеки, ретромолярной области – 30,1% (59). Низкая эффективность традиционного местного лечения, высокая устойчивость к лечению больных КПЛ мотивирует на поиск новых методов и средств патогенетического лечения.

Для решения поставленной цели исследовали пациентов ЭЯФ КПЛ на слизистой оболочке полости рта (СОПР) по первичной обращаемости в ТГСИ, поликлинику терапевтической стоматологии с 2018-2019 годы.

Пациенты с клиническими проявлениями ЭЯФ КПЛ СОПР впервые обращались к стоматологу по поводу получения стоматологической (ортопедической, хирургической) помощи. При ЭЯФ КПЛ с жалобами на боли, дискомфорт, чувство стянутости, эрозий и язв слизистой полости рта, больные впервые обращаются к терапевту - стоматологу.

Всего были осмотрены 80 человек, из которых 62 были пациенты с диагнозом ЭЯФ КПЛ СОПР, 18 здоровых лиц составляли контрольную группу. Пациенты ЭЯФ КПЛ СОПР были разделены на две группы основную (32) и группу сравнения (30), рандомизированные по полу и возрасту, что обеспечивает репрезентативность полученных данных.

При выяснении жалоб больных ЭЯФ КПЛ СОПР обращали внимание на частоту, повторяемость и динамику предъявляемых жалоб, а также на длительность ремиссии, частоту рецидивов, давность заболевания.

Больные при ЭЯФ КПЛ СОПР жаловались на чувство боли, стянутости, жжения, особенно при приеме острых, горячих блюд. Общее состояние больных обычно нарушалось, регионарные лимфатические узлы были несколько увеличены и болезненны, спаянности с тканями не наблюдалось. У больных нарушен сон и аппетит, когда мы спрашивали пациентов о дополнительных жалобах и неудобствах, часто они отвечали, что у них наблюдается обильное слюнотечение, нарушение сна и потерю аппетита ($\chi^2 = 2,874$; $p = 0,579$) (табл 3).

Из 62 больных ЭЯФ КПЛ СОПР чаще всего жаловались на боль острого характера 13 лиц (20,97±5,17%), причем боли носили постоянный характер, усиливались при приеме острой и горячей пищи. Дискомфорт и стянутость наблюдались у 9 пациентов (14,52±4,47). На наличие эрозий и язв жаловались 22 человека (35,48±6,08%), частота обострений в год 4,85±0,20. Ремиссия длилась не более 2,35±0,10 месяцев. Анамнестические данные больных указывают на среднюю длительность заболевания 2,50±0,10 лет.

При осмотре СОПР определялось симметричное расположение элементов поражения ЭЯФ КПЛ. На слегка гиперемированной и отечной слизистой оболочке полости рта (ретромолярной области СО, щек, боковой поверхности языка и красной каймы губ) наблюдались болезненные эрозии и язвы, покрытые серо-белого цвета фибринозным налетом, окруженные папулами полигональной формы.

Таблица 3

Жалобы больных ЭЯФ КПЛ СОПР в основной группе и группе сравнения

Жалобы больных	Основная группа (n=32)		Группа сравнения(n=30)		Всего больных(n=62)	
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	Abs	M±m,%
Дискомфорт	3	9,38±5,15	6	20,00±7,30	9	14,52±4,47
Стянутость	5	15,63±6,42	4	13,33±6,21	9	14,52±4,47
Боли	6	18,75±6,90	7	23,33±7,72	13	20,97±5,17
Жжение	4	12,50±5,85	5	16,67±6,80	9	14,52±4,47
Эрозии и язвы	14	43,75±8,77	8	26,67±8,07	22	35,48±6,08
$\chi^2 = 2,874; p = 0,579$						
	M±m		M±m		M±m	
Частота рецидивов в год	4,91±0,29		4,80±0,28		4,85±0,20	
Длительность КПЛ (год)	2,31±0,15		2,40±0,15		2,35±0,10	
Длительность ремиссии (мес)	2,53±0,14		2,50±0,13		2,50±0,10	

Из всех локальных травматических факторов у 62 пациентов ЭЯФ КПЛ СОПР наибольший процент 20,97±5,17% составили зубные протезы; на втором месте из локальных факторов находятся острые края зубов 19,35±5,02%; разнородные металлы - 17,74±4,85%; некачественные пломбы, вредные привычки- прикусывание щек, губ, а также курение составляют соответственно 14,52±4,47%, 12,90±4,26% и 14,52±4,47% ($\chi^2 = 3,551; p = 0,616$) (табл 4).

Таблица 4

Локальные травматические факторы у больных ЭЯФ КПЛ

Жалобы больных	Основная группа (n=32)		Группа сравнения(n=30)		Всего больных(n=62)	
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	Abs	M±m,%
Зубные протезы	7	21,88±7,31	6	20,00±7,30	13	20,97±5,17
Разнородные металлы	6	18,75±6,90	5	16,67±6,80	11	17,74±4,85
Острые края зубов	5	15,63±6,42	7	23,33±7,72	12	19,35±5,02
Некачественные пломбы	5	15,63±6,42	4	13,33±6,21	9	14,52±4,47
Прикусывания щек, губ	6	18,75±6,90	2	6,67±4,55	8	12,90±4,26
Курение	3	9,38±5,15	6	20,00±7,30	9	14,52±4,47
Р	$\chi^2 = 3,551; p = 0,616$					

Больные затруднялись принимать пищу из-за сильных болей, у них был нарушен аппетит и сон. Иногда съемные пластинчатые зубные протезы, особенно их острые края оказывали травматическое воздействие на слизистую оболочку полости рта.

Естественно, сочетание патогенного гемолитического стрептококка и золотистого стафилококка с грибами рода кандиды при ЭЯФ КПЛ СОПР является крайне неблагоприятным. Персистенция бактериальных патогенов формирует дисбиоз полости рта. Клинико-микробиологические проявления дисбиоза до начала лечения в сравниваемых группах были однородны и в 9,57 – 10,00% случаев соответствовали дисбиотическому сдвигу; у 46,66 – 50,00% больных изменения микробиоценоза оценивались как дисбактериоз I-II степени и в 40,62 – 43,33% – как дисбактериоз III степени.

Одновременно существенно возрастали титры резидентной микрофлоры: сапрофитного стафилококка, негемолитического стрептококка, лактобактерий. Анализ применения озонированного кунжутного масла в полости рта в основной группе показал ее высокую эффективность по сравнению с базисной терапией. Диагностически значимые изменения микробиоценоза у больных контрольной группы заключались в снижении общей микробной обсемененности на 12,52% ($P > 0,05$). Соответствующие снижения в группе сравнения и основной группе составили 14,94% ($P < 0,05$) и 22,24% ($P < 0,01$).

Процент снижения титров таких патогенов, как золотистый стафилококк и гемолитический стрептококк составил в контрольной группе 50,0% ($P < 0,01$) и 48,08% ($P < 0,01$); в группе сравнения соответственно 73,34% ($P < 0,001$) и 80,59% ($P < 0,001$); в основной группе в конце курса лечения патогенные микроорганизмы отсутствовали. Уровни снижения условно-патогенных микроорганизмов, таких как эшерихии ЛП и ЛН, протей и грибы рода кандиды в контрольной группе составили соответственно 40,06% ($P < 0,01$); 52,95% ($P < 0,01$); 46,67% ($P < 0,01$) и 27,03% ($P < 0,01$) против 68,96% ($P < 0,01$); 100%; 50,00 ($P < 0,01$) и 36,12% в группе сравнения.

В основной группе средние титры эшерихии ЛП понизились на 76,24%, эшерихии ЛН – на 100%; протей – на 57,84% и грибов рода кандиды – на 45,95% ($P < 0,01$) (рис. 1). Таким образом, максимальная эффективность элиминации патогенных и условно-патогенных микроорганизмов регистрировалась в основной группе и минимальная – в контрольной. Элиминация условно и патогенной микрофлоры синхронизировалась с увеличением титров представителей нормоценоза.

Так, в контрольной группе титры лактобактерий, сапрофитного стафилококка и негемолитического стрептококка повысились на 30,0% ($P < 0,01$); 45,16% ($P < 0,01$) и 52,38% ($P < 0,01$). Соответствующие увеличения в группе сравнения и основной группе были равны – 51,28% ($P < 0,01$); 55,77% ($P < 0,01$); 52,38% ($P < 0,01$) и 57,62% ($P < 0,01$); 60,78% ($P < 0,01$) и 86,36% ($P < 0,01$)

Таким образом, результаты проведенных микробиологических методов исследований показали, что при применении озонированного кунжутного

масла наблюдается угнетение условно патогенной и патогенной микрофлоры с одновременным активированием представителей нормальной микрофлоры.

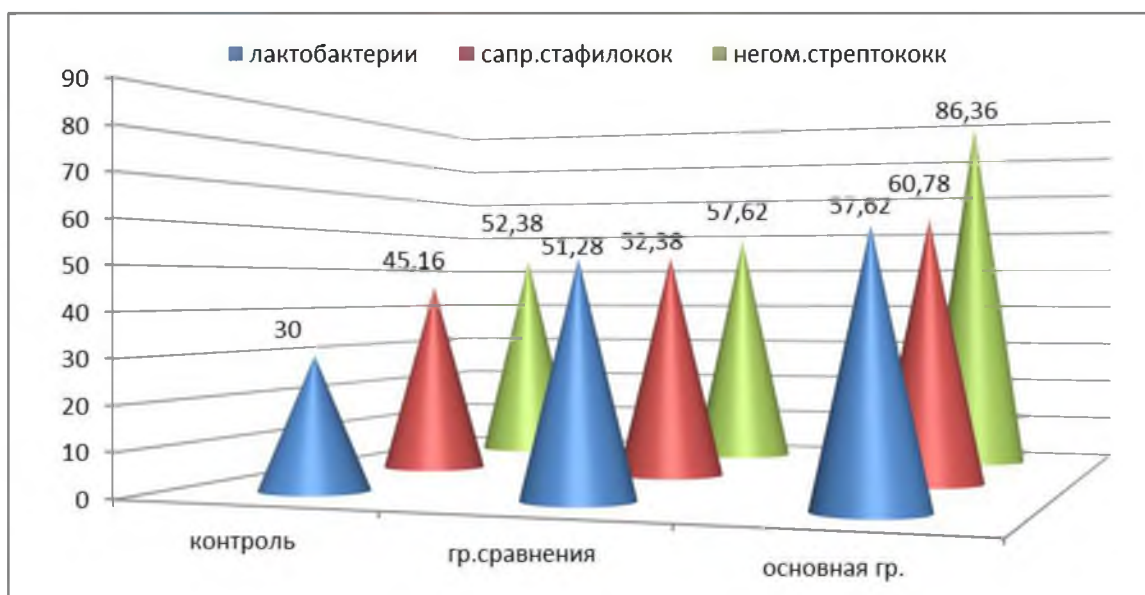


Рис. 1. Возрастание титра резидентной микрофлоры после комплексного лечения

После окончания лечения в группе сравнения у 13 (43,33±9,05%) лиц установлен нормоценоз, дисбиотический сдвиг у 11 лиц (36,67±8,80%), у 6 лиц (20,00±7,30%) – дисбактериоз I-II степени. В основной группе результаты лечения с использованием озона оценены таким образом: нормоценоз у 17 лиц (53,13±8,82%) дисбиотический сдвиг у 15 лиц (46,88±8,82%), отсутствии дисбактериоза I-II, III и IV степени в основной группе (рисунок 2).

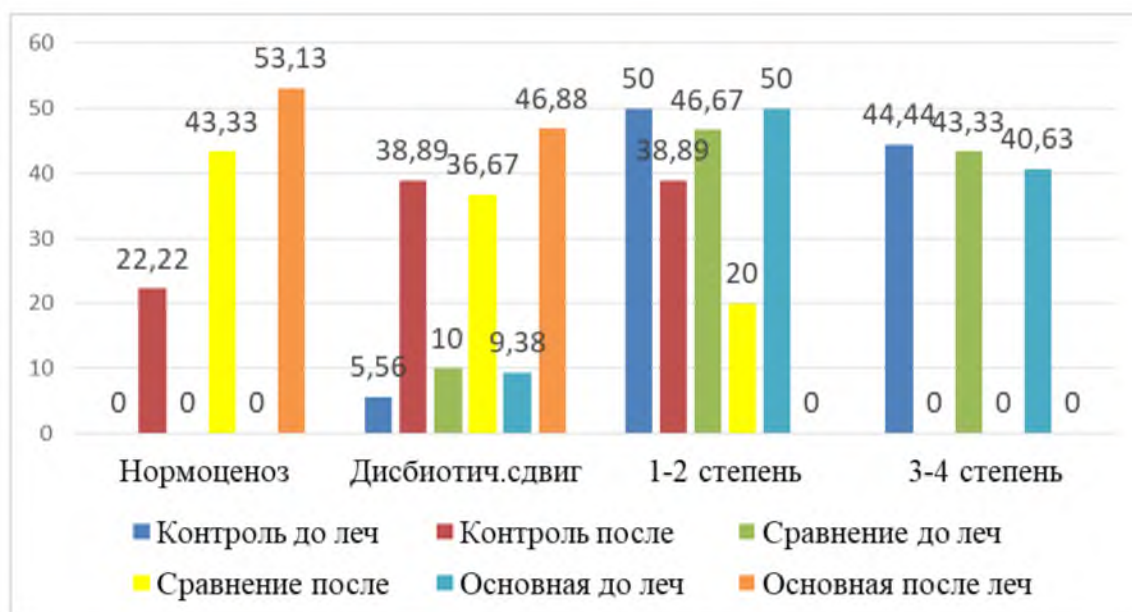


Рис. 2. Состояние микробиоценоза полости рта больных ЭАФ КПЛ СОПР до и после лечения

Проведенные аппликации озонированного кунжутного масла оказались эффективными из-за разрушающего действия озона на цитоплазматические мембраны микробов и бактерий, в результате удалось добиться снижения количества условно-патогенных микроорганизмов в основной группе больных ЭЯФ КПЛ СОПР средние титры эшерихии ЛП понизился на 76,24%, эшерихии ЛН –на 100%; протей –на 57,84% и грибов рода кандиды – на 45,95% ($P < 0,01$). Тогда как у пациентов в группе сравнения снижение эшерихии ЛП и ЛН, протей и грибов рода кандиды составило снижение соответственно 40,06% ($P < 0,01$); 52,95% ($P < 0,01$); 46,67% ($P < 0,01$) 27,03% ($P < 0,01$), против 68,96% ($P < 0,01$); 100%; 50,00 ($P < 0,01$) и 36,12% снижение составило соответственно в контрольной группе. Вследствие этого, результаты озонотерапии оценены таким образом: нормоценоз отмечен у 17 лиц ($53,13 \pm 8,82\%$) дисбиотический сдвиг - у 15 ($46,88 \pm 8,82\%$), а также отмечено отсутствие дисбактериоза I-II, III и IV степени пациентов основной группы, что подтверждает эффективность применения озона в комплексном лечении ЭЯФ КПЛ СОПР ($\chi^2 = 54,000$; $p = 0,000$);).

Одним из важных компонентов слюны является фермент лизоцим, образующийся в нейтрофилах, макрофагах и нарушающий гликозидную связь моносахаров. Расщепляя пептидогликаны клеточной стенки грамположительных микроорганизмов на дисахариды, лизоцим способствует разрыву бактериальной клетки, что приводит к ее гибели.

Известно, секреторный иммуноглобулин А (sIgA) является секретом плазмочитов миндалин и клеток lamina propria, как известно, в слюне содержится большое количество секреторного иммуноглобулина sIgA.

Благодаря фагоцитозу они активно противодействуют микроорганизмам полости рта. Таким образом, лизоцим, sIgA и фагоцитарная активность нейтрофилов являются основными местными факторами неспецифической резистентности СОПР, препятствующие ее бактериальной колонизации и повышающие устойчивость к воздействию различных антигенов. У больных ЭЯФ КПЛ в ротовой жидкости регистрировалось устойчивое ($P < 0,05$) снижение, по сравнению с нормой, активности изучаемых факторов неспецифической резистентности.

Полученные результаты показали однозначность изменений уровня изучаемых факторов, которые позволили оценить результаты лечения, а также сравнить межгрупповые различия. После завершения лечения в сравниваемых группах получен положительный результат, эффект, которого выразался в достоверном увеличении ($P < 0,05$) всех изучаемых показателей по сравнению с показателями до лечения, особенно в основной группе. Так, после проведения лечения концентрация sIgA в ротовой жидкости увеличилась в контрольной группе на 23,08% ($P < 0,01$); в группе сравнения – на 32,0% ($P < 0,01$) и в основной группе –на 42,3% ($P < 0,01$)

Соответствующая динамика прироста активности лизоцима в контрольной группе составила 40,95% ($P < 0,01$); в группе сравнения и основной группе составляла соответственно 52,23% ($P < 0,01$) и 64,50% ($P < 0,01$). Увеличение фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов

было в среднем на 16,84% ($P<0,05$); 33,72% ($P<0,01$) и 52,58% ($P<0,01$) соответственно в контроле, группе сравнения и основной группе больных ЭЯФ КПЛ СОПР

Необходимо отметить, что после лечения показатели неспецифической резистентности полости рта особо не достигали значений нормы. При этом в группе сравнения и основной группе разница показателей нормы у больных ЭЯФ КПЛ СОПР после лечения не была статистически значимой ($P_1<0,05$; $P_2<0,05$).

Таким образом, озон содержащийся в озонированном кунжутном масле влияет на систему клеточного и гуморального иммунитета, тем самым стимулирует синтез иммуноглобулинов, активизирует функцию макрофагов, усиливает фагоцитарную активность, повышает содержание лизоцима, обладающего бактерицидной активностью, а также стимулирует и увеличивает содержание секреторного иммуноглобулина А, тем самым препятствует бактериальной колонизации биотопов.

Таким образом, после проведения озонотерапии в основной группе концентрация sIgАв ротовой жидкости увеличилась – на 42,3%, динамика прироста активности лизоцима -на 64,50%, увеличение фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов было увеличено в среднем на 52,58% ($P<0,05$).

В четвертой главе диссертации «**Динамика комплексного лечения больных ЭЯФ КПЛ СОПР**» представлено оценка клинической эффективности озонотерапии пациентов основной группы ЭЯФ КПЛ СОПР, в улучшении микробиоценоза и факторов неспецифической резистентности СОПР.

До лечения у пациентов основной группы ЭЯФ КПЛ СОПР больные отмечают сильную боль при приеме пищи и разговоре, отмечается отек и гиперемия слизистой оболочки. После проведения измерений определили исходные показатели диаметра эрозивно-язвенного очага, которые составили $1,51\pm 0,07$ см, площадь поражения составила $15,40\pm 0,41$ мм².

Через 7 дней от начала лечения озонотерапии у пациентов основной группы субъективные ощущения почти изменились. Пациенты отмечали умеренное жжение при разговоре, при этом прием пищи не был затруднен, боли нет. Во время объективного осмотра не отмечено больших изменений, слабая гиперемия и незначительный отек на СОПР в очагах поражения сохранились. В среднем диаметр эрозивно-язвенных поражений составил $0,75\pm 0,04$ см., по сравнению с аналогичным показателем до лечения что еще раз доказывает статистически достоверную разницу значений ($p<0,05$). Площадь поражений составила $-12,30\pm 0,36$ мм². Таким образом, в связи с началом эпителизации наблюдается уменьшение диаметра язвенного поражения и площади поражения соответственно в 1,97 раз и в 1,24 раза.

Гигиенический индекс несколько снижался, по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 28,67% ($2,24\pm 0,11$)- 25,08% ($2,33\pm 0,11$) ($p<0,001$), что показывает снижение соответственно в 1,09 раза и 1,2 раза по сравнению с показателями до лечения. Показатель РМА в

основной группе и группе сравнения на 7 день лечения составил соответственно 46,25% (22,21±1,24) и 35,83% (24,52±0,33) (p<0,001), что показывает снижение воспалительного процесса соответственно в 1,86 раза и 1,55 раза по сравнению с показателями до лечения.

Через 30 дней гигиенический индекс (ОИ-S) и индекс воспаления РМА в основной группе и группе сравнения составили соответственно 61,2% (1,03±0,05) и 44,38% (1,73±0,03), что показывает снижение соответственно в 2,5 раза и 1,8 раза по сравнению с показателями до лечения (p<0,001). Показатель РМА в основной группе и группе сравнения в эти сроки лечения были соответственно 64,45% (14,69±0,69) и 54,65% (17,33±0,66), что показывает снижение воспалительного процесса соответственно в 2,81 раза и 2,2 раза по сравнению с показателями до лечения (p<0,001).

Эффективность профилактики высоко оценена в контрольной группе: положительными были результаты 10 человек (55,55±11,71%), удовлетворительными 6 (33,33±11,11%), отрицательными 2 (11,11±7,41%) человека. В группе сравнения с традиционным лечением и применением аппликации кунжутного масла положительный результат отмечен у 15 (50,00±9,13%), удовлетворительным у 14 (46,67±9,11%), отрицательным у 1 (3,33±3,28%) пациент (табл 5).

Таблица 5

Оценка эффективности озонотерапии больных основной группы ЭЯФ КПЛ СОПР

Исследуемые группы	Оценка эффективности озонотерапии							
	Положительный		Удовлетворит.		Отрицательный		Не оценено	
	abs	M±m,%	Abs	M±m,%	Abs	M±m,%	Abs	M±m,%
Контроль, n=18	10	55,56±11,71	6	33,33±11,11	2	11,11±7,41	0	0,00±0,00
Сравнения, n=30	15	50,00±9,13	14	46,67±9,11	1	3,33±3,28	0	0,00±0,00
P	$\chi^2 = 1,636; p = 0,441$							
Основная, n=32	20	62,50±8,56	12	37,50±8,56	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00
P	$\chi^2 = 3,704; p = 0,157$							
P ₁	$\chi^2 = 1,805; p = 0,405$							

Примечание: P - достоверность различия показателя по отношению контрольной группы, P₁ - по отношению группы сравнения.

В основной группе с применением озонированного кунжутного масла без предварительной антисептической обработки количество положительных результатов резко увеличилось и достигло 20 (62,50±8,56%) человек, удовлетворительный результат отмечен у 12 пациентов (37,50±8,56%) (рис. 3).

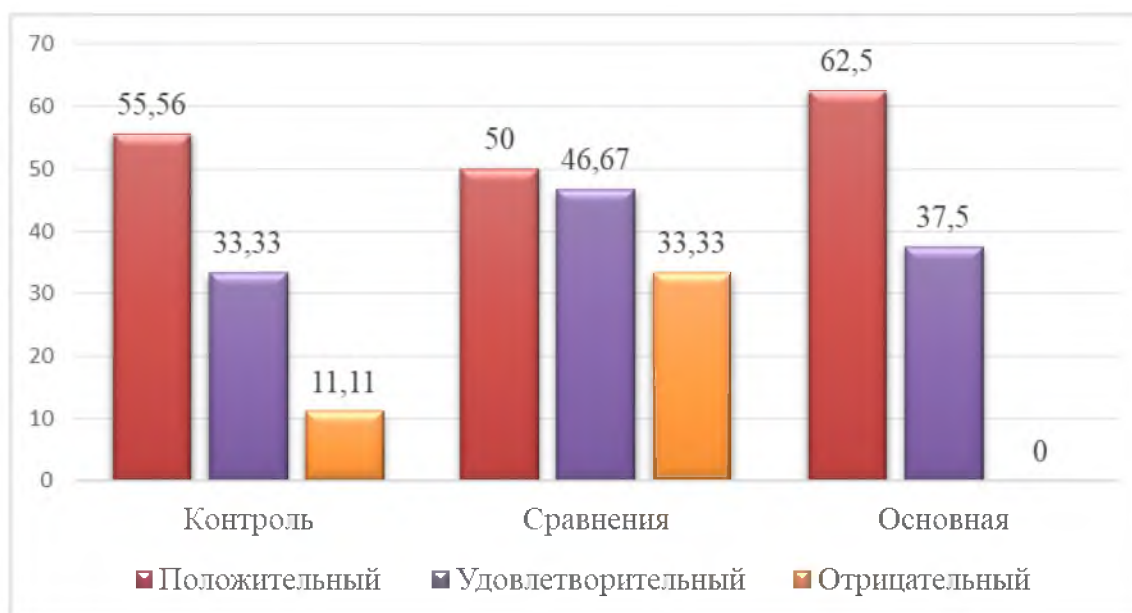


Рис.3. Оценка эффективности озонотерапии больных ЭЯФ КПЛ СОПР

Эффективность лечения больных в группе сравнения также оценивали по срокам ремиссии. В группе сравнения длительность срока ремиссии до лечения составляла $2,50 \pm 0,13$ месяцев, после лечения этот показатель увеличился в 1,34 раза ($p < 0,05$) т.е. достиг до $3,37 \pm 0,19$ месяцев ($P < 0,001$) в 86,66% случаев (26 человек). У 1 пациента группы сравнения (3,33%) - имелась тенденция к длительному течению эрозивно-язвенного процесса.

Достигнутую эффективность лечения пациентов после озонотерапии в основной группе мы оценивали по срокам ремиссии. Так, в основной группе длительность ремиссии до лечения была $2,53 \pm 0,14$ месяцев, после озонотерапии этот показатель увеличился в 2,27 раза ($p < 0,05$) - и достиг значения $5,75 \pm 0,06$ мес. в 96,88% случаев (31 человек) (таблица 6).

Таблица 6

Эффективность озонотерапии в удлинении ремиссии

Исследуемые группы	Исходная длительность ремиссии	Достигнута длительность ремиссии	Количество лиц, удлинена ремиссия		P
	M±m	M±m	abs	M±m,%	
Сравнения, n=30	$2,50 \pm 0,13$	$3,37 \pm 0,19^*$	26	$86,67 \pm 6,21$	$\chi^2 = 2,176;$ $p = 0,140$
Основная, n=32	$2,53 \pm 0,14$	$5,75 \pm 0,06^{**x}$	31	$96,88 \pm 3,08$	

Примечание: * - отмечена достоверность различия показателя по отношению к показателю исходным данным (* - $P < 0,001$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,05$),^x - по отношению группы сравнения (^x - $P < 0,001$; ^{xx} - $P < 0,01$; ^{xxx} - $P < 0,05$).

Кроме этого, после 9 мес. эрозивно-язвенная форма КПЛ у 1 больного (3,12%) трансформировалась в типичную форму, это свидетельствует о

достигнутой положительной динамике терапии пациентов озонированным кунжутным маслом.

Эрозивно-язвенные поражения полностью эпителизировались, и на слизистой оболочке на месте заживления оставался лишь ажурный рисунок Уикхема из типичных папул.

Применение пациентам ЭЯФ КПЛ основной группы озонированного кунжутного масла без предварительной антисептической обработки, отличается отсутствием эффекта привыкания микроорганизмов, что обеспечивает более высокий результат стабилизации нормобиоценоза полости рта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Распространённость стоматологических проявлений красного плоского лишая составила 19,5% в структуре заболеваний СОПР, наиболее часто встречающейся формой КПЛ является типичная форма -41,32%, на втором месте – эрозивно-язвенная форма – 33,67% .

2. До лечения у пациентов основной группы ЭЯФ КПЛ СОПР больные отмечают сильную боль, жжение и дискомфорт, особенно при разговоре и приеме пищи, во время объективного обследования наблюдается отек и гиперемия слизистой оболочки, исходные показатели диаметра эрозивно-язвенного очага составили $1,5 \pm 0,06$ см, площадь поражения - $15,4 \pm 2,4$ мм², ГИ (ОНИ-S) составил $3,14 \pm 0,11$, РМА- $41,32 \pm 2,05$;

3. Клинико-микробиологические взаимосвязи микробиоценоза и локальных факторов неспецифической резистентности до начала лечения в сравниваемых группах в 9,57–10,00% случаев соответствовали дисбиотическому сдвигу; у 46,66-50,00% больных изменения микробиоценоза оценивались как дисбактериоз I-II степени и в 40,62 –43,33% - как дисбактериоз III степени. После лечения озоном оценены результаты, заключающиеся в нормализации микробиоценоза у 17 лиц (53,12%), дисбиотический сдвиг наблюдался у 15 лиц (46,87%) и отмечается отсутствие дисбактериоза I-II, III и IV степени у пациентов основной группы ЭЯФ КПЛ СОПР.

4. После проведения озонотерапии жалобы уменьшаются, с 3 дня лечения, все показатели достоверно снижаются. Так, диаметр очага составил $0,21 \pm 0,06$ см, площадь участков поражения $1,5 \pm 2,2$ мм², снижение соответственно в 4,14 раза и 10,26 раза; ГИ (ОНИ-S)- $0,40 \pm 0,27$, РМА- $7,15 \pm 2,64$, снижение соответственно в 7,8 и 5,77 раз по сравнению с показателями до лечения. После проведения озонотерапии в основной группе концентрация местных факторов защиты: sIgA_в ротовой жидкости увеличился –на 42,3%, динамика прироста активности лизоцима составила 64,50%, увеличение фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов было увеличено в среднем на 52,58% по сравнению с показателями до лечения ($P < 0,05$).

5. Эффективность созданного озонированного кунжутного масла показала высокие результаты, период ремиссии увеличился с $2,50 \pm 0,13$ месяца до $3,37 \pm 0,19$ месяца ($P < 0,001$) в $1,34$ ($r < 0,05$) раза, хороший результат был получен у 20 пациентов ($62,50 \pm 8,56\%$), а удовлетворительный результат - у 12 пациентов ($37,50 \pm 8,56\%$), эффективность лечения составила $86,66\%$.

**SCIENTIFIC COUNCIL FOR AWARDING SCIENTIFIC
DEGREES PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 AT THE
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

SAMADOVA SHAXZODA ISOKOVNA

**IMPROVING COMPREHENSIVE TREATMENT LICHEN PLANUS OF
THE ORAL MUCOSA**

14.00.21 - Stomatology

**ABSTRACT OF DISSERTATION
THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

Bukhara – 2021

The theme of doctoral dissertation (PhD) was registered at Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under №B2020.4.PhD/Tib1562

The doctoral (PhD) dissertation was carried out at Bukhara state medical institute.

The abstract of the dissertation in three languages (uzbek, russian and english (summary)) is available on the website of the Scientific council (www.bsmi.uz) in the information and educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Research advisor: **Ibragimova Malika Khudoyberganovna**
Doctor of medical sciences, docent

Official opponents: **Gulyamov Surat Saidvalievich**
Doctor of Medical Sciences

Saidov Akbar Ahadovich
Doctor of Medical Sciences, docent

The leading organization: **Moscow State Medical University named after Pirogov**
(Russia Federation)

The dissertation will be defended on «*19*» *desember* 2021, at *14⁰⁰* at hours at a meeting of the Scientific Council PhD 04/13.05.2021.Tib.93.02 at Bukhara state medical institute. (Address: 200118, Bukhara city, A.Navoi street №1, Tel, fax: (+99865)2230050) e-mail: buhmi@mail.ru).

The doctoral dissertation can be looked in the Information Resource Center of Bukhara state medical institute (registered under № *064*). Address: 1 A.Navoi str, 200118, Bukhara. Tel./fax: (+998

65)2230050) e-mail: buhme@mail.ru).

The abstract of dissertation sent out «*10*» *desember* 2021 year

(Protocol of maining № _____ from «*10*» *desember* 2021 year)



A.SH. Inoyatov

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

D.N. Achilova

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, PhD docent

N.A. Nuraliyev

Deputy chairman of a one-time scientific seminar at Scientific Council for the award of scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research Objective of the study: consists of improving the complex treatment of erosive and ulcerative forms of lichen planus of the oral mucosa.

The object of the study consisted of 62 patients with erosive and ulcerative form. my lichen planus of the oral mucosa 18 individuals without pathology of the oral mucosa served as control. 2018-2019 at the Tashkent State Dental Institute. Into a wedgemedical department of therapeutic dentistry

The scientific novelty of the research work is as follows:

to study the features of the clinical manifestations of the erosive ulcerative form of lichen planus of the oral mucosa;

to assess the relationship and features of the clinical course (diameter of erosive and ulcerative formations, lesion area) and index indicators of the erosive ulcerative form of lichen planus of the oral mucosa;

to study the microbial landscape, clinical and laboratory relationships of microbiocenosis and local factors of nonspecific resistance of the oral cavity in patients with erosive ulcerative lichen planus of the oral mucosa before and after treatment with ozonized sesame oil;

to evaluate the clinical and microbiological effectiveness of a complex method of treating the erosive and ulcerative form of lichen planus of the oral mucosa with ozonized sesame oil without the use of antiseptics;

to evaluate the immunological effectiveness of a complex method for the treatment of erosive and ulcerative forms of lichen planus of the oral mucosa;

Implementation of the research results. Based on the scientific results obtained to improve the complex treatment of lichen planus in the oral mucosa;

approved the methodological recommendation "Criteria for the diagnosis of lichen planus" (conclusion in the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8 nr / 533 dated June 16, 2021). These guidelines made it possible to diagnose lichen planus of the oral mucosa;

approved methodological recommendations "Improving the treatment of patients with erosive ulcerative lichen planus with ozonated sesame oil" (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8 nr / 535 dated June 17, 2021). Methodical recommendation allowed complex treatment of lichen planus of the oral mucosa;

the results obtained were introduced into the practice of dental clinics in Vabkent, Gijduvan, Ramitan districts of Bukhara region and Bukhara city dental clinic No. 1. (Conclusion of the Ministry of Health No. 8N-z / 241 dated July 24, 2021). The results of the implementation made it possible to analyze the state of the oral cavity and improve the complex treatment of the erosive ulcerative form of lichen planus

Publication of research results. On the topic of the dissertation, 20 scientific works were published, including 9 journal articles in scientific publications recommended by the Higher Attestation Commission of the Republic of

Uzbekistan for the publication of the main scientific results of dissertations, of which 7 in republican and 2 in foreign publications.

Structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, 4 chapters, a conclusion, practical recommendations and a list of used literature. The volume of the thesis is 104 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Самадова Ш.И., Камиллов Х.П., Ибрагимова.М.Х., Муродова З.У. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта: Клинические формы и лечение // Медицинский журнал Узбекистана.- 2020.- №1. -С.78-81 (14.00.00: №8)

2. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х., Адилходжаева З.Х. Этиопатогенетическое и клиническое обоснование лечения красного плоского лишая // Медицинский журнал Узбекистана. -2020.- №2.- С.71-77. (14.00.00: №8)

3. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х., Муродова З.У. Красный плоский лишай полости рта. Клиника и лечение // Stomatologiya.- 2020.- №4.- С.43-46. (14.00.00: №12)

4. Samadova Sh.I. Improvement of Complex Treatment of Red Lichen Planus of the Oral Mucosa // International Journal of Progressive Sciences and Technologies (IJPS3AT)- 2020.- Vol 23, No 2.- P 656-661.

5. Самадова Ш.И., Камиллов Х.П., Ибрагимова.М.Х., Адилходжаева З.Х. Микробиологические аспекты озонотерапии при лечении пациентов эрозивно язвенной формы красного плоского лишая // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.- 2020.- №3-4 С. 89-91. (14.00.00: №14)

6. Самадова Ш.И., Камиллов Х.П., Ибрагимова.М.Х., Адилходжаева З.Х. Эффективность озонотерапии пациентов эрозивно язвенной формы красного плоского лишая // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2020.- №3-4.- С.92-94. (14.00.00: №14)

7. Самадова Ш.И., Камиллов Х.П., Ибрагимова.М.Х., Адилходжаева З.Х. Оценка эффективности лечения больных эрозивно язвенной формы красного плоского лишая по динамике местных иммунных факторов // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2020.- №3-4.- С.104-106. (14.00.00: №14)

8. Samadova Sh.I., Ibragimova M.Kh. Improvement of Complex Treatment of Red Lichen Planus of the Oral Mucosa // Annals of R.S.C.B.,-2021.- Vol. 25, Issue 1,- Pages. 5072 – 5080.scopus

9. Самадова Ш.И., Собиров Ш.С., Широнова Х.Х., Курбонова Н.И. Определение местного антиоксидантного статуса в зубодесневой жидкости у пациентов с различными формами красного плоского лишая // Тиббиётда янги кун. -2021.- №2(34).-С 469-473. (14.00.00: №22)

II бўлим (II часть; II part)

10. Samadova Sh.I. Adilhodzhaeva Z.Kh., Kamilov H.P., Ibragimova M.Kh. Retrospective analysis of the frequency of the occurrence of the lichen ruber

planus and the it's various forms under the conditions of Uzbekistan // American Journal of Research -7-8, July-August- 2020.- P-22-26

11. Samadova Sh.I. Adilhodzhaeva Z.Kh., Kamilov H.P., Ibragimova M.Kh. The Specifics Of The Course Of Lichen Planus In The Oral Mucosa // Journal For Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science (JIDPTS) - Volume:4, Issue:3, March:-2021.- (J I D P T S).- C-47-50

12. Самадова Ш.И., Камилов Х.П., Ибрагимова.М.Х. Применение озонированного кунжутного масла в комплексном лечении эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Журнал Медицина и инновации. -2021.-№1- С-112-117

13. Самадова Ш.И., Адилходжаева З.Х., Муродова З.У. Клиническая оценка лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Сборник научных статей по итогам работы Международного научного конгресса.- Москва,- 2020.- Том 2.-С.54-55

14. Самадова Ш.И., Адилходжаева З.Х. Эффективность медицинского озона в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта //Наука и инновации –современные концепции. Сборник научных статей по итогам работы Международного научного конгресса.- Москва.- 2020.- Том 1.- С.66-67

15. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х., Муродова З.У. К вопросу лечения красного плоского лишая в полости рта с применением озонотерапии // Ёш олимлар кунлари республика илмий-амалий анжумани.-Тошкент, - 2020.- С. 23-26.

16. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х., Адилходжаева З.Х. К вопросу комплексного лечения эрозивно язвенной формы КПЛ с применением озонотерапии // Сборник материалов IX Международной научно-практической конференции «Проритеты фармации и стоматологии: от теории к практике», - Казахстан, -2020.- С 95-97

17. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х., Муродова З.У. Состояние местных факторов защиты у больных эрозивно язвенной формы красного плоского лишая //«Yosh olimlar: yuz-yuz jarrohligida innovatsion echimlar» Xalqaro ilmiy-amaliy anjuman to'plami – 2021.- С.69-71

18. Самадова Ш.И., Хабибова Н.Н., Собиров Ш.С. Красный плоский лишай // Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы в стоматологии» -Фаргона -2021.- С 55-56

19. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х. Критерии диагностики красного плоского лишая // Методические рекомендации. - Бухара- 2021.- 25 б.

20. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х. Совершенствование лечения пациентов с эрозивно язвенной формой красного плоского лишая озонированным кунжутным маслом // Методические рекомендации. - Бухара -2021.- 23 б.

Автореферат “Дурдона” нашриётида тахрирдан ўтказилди ва ўзбек, рус
хамда инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.



Босишга рухсат этилди: 09.12.2021. Бичими 60x84 1/16. Рақамли босма
усулида босилди. Times New Roman гарнитураси. Шартли босма тобоғи: 3.0.
Адади 100 нусха. Буюртма №429.

Гувоҳнома АI № 178. 08.12.2010.
“Sadriddin Salim Buxoriy” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 0(365) 221-26-45.

