

Антибактериальная и противовоспалительная терапия включала полоскание полости рта 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата 2 раза в день после чистки зубов, метронидазол (Метрогил-дента гель) в пародонтальный карман под защитно-фиксирующую повязку, в полости рта таблетки анзибел, 6-8 таб. в сутки 10 дней.

Доставка в лабораторию материала для бактериологического исследования в целях выявления грибов рода *Candida* осуществлялась в жидкой среде Сабуро, посев производили на плотную среду Сабуро. Использовали стандартные среды, производство HiMedia (Индия). Идентификацию грибов рода *Candida* до вида производили с помощью коммерческих хромогенных сред HiCrome *Candida* Differential Agar Base, Modified MI 456A производства HiMedia (Индия), позволяющих дифференцировать следующие виды по окрашиванию и морфологии.

Candida albicans, *Candida glabrata*, *Candida tropicalis* и *Candida krusei*, результаты исследования получали через 48 часов. По числу полученных изолированных колоний определял количественную обсемененность биосубстрата пародонтального кармана, которую выражали через десятичный логарифм величины выросших колоний (lg КОЕ/мл).

Результаты исследований обработаны методом вариационной статистики с вычислением средних величин (M) и их ошибки (ш), среднего квадратичного отклонения (б) и достоверных различий с помощью критерия (t) Стьюдента при уровне статистической значимости различий (p) не более 0,05. Статистическую обработку данных исследований проводили с использованием программы Stat Soft Statistica v. 6.0.

Результаты и обсуждение. Анализ жалоб пациентов показал, что при ГП с идентифицированными грибами рода *Candida* spp. больных беспокоили сухость и жжение в полости рта, шероховатость слизистой рта, шелушение красной каймы губ, наличие трещин в углах рта и белого налета на языке.

При клиническом осмотре полости рта у больных установлено наличие белого налета на слизистой оболочке десен и языка, нёбных дужек и щек. Выявленная картина соответствовала хроническому гипертрофическому кандидозу слизистой оболочки полости рта. У отдельных больных при кандидозно-ассоциированном пародонтите обнаруживали инфильтрацию отдельных участков десневого края в виде плотного на ощупь валика.

У некоторых больных налет был не выражен, но определялись микротрещины слизистой языка и щек на фоне изменения цвета слизистой оболочки и сглаженности сосочков языка, а также трещины в уголках рта, что позволило установить диагноз хронического атрофического кандидоза слизистой оболочки полости рта.

Пародонтит, ассоциированный с кандидозной инфекцией, имел часто рецидивирующее течение (2-3 раза в год и более). Большинство пациентов отмечали лишь кратковременный эффект проводимых стоматологических мероприятий.

Больные предъявляли жалобы на боли и кровоточивость десен, подвижность зубов, парестезии, неприятный запах изо рта, припухлость десен. При объективном осмотре у них обнаружены отечность, цианотичность межзубных десневых сосочков и маргинальной десны диффузные воспалительные изменения десен, гиперемия слизистой оболочки десны с вовлечением переходной складки, кровоточивость, болезненность десен, зубные камни, обильные над- и поддесневые отложения. Глубина пародонтальных карманов - 3,0-6,0 мм. При надавливании тупым концом зонда на десну - серозно-гнойное отделяемое. Показатели индексной оценки состояния пародонта приведены в таблице 1.

Таблица 1

Клинические показатели состояния пародонта у больных с кандидозно-ассоциированным пародонтитом в динамике лечения

группа	Срок исследования	Индексы гигиены	Степень кровоточивости	РМА %	ПИ балл	Глубина пародонтального кармана мм
1. контрольная n=32	До лечения	2,52±0,4	2,44±0,08	55,62±2,4	4,62±0,22	5,88±0,21
	После лечения °	1,86±0,02	1,23±0,02	21,62±1,03	2,71 ±0,13	3,42±0,09
2. основная n=34	До лечения	2,55±0,12	2,47±0,10	54,84±2,03	4,58±0,21	5,76±0,18
	После лечения ° *	1,03±0,04	0,88±0,03	12,6±0,61	1,95±0,08	2,55±0,07

Примечание: ° - $p < 0,05$ по отношению к величине до лечения * - $p < 0,05$ по отношению к контролю.

Из таблицы 1 видно, что в начале лечения индексы гигиены, воспаления, подвижности зубов и кровоточивости в группах сравнения были сопоставимы.

Из таблицы 2 видно, что у больных диагностировали преимущественно высокую микробную концентрацию *Candida spp.* Так, до лечения *Candida spp.* регистрировались в титрах менее 6,0 КОЕ/мл у 46,67-50,0% больных, а более 6,0 КОЕ/мл — у 50,0-53,33% (межгрупповых различий до лечения не выявлено).

В результате проведенных лечебных мероприятий у больных пародонтитом, ассоциированным с *Candida spp.*, наблюдались нормализация показателей гигиены ротовой полости, снижение или полное исчезновение кровоточивости, уплотнение десневого края, уменьшение подвижности зубов. Слизистая оболочка десен, языка, небных дужек и щек бледно-розового цвета, белый налет не определялся. На фоне лечения наблюдали положительную динамику показателей индексной оценки состояния пародонта.

Анализ регрессии субъективных и объективных симптомов заболеваний пародонта показал, что в результате лечения у всех пациентов достигнут положительный эффект. В контрольной группе, где применялось стандартное лечение, ремиссию пародонтита регистрировали у 79,57%, в основной группе больных, получавших стандартную терапию пародонтита и противогрибковое средство, ремиссия пародонтита зарегистрирована в 100% случаев.

Как видно из данных, представленных в таблице 1, по всем определяемым тестам (индекс гигиены, РМА, рецессия десны, пародонтальный индекс, степень кровоточивости десны) у пациентов с ГП, ассоциированным с *Candida spp.*, в основной группе после лечения показатели были достоверно ($p < 0,05$) ближе к нормальным значениям, чем у пациентов контрольной группы.

Следовательно, клиническая эффективность лечения хронического кандидозно-ассоциированного пародонтита была выше у пациентов, получавших, наряду с базисным лечением, противогрибковый препарат флунол.

Клиническое улучшение состояния тканей пародонта, очевидно, опосредовано как эрадикацией грибковой микрофлоры, так и проведенной комплексной терапией пародонтита. Эрадикация *Candida spp.* достигнута у всех пациентов основной группы (табл. 2); у больных контрольной группы эрадикация *Candida spp.* была не столь выражена: после лечения у 12,07% больных количество микроорганизмов сохранялось в титре более 6,0 КОЕ/мл.

Таблица 2

Обсемененность пародонтального кармана у больных с кандидозно-ассоциированным пародонтитом в

динамике лечение

группа	Ед КОЕ/мл <i>Candida SPP</i>			
	До 6,0 КОЕ/мл		6,0 и более КОЕ/мл	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1. контрольная $n=32$	50,0±13,36	71,43±12,07°	50,0±13,36	28,57±12,07 °
2. основная $n=34$	46,67±12,88	13,33±8,78*	53,33*	-

Примечание: в числителе количество больных

В знаменителе % от числа больных в группе ° - $p < 0,05$ по отношению к величине до лечения * - $p < 0,05$ по отношению к контролю

Клинико-микробиологические наблюдения свидетельствуют о более эффективной эрадикации грибов *Candida spp.* при включении в схему лечения противогрибкового препарата флунол.

Можно предположить, что прорастание мицелия грибов *Candida spp.* приводит к повреждению целостности эпителиального пласта и проникновению в ткани пародонта пародонтопатогенных микроорганизмов. В этой связи включение в комплексное лечение противогрибкового препарата флунол прерывает цепь патологических событий, что проявляется более высокой клинической эффективностью.

Применение антимикотического средства флунол в дозе 50 мг один раз в 14 дней повышает эффективность лечения генерализованного пародонтита, ассоциированного с *Candida spp.*, достоверно улучшает клинико-функциональное и структурное состояние пародонта, способствует эрадикации *Candida spp.* из пародонтальных карманов с достижением и сохранением ремиссии заболевания в течение 6 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алимова Д. М., Шукурова У. А. Перекисное окисление и антиоксидантная система слюны у больных рецидивирующим афтозным стоматитом //Врач-аспирант. – 2010. – Т. 41. – №. 4.2. – С. 265-269.
2. Yulbarsova N. A., Shukurova U. A., Musashaykhova S. CYTOKIN STATUS IN PATHOGENESIS OF ORAL LICHEN PLANUS //5th International Conference on Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences. – 2018. – С. 37-40.
3. Камиллов Х. П., Лукина Г. И., Шукурова У. А. Клинико-микробиологические взаимосвязи хронического рецидивирующего афтозного стоматита и дисбиотических нарушений ротовой полости и кишечника у беременных женщин //Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью " Форум стоматологии", 2009. – №. 2. – С. 67-70.
4. Shukurova U. A. et al. Local phytotherapy of chronic generalized periodontitis //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2021. – Т. 11. – №. 4. – С. 122-128.
5. Shukurova U. A., Bekjanova O. E. Oral Lichen Planus and Features in the Short Chain Fatty Acid Pattern Produced by Colonic Fermentation //International Journal of Biomedicine. – 2016. – Т. 6. – №. 1. – С. 74-77.
6. Бекжанова О. и др. Психологическая характеристика больных плоским лишаем слизистой оболочки рта //Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование. – 2014. – №. 47. – С. 28-31.
7. Шукурова У. А., Бекжанова О. Е., Арифова Н. С. Локальные факторы риска у больных с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта //Неотложная помощь в медицине. Стоматология: материалы III Международной научно-практической конференции.–Алматы. – 2014. – С. 53-58.
8. Шукурова У. А., Садикова И. Э., Бахадиров Р. Г. Современные методы лечения клиновидных дефектов твердых тканей зубов //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2019. – С. 212-216.
9. Abdurasulovna S. U., Esenovna B. O. Role of oxidative process in pathogenesis of oral lichen planus //European science review. – 2016. – №. 5-6. – С. 147-149.
10. Шукурова У. А., Наврузова Ф. Р., Тошпулатов Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ.
11. Шукурова У. А., Каломова В. Р., Мусашайхова Ш. К. Маркеры интоксикации у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2019. – С. 208-211.
12. Шукурова У. А., Алимова С. Х. Стоматологический статус пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2019. – С. 204-208.

13. Шукурова У. А., Гаффорова С. С. Влияние пломбировочных материалов на микробиоценоз полости рта. – 2020.
14. Шукурова У. А., Гаффорова С. С., Гаффоров С. А. ПЛОМБА АШЁЛАРПНПНГ ОФИЗ БУШЛПП1 ТУШТМАЛАРПГА, СУЛАК ТАРКИБИДАГИ БИОКПМЁВИЙ ВА ПММУНО-МПКРОБПО ЛОГИК ОМПЛЛАРГА ТАЪСПРИ //Stomatologiya. – 2020. – Т. 1. – С. 60-65.
15. Шукурова У. А. и др. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2022. – Т. 1. – №. 12. – С. 303-315.
16. Шукурова У. А. и др. ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО КОМПОЗИТНОГО ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2022. – Т. 1. – №. 12. – С. 316-328.
17. Шукурова У., Яхёева М., Рахмонова Д. Клиническое применение фитопрепарата при лечении хронического генерализованного пародонтита //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 257-259.
18. Шукурова У. и др. Оценка качества отечественного реставрационного композитного пломбировочного материала //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 259-261.
19. Шукурова У. и др. Особенности клинического течения афты сеттона слизистой полости рта //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 253-256.
20. Яхёева М., Шарапова З., Шукурова У. Влияние комплексной фитотерапии на микробиоценоз полости рта у больных хроническим генерализованным пародонтитом //Дни молодых учёных. – 2022. – №. 1. – С. 328-330.
21. Shukurova U. A. et al. Indicators Of Free Radical Oxidation Of Oral Fluid In Patients With Lichen Plus Of The Mucosus Cavity Of The Mouth //Journal of Pharmaceutical Negative Results. – 2022. – С. 862-865.
22. Kamilov H. P. et al. STUDY OF ANTIBACTERIAL PROPERTIES OF A NEW DEVELOPMENTAL DRUG «DENTA ALOE» //Journal of Critical Reviews. – 2019. – Т. 7. – №. 4. – С. 2020.
23. Шукурова У. Роль системной патологии в патогенезе красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта //Stomatologiya. – 2014. – Т. 1. – №. 3-4 (57-58). – С. 39-46.
24. Abdurasulovna S. U., Esenovna B. O. Significance of mid mass molecules in cytokine cascade of oral fluid in patients with oral lichen planus //European science review. – 2016. – №. 1-2. – С. 131-133.
25. Гаффоров С. А. и др. ВЫБОРЫ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА И ВЛИЯНИЕ ИХ БИОХИМИЧЕСКОГО И ИММУНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НА ТКАНИ И СОСТАВ ЖИДКОСТИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ //Новый день в медицине. – 2019. – №. 3. – С. 77-81.

26. Шукурова У. А., Камилова С. Р., Азизова Ш. Ш. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АФТЫ СЕТТОНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2020. – С. 198-204.

27. Шукурова Ю., Гафорова С., Гафоров С. ВЛИЯНИЕ ПЛОЩАДОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ПОЛОСТЬ РТА, БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОМИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В САЛАКЕ //Stomatologiya. – 2020. – №. 1 (78). – С. 60-65.

28. Abdurasulovna S. U. et al. ETIOPATHOGENIC ASPECTS OF THE SUTTON'S APHTAE IN THE ORAL MUCOSA //The 1 st International scientific and practical conference "Actual trends of modern scientific research"(July 19-21, 2020) MDPC Publishing, Munich, Germany. 2020. 379 p. – 2020. – С. 58.

29. Шукурова У., Яхёева М., Рахмонова Д. Клиническое применение фитопрепарата при лечении хронического генерализованного пародонтита //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 257-259.

30. Шукурова У. А. и др. ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО КОМПОЗИТНОГО ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2022. – Т. 1. – №. 12. – С. 316-328.

31. Sunnatulloevna, G. S., Abdurasulovna, S. U., Amrulloevich, G. S., & FeruzaSaidkarimovna, M. Comparative Evaluation of Adhesive Microbial Colonization of the Oral Cavity to Various Filling Materials. Group, 100, 40.

32. Бекжанова О. Е., КАЮМОВА В. Р., ШУКУРОВА У. А. Показатели смешанной слюны у пациентов в постковидном периоде //Медицинские новости. – 2022. – Т. 6. – №. 333. – С. 72-75.

33. Abdurasulovna S. U., Sunnatulloevna G. S. MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE ORAL CAVITY AFTER EXPOSURE OF VARIOUS FILLING MATERIALS //Process Management and Scientific Developments. – С. 146.

34. ИММУНО-МИКРОБИОЛОГИК В. А. ПЛОМБА АШЁЛАРИНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ТЎҒИМАЛАРИГА, СЎЛАК ТАРКИБИДАГИ БИОКИМЁВИЙ ВА ИММУНО-МИКРОБИОЛОГИК ОМИЛЛАРГА ТАЪСИРИ //СТОМАТОЛОГИЯ. – 2020.

35. Шукурова У. А., Бекжанова О. Е. РОЛЬ ЖИРНЫХ КИСЛОТ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В РАЗВИТИИ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА //Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2014. – №. 4. – С. 103-104.

36. Шукурова У. А., Бекжанова О. Е., Юльбарсова Н. А. СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА //АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА. – 2016. – С. 195-197.

37. Бекжанова О. Е., Шукурова У. А., Алимова С. Х. АКТИВНОСТЬ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПОЛОСТИ РТА //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста: Сборник научных. – С. 16.

38. Шукурова У. А., Бекжанова О. Е. ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА //Знание. – 2016. – №. 10-1. – С. 67-70.

39. Шукурова У. А. Бекжанова Ольга Эсеновна Роль окислительного процесса в патогенезе красного плоского лишая полости рта //Обзор европейской науки. – 2016. – №. 5-6.

40. Шукурова У. А., Холмирзаева Г. Ж. ВЛИЯНИЕ МЕТОДА МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Стоматология-наука и практика, перспективы развития. – 2017. – С. 203-205.

41. Бекжанова О., Шукурова У. Эффективность местного применения ирс-19 в комплексной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 2 (67). – С. 24-25.

42. Шукурова У., Бекжанова О. Динамика содержания короткоцепочечных жирных кислот в сыворотке крови у больных красным плоским лишаем полости рта на фоне комплексного лечения //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 3 (68). – С. 102-105.

43. Kamilov H. P. et al. STUDY OF ANTIBACTERIAL PROPERTIES OF A NEW DEVELOP DENTAL DRUG «DENTA ALOE» //Journal of Critical Reviews. – 2019. – Т. 7. – №. 4. – С. 2020.

44. Шукурова У. А., Каломова В. Р., Мусашайхова Ш. К. Маркеры интоксикации у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2019. – С. 208-211.

45. Шукурова У. А., Алимова С. Х. Стоматологический статус пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2019. – С. 204-208.

46. Шукурова У. А., Гаффорова С. С. Влияние пломбировочных материалов на микробиоценоз полости рта. – 2020.

47. Шукурова У. А., Гаффорова С. С., Гаффоров С. А. ПЛОМБА АШЁЛАРПНПНГ ОФИЗ БУШЛПП1 ТУЩТМАЛАРПГА, СУЛАК ТАРКИБИДАГИ БИОКПМЁВИЙ ВА ПММУНО-МПКРОБПО ЛОГИК ОМПЛЛАРГА ТАЪСПРИ //Stomatologiya. – 2020. – Т. 1. – С. 60-65.

48. Шукурова У. и др. Оценка качества отечественного реставрационного композитного пломбировочного материала //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 259-261.

49. Шукурова У. и др. Особенности клинического течения афты сеттона слизистой полости рта //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 253-256.

51. Бекжанова О. Е. и др. ПРОТИВОГРИБКОВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ //АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА. – 2016. – С. 21-23.

55. Бекжанова О. Е., Юсупалиходжаева С. Х. КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОБИОТИКА //АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ОРТОДОНТИИ. – 2017. – С. 11-13.

56. Бекжанова О. Е., Юсупалиходжаева С. Х. Микробиоценоз полости рта при инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта и пародонта //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2017. – С. 13-16.

57. Бекжанова О., Юсупалиходжаева С. Частота и нозологические формы кандидозного стоматита, встречающиеся на стоматологическом приеме //Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (71). – С. 18-21.

58. Ишниязова Г. Б., Юсупалиходжаева С. Х., Мавжудов Ф. Б. Комплексное лечение генерализованного пародонтита, ассоциированного с кандидозной инфекцией полости рта //Стоматология-наука и практика, перспективы развития. – 2018. – С. 126-127.

59. Камилов Х., Юсупалиходжаева С. Выносливость тканей пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне сахарного диабета II типа //Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование. – 2007. – Т. 6. – №. 1. – С. 42-43.

60. Наврузова Ф. Р., Юсупалиходжаева С. Х. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА //5th International Conference on Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences. – 2018. – С. 29-32.

61. Ризаев Ж. А., Юсупалиходжаева С. Х. Касбий фанларда назария ва амалиёт уйғунлиги. – 2018.

62. Юсупалиходжаева С. Х., Юсупалиходжаева С. Х. Ферментная активность грибов candida у больных с кандидозным стоматитом полости рта. – 2018.

63. Юсупалиходжаева С. Х., Юсупалиходжаева С. Х. Ферментная активность грибов candida у больных с кандидозным стоматитом полости рта : дис. – Ташкентская медицинская академия, 2018.

64. Юсупалиходжаева, С., & Бекжанова О. (2018). Изучение биомаркеров протеолиза – антипротеолиза в развитии кандидозного стоматита полости рта. Журнал проблемы биологии и медицины, (3 (102), 114–117. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/problems_biology/article/view/2593

65. Юсупалиходжаева С. Х., Давуров А. М., Рахмонбердиев А. Н. АДГЕЗИВНЫЕ СВОЙСТВА ШТАММОВ CANDIDA В ТЕСТЕ IN VITRO У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА //Стоматология-наука и практика, перспективы развития. – 2018. – С. 363-365.

66. Юсупалиходжаева С. Х., Бекжанова О. Е., Патхиддинов Ж. Ш. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА //Стоматология-наука и практика, перспективы развития. – 2018. – С. 362-363.

67. Юсупалиходжаева С. Х., Бекжанова О. Е., Патхиддинов Ж. Ш. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА //Стоматология-наука и практика, перспективы развития. – 2018. – С. 362-363.

68. Юсупалиходжаева С. Х., Курбанова З. Ф. ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С КАНДИДОЗНЫМ СТОМАТИТОМ //Zbiór artykułów naukowych recenzowanych. – С. 134.

69. Юсупалиходжаева С. Х. и др. ОСОБЕННОСТИ АДГЕЗИВНОЙ СПОСОБНОСТИ ГРИБОВ РОДА CANDIDA В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. – 2020. – С. 206-207.

70. Юсупалиходжаева С. и др. Совершенствование комплексного лечения кандиды ассоциированного пародонтита //Дни молодых учёных. – 2020. – №. 1. – С. 72-75.

71. Юсупалиходжаева С. Х. и др. ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПАРОДОНТА //ББК. – Т. 51. – С. 160.

72. Юсупалиходжаева С. и др. Электронная медицинская карта-персональная информатизация цифровых данных в стоматологии //Дни молодых учёных. – 2020. – №. 1. – С. 97-99.

73. Юсупалиходжаева С., Шомуродова Г., Патхиддинова М. Микробиологический пейзаж корневых каналов при комплексном лечении сочетанных поражений пародонта //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 273-275.

74. Юсупалиходжаева С., Усмонов Б., Турдиев А. Социальный статус у пациентов перенесших короновирусную инфекцию //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 271-273.

75. Юсупалиходжаева С., Усмонов Б., Патхиддинова М. Koronavirus infeksiyasini o'tkazgan bemorlarda tish qattiq to'qimalar holati //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2022. – №. 1. – С. 120-121.

76. Юсупходжаева С. Х., Усманов Б. А., Патхиддинова М. Ш. ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА И ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЁСШИХ КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ //Re-health journal. – 2022. – №. 2 (14). – С. 207-210.

77. ШОМУРОВОДА Г. Х., ЮСУПАЛИХОДЖАЕВА С. Х., МУХАМЕДОВ И. М. ИЗУЧЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОБОВ ПОЛОСТИ РТА К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ В УСЛОВИЯХ IN VITRO //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 2.

78. Bekjanova O. E., Yusupalihodjaeva S. K. THE FEATURES OF MANIFESTATION OF DIABETES MELLITUS II ON ORAL MUCOSA //Geneva theoretical and practical forum of free topics. – 2015. – С. 54-57.

79. Bekjanova O. E., Yusupalikhodjaeva S. H. State of soft tissue of teeth in patients with II type of diabetes //Proceedings of 8th European Conference on Biology and Medical Sciences. – 2015. – С. 43-48.

80. Sunnatulloevna G. S., Tukhtakhodzhaevna N. N., Aripdzhonovna D. A. CLINICAL AND PHYSICAL AND MECHANICAL CHARACTERISTICS OF THE DOMESTIC LIGHT-CURED" FIRUZE-GRAND" INTENDED FOR THE RESTORATION OF ANTERIOR AND POSTERIOR TEETH //growth. – 2021. – Т. 8. – №. 8.

81. Гаффоров С. А. и др. ВЫБОРЫ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА И ВЛИЯНИЕ ИХ БИОХИМИЧЕСКОГО И ИММУННО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НА ТКАНИ И СОСТАВ ЖИДКОСТИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ //Новый день в медицине. – 2019. – №. 3. – С. 77-81.

82. Mukimov O. A. et al. PREVENTION OF COMPLICATIONS ACUTE ODONTOGENIC OSTEITIS OF THE JAWS //World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 16. – С. 14-16.

83. Юсупалиходжаева С. Х. и др. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2022. – Т. 1. – №. 12. – С. 261-275.

84. Yusupalikhodjaeva S. K. et al. PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF PANCREATIC DISEASE IN THE ORAL CAVITY //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2022. – Т. 1. – №. 12. – С. 290-302.

85. Hamidullaevna Y. S., Esenovna B. O., O'Gli P. J. S. Background diseases at patients with candidiasis of oral cavity mucosa //European science review. – 2018. – №. 3-4. – С. 215-219.

86. Hamidullaevna Y. S. et al. Study of the adhesive properties of candida strains in an in vitro test using erythrocytes as target cells //European science review. – 2018. – №. 9-10-2. – С. 219-222.

87. Hamidullaevna Y. S., Esenovna B. O. Pathogenetic aspects of treatment of periodontitis associated with candida infection in patients with diabetes mellitus //European science review. – 2016. – №. 1-2. – С. 134-135.

88. Hamidullaevna Y. S. et al. Study of the adhesive properties of candida strains in an in vitro test using erythrocytes as target cells //European science review. – 2018. – №. 9-10-2. – С. 219-222.

89. Hamidullaevna Y. S., Esenovna B. O., O'Gli P. J. S. Factors for persistence of Candida albicans, defined in patients with oral moniliasis of oral cavity //European science review. – 2018. – №. 7-8. – С. 187-190.

АФТА СЕТТОНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА (ОБЗОР)

Шукурова У.А

Камилова С.Р

Кобилжонова М.У

Гаффарова С.С

Юсупалиходжаева С.Х

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ключевые слова: *слизистая оболочка полости рта, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, Афта Сеттона, большой афтоз Турена, рецидивирующий афтозный стоматит.*

Гиппократом было предложено название “афта”. Как самостоятельное заболевание ХРАС записан Я. И. Трусевичем лишь в 1894 г. Позже, в 1898 г., это заболевание было описано Miculicz и Kimmel. В литературе встречаются различные названия ХРАС: афты Микулича, наследственные афты, афтоид Неймана, циклические изъязвления, афтоид Поспишилла и др.

По данным разных ученых распространенность ХРАС различна для разных групп населения. Епишев В.А. в 1968 г. обнаружил рецидивирующий стоматит у 87,8% больных, страдающих болезнями желудочно-кишечного тракта. По данным исследований среди других заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) хронический афтозный стоматит выявлен в 5% случаев.

Заболевания СОПР на фоне сопутствующих общесоматических заболеваний представляют одну из наиболее сложных проблем в стоматологии вследствие трудностей в диагностике и лечении. В общей популяции его распространенность составляет 10-20 %, а при воспалительных заболеваниях кишечника возрастает до 40-50%.

Этиология и патогенез этого заболевания, несмотря на многочисленные исследования, до сих пор остаются до конца не изученными и остаются предметом многочисленных дискуссий. Представляют интерес результаты последних исследований слизистой оболочки рта (СОП), подтверждающие гипотезу аутоиммунного процесса при рецидивирующем афтозном стоматите. Одной из современных теорий является иммунологическая концепция, связывающая возникновение РАС с развитием иммунного конфликта. Представляют интерес результаты последних иммуногистохимических исследований СОП, подтверждающие гипотезу аутоиммунного процесса при РАС. Существует нейрогенная, иммунная, инфекционно-аллергическая теория происхождения ХРАС.

При инфекционно-аллергическом факторе происходит нарушение реактивности, сенсбилизация организма, что проявляется в повышении чувствительности к

протею, стафилококку, стрептококку, кишечной палочке. По данным Л.Н. Максимовской (1992), почти у всех больных ХРАС выявлены очаги хронической инфекции ЛОР-органов: частые и тяжелые ангины, хронический фарингит и ларингит, хронический гайморит. L-форма α -гемолитического стрептококка (*Streptococcus Sanguis*) обнаруживается при типичном течении ХРАС. Важное значение в этиопатогенезе ХРАС отводится бактериальной аллергии.

Перекрестная иммунная реакция занимает определенное место в этиологии ХРАС и развивается по следующей схеме. На слизистой оболочке рта и в кишечнике имеются бактериальная флора (*Str. mutans*, *Str. sanguis*, *Str. salivarius*, *Str. mitis*) и антитела.

ХРАС является достаточно распространенной патологией. В течение последних лет наблюдается неуклонный рост к развитию осложнений данного заболевания. У всех больных обнаружены нарушения иммунологического статуса местного и общего характера, коррелирующие с тяжестью клинического течения заболевания. Различные авторы предлагают классификации и формы афтозного стоматита. Р.А. Байкова, М.И. Лялина, Н.В. Терехова предлагают рассмотреть проявления при ХРАС, основываясь на клинико-морфологической закономерности развития патологического процесса, и скомпоновали 6 форм ХРАС.

Язвенная (рубцующаяся) форма – афта Сеттона. Глубокие, большие, с неровными краями, болезненные при пальпации. Заживление происходит с образованием рубца. Эпителизация завершается к 20-25 дню. Затронута общее состояние – адинамия, апатия, головная боль, недомогание, температура поднимается до 38°C.

Типичная форма – афта Микулича. Количество афт минимально, локализуются по переходной складке и дорсальные поверхности языка, малоболлезненные. Частота встречаемости высокая. Общее состояние пациента не страдает. Заживают в течение 10 дней.

Деформирующая форма – характеризуется всеми признаками рубцующейся формы ХРАС, разрушающие внутренние конфигурационные изменения соединительнотканной базы слизистой оболочки, в процесс вовлекается не только собственная слизистая, но и подслизистый слой. Заживления язв происходит с плотными, глубокими рубцами, изменяющие слизистую оболочку нёбных дужек, мягкого нёба, кончика и боковой поверхности языка, углов рта, вплоть до микростомии. Общее состояние: адинамия, температура 38-39°C, апатия, головная боль. Афты затягиваются медленно - 1,5 – 2 месяцев.

Фибринозная форма – появление от 3 до 5 афт. Очаговая гиперемия, через нескольких часов происходит выпот фибрина без образования единой пленки. Далее развитие может идти по двум путям: процесс примет обратное действие или наступит следующая фаза – деструкция эпителия, возникновение афт, сверху каждой эрозии и язвы, выпот фибрина. Эпителизация в течение 7-10 дней.

Лихеноидная форма – очень схожа с красным плоским лишаем. На слизистой оболочке ограниченные участки гиперемии, окружены едва различимым беловатым валиком гиперплазированного эпителия - очаговая десквамация слизистой оболочки. В будущем слизистая эрозируется, образуется 1 или несколько афт.

Гландулярная форма – разрушение происходит в самой стенке выводных протоков или паренхиме малых слюнных желез. При перестройке паренхимы желез появляется выбухание слизистой оболочки полости рта с изъязвлением данного участка. Повреждение стенки выводного протока малой слюнной железы следствием этого является увеличение слюнной железы, выводное отверстие резко округляется и зияет. Через некоторое время возникает афтозная и язвенная стадии развития. Локализация процесса встречается в участках слизистой оболочки, где в подэпителиальной зоне присутствуют малые слюнные железы.

По данным зарубежных авторов, ХРАС имеет три основных проявления: малые афты (афты Микулича), размером не более 10 мм, большие афты (болезнь Сеттона), герпетиформные язвы – множественные афты. ХРАС может быть одним из симптомов генерализованного афтоза (большой афтоз Турена) и признаком болезни Бехчета.

На сегодняшний день очень часто встречается Афты Сеттона и в отличие от ХРАС, при этом почти всегда единичные элементы высыпаний являются отличительным признаком, тропизмом Афты Сеттона к малым слюнным железам. Совершенно иная нозологическая принадлежность – афтоз Турена относится к вариантам болезни Бехчета.

Афты Сеттона преобладает у женщин. Имеет величину большую, чем афты Микулича, заживает неделями, оставляет после себя рубец. Инфильтрат располагается вокруг малой слюнной железы. Часты рецидивы. Предвестниками являются парестезия слизистой оболочки, иногда локализованная лимфаденопатия, субфебрильная температура, отек чаще языка, слизистой.

Клиническое течение, длительное, волнообразное, присутствует существенная деформация слизистой оболочки. Количество поражений от двух до десяти. Для ползущей язвы характерно заживлением на одном полюсе, с прогрессированием на другом. Размер может начинаться от 1 см до разрушения значительных участков слизистой оболочки. Любимой локализацией это слизистая оболочка, покрытая многослойным плоским неороговевающим эпителием. При развитии язвы может быть захвачена зона с ороговевающим эпителием.

Отличительной чертой Афты Сеттона является то, что афты – вторичный элемент, возникший из узелка, который затронут, был поверхностным центральным некрозом. Сливаясь, афты образуют глубокую, с подрытыми инфильтрированными краями язву. Существуют язвы до двух месяцев, не исчезающие бесследно, оставляя рубец. Особенностью можно назвать хроническим упорным течением. Сложно поддается лечению.