

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SOG'LIKNI SOG'LIKNI  
SOG'LISH VAZIRLIGI TOSHKENT DAVLAT stomatologiya instituti**

**Kamilov Xaydar Pazilovich**

**Ubaydullaeva Nigora Ilyasovna**

**SURUNKALI XOLETSISTITDA SURUNKALI QAYTALANUVCHI  
AFTOZ STOMATITINI KLINIK KECHISHI VA DAVOLASI  
XUSUSIYATLARI.**

**Monografiya**

Toshkent - 2025 yil

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ**

**«Tasdiqlayman »**

**Ilmiy tadqiqotlar va  
innovatsiyalar bo'yicha prorektor, t.f.d  
professor**

\_\_\_\_\_  
**K.E.Shomurodov**

**« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.**

**Kamilov Xaydar Pazilovich**

**Ubaydullaeva Nigora Ilyasovna**

**SURUNKALI XOLETSISTITDA SURUNKALI QAYTALANUVCHI  
AFTOZ STOMATITINI KLINIK KECHISHI VA DAVOLASI  
XUSUSIYATLARI.**

**(Monografiya)**

**Ташкент – 2025**

**UDC: 616.31.-002.157-036.87: 616.361-002**

**BBK:**

**IBSN**

**A:**

**Avtorlar:**

**Kamilov.X.P.**-ТДСИ, Госпитал терапевтик стоматология кафедраси т.ф.д.,  
профессор

**Комилова А.З.**-ТДСИ, Госпитал терапевтик стоматология кафедраси  
т.ф.н.(PhD) ассистент

Тошкент давлат стоматология институти илмий кенгаши томонидан  
тасдиқланган

« » декабрь год  
Ученый секретарь,

Протокол заседания № 4  
д.м.н. Юлдашев А.А.

Монографияда Covid-19 билан касалланган беморларда глоссалгия диагностикаси ва даволашнинг замонавий ёндашувлари кўрсатилган. Covid-19 билан касалланган беморларда глоссалгия диагностикаси ва даволаш соҳасидаги замонавий стоматологиянинг ютуқлари бўйича жаҳон адабиёти таҳлили ўтказилди. Covid-19 билан касалланган беморларда глоссалгия диагностикаси ва даволаш тактикасини такомиллаштириш соҳасидаги ўз тадқиқотларимиз натижалари келтирилган. Клиник, функционал ва микробиологик тадқиқотлар маълумотларини ўрганиш асосида Covid-19 билан касалланган беморларда глоссалгияни комплекс патогенетик даволаш схемаси ишлаб чиқилган.

Монографияда сўнгги 10 йиллик илмий адабиётлар тақдим этилган. Монография тадқиқотчилар, докторантлар, стоматология кафедраси ўқитувчилари, олий ўқув юртларининг стоматология факултетлари талабалари ва магистрлари учун мўлжалланган.

## MUNDARIJA

|                  |                                                                                                                                    |               |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                  | KIRISH                                                                                                                             | 4             |
| I bob            | ETIOPATOGENEZNING ZAMONAVIY Aspektlari,<br>Surunkali takrorlanuvchi aftozik stomatitni diagnostika va<br>davolash (sharh)          | 1 3           |
| § 1.1.           | Surunkali takrorlanuvchi aftoz stomatitning etiopatogenezinig<br>zamonaviy jihatlari                                               | 1 3           |
| § 1.2.           | Surunkali takroriy aftoz stomatitning klinikasi va<br>diagnostikasining zamonaviy usullari                                         | o'n<br>sakkiz |
| § 1.3            | Surunkali xoletsistitda surunkali takroriy aftli stomatit bilan<br>og'rigan bemorlarni davolashning zamonaviy usullari             | 21            |
| II bob.          | Surunkali xoletsistit bilan surunkali takrorlanuvchi AFTOZ<br>STOMATITI bo'lgan bemorlarni tekshirish MATERIALLARI<br>VA USULLARI. | 27            |
| § 2.1.           | Materiallar, tadqiqot usullari va davolash usullari                                                                                | 27            |
| § 2.2.           | Klinik, tadqiqot usullari                                                                                                          | 29            |
| § 2.3.           | Laboratoriya tadqiqot usullari                                                                                                     | o'ttiz        |
| § 2.3.1.         | Mikrobiologik tadqiqot usullari                                                                                                    | o'ttiz        |
| § 2.3.2.         | Immunologik tadqiqotlar                                                                                                            | 32            |
| § 2.4.           | Biokimyoviy tadqiqot usullari                                                                                                      | 33            |
| § 2.4.1.         | Surunkali xoletsistitli CRAS bemorlarida LPO-AOSni aniqlash                                                                        | 33            |
| § 2.4.2.         | Surunkali xoletsistitli CRAS bemorlarida endogen<br>intoksikatsiyani aniqlash                                                      | 34            |
| § 2.5.           | Surunkali xoletsistitda surunkali takroriy aftli stomatit bilan<br>og'rigan bemorlarni davolash usullari                           | 34            |
| § 2.5.<br>bitta. | Asosiy guruhda HRAS davolash sxemasi                                                                                               | 34            |
| § 2.5 . 2        | Taqqoslash guruhida X RAS uchun davolash sxemasi                                                                                   | 37            |
| § 2.6 .          | Statistik tadqiqot usullari                                                                                                        | 37            |
| I bo'lim         | O'ZIY TADQIQOTLAR NATIJALARI                                                                                                       | 39            |
| § 3.1.           | CRAS bilan kasallangan bemorlarni kasallikning klinik<br>shakllari bo'yicha taqsimlash                                             | 39            |
| § 3.2.           | CRAS bilan kasallangan bemorlarni klinik tekshirish                                                                                | 41            |
| § 3.2.1.         | Davolashdan oldin va keyin HRAS bemorlarini klinik<br>tekshirish natijalari                                                        | 43            |
| § 3.2.2.         | va keyin og'iz bo'shlig'i HRAS holatini indeksli baholash<br>natijalari                                                            | 61            |
| § 3.3.           | Laboratoriya tadqiqot usullari                                                                                                     | 64            |

|           |                                                                                                                      |     |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 3.3.1.  | Davolashdan oldin va keyin HRAS bemorlarining mikrobiologik tadqiqotlari natijalari                                  | 65  |
| § 3.3. 2. | Davolashdan oldin va keyin HRAS bemorlarining immunologik tadqiqotlari natijalari                                    | 87  |
| §3.4.     | Biokimyoviy tadqiqot usullari                                                                                        | 91  |
| §3.4.1.   | Davolanishdan oldin va keyin surunkali xoletsistitli CRAS bemorlarida LPO-AOS tizimining holati                      | 91  |
| § 3.4.2.  | Davolanishdan oldin va keyin surunkali xoletsistit bilan og'rigan CRAS bemorlaridagi holat va endogen intoksikatsiya | 98  |
| IV bob .  | Surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolash DINAMIKASI.                                        | 102 |
|           | XULOSA                                                                                                               | 103 |
|           | TOPLOQLAR                                                                                                            | 110 |
|           | AMALIY TAVSIYALAR                                                                                                    | 113 |
|           | ADABIYOTLAR RO'YXATI                                                                                                 | 114 |
|           | SIMBOLLAR VA QISQARMALAR                                                                                             | 124 |

## KIRISH

**Mavzuning dolzarbligi va dolzarbligi.** O't pufagi, o't yo'llari kasalliklari oshqozon-ichak trakti kasalliklari orasida etakchi o'rinlardan birini egallaydi.

Surunkali takroriy aftoz stomatit (CRAS) butun dunyoda keng tarqalgan kasallik bo'lib, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida og'riqli aftalar paydo bo'ladi . "... ASD ning uzoq davom etishi , kuchli og'riqlar va bemorlarning hayot sifatining yomonlashishi bilan kechadigan davriy kuchayishi kasallikning boshlanishi va

### 1

rivojlanish mexanizmlarining xilma-xil nazariyalari bilan birgalikda kasallikni izlash zarurligini ko'rsatadi. ASD davolashda yangi yondashuvlar" <sup>1</sup>. Turli tadqiqotlar bo'yicha ushbu kasallikning tarqalishi va uning tarqalishi juda o'zgaruvchan bo'lib, 5 dan 40% gacha va o'rganilayotgan aholi, atrof-muhit omillari va diagnostika mezonlariga bog'liq.

JSST ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, CRAS aholining 20% gacha ta'sir qiladi, 20-40 yoshdagi odamlarda tarqalish chastotasi, balog'atga etishgunga qadar

har ikki jinsdagi bolalarda, kattalar bemorlarida ko'pincha ayollarda uchraydi (Pindbord ma'lumotlari). Ushbu kasallikning patogeneza ko'plab tadqiqotchilar somatik kasalliklar va CRAS o'rtasidagi yaqin munosabatlar nazariyasiga rioya qilishadi, ko'pincha oshqozon-ichak trakti patologiyasi bilan.

Birlashgan gastroduodenal patologiyasi bo'lgan bemorlarda surunkali takroriy aftoz stomatit kuzatildi. Shunday qilib, CRAS bilan og'rigan bemorlarning umumiy somatik patologiyasi tarkibida oshqozonichak kasalliklari bo'lgan 37 kishidan 17 nafari (45,9%) surunkali xolestsistitga ega (Kosyuga . Yu. va boshq., 2015). Surunkali takroriy aftoz stomatit bilan og'rigan bemorlarning tupurigida erkin radikal oksidlanish darajasini, LPO-AOS ferment tizimlarining faolligini, og'iz bo'shlig'i mikroflorasining tur tarkibini va mikroblarning kolonizatsiyaga chidamliligi xususiyatlarini aniqlash. og'iz bo'shlig'ining turli sohalari asoslanadi. Tuprikni himoya qiluvchi omillarning potentsialining zaiflashishi, immunoglobulinlar sonining kamayishi, endogen intoksikatsiya darajasining ko'rsatkichlarini aniqlash bilan bog'liq holda yuzaga kelgan ikkilamchi immunitet tanqisligi tahlili terapevtik ta'sirni yaxshilashni baholash sifatini yaxshilash uchun. surunkali xolestsistitda

---

<sup>1</sup> 1 Rabinovich O.F., Abramova E.S., Umarova K.V., Rabinovich I.M. Qaytalanuvchi aftoz stomatitning etiologiyasi va patogeneza aspektlari.// Klinik stomatologiya. 2015.-4-son.-S.8-13

surunkali takroriy aftoz stomatit bilan og'rigan bemorlarda chora-tadbirlar alohida ahamiyatga ega.

O'zbekistonda aholiga stomatologik yordam ko'rsatish sifatini oshirish, sog'lom turmush tarzini joriy etish, kasalliklarning erta tashxisini qo'yish va somatik kasalliklarning asoratlarini kamaytirish bo'yicha keng ko'lamli tizim kompleksini shakllantirishga katta e'tibor qaratilmoqda. aholining turli qatlamlarida uchraydi. "... aholiga tibbiy yordam ko'rsatish samaradorligini, sifatini va ulardan foydalanish qulayligini oshirish, shuningdek, tibbiy standartlashtirish tizimini shakllantirish, sog'liqni saqlash tizimiga diagnostikaning yuqori texnologiyali usullarini jahon

andozlari darajasida joriy etish; samarali patronaj modellari va tibbiy ko'riklarni yaratish orqali asoratlar va davolashni

kamaytirish , sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish va kasalliklarning oldini olish ... " <sup>2</sup>. Sifatli tibbiy yordam ko'rsatishda zamonaviy texnologiyalardan foydalanish surunkali xoletsistitda og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarini diagnostika va etiopatogenetik davolashda zamonaviy tibbiy yordamni takomillashtirish va yangi bosqichga ko'tarish orqali kasallanish darajasini kamaytirishga yordam beradi.

Mazkur dissertatsiya tadqiqoti O'zbekiston Respublikasi Prezidentining joriy yil fevraldagi "O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha Harakatlar strategiyasi to'g'risida"gi PF-4947-sonli qarorlarida belgilangan vazifalarni bajarishga ma'lum darajada xizmat qilmoqda. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 7-dekabrda " O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks choratadbirlar to'g'risida "gi PF-5590-son " O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018 - yil 7 -dekabrda PQ-3071-sonli " O'zbekiston Respublikasi sog'liqni

saqlash tizimini rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida "gi qarorida. 2017-yil 20-iyundagi " O'zbekiston Respublikasi aholisiga 2017-2021-yillarda ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatishni yanada rivojlantirish to'g'risida "gi qarori hamda ushbu sohada qabul qilingan boshqa me'yoriy-huquqiy hujjatlarda .

---

<sup>2</sup> O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 7-dekabrda " O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks chora-tadbirlar to'g'risida "gi PF-5590-son Farmoni

**Tadqiqotning respublika fan va texnikasi rivojlanishining ustuvor yo'nalishlariga muvofiqligi.** Mazkur tadqiqot O'zbekiston Respublikasi fan va texnikasini rivojlantirishning ustuvor yo'nalishiga muvofiq amalga oshirildi VI. "Tibbiyot va farmakologiya".

**Muammoni bilish darajasi.** Inson tanasining eng ko'p uchraydigan lezyonlari tish kasalliklaridir. Ular orasida og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari va periodontal kasalliklar alohida o'rin tutadi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining kasalliklari terapevtik stomatologiyaning dolzarb muammolaridan biri bo'lib

qolmoqda [Bulkina N.V. va boshqalar, 2012; Kosyuga, 2015]. Darhaqiqat, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining kasalliklari turli xil etiologik omillar tufayli yuzaga keladi va og'iz bo'shlig'ining tuzilishi va faoliyatining o'ziga xos xususiyatlari shilliq qavatiga travmatik omillar, patogenlar yoki viruslarning ta'siri uchun sharoit yaratadi [Komilov X.P., et al. al., 2016; Kovacs I., 2016 yil; Gerasimova A.A., va boshqalar, 2017;].

Ba'zi mualliflar CRAS rivojlanish mexanizmida otoimmün reaksiyalarning rolini ta'kidlaydilar va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va ichak bakterial mikrobiotasiga o'zaro bog'liq bo'lgan immun reaksiyasi ehtimolini ko'rsatadilar. Ba'zi bakteriyalarning antijenik tuzilishining o'xshashligi tufayli tananing antikorlarni ishlab chiqarish ko'rinishidagi javobi og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining epitelial hujayralariga noto'g'ri hujum qiladi, deb ishoniladi . [Guseva H.A. va boshqalar 2016; Uspenskaya O.A., 2014; Al - YohaniK . 2019].

shubhasiz , kasallikning kuchayishi bilan bog'liq bo'lgan mahalliy va umumiy xarakterdagi immunologik holatning buzilishini aniqladi . Uzoq vaqt davomida mavjud bo'lgan surunkali yallig'lanish jarayoni og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida mahalliy himoya mexanizmlarining kamayib ketishiga olib kelishi mumkin, bu esa, o'z navbatida, mikrobiotaning o'zgarishiga yordam beradi [ AlAsfari , 2017; Axanova J.N., 2014 yil; Ibragimova M.X., 2019; HabibzadehS , 2019].

Hozirgi kunda O'zbekistonda tish kasalliklarini tashxislash va samarali davolash bo'yicha qator ilmiy-tadqiqot ishlari olib borilmoqda. Yallig'lanishga qarshi va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning qiymatlari , lipid peroksidatsiyasi va ASD bilan og'rigan bemorlarni ozon bilan davolash samaradorligini oshirish baholandi (Alimova D.M., 2018). Mahalliy himoyaning mikrobiologik va immunologik omillari, sitokinlar kaskadi, ferment tizimining faollashuvi va endogen intoksikatsiya darajasi, gepatobiliar tizim patologiyasi bo'lgan CRAS bilan kasallangan bemorlarni kompleks patogenetik davolash samaradorligini oshirish o'rganildi (Ibragimova M.X. , 2019).

Shunday qilib, to'plangan adabiyot ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, oshqozon-ichak trakti kasalliklarida surunkali takroriy aftoz stomatit uzoq vaqt davomida asemptomatik bo'lishi mumkin, ammo bemorlarda CRASning klinik ko'rinishlari bilan birga og'iz bo'shlig'ida surunkali xoletsistit belgilari bo'lishi mumkin. Shu munosabat bilan tish shifokori asosiy kasallikni aniqlashda faol rol o'ynaydi.

**Dissertatsiya tadqiqoti mavzusining dissertatsiya tugallangan oliy o'quv yurtining ilmiy-tadqiqot ishlari bilan bog'liqligi.** Dissertatsiya tadqiqoti Toshkent davlat stomatologiya institutining “ Tishlar, periodont va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarini tashxislash, davolash, oldini olishning innovatsion usullarini ishlab chiqish va tadbiq etish” ilmiy-tadqiqot rejasi (06.01.2011 yildagi № 011900243) doirasida amalga oshirildi . Tadqiqot muddatlari 2020-2024).

**Tadqiqot maqsadi :** Surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda surunkali takroriy aftoz stomatitni kompleks davolashni takomillashtirish orqali davolashni takomillashtirish.

#### **Tadqiqot maqsadlari:**

mintaqada CRAS klinik kursining xususiyatlarini aniqlash, shuningdek, og'iz bo'shlig'ida surunkali xoletsistitning klinik kechishining dastlabki belgilarini aniqlash;

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini ( aftozning diametri, gigienik indeks (OHI-S), mikrobiotsenoz va og'iz bo'shlig'ining nonspesifik qarshiligi , antioksidant tizim va endogen intoksikatsiya) aniqlash ;

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda orofaringeal mintaqada CRAS klinik kursi bo'yicha taklif etilayotgan patogenetik davolash va an'anaviy davolashning qiyosiy samaradorligini baholash ;

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda mikrobiotsenoz holati, og'iz bo'shlig'ining nospesifik qarshiligi va LPO-AOS va MSM biokimyoviy ko'rsatkichlari bo'yicha tavsiya etilgan patogenetik davolash samaradorligini baholash .

### **O'rganish ob'ekti .**

Tadqiqot ob'ekti "surunkali xoletsistit" tashxisi bilan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan kasallangan 96 nafar bemordir. 20 nafar sog'lom odam nazoratchi sifatida xizmat qildi.

**Tadqiqot predmeti** - tish, immuno -biokimyoviy, mikrobiologik parametrlarni o'rganish uchun og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, dorilar, og'iz suyuqligi, qon zardobi .

**Tadqiqot usullari** . Muammolarni hal qilish va tadqiqot maqsadlariga erishish uchun ishda klinik, laboratoriya, bakteriologik, immunologik, biokimyoviy va statistik tadqiqot usullari qo'llanildi.

### **Tadqiqotning ilmiy yangiligi:**

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda erkin radikal oksidlanish va o'rta molekulyar og'irlikdagi peptidlarning intensiv proteolizi mahsulotlari bilan og'rigan bemorlarda orofaringeal mintaqaning surunkali takrorlanuvchi aftoz stomatitining klinik kursining og'irligi o'rtasidagi patogenetik bog'liqlik aniqlandi; Surunkali xoletsistit bilan og'rigan CRAS bemorlarida opportunistik mikrofloraning darajasi va tuprikni himoya qiluvchi omillarning potentsialining zaiflashishi aniqlandi;

Klinik kurs, mikroflora va mahalliy immunitet o'rtasidagi bog'liqlik isbotlangan, bu surunkali xoletsistitda surunkali takroriy aftoz stomatit patogenezida yangi bo'g'indir;

Surunkali xoletsistit fonida endogen intoksikatsiya, peroksidlanish jarayonlari, disbiyoz va ikkilamchi immunitet tanqisligini bartaraf etish ko'rsatkichlarini normallashtirish orqali orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan og'rigan bemorlarni yangi kompleks patogenetik davolash asoslandi.

### **Tadqiqotning amaliy natijalari** quyidagilardan iborat:

o'tkazilgan klinik, mikrobiologik, immunologik va biokimyoviy tadqiqot usullari natijalari surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning surunkali takroriy aftoz stomatiti bo'lgan bemorlarni davolashda zamonaviy

stomatologik yondashuvlarni ishlab chiqish uchun nazariy asosdir; surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning surunkali takroriy aftoz stomatiti bo'lgan bemorlarda terapevtik stomatologik tadbirlarni rejalashtirish va amalga oshirish uchun ishlatilishi mumkin .

Xlorheksidin, loroben va bakterisidimning mikrobiologik samaradorligini o'rganish asosida surunkali xoletsistitli CRAS bemorlarini patogenetik davolashning yangi sxemasi taklif qilindi.

bilan og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatini soda eritmasi bilan ATMOKO irrigatori tomonidan oldindan sug'orish bilan Baktizidim preparatidan foydalangan holda surunkali takrorlanuvchi orofaringeal aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarni kompleks patogenetik davolashning tavsiya etilgan sxemasi davolash samaradorligini 100% ga oshiradi. ("Klinik tiklanish" - 59,26%, " Sezilarli yaxshilanish " -35,18%, "Yaxshilanish - 5,56%"), kuzatuvdan keyingi 1 yil ichida relapslar chastotasini 0,92 holatga qisqartiradi, engil shaklda remissiyaning davri  $12,89 \pm 0,20$  oygacha uzaytiradi, CRASning o'rtacha shakli -  $12,73 \pm 0,25$  oy, og'ir shakli  $9,67 \pm 0,36$  oygacha.

**Tadqiqot natijalarining ishonchliligi** isbotlangan nazariy va amaliy yondashuv va usullardan foydalanish bilan tasdiqlanadi; bemorlarning etarli namuna hajmi; zamonaviy, qo'shimcha tadqiqot usullaridan foydalanish; tadqiqotning uslubiy aniqligi; olingan natijalarni xorijiy va mahalliy mualliflarning ma'lumotlari, shuningdek vakolatli organlarning asosli xulosalari bilan taqqoslash.

### **Tadqiqot natijalarining ilmiy va amaliy ahamiyati .**

Olingan natijalarning ilmiy ahamiyati bemorlarning klinik, mikrobiologik, immunologik, biokimyoviy tadqiqotlarini baholash metodologiyasini ishlab

chiqishdadir. surunkali xoletsistit bilan orofaringeal mintaqaning surunkali takroriy aftöz stomatiti .

Ishning amaliy ahamiyati amaliy sog'liqni saqlashga surunkali xoletsistitda CRASni davolashning yangi sxemasini joriy etishdan iborat bo'lib, u davolashning klinik, stomatologik, immunologik, mikrobiologik samaradorligini oshirishga imkon beradi. kasallik.

**Tadqiqot natijalarini amalga oshirish.** Surunkali xoletsistitda surunkali takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarni zamonaviy diagnostika va davolashning ilmiy natijalariga asoslanib:

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda orofaringeal hududning surunkali takroriy aftoz stomatitining klinik-laboratoriya diagnostikasi ” uslubiy tavsiyalar ishlab chiqilgan va amaliy tibbiyotga joriy qilingan (O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 11-sonli 8 n-r/1120-sonli xulosasi). /19/2021). Zamonaviy klinik va laboratoriya diagnostikasini joriy etish natijalari shuni ko'rsatdiki, CRAS surunkali xoletsistitli bemorlarda disbioz rivojlanadi , og'iz bo'shlig'ida Candida zamburug'lari shtammlarining ustunligi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini himoya qilishning mahalliy omillari kamayadi. Shu bilan birga, biokimyoviy o'zgarishlar sodir bo'ladi, masalan, katalaza faolligi darajasining oshishi, bu erkin radikallarning shakllanishiga olib keladi, antioksidant himoya tizimining pasayishiga va endogen intoksikatsiyaning kuchayishiga olib keladi. Bunday o'zgarishlarning klinik ko'rinishi og'iz bo'shlig'ida kandidozning rivojlanishi, orofaringeal mintaqada eroziv va yarali shakllanishlarning rivojlanishida ifodalanadi.

xoletsistitli bemorlarda surunkali takroriy aftoz stomatitni davolashni takomillashtirish ” uslubiy tavsiyalar **ishlab chiqildi va amaliy tibbiyotga joriy**

**etildi** ( O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining xulosasi 19.11.2021 yildagi 8-son n-r/1121). Va ATMOKO irrigatori bilan soda eritmasini oldindan sug‘orish bilan baktizidim preparatidan foydalangan holda tavsiya etilgan davolash rejimidan foydalanish amaliy tibbiyotda qo‘llanilgan: Toshkent shahar Shayxontohur tumanidagi 4 va 6-son stomatologiya poliklinikalarida (Sog‘liqni saqlash vazirligi) boshlang‘ich qiymatiga (  $P < 0,001$ ) nisbatan remissiya davrining sezilarli darajada uzaytirilishiga olib keldi (  $P < 0,001$ ). , № 8H- ZBB24). Tadqiqotning ilmiy natijalarini joriy etish surunkali xoletsistit bilan og‘rigan bemorlarda orofaringeal mintaqaning surunkali takroriy aftoz stomatiti bilan kasallanishni kamaytirish va remissiyani 1,5 baravardan ko‘proq uzaytirish imkonini berdi.

**Tadqiqot natijalarini aprobatsiya qilish .** Tadqiqot natijalari 8 ta xalqaro va 4 ta respublika ilmiy-amaliy anjumanlarida muhokama qilindi.

**Tadqiqot natijalarini nashr etish.** Dissertatsiya mavzusi bo‘yicha 20 ta ilmiy maqola chop etilgan, shundan 8 ta maqola O‘zbekiston Respublikasi Oliy attestatsiya komissiyasi tomonidan doktorlik dissertatsiyasining asosiy ilmiy natijalarini nashr etish uchun tavsiya etilgan maqolalarda, shu jumladan 6 tasi mamlakatimiz va 2 ta xorijiy nashrlarda.

**Dissertatsiyaning tuzilishi va hajmi.** Bitiruv malakaviy ishi kirish, 4 bob, xulosa, xulosalar, amaliy tavsiyalar va foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxatidan iborat. Dissertatsiya hajmi 124 bet mashinkada yozilgan bo‘lib, 22 ta jadval, 20 ta rasm bilan tasvirlangan. Adabiyotlar ro‘yxatiga 117 nomdagi adabiyotlar kiritilgan, jumladan, 74 ta mahalliy va MDH mamlakatlari, 43 tasi xorijiy mualliflar.

## **I bob. ETIOPATOGENEZNING ZAMONAVIY Aspektlari, Surunkali takrorlanuvchi aftozik stomatitni diagnostika va davolash (sharh)**

### *§ 1.1. Surunkali takrorlanuvchi aftoz stomatitning etiopatogenezining zamonaviy jihatlari*

Surunkali takrorlanuvchi aftoz stomatit (CRAS) og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining surunkali kasalligi bo'lib, afta rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Ushbu kasallikning yana bir xususiyati uzoq davom etishi, remissiya va kuchayish vaqtlari. CRAS ning klinik kechishini og'irlashtiradigan birga keladigan kasalliklarga e'tibor qaratish lozim [ 1,7,9,15,27,41,43,75,84,102,104].

Uzoq muddatli surunkali yuqumli o'choqlar CRAS bilan og'rigan bemorlarda butun organizmning immunitet tizimining zaiflashishiga olib kelishi mumkin, turli bakteriyalarga yuqori sezuvchanlik, bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, CRAS patogenezida autoimmun jarayonlarning rivojlanishida muhim ahamiyatga ega. . Kasalliklarning xalqaro tasnifida (ICD-10) og'iz bo'shlig'ining takroriy aftalari (RA) XI sinf kasalliklari ("Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari") deb tasniflanadi va "Og'iz bo'shlig'i, tuprik kasalliklari" blokiga kiritilgan. bezlar va jag'lar". Og'iz bo'shlig'ining RA simptomi og'iz bo'shlig'i shilliq qavati patologiyasining eng keng tarqalgan turlaridan biri bo'lib, uning chastotasi turli yosh guruhlarida 10 dan 40% gacha [20,31,38,47,75,95] .

"Takrorlanuvchi aftoz stomatit" ildiz nomi o'rniga "takroriy og'iz aftalari" atamasini qo'llash bizga ushbu nomda patologiyaning ushbu turining simptomatik xususiyatini ta'kidlash imkonini beradi. CRAS og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning 5 foizida aniqlanadi. 20-40 yoshdagi odamlarda, balog'atga etishdan oldin ikkala jinsdagi bolalarda, katta yoshli bemorlarda esa ko'pincha ayollarda uchraydi (Pindbord ma'lumotlari). Surunkali takroriy aftoz stomatitning chastotasi 12% dan 15,2% gacha bo'lgan hollarda kuzatiladi [37,39,50,57].

Ushbu patologiyaning asosiy sababi stafilokokklar, allergiya va adenoviruslarning L-shakllari ekanligi qayd etilgan. Ushbu kasallikning patogenezida ko'plab tadqiqotchilar somatik kasalliklar va CRAS o'rtasidagi yaqin

bog'liqlik nazariyasiga amal qiladilar, ko'pincha oshqozon-ichak traktining patologiyasi, markaziy va avtonom asab tizimining funktsional tabiatidagi buzilishlar, gipovitaminoz va surunkali yuqumli kasalliklar. o'choqlari. [1,8,10,14,19,26]. Ko'pgina klinisyenlar barcha bemorlarda bemorlarning sog'lig'i holati, immunitet reaksiyasi va ushbu kasallikning rivojlanishi o'rtasidagi munosabatni qayd etadilar.

Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, takroriy aft stomatit, turli bakteriyalarga yuqori sezuvchanlik bilan og'rgan bir qator bemorlarda bu CRAS patogenezida autoimmun jarayonlarning rolini ko'rsatadi. Ba'zi mualliflar CRAS rivojlanish mexanizmida otoimmün reaksiyalarning rolini ta'kidlaydilar va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va ichak bakterial mikrobiotasiga o'zaro bog'liq bo'lgan immun reaksiyasi ehtimolini ko'rsatadilar. Ba'zi bakteriyalarning antijenik tuzilishining o'xshashligi tufayli tananing antikorlarni ishlab chiqarish ko'rinishidagi javobi og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining epitelial hujayralariga noto'g'ri hujum qiladi, deb ishoniladi. [2,8,13,30,43].

HRAS rivojlanishida allergik omillar rol o'ynaydi. Allergenlar oziq-ovqat, qurtlar, gigiena vositalari, uy changi va turli dori-darmonlar bo'lishi mumkin. Bir qator mualliflar neytrofillarning ham fagotsitik faolligini inhibe qilishini, ham IL-1 va IL-2 ishlab chiqarishning pasayishini aniqladilar, bularning barchasi CRAS klinik kursining og'irligini ochib beradi. [25,38,69,89].

Relapslarni qo'zg'atuvchi omillar og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanishi, hipotermiya, ovqat hazm qilish trakti kasalliklarining kuchayishi, stress, noqulay ekologik omillar bo'lishi mumkin. Ko'pincha og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanishi oshqozon, jigar, ichak va boshqalar kasalliklarining birinchi alomatidir. Stress og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining ishemiyasini keltirib chiqaradigan norepinefrin va dofaminning chiqarilishiga olib keladi, so'ngra

chuqur afta va yaralar paydo bo'lishi bilan yo'q qilinadi. [11,16,17].

V. S. Kulikov tomonidan qiziqarli tadqiqotlar olib borildi, u CRAS paydo bo'lishida trofonevrotik omilni ko'rib chiqadi, bu jigar funktsiyasining buzilishi bilan

bog'liq bo'lgan ushbu kasallikning patogenetik mexanizmida refleks reaksiyalarining ahamiyatini tasdiqlaydi. [15,18,20,22].

mahalliy himoya darajasining pasayishi haqida aniq xulosa chiqarish imkonini beradi. og'iz bo'shlig'ining omillari . Hujayra va gumoral immunitet ko'rsatkichlarining pasayishi rezident va patogen mikroblarning haddan tashqari ko'payishiga yordam beradi. Og'iz bo'shlig'ida deyarli 1,5 marta va peptostreptokokklar Candida zamburug'lari shtammlari darajasida sezilarli o'sish kuzatiladi. Shunday qilib, og'iz bo'shlig'ini himoya qiluvchi mahalliy immunitet omillarining pasayishi gepatobiliar tizim patologiyasi bo'lgan CRAS bemorlarida disbiyoz va immunitet tanqisligi rivojlanishini yana bir bor isbotlaydi. [20,39] .

36 yoshli ayolga refrakter ankilozan spondilit tashxisi qo'yilgan. 2010 yilda asosiy kasallikni davolash paytida og'iz bo'shlig'ida yaralar paydo bo'lgan, 2016 yilda ileo-pankolitning kuchayishi tufayli og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining aftoz lezyonlari yana paydo bo'lgan. Kortikosteroid terapiyasidan so'ng, afta bu ikki epizod o'rtasidagi immunologik omilni tasdiqlovchi qulay kursga ega bo'ldi. [38, 47,101].

CRAS ning patomorfologik jarayonining rivojlanish mexanizmida 3 bosqich mavjud: a) nuqta bosqichida hujayralararo shish aniqlanadi va hujayralararo kontaktlarning buzilishi (sitoliz) kuzatiladi. Keyin epiteliositlarning subepitelial bazasida shish paydo bo'ladi, membrana tuzilishi va tolalari buziladi; b) eroziv va yarali o'zgarishlar bosqichida leykotsitlar infiltrati eng aniq namoyon bo'ladi, nekrobiotik va nekrotik jarayonlar qayd etiladi; v) shifo bosqichi epitelinyning tabiiy ravishda qayta tiklanishi va epiteliositlarning funktsional faolligi bilan tavsiflanadi. [2,5,19,28].

Ovqat hazm qilish organlarining, o't yo'llarining funktsional buzilishlari, shuningdek, nafas olish yo'llari infeksiyalari, markaziy va vegetativ asab tizimining buzilishi, B1 , B12, C, Fe vitaminlari etishmasligi, nazofarenkning yallig'lanishi (otit, rinit, tonsillit) - barchasi bu CRAS rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Bakterial sezuvchanlik gistamin teri testi bilan aniqlanadi. [ 6,8,18,33,38,76,86 ].

Birlashgan gastroduodenal patologiyasi bo'lgan bemorlarda surunkali takroriy aftoz stomatit kuzatildi. Aftoz stomatitning etiologiyasi va patogenezini to'liq o'rganilmagan. Qoida tariqasida, ASD tizimli kasalliklar, patologiya fonida yuzaga keladi oshqozon-ichak trakti, yuqumli-allergik, neyrodistrofik omillar, homiladorlik Aftoz stomatitning etiologiyasi va patogenezini to'liq o'rganilmagan. Qoida tariqasida, RAS tizimli kasalliklar, oshqozon-ichak trakti patologiyasi, yuqumli-allergik, neyro-distrofik omillar, homiladorlik fonida yuzaga keladi. Shunday qilib, CRAS bilan og'riqan bemorlarning umumiy somatik patologiyasi tarkibida oshqozon-ichak kasalliklari bo'lgan 37 kishidan 17 (45,9%) surunkali xolelitsitga ega (Kosyuga. Yu. va boshq., 2015) [28].

CRASning etiologiyasi va patogenezini hali ham to'liq aniq emas, ammo adabiyot ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, T-hujayra immuniteti ishtirokida immun tizimining fokal disfunktsiyasi CRAS shakllanishining asosiy mexanizmi hisoblanadi. Eng muhimi, maqsadli terapiyani tayinlash uchun sabab omillarini aniqlashdir. Aniqlanishicha, o'tkir ruhiy buzilishlar va stresslar tashvishga sabab bo'ladi, bu ko'pincha CRAS rivojlanishining boshlanishi bo'ladi, bu holda kuchli stress va depressiya immunoregulyatsion faollikni va yallig'lanish o'choqlarida leykotsitlar sonining ko'payishini keltirib chiqaradi [70,78, 87,103,112,117].

CRAS bilan og'riqan bemorlarda lipid peroksidatsiyasining intensivligi oshishi, antioksidant tizimning bostirilishi va endogen intoksikatsiyaning faollashishi ham qayd etilgan. Lizozim indeksining pasayishi, qon zardobida, shuningdek og'iz suyuqligida beta-lizozinlar ko'rsatkichlarining ko'payishi aniqlandi, shu bilan birga komplementning C3 va C4 fraktsiyalari miqdori kamayadi, C5 ning ortishi kuzatiladi [10,61,66,67,89,93].

shubhasiz, kasallikning kuchayishi bilan bog'liq bo'lgan mahalliy va umumiy xarakterdagi immunologik holatning buzilishini aniqladi. Uzoq vaqt davomida mavjud bo'lgan surunkali yallig'lanish jarayoni og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida mahalliy himoya mexanizmlarining kamayib ketishiga olib kelishi mumkin, bu esa o'z navbatida mikrobiotada o'zgarishlarga yordam beradi [3, 12,56,63,68,94,106,110].

4 oylik bolani klinik tekshirishda yumshoq tanglayda ikki tomonlama yirik yaralar aniqlangan. Ushbu jarohatlar yumaloq shaklga ega va giperemik chegaraga ega bo'lib, elementning markazida psevdomembranoz fokus mavjud edi. Boladan umumiy qon tekshiruvi o'tkazildi, u hech qanday o'zgarishlarni aniqlamadi, normal chegaralarda C-reaktiv oqsil qayd etildi. Serologik tekshiruvda rangpar spiroxetaning ta'rifi salbiy edi. Inson immunitet tanqisligi virusi (OIV) va herpes simplex virusi va enterovirusning ta'rifi salbiy edi. [80,81,113].

Periferik qon limfotsitlarining fermentativ holatini o'rganish: mitoxondrial suksinat dehidrogenaza va glitserofosfat dehidrogenaza, ehtimol kasallikning takroriy kuchayishini bashorat qilish imkonini beradi [2,23,25,32,44,100,108,115,116].

### *§ 1.2. Surunkali takroriy aftoz stomatitning klinikasi va diagnostikasining zamonaviy usullari*

Ba'zi tadqiqotchilar CRAS lezyonining asosiy elementi vesikula ekanligiga ishonishadi, uning shakllanishi epiteliya hujayralarining vakuolyar distrofiyasi jarayoni natijasida yuzaga keladi. Boshqa mualliflar dog'ni asosiy element deb hisoblashadi, bir muncha vaqt o'tgach, dog' ko'tariladi va keyin eroziyalanadi. CRAS bilan to'qimalar trofizmida muhim rol o'ynaydigan mikrosirkulyatsiyaning buzilishi mavjud. Mikrosirkulyatsiya o'zgarishining birinchi belgisi arterial tomirlarning mahalliy spazmi deb hisoblanishi kerak, bundan tashqari venular tomirlar tizimida turg'unlik hodisalari, shuningdek , butun kapillyar to'shakda qon oqimining intensivligining pasayishi [4] ,9,34,35,36].

Jinsiy balog'atga etishdan oldin ikkala jins ham bir xil darajada ta'sirlanadi, lekin kattalar orasida ayollar ustunlik qiladi. Ba'zida afta giperemiya bilan emas, balki kamqonlik bilan boshlanadi. Ko'pincha, aftaning boshlanishidan bir necha kun oldin, bemorlar kelajakdagi o'zgarishlar joyida yonish hissi va og'riqni his qilishadi. Shu bilan birga, 1 yoki 2 afta paydo bo'ladi, kamroq tez-tez ko'proq. Aftlarning lokalizatsiyasi odatda yonoqlarning, lablarning, tilning shilliq qavatida kuzatiladi, ammo og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatining boshqa qismlari ham mavjud. Agar afta

gunning chekka qismida joylashgan bo'lsa, ular yarim oy shakliga ega. [7]. Rabinovich O.F., Banchenko G.V., Danilevskiy N.F.lar tomonidan taklif qilingan tasnifga ko'ra kasallikning quyidagi shakllari ajralib turadi: fibrinoz, nekrotik, bezli, chandiqli, deformatsiyalanuvchi, likenoid [1,2,21, 9 2].

Fibrinoz shakl shilliq qavatida giperemiya belgilari bilan sarg'ish dog'lar shaklida paydo bo'ladi, bu erda mayda tupurik bezlari yo'q, uning yuzasiga fibrin tushadi, atrofdagi to'qimalarga mahkam lehimlanadi. Jarayonning rivojlanishidan so'ng, fibrin rad etiladi va 6-8 kun ichida epitelizatsiya qilinadigan afta hosil bo'ladi. Nekrotik shakl og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining mo'l-ko'l tomirlangan joylarida lokalize qilinadi. Qisqa muddatli vazospazm epiteliyning nekroziga, keyin esa yaraga olib keladi. Blyashka asosiy to'qimalarga mahkam lehimlanmagan va osongina chiqariladi. CRASning ushbu shaklining epitelizatsiyasi 12-20 kunlarda kuzatiladi.

Yallig'lanish jarayonida glandular shakl, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidan tashqari, lablar, til va limfoid faringeal halqa sohasidagi mayda tuprik bezlarini ham o'z ichiga oladi. Tuprik bezlari ishlamaydigan mayda tuprik bezlarining shishishi tufayli ko'tarilgandek ko'rinadigan giperemiya joylari paydo bo'ladi. Keyin eroziya paydo bo'lib, u tezda yaraga aylanadi, uning pastki qismida mayda tuprik bezlarining terminal qismlari ko'rinadi. Eroziya va yaralarning asosi infiltratsiyalangan. Epitelizatsiya bosqichi 30 kungacha davom etadi. Skarlanish shakli asinar tuzilmalar va biriktiruvchi to'qimalarning shikastlanishi bilan birga keladi. Bu holda tuprik bezlarining funksiyasi sezilarli darajada kamayadi. Shifolash qo'pol chandiqli shakllanishi bilan kechadi.

CRASning barcha shakllaridan to'qimalarning eng chuqur nobud bo'lishi deformatsiyalangan shakldan kelib chiqadi, ba'zida yaralar mushak qavatiga tarqaladi. Oshqozon yarasi juda og'riqli, kichik aftlar va eroziya ko'pincha bu yaraning chetida joylashgan. Cheklangan hududda CRASning likenoid shakli shilliq qavatning giperemiyasi shaklida namoyon bo'ladi, ko'pincha epiteliya giperplaziyasi maydoni mavjud. CRASning bu shakli tilda tez-tez uchraydi. [ 24,42,77,91 ].

Bemorlarda qisqa muddatli tabiatning yonish hissi va og'rig'i bor, giperemik joylar kuzatiladi, engil shish. Keyin afta-morfologik element paydo bo'ladi.

Odatda, afta yumaloq yoki oval shaklga ega bo'lib, uning yuzasida fibrinoz blyashka topiladi, shifo 5-7 kun ichida chandiqsiz sodir bo'ladi . Ba'zida shilliq qavatning yuqori qatlamining o'zi nekrozi mavjud va aftaning chuqurlashishi sodir bo'ladi. Bunday aftalarning bitishi 2-3 hafta ichida sodir bo'ladi, yuzaki chandiqlar (Setton aftlari) ortda qoladi. [29,97,114] .

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida aftaning lokalizatsiyasi joylarda (lablar, yonoqlar, o'tish burmalari, tilning orqa qismi) sodir bo'ladi. Aft lezyonlarining qaytalanishi turli vaqt oralig'ida sodir bo'ladi. Stomatitning engil kursi yiliga 1-2 marta takrorlanadi, o'rtacha og'ir - 2-3 oydan keyin, og'ir kurs bilan - doimiy ravishda kuzatiladi. Bunday holda , elementlarning soni ham , ularning chuqurligi ham ortadi [ 40 , 48 , 62,111 ] .

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi aftalar og'riqli bo'lib, ko'pincha ovqatlanishni qiyinlashtiradi, bemorlar ba'zida tuprikning ko'p oqishi haqida shikoyat qiladilar. Kuchlanish va relaps bilan servikal va submandibulyar limfa tugunlari kattalashadi va og'riqli bo'ladi . Ba'zida engil harorat, bosh og'rig'i va jinsiy a'zolarida afta paydo bo'lishi mumkin. CRAS kursi og'iz bo'shlig'ida antioksidant va immunitetning buzilishi bilan birga keladi, bu birlamchi gidroperoksidlarning lipid peroksidlanish mahsulotlari va ikkilamchi mahsulotlar malondialdegid miqdorining ko'payishi, tupurikning antioksidant faolligining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. kasallikning og'irligi va davomiyligi bilan bog'liq bo'lgan SIgA va lizozim darajasining pasayishi, disbiyotik kasalliklarning og'irligi va tabiati [ 45,49,109 ] .

Afta og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining chuqur fibrinoz-nekrotik yallig'lanishi bilan namoyon bo'ladi, bu gistologik tekshiruv vaqtida qayd etiladi. Patologik jarayon epiteliyning biriktiruvchi to'qima qatlamida bir qator o'zgarishlar bilan boshlandi. Vazodilatatsiyadan keyin engil perivaskulyar infiltratsiya rivojlanadi, tikanli qatlamning shishishi, spongioz va mikrokavitlar paydo bo'ladi. Alteratsiya hodisalari epiteliyning nekrotik jarayoni va eroziya bilan tugaydi. Epiteliyaning

kuzatilgan nuqsoni epiteliyning pastki to'qimalariga lehimlangan fibrin bilan to'ldiriladi. [46,51,105] .

Aftlarni gistologik tekshirish odatda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining chuqur fibrinoz-nekrotik yallig'lanishini aniqlaydi. Jarayon biriktiruvchi to'qima qatlamidagi o'zgarishlar bilan boshlanadi; vazodilatatsiyadan so'ng, kichik perivaskulyar infiltratsiya epiteliyning tikanli qatlamining shishishi, keyin spongioz va mikroavittlarning shakllanishi paydo bo'ladi. Alterativ o'zgarishlar epiteliyning nekrozi va shilliq qavatning eroziyasi bilan yakunlanadi. Epiteliya nuqsoni fibrin bilan to'ldiriladi, u asosiy to'qimalarga mahkam lehimlanadi. Sog'ayish jarayoni epiteliyning yangilanishi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yarali nuqsonining yopilishi tufayli yaraning pastki qismida granulatsiya to'qimalarining shakllanishi va epitelizatsiya bilan tavsiflanadi. Kron kasalligi bilan og'rigan asosiy guruh bemorlaridan olingan materiallarni patomorfologik o'rganish natijalari shikastlangan joylarda shilliq qavatda, parakeratoz zonasida, intraepitelial leykotsitlarda, apoptotik hujayralarda, akantozda aniq degenerativ o'zgarishlarni ko'rsatdi. [21, 52,64,65 , 107] .

### *§ 1.3. Surunkali xoletsistitda surunkali takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarni davolashning zamonaviy usullari*

CRASni davolash, ayniqsa somatik patologiya bilan birlashganda, bunday birikmaning etiopatogenezi hali to'liq o'rganilmaganligi sababli qiyin. Somatik kasallik bilan og'rigan bemorning holatining xususiyatlariga muvofiq murakkab patogenetik terapiyani tuzish har doim ham mumkin emas. [45,49]. Bemorni to'liq tekshiruvdan o'tkazish va tegishli fanlar shifokorlari bilan birgalikda somatik kasallikni davolash bo'yicha maslahat berish. Shunday qilib, ular ko'pincha gepatit, surunkali xoletsistit, yarali kolit, Reiter sindromi , qon kasalliklari bilan birga keladi [59,72,88].

CRASni kompleks davolashda barcha turdagi klinik belgilar, birga keladigan kasalliklarning tabiati hisobga olinadi. Kompleks davolash samaradorligini baholash mezonlari mikrobial florani aniqlash, sekretor immunoglobulin A ko'rsatkichlarini

aniqlash , leykotsitlarning fagotsitik faolligi, biokimyoviy va boshqa tadqiqotlar bo'lishi mumkin. [ 45,49,58,73,96,100 ] .

Ortosteroidlar erta bosqichda takroriy aftöz stomatitni davolashda qo'llaniladi . Biroq, dorilar har doim ham og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining og'iz joylariga osongina yopishmaydi. Bu, ayniqsa, RAS o'choqlari orofarenkning orqa devorida joylashgan bo'lib, gag refleksini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan vaziyatimizda juda muhimdir. Bunday holda, hatto kortikosteroidlarni qo'llashda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining kandidoz infeksiyasi bu holatni murakkablashtirishi mumkin [ 14,24,79,85,90 ] .

ta'minlaydigan zarur chora - bemorning immunologik tekshiruvi va birga keladigan kasalliklarni davolash, ayniqsa ovqat hazm qilish tizimining patologiyasi, allergiya. Agar bemorda bakterial allergenga yuqori sezuvchanlik bo'lsa, unda bu holda teri ostiga (0,01 ml) ushbu allergen bilan maxsus desensitizatsiya qilish kerak. Organizmning ikki yoki undan ortiq allergenga sezgirligi bir vaqtning o'zida oshganida, turli xil allergenlarning aralashmalari bir nechta allergenlar aralashmasidan kichik dozalarda buyuriladi [ 14 ] .

Desensitizatsiya qiluvchi xususiyatga ega samarali dori natriy tiosulfatdir. Kuniga 10 ml tomir ichiga buyuriladi. Nonspesifik desensitizatsiya vositasi gistaglobin bo'lib, u gistamin va gamma globulin kompleksi bo'lib , 10 ta in'ektsiya kursi uchun [ 2,10,11,53,55,83 ] .

Lizozim fermenti mikroblarga qarshi va virusga qarshi ta'sirga ega, shu sababli uni qo'llash oqlanadi, oqsil tabiatining bu fermenti fagotsitoz faolligini rag'batlantiradi. Lizozim antigistamin xususiyatiga ega, u toksik xususiyatlarga ega emas va ayni paytda reparativ jarayonlarni rag'batlantiradi. Lizozim mushak ichiga 100 mg dan kuniga 2 marta, 20 ta in'ektsiya kursi uchun yuboriladi [54,7 1,8 2,99 ] .

Ilgari, CRASni mahalliy davolashda antiseptik davolash va nekrotik konlarni va to'qimalarni olib tashlash amalga oshiriladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini lokal behushlik qilish uchun anesteziklar qo'llaniladi: 2% novokain eritmasi, 2%

trimekain eritmasi, 2% lidokain eritmasi, 4% piromekain eritmasi, 2-5% piromekain malhami, 2% lidokain jeli, anestezin suspenziyasida 5% .

Proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, lizozim) bilan iliq antiseptiklarni qo'llash, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini antiseptiklar bilan davolash (0,02% furatsilin eritmasi, 0,06% xlorheksidin eritmasi, 0,1% dimeksid eritmasi va boshqalar) ko'rsatilgan [43 . 74 , 76.98 ] .

Ta'sirlangan to'qimalarning epitelizatsiyasini faollashtirish uchun keratoplastika buyuriladi (aerozol trimetazol, propolisli malham, Kalanchoe sharbatini o'z ichiga olgan malham, karaolin, archa yog'idagi natriy usninatning 0,3% eritmasi). Aft va oshqozon yarasining ikkilamchi infektsiyasini oldini olish uchun vodorod periks yoki karbamid o'z ichiga olgan vositalar buyuriladi. Aftlarni epitelizatsiya qilish uchun xlorheksidinni qo'llash samaradorligi isbotlangan. [ 60 , 61,78 ] .

og'rigan bemorlar dietaga rioya qilishlari kerak. Achchiq idishlarni, mumkin bo'lgan allergenlarni istisno qilish tavsiya etiladi; bemor yashaydigan uyda har kuni nam tozalashni amalga oshiring; surunkali infektsiya o'choqlarini yo'q qilish; og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining to'qimalariga shikastlanishga olib keladigan yomon odatlardan voz keching. CRAS bilan og'rigan bemorlar yiliga 3-4 marta stomatologga tashrif buyurishlari kerak [9,23,55].

Immunitet tizimidagi nomutanosiblik aniqlanganda, ba'zi tadqiqotchilar Atarax, Galavit va Eplan bir qator immun preparatlarini qo'llashni taklif qilishadi, bunday tanlov anksiyolitik va antigistamin xususiyatlari (Atarax), immunokorrektiv, yallig'lanishga qarshi va virusga qarshi xususiyatlar (Galavit) bilan belgilanadi. , Eplanning mikroblarga qarshi, regeneratsiya qiluvchi, analjezik xususiyatlari, shuningdek, immunokorrektiv xususiyatlarga ega bo'lgan T -aktivin [ 58,62].

CRASni davolash nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy muammodir. Bugungi kunga kelib, ko'plab dori vositalari va terapiya usullari mavjud, ammo hozirgi bosqichda kompleks davolash hali tuzilmagan , parvarishlash terapiyasi usullari ishlab chiqilmagan, bu borada ushbu kasallik hali ham dolzarb vazifadir va , albatta, bu boradagi izlanishlarni taqozo etadi [1,7,34,102,105] .

Yuqoridagi mualliflar plazmaferezni qo'llash bemorlarning umumiy ahvolini yaxshilashga, aftani davolash vaqtini yaxshilashga, remissiyalarni uzaytirishga va gomeostazning yaxshi dinamikasiga olib kelishini isbotladilar. Rabinovich I.M. va boshqalar, xlorheksidinining 0,12% eritmasidan va dezinfektsiyalovchi va aniq og'riq qoldiruvchi xususiyatlarga ega bo'lgan Tantum Verde eritmasidan foydalanganlar [36,51].

Shuni ta'kidlash kerakki, metrogil denta tez-tez ishlatiladigan samarali yallig'lanishga qarshi preparatlardan biridir. Ushbu preparat tetiklantiruvchi yalpiz ta'miga ega va ta'sirlangan jarohatlarga kuniga 2 marta qo'llaniladi. Mualliflar metronidazolni aerob va anaerob mikroblarga faol ta'sir qiluvchi xlorheksidin bilan birgalikda qo'llashni taklif qiladilar [27,72].

Lezyon elementlaridan (tripsin, kimotripsin) nekrotik blyashka olib tashlash uchun proteolitik fermentlarni qo'llash tavsiya etiladi. Hozirgi vaqtda fermentlarga immobilizatsiya qilinganlar kiradi - stomatozim va imozimaza. CRAS ning eroziv va yarali elementlarining epitelizatsiyasini tezlashtirish uchun keratoplastiklar sifatida metilurasil, karotolin va atirgul yog'i qo'llaniladi. [14,62].

Aftlarning epitelizatsiyasini faollashtiradigan samarali vosita solkoserildir solkoseril va polidokanolni o'z ichiga olgan tish yopishtiruvchi pasta , ikkinchisi analjezik xususiyatlarga ega. [65,74,99]. Zamonaviy tibbiyotda plyonkalar qo'llaniladi, ularning afzalligi lezyonda kuchli fiksatsiya va undagi faol moddaning uzoq muddatli kontsentratsiyasidir. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatiga plyonkaning kuchli mahkamlanishi eroziv va yarali fokusni himoya qiladi. Filmlar antibakterial, epiteliya va immunomodulyator xususiyatlarga ega kortikosteroidlarni o'z ichiga olishi mumkin. Davolashda tizimli terapiya katta ahamiyatga ega, ammo stomatologiyada topikal terapiya alohida ahamiyatga ega . [1,6,96].

CRAS bilan og'rigan bemorlardan ORM bilan olingan materialni mikrobiologik tekshirish mikroflorada turli xil o'zgarishlarni aniqlaydi, bu normal va patogen floraning nisbati o'zgarishi bilan ifodalanadi. Bunday holda, patogen mikroflorani bostirish uchun bir qator antiseptiklar ko'proq qo'llaniladi, masalan,

furatsillinning 0,02% eritmasi, etakridin laktatning 0,02% eritmasi, xlorheksidinining 0,05% eritmasi, "Traumeel" gomeopatik vosita.

[17,18,19,95,107].

HRAS kompleks davolash rejimiga fizioterapiyani kiritish orqali organizmning moslashuvchan va zahiraviy imkoniyatlarini faollashtirish mumkinligi isbotlangan, eng samarali jismoniy usullardan biri bo'lgan lazer terapiyasi alohida o'rin tutadi. Lazer ta'sirining samaradorligini oshirish uchun kombinatsiyalangan farmako-foto-terapevtik usullar qo'llaniladi - dori vositalarini qo'llash bilan fotoforez. CRASni davolashda turli xil malhamlar (oksolinik, metiluratsil, geparin, gidrokortizon, tetratsiklin) bilan fotoforez usuli muvaffaqiyatli bo'ldi. [17,20,24].

CRAS bilan og'rigan bemorlarni noto'g'ri tashxislash yoki o'z-o'zini davolash, shuningdek tish shifokoriga o'z vaqtida murojaat qilmaslik kasallikning klinikasi yomonlashishi va terapiyaga qarshilik ko'rsatishi mumkin. Bu holatda prognoz noqulay deb hisoblanadi. Mavjud kompleks davolash sxemalari asoratlar xavfini kamaytiradi, davolash natijasi remissiyaning uzaytirilishi, lezyonning

eroziv va yarali elementlarining yuqori sifatli va tez epitelizatsiyasi, afta va eroziya hajmining pasayishi, shuningdek ularning soni. . Faqat har bir bemorga individual yondashish va optimal usulni to'g'ri tanlash, shuningdek, yaxshi davolash natijalariga erishish uchun CRAS bilan og'rigan bemorlar uchun kompleks terapiya kurslari vaqti-vaqti bilan takrorlanishi kerak. U lazer terapiyasi va ozon terapiyasiga katta ahamiyat beradi [52,71,75,90,103,109].

Hozirgi vaqtda eroziv va yarali yaralarni mahalliy davolash uchun birlashtirilgan antibakterial va lokal anestetik ta'sirga ega preparatlar keng qo'llaniladi. Ular orasida mikroorganizmlar va zamburug'larga qarshi antibakterial va fungitsid ta'sirga ega bo'lgan buzadigan amallar shaklida ishlab chiqarilgan strepsils plus kiradi . Shunday qilib, davolash vositalari va usullarining katta arsenaliga qaramay , CRAS muhim tibbiy va ijtimoiy muammo bo'lib, o'z dolzarbligini yo'qotmagan va keyingi ilmiy tadqiqotlarni talab qiladi. Etarli darajada ishlab chiqilmagan diagnostika va kompleks terapevtik chora-tadbirlar, ayniqsa, asosiy

patologiya bilan birgalikda yangi zamonaviy dori-darmonlar va davolash usullarini izlash zarurligini qat'iy taqozo etadi.

## II bob. Surunkali xoletsistit bilan surunkali takrorlanuvchi AFTOZ STOMATITI bo'lgan bemorlarni tekshirish MATERIALLARI VA USULLARI.

### § 2.1. Materiallar, tadqiqot usullari va davolash usullari

Tadqiqotlar Toshkent davlat stomatologiya instituti gosptal terapevtik stomatologiya kafedrasida kafedra mudiri, professor Kamilov X.P. va O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Tibbiyot bosh boshqarmasining Sanitariya-epidemiologiya nazorati boshqarmasining bakteriologik laboratoriyasi.

Tahlil va xulosalar uchun material surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning surunkali takroriy aftoz stomatiti (CRAS) bilan og'rigan 96 nafar bemorni tekshirish ma'lumotlari bo'lib, ulardan 54 nafari asosiy guruhga, 42 nafari taqqoslash guruhiga kiritilgan. Normativ ko'rsatkichlar sifatida, nazorat qilinadigan jins va yoshdagi 20 nafar sog'lom odamning so'rov natijalari ishlatilgan.

A.I.Rybakov, G.V.Banchenko (1978), N.F.Danilevskiy ( 2001 ) tomonidan qabul qilingan tasniflarga muvofiq klinik tekshiruv asosida qo'yildi . Klinik, mikrobiologik, immunologik, biokimyoviy va statistik tadqiqot usullari o'tkazildi.

Bemorlarni klinik tekshirish shikoyatlarni aniqlash va anamnezni yig'ish bilan boshlandi: kasallikning davomiyligi, qo'zg'atuvchi omillar, davolash,

alevlenmeler chastotasi, remissiyalar davomiyligi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini (OM) baholash lezyon elementlarining mavjudligi, ularning soni, lokalizatsiyasi, yallig'lanishning og'irligi, elementlarning qirralari holati va ularning o'lchamlari bilan amalga oshirildi.

Bemorlarni tekshirish yoshi, jinsi, kasbini o'z ichiga oladi, kasallikning mumkin bo'lgan sabablarini aniqlaydi, kasallikning tabiati, kuchayish chastotasini aniqlaydi, ilgari qabul qilingan davolanishni va uning samaradorligini baholaydi, relapslarning chastotasi va davomiyligini aniqlaydi. .

Og'iz bo'shlig'ini tekshirish JSST qoidalariga muvofiq, tabiiy yorug'lik va topografik zonalarda o'tkazildi: o'ng va chap tomonda yonoq sohasi, orofaringeal mintaq - yumshoq va qattiq tanglay, yuqori tish go'shtining palatal yuzalarida. jag', og'iz tubi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini tekshirishda rang, namlik darajasi, yengillik, og'riq va yaxlitlikning o'zgarishi aniqlandi. Og'iz bo'shlig'ining gigienik holatiga, tish plastinkasi va cho'kmalariga alohida e'tibor qaratildi, kariyes tishlar, tish tojlari, protezlar, plombalar, tishlarning o'tkir qirralari va chiplari va plombalarning mavjudligi aniqlandi. Bemorlarning taqsimlanishi, ularning xususiyatlari Jadvalda keltirilgan. 2.1

## 2.1-jadval

### Surunkali xoletsistitli CRAS bilan og'rigan bemorlarning xususiyatlari

| Qavat    |        | Bemorlarning yoshi, yillar |            |            |           |           | Jami       | R<br>Jins bo'yicha            | R<br>Jins va yosh bo'yicha    |
|----------|--------|----------------------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|-------------------------------|-------------------------------|
|          |        | 21-30                      | 31-40      | 41-50      | 51-60     | 61-70     |            |                               |                               |
| Ayollar  | abs    | o'n to'rt                  | 17         | o'n to'rt  | 4         | 2         | 51         | Chikvadrat = 0,375; p = 0,540 | chi-kvadrat = 2,739; p = 0,60 |
|          | M±m, % | 14,58±3.60                 | 17,71±3.90 | 14,58±3.60 | 4,17±2.04 | 2,08±1.46 | 53,13±5.09 |                               |                               |
| Erkaklar | abs    | to'qqiz                    | o'n uch    | o'n besh   | 3         | 5         | 45         |                               |                               |

|                        |         |                                 |                |                |               |               |                 |  |   |
|------------------------|---------|---------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|-----------------|--|---|
|                        | M±<br>m | 9,38±<br>2.97                   | 13,54±<br>3.49 | 15,63±<br>3.71 | 3,13±<br>1.78 | 5,21±<br>2.27 | 46,88±<br>5.09  |  | 6 |
|                        | ,%      |                                 |                |                |               |               |                 |  |   |
| Jami                   | abs     | 23                              | o'ttiz         | 29             | 7             | 7             | 96              |  |   |
|                        | M±<br>m | 23,96±<br>4.36                  | 31,25±<br>4.73 | 30,21±<br>4.69 | 7,29±<br>2.65 | 7,29±<br>2.65 | 100,00±<br>0,00 |  |   |
|                        | ,%      |                                 |                |                |               |               |                 |  |   |
| R yosh guruhi bo'yicha |         | Chi-kvadrat = 27,333; p = 0,000 |                |                |               |               |                 |  |   |

2.1-jadvaldan ko'rinib turibdiki, bemorlarning umumiy sonidan (96) CRAS ayollari 51 (53, 13±5,09 %) ( Chi-kvadrat = 0,375; p = 0,540 ), erkaklarnikidan bir oz ko'proq - 45 kuzatilgan. (46, 88± 5,09 %) ( jins va yosh bo'yicha P Pearsonning Chi-kvadrati = 2,739; p = 0,606 ). Yosh nuqtai nazaridan, CRAS 21 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan bemorlarda kuzatilgan ( P yosh gradatsiyalari bo'yicha Chikvadrat = 27,333; p = 0,000 ). Bemorlarning ko'pchiligi mehnatga layoqatli va faol ijtimoiy-fiziologik yoshdagi odamlar guruhi bo'lib, ko'pchilik sezilarli psixologik noqulaylikni qayd etdi.

## § 2.2. Klinik tadqiqot usullari

tavsiflangan surunkali takroriy aftoz stomatitning klinik ko'rinishining xilma-xilligi, bemorlarning klinik holatining og'irligi, biz CRAS terapiyasining samaradorligini klinik baholash orqali baholadik: □ Remissiya (yuqori ta'sir) - CRAS klinik belgilarining to'liq yo'qolishi;

- Sezilarli yaxshilanish baholandi (yaxshi ta'sir) - aftöz lezyonlarni saqlab qolgan holda relaps belgilari intensivligini kamaytirish;
- Yaxshilash (zaif ta'sir) - klinik belgilarning ijobiy dinamikasi yo'q;
- Ta'sirsiz - kasallikning klinik belgilarining salbiy dinamikasi va yangi jarohatlar paydo bo'lishi.

Green-Vermillion - OHI-S (GreenVermillionning qo'shimcha va soddalashtirilgan modifikatsiyasi, 1964) bo'yicha gigienik indeks aniqlandi. Birinchidan, tishlar Lugol eritmasi bilan bo'yalgan. Blyashka va toshlar 16, 11, 24,

36, 31, 44 - ikkala yuqori jag tishlarining bukkal yuzalarida ham, pastki jag'ning til yuzalarida ham aniqlangan.

Blyashka quyidagi shkala bo'yicha baholandi:

0 - blyashka yo'q;

1 - tish toji yuzasining 1/3 qismidan ko'p bo'lmagan;

2 - tish toji yuzasining 2/3 qismigacha;

3 - tish toji yuzasining 2/3 qismidan ko'prog'i;

Keyin qattiq depozitlar miqdori mezonlar bo'yicha baholanadi:

0 - tish toshlari yo'q;

1 - tishning tashqi yuzasining 1/3 qismidan ko'p bo'lmagan supragingival

tosh;

2 - tishning tashqi yuzasining 1/3 dan 2/3 gacha bo'lgan qismini qoplaydigan supragingival tosh va / yoki tishning bo'yin atrofidagi individual, kichik subgingival toshlar. Berilgan bemor uchun o'rtacha ball hisoblab chiqildi va umumiy OHI-S ballini olish uchun jamlandi.

Blyashka ko'rsatkichlari indeksining qiymatlarini dekodlash: 0 dan 1,2 gacha yaxshi gigiena holatini anglatadi; 1,3 dan 3,0 gacha - qoniqarsiz holat; 3,1 dan 6,0 gacha - yomon og'iz salomatligi.

Tish toshlari indeksining OHI-S indeksini talqin qilish: 0,0-0,6 gigienik holat yaxshi, 0,7-1,8 qoniqarli, 1,9-3,0 og'iz bo'shlig'ining gigienik holati yomon ekanligini bildiradi.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda orofaringeal mintaqaning CRASdagi aft elementlarining diametrini o'lchash uchun shilliq qavatni himoya qilish uchun kompas va plastik qopqoqli o'lchagich ishlatilgan (2.1-rasmga qarang).

Guruch. 2.1. Zarar maydonini aniqlash uchun kompas va o'lchagich

§ 2.3. Laboratoriya tadqiqot usullari

§ 2.3.1. Mikrobiologik tadqiqot usullari

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Tibbiyot Bosh boshqarmasi Sanitariya-epidemiologiya nazorati bo'limining bakteriologik laboratoriyasida surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan kasallangan 96 nafar va 20 nafar sog'lom odamda mikrobiologik tadqiqotlar o'tkazdik .

Og'iz suyuqligida nafaqat sifatli mikrobial landshaft, balki normotsenoz vakillarining miqdoriy tarkibi, shartli va patogen mikroflora aniqlandi , bu og'iz bo'shlig'idagi disbiyotik o'zgarishlarni aniqlash imkonini berdi . Buning uchun og'iz suyuqligi solingan probirkalar 1 soat ichida laboratoriyaga yetkazildi, u erda tegishli differentsial diagnostika muhitida emlash, 29-72 soat davomida inkubatsiya qilish va madaniy o'rganish bilan ketma-ket suyultirishlar seriyasi tayyorlandi. , ajratilgan mikroorganizmlarning morfologik va biokimyoviy xususiyatlari. Natijalar Ig cfu/ml da ifodalangan. Og'iz bo'shlig'ining mikrobiotsenoz holati A.O.Efimovich, I.M.Rabinovich (2000) [17] bo'yicha baholangan. Shu bilan birga , og'iz bo'shlig'ining kolonizatsiyasidagi o'zgarishlar qabul qilindi dysbioz . Patologik sharoitda

mikroflora tarkibidagi o'zgarishlar shartli ravishda 4 toifaga bo'linadi: disbiyotik siljish; I-II, III va IV darajali disbiyoz. Disbiotik siljish bilan og'iz bo'shlig'i mikroflorasining normal tur tarkibini saqlab qolgan holda, 1 turdagi shartli patogen mikroorganizmlarning ozgina miqdoriy ko'payishi kuzatiladi. I-II darajali disbiyoz bilan (subkompensatsiyalangan shakl) 2-3 patogen tur aniqlanadi, ularga qarshi laktobakteriyalarning titri kamayadi. III darajali disbiyoz normal (fiziologik) mikrofloraning ( gemolitik streptokokklar, laktobakteriyalar) vakillari sonining keskin kamayishi yoki to'liq yo'qligi bilan patogen monokulturani aniqlash bilan tavsiflanadi .

IV darajali disbiyoz patogen bakteriyalar va xamirturushga o'xshash qo'ziqorinlarning birlashmalari mavjudligi bilan tavsiflanadi. Surunkali xoletsistit bilan og'rigan tekshirilayotgan bemorlarning og'iz bo'shlig'i biotoplaridagi mikroblarning kolonizatsiyaga chidamliligi holatini, shuningdek, milk, til, yonoq va tanglayni o'rganishni ham o'tkazdik.

Ushbu vazifani bajarish uchun biz ma'lum bir chuqurlik va sirtga ega bo'lgan zanglamaydigan po'latdan yasalgan gilzalardan foydalandik, ular aseptik sharoitda ehtiyotkorlik bilan sterilizatsiya qilingandan so'ng, yuqori selektiv oziq moddalar bilan to'ldirilgan, shundan so'ng ular joylashtirilgan va Petri idishlari muzlatgichda saqlanadi. Surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarni tekshirishda 2-3 soniya davomida milk, til, yonoq va tanglay shilliq qavatining yuzasiga oziq moddalari bo'lgan metall gilzalar surtilgan, so'ngra izlar ekilgan, buning uchun bu yenglar Petri idishlariga solingan. , shundan so'ng ular 24 48 soat davomida  $37^{\circ}\text{C}$  haroratda termostatga joylashtirildi. Kuluçkadan so'ng, stakanlar termostatdan olib tashlandi, ulardan emlashlar bilan gilzalar olindi va Ig CFU /  $\text{sm}^2$  . yetishtirilgan koloniyalar hisoblangan . Shundan so'ng, o'sib chiqqan koloniyalarning morfologiyasi, madaniy, tinktorial va biokimyoviy xususiyatlari o'rganildi va shu bilan mikrobnining turi aniqlandi.

### § 2.3.2. Immunologik tadqiqotlar

CRAS bilan og'rigan bemorlarda mahalliy og'izni himoya qilish omillari o'rganildi: neytrofillarning fagotsitik faolligi, lizozim darajasi va sekretor fraktsiyaning immunoglobulin A titri (sIgA).

Og'iz suyuqligining neytrofil leykotsitlarining fagotsitar faolligini aniqlash M.A.Temirboev (1989) usuli bo'yicha amalga oshirildi. Natija % bilan ifodalangan [53]. Buning uchun tanlangan og'iz suyuqligi tozalandi, buferli eritma bilan yuviladi va 1000 rpm tezlikda 10 daqiqa davomida santrifüj qilinadi, suyuqlik quyiladi va cho'kindiga 0,5 ml fiziologik sho'r qo'shiladi. Shundan so'ng probirkadagi hosil bo'lgan 0,2 ml suspenziyaga diametri 0,5 mkm bo'lgan 0,1 ml lateks suspenziyasi (1 ml da  $5 \times 10^8$ ) qo'shildi. Aralash nam kamerada 30 daqiqa davomida  $37^{\circ}\text{C}$  da inkubatsiya qilindi. Keyinchalik , bu aralashmadan surtmalar tayyorlandi va Romanovski-Giemsa bo'yicha bo'yaldi. Smears mikroskop ostida tekshirildi, har bir preparatda lateksli va latekssiz kamida 100 ta neytrofillar hisoblandi, fagotsitoz indeksi aniqlandi va % bilan ifodalandi .

Og'iz suyuqligidagi lizozimning faolligi Sh.R taklif qilgan usul yordamida aniqlangan. Aliyev, 1996 [3;c.14],[4] og'iz suyuqligida ehtiyotkorlik bilan namlangan qog'oz disklardan foydalanishni o'z ichiga oladi. Shundan so'ng, disklar

agar diffuziya usulida kundalik madaniyat maysa *M.Luteus shtammi No lizozim* bilan oldindan ekilgan Petri idishlarda Muller Hinton ozuqa agar ustiga joylashtirildi .

A sinfining titrini aniqlash (sIgA) manchini usuli bo'yicha, yog'ingarchilik halqasining diametrini o'lchash asosida aniqlandi. Standart eksperimental sharoitda yog'ingarchilik halqasining diametri immunoglobulin kontsentratsiyasiga to'g'ridan-to'g'ri proportsionaldir.

## § 2.4. Biokimyoviy tadqiqot usullari

### §2.4.1. Surunkali xoletsistitli CRAS bemorlarida LPO-AOSni aniqlash

25 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan 35 nafar (15 nafar erkak va 20 nafar ayol)dan iborat surunkali xoletsistit bilan og'rigan CRAS bilan og'rigan bemorlar

guruhi tekshirildi . Bemorlarning anamnezida o'ng tarafdagi og'riq shikoyatlari, ultratovush tekshiruvida surunkali xoletsistit qayd etilgan. Nazorat sifatida 25-40 yoshdagi deyarli sog'lom odamlar guruhi (12 kishi) ishlatilgan.

Aralash tupurikning biokimyoviy tadqiqotlari malonik dialdegid (MDA) va antioksidant fermentlarning (katalaza, glutathion peroksidaza, superoksid dismutaza) tarkibini aniqlashni o'z ichiga oladi. MDA spektrofotometrik usul bilan aniqlandi ( Andreeva L.I., 1988 ) [ 5 ]. Natijalar nmol/ml da ifodalangan.

funksional holati KT, SOD va GP faolligi bilan baholandi. Katalaza faolligi spektrofotometrik usul bilan aniqlangan ( Korolyuk, 1988 ) [ 31 ] . Natija mAb/ml aralash tupurikda ifodalangan.

### § 2.4.2. Surunkali xoletsistitli CRAS bemorlarida endogen intoksikatsiyani aniqlash

O'rta og'irlikdagi molekulalar (MWM) darajasi N.I.Gabrielyan [ 11 ] usulida ultrabinafsha diapazonida 220 dan 300 nm gacha to'lqin uzunligida uzluksiz skanerlash rejimida o'rganildi.

260 va SPM280 [40] spektrofotometrik aniqlashda namunalarning suvga nisbatan optik zichligi ultrabinafsha diapazonida l 260 nm (SMP<sub>254</sub>) va l 280 (SMP<sub>280</sub>) da o'rganildi.

§ 2.5. Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning surunkali takroriy aftozli stomatiti bo'lgan bemorlarni davolash usullari §

2.5. 1. Orofaringeal mintaqada CRASni davolash sxemasi:

CRAS etiopatogeneziining multifaktorial xususiyatini hisobga olgan holda, asosiy guruhdagi bemorlarga quyidagilardan iborat kompleks terapiya buyuriladi:

1. Parhez terapiyasi ( ratsiondan don, mevalar, C guruhi vitaminlarini chiqarib tashlash, kuniga 3 marta 250 mg. Davolash kursi 6-8 hafta ;
2. Dori vositalaridan foydalanish (umumiy va mahalliy);
3. Somatik patologiyani davolash;
4. Og'iz bo'shlig'i va LOR a'zolarida surunkali infektsiya o'choqlarini sanatsiya qilish.

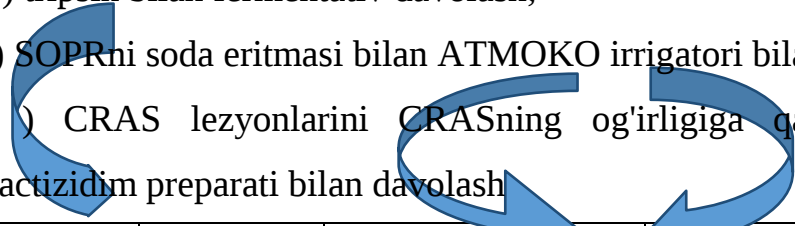
Orofaringeal mintaqadagi CRAS bemorlarini patogenetik davolashda og'riq qoldiruvchi vositalar, antiseptiklar va keratoplastikadan iborat mahalliy terapiyaga katta ahamiyat beriladi:

a ) Lidokainning 2% eritmasi bilan qo'llaniladigan behushlik;

b ) tripsin bilan fermentativ davolash;

v) SOPRni soda eritmasi bilan ATMOKO irrigatori bilan sug'orish

d ) CRAS lezyonlarini CRASning og'irligiga qarab yallig'lanishga qarshi Bactizidim preparati bilan davolash



| CRASning og'irligiga foydalanish uchun ko'ra buzadigan amallar | Ariza berish muddati | Qo'llash usuli: topikal qo'llash/Лечение bacteritsid Baktizidim eritmasi | Qo'llash tartibi: соматической патологии Mahalliy Baktizidimni                      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nur                                                            | 1-5 kun              | Chayish (2-h/l Baktizidimni 50 ml suvda suyultiring)                     | Zararlangan hududni püskürtmek uchun purkagichni 2-3 marta bosing. Kuniga 1-2 marta |
| S o'rtacha                                                     | 1-7 kun              | Chayish (2-h/l Baktizidimni 50 ml suvda suyultiring)                     | Zararlangan joyga purkash uchun purkagichni 2-3 marta bosing. Kuniga 2-3 marta      |

|       |          |                                                             |                                                                                     |
|-------|----------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| og'ir | 1-10 kun | Chaying (2 osh qoshiq Baktizidimni 50 ml suvda suyultiring) | Zararlangan hududni püskürtmek uchun purkagichni 2-3 marta bosing. Kuniga 3-4 marta |
|-------|----------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

Mahalliy davolanish og'iz bo'shlig'ini sanitariya qilish, travmatik omillarni va surunkali infektsiya o'choqlarini yo'q qilish bilan to'ldirilishi kerak.

Asosiy guruh va taqqoslash guruhiga umumiy munosabat bir xil edi:

- 1) Desensibilizatsiya qiluvchi davolash - natriy tiosulfat 30% 5-7 kun, 10 ml IV ;
- 2) Detoksifikatsiya dori -Reosorbilact 200 ml vena ichiga, keyin bolus 3-5 kun;
- 3) probiyotik k- enterogermina suspenziyasi d / pr. ichida 1 milliard 1 marta / kun.

Davolash kursi 7 kun;

- 4) Ursosan (gepatoprotektor) - 1-2 oy davomida kechasi 10-15 mg / kg ;
- 5) Solcoseryl - ( to'qimalarni qayta tiklash stimulyatori, to'qimalarning metabolizmini faollashtiradigan, trofizmni yaxshilaydigan va regeneratsiya jarayonini rag'batlantiradigan dori ) 5,0 +100,0 jismoniy eritma No 10 IV - 10 kun;
- 6) Vitamin C 250 mg dan kuniga 3 marta. Davolash kursi 6-8 hafta ;

#### § 2.5 . 2018-03-22 \_ Taqqoslash guruhida HRAS davolash rejimi

Taqqoslash guruhidagi bemorlarni mahalliy e ( an'anaviy) davolash:

Qo'llash anesteziya 2% lidokain eritmasi;

Xlorheksidin 0,05% eritmasi bilan antiseptik davolash; tripsin

bilan fermentativ davolash;

Yallig'lanishga qarshi dori Loroben;

Umumiy davolash (yuqorida tavsiflangan)

#### § 2.6 . Statistika tadqiqot usullari

Tadqiqot materiallari parametrik va parametrik bo'lmagan tahlil usullaridan foydalangan holda statistik ishlovdan o'tkazildi. Dastlabki ma'lumotlarni to'plash, tuzatish, tizimlashtirish va olingan natijalarni vizuallashtirish Microsoft Office Excel 2010 elektron jadvallarida amalga oshirildi. Statistika tahlil IBM SPSS Statistics v.23 dasturi (ishlab chiqaruvchi - IBM Corporation) yordamida amalga oshirildi.

Miqdoriy ko'rsatkichlar normal taqsimotga muvofiqligi uchun baholandi, buning uchun Shapiro-Uilk testi ( mavzular soni 50 dan kam) yoki KolmogorovSmirnov mezonini (mavzular soni 50 dan ortiq), shuningdek ko'rsatkichlar. assimetriya va kurtozdan foydalanilgan.

(  $\sigma$  ) va standart xato (  $m$  ), 95% ishonch oralig'i chegaralari hisoblangan variatsion qatorlarga birlashtirildi. (95% CI) amalga oshirildi.

qiymatlarni solishtirganda, Student's t-testi hisoblab chiqildi. Ko'rsatkichlardagi farqlar  $p < 0,05$  ahamiyatlilik darajasida statistik ahamiyatga ega deb hisoblandi.

Nominal ma'lumotlar mutlaq qiymatlar va foizlar bilan tavsiflangan. Nominal ma'lumotlarni taqqoslash  $\chi^2$  mezonidan foydalangan holda amalga oshirildi Pearson, bu har bir toifaga kiruvchi namunaning haqiqiy soni yoki sifat xususiyatlari va nol gipoteza to'g'ri bo'lsa, o'rganilayotgan guruhlarda kutilishi mumkin bo'lgan nazariy son o'rtasidagi farqlarning ahamiyatini baholashga imkon beradi.

Mezonning qiymati  $\chi^2 (v = r - 1) \times (c - 1)$  erkinlik darajalari soni uchun kritik qiymatlar bilan solishtirganda .  $\chi^2$  mezonining olingan qiymati kritik qiymatdan oshib ketgan taqdirda, o'rganilayotgan xavf omili va tegishli ahamiyatga ega bo'lgan natija o'rtasida statistik bog'liqlik mavjud degan xulosaga keldi. To'rt maydonli jadvalning har qanday kataklarida kutilgan kuzatishlar soni 5 dan kam bo'lgan hollarda, farqlarning ahamiyatlilik darajasini baholash uchun Fisherning aniq testi qo'llanilgan.

Fisherning aniq testining olingan qiymati  $P > 0,05$  statistik jihatdan muhim farqlar yo'qligini ko'rsatdi.  $P$  qiymati  $< 0,05$  ularning mavjudligini ko'rsatadi.

## I bo'lim. O'ZIY TADQIQOTLAR NATIJALARI

### § 3.1. CRAS bilan kasallangan bemorlarni kasallikning klinik shakllari bo'yicha taqsimlash

aftoz stomatit (CRAS) og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining surunkali kasalligi bo'lib, davriy remissiyalar va aftalar paydo bo'lishi bilan kuchayishi bilan

tavsiflanadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, HRAS aholining 20 foizigacha ta'sir qiladi. Biz surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarni kuzatdik, bu ayollarda ham, erkaklarda ham teztez uchraydi. Birinchi bosqichda CRAS bilan og'rigan barcha bemorlar, bizning tadqiqot maqsadlarimizga muvofiq, yoshga qarab taqqoslanadigan va yarim guruhlariga bo'lingan (3.1-jadval).

## 3.1-

jadval CRAS bilan kasallangan bemorlarni kasallikning klinik shakllari va jinsi bo'yicha taqsimlash

| Guruh                | 21-30                                                 |           | 31-40          |           | 41-50           |           | 51-60     |           | 61-70     |           | umumiy soni        |           |
|----------------------|-------------------------------------------------------|-----------|----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|-----------|
|                      | f/ m                                                  |           | f/ m           |           | f/ m            |           | f/ m      |           | f/ m      |           | (w /m)             |           |
|                      | abs                                                   | %         | abs            | %         | abs             | %         | abs       | %         | abs       | %         | abs                | %         |
| engil<br>HRAS        | 4                                                     | 28.5<br>7 | 4              | 23.5<br>3 | 5               | 35.7<br>1 | bitt<br>a | 25.0<br>0 | 0         | 0,00      | o'n<br>to'rt       | 27.4<br>5 |
|                      | 2                                                     | 22.2<br>2 | 4              | 30.7<br>7 | 6               | 40.0<br>0 | bitt<br>a | 33.3<br>3 | 3         | 60.0<br>0 | o'n<br>olti        | 35.5<br>6 |
| HRAS<br>o'rtach<br>a | 4                                                     | 28.5<br>7 | 7              | 41.1<br>8 | 4               | 28.5<br>7 | 2         | 50.0<br>0 | bitt<br>a | 50.0<br>0 | o'n<br>sakkiz      | 35.2<br>9 |
|                      | 4                                                     | 44.4<br>4 | 5              | 38.4<br>6 | 5               | 33.3<br>3 | bitt<br>a | 33.3<br>3 | bitt<br>a | 20.0<br>0 | o'n<br>olti        | 35.5<br>6 |
| CRAS<br>og'ir        | 6                                                     | 42.8<br>6 | 6              | 35.2<br>9 | 5               | 35.7<br>1 | bitt<br>a | 25.0<br>0 | bitt<br>a | 50.0<br>0 | o'n<br>to'qqi<br>z | 37.2<br>5 |
|                      | 3                                                     | 33.3      | 4              | 30.7      | 4               | 26.6      | bitt      | 33.3      | bitt      | 20.0      | o'n                | 28.8      |
|                      |                                                       | 3         |                | 7         |                 | 7         | a         | 3         | a         | 0         | uch                | 9         |
| Jami:                | o'n<br>to'rt                                          | 27.4<br>5 | 17             | 33.3<br>3 | o'n<br>to'rt    | 27.4<br>5 | 4         | 7.84      | 2         | 3.92      | 51                 | 53.1<br>3 |
|                      | to'qqi<br>z                                           | 20.0<br>0 | o'n<br>uc<br>h | 28.8<br>9 | o'n<br>bes<br>h | 33.3<br>3 | 3         | 6.67      | 5         | 11.11     | 45                 | 46,8<br>8 |
| R                    | Ayollar: Pearsonning Chi-kvadrati = 2,293; p = 0,9701 |           |                |           |                 |           |           |           |           |           |                    |           |
|                      | Erkaklar: Pearsonning Chi-kvadrati = 2,318; p = 0,970 |           |                |           |                 |           |           |           |           |           |                    |           |

Eslatma: numerator - ayollar soni, maxraj - erkaklar soni

3.1-jadvaldan ko'rinib turibdiki. CRAS bilan og'rigan barcha bemorlar yoshi va jinsi bo'yicha 3 ta vakili guruhga bo'lingan: engil, o'rtacha va og'ir. Bemorlarning barcha guruhlaridagi bemorlar soni ekvivalent edi.

Tadqiqotda jami 51 ayol (53,13%), erkaklar - 45 (46,88%) ishtirok etdi. CRASning engil shakli bo'lgan bemorlar guruhida 14 ayol (27,45%) va 16 erkak (35,56%), o'rtacha shakli bilan 18 ayol (35,29%) va 16 erkak (35,56%), guruhda. ayollarning og'ir shakli bilan 19 (37,25%) va erkaklar 13 (28,89%) ( P Ayollar: Pearsonning Chi-kvadrat = 2,293; p = 0,9701; Erkaklar: Pearsonning Chi-kvadrati = 2,318; p = 0,970).

## 3.2- jadval

## HRAS bemor guruhlarining klinik xususiyatlari

| XRAS shakli          | Guruh                  | Ayollar                                    |            | Erkaklar     |            | o'rtacha ,<br>(yillar) | Davomiyligi _ _ | Somatik patologiyani g<br>chastotasi |
|----------------------|------------------------|--------------------------------------------|------------|--------------|------------|------------------------|-----------------|--------------------------------------|
|                      |                        | abs                                        | M±m,%      | abs          | M±m ,%     | M±m                    | M±m             | M±m                                  |
| Nur ,<br>n=30        | Asosiy,<br>n=18        | sak kiz                                    | 14,81±4,83 | o'n          | 18,52±5,29 | 40,56±2,94             | 1,56±0,12       | 2,24±0,13                            |
|                      | Taqqoslashlar,<br>n=12 | 6                                          | 14,29±5,40 | 6            | 14,29±5,40 | 43,75±3,54             | 2,08±0,19       | 2,31±0,17                            |
| O'rtacha,<br>n=34    | Asosiy,<br>n=15        | sak kiz                                    | 14,81±4,83 | 7            | 12,96±4,57 | 37,67±3,93             | 2,80±0,35       | 4,18±0,37                            |
|                      | Taqqoslashlar,<br>n=19 | o'n                                        | 23,81±6,57 | to'q qiz     | 21,43±6,33 | 39,47±2,15             | 3,26±0,18       | 4,26±0,23                            |
| Og'ir,<br>n=32       | Asosiy,<br>n=21        | 12                                         | 22,22±5,66 | to'q qiz     | 16,67±5,07 | 38,33±2,52             | 3,24±0,23       | 4,70±0,22                            |
|                      | Taqqoslashlar,<br>n=11 | 7                                          | 16,67±5,75 | 4            | 9,52±4,53  | 37,73±3,29             | 3,82±0,33       | 4,74±0,34                            |
| Jami CRAS,<br>n=96   | Asosiy                 | 28                                         | 51,85±6,80 | 26           | 48,15±6,80 | 38,89±1,74             | 2,56±0,17       | 3,73±0,20                            |
|                      | Taqqoslashlar          | 23                                         | 54,76±7,68 | o'n to'q qiz | 45,24±7,68 | 40,24±1,64             | 3,07±0,16       | 3,83±0,21                            |
| Nazorat              | Jami n=20              | o'n                                        | 55,00±11,  | to'q         | 45,00±11,1 | 36,30±1,22             |                 | 1,25±0,06                            |
|                      |                        | bir                                        | 12         | qiz          | 2          |                        |                 |                                      |
| P Asosiy guruh:      |                        | Pirsonning chi-kvadrati = 0,644; p = 0,725 |            |              |            |                        |                 |                                      |
| P taqqoslash guruhi: |                        | Pirsonning chi-kvadrati = 0,494; p = 0,781 |            |              |            |                        |                 |                                      |

3.2 - jadvalda . Surunkali xoletsistit bilan birgalikda orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan og'rigan barcha 96 bemor asosiy guruhga va taqqoslash guruhiga bo'linganligi ko'rsatilgan. Asosiy guruhda CRAS bilan kasallangan 54 kishi bor edi, ulardan 8 nafari ( 14,81 %) engil shaklga ega, 10 nafari erkaklar ( 18,52% ), 8 nafari ( 14,81 %) o'rtacha, 7 nafari ( 12,96% ). ), og'ir shakli bilan - 12 ayol (22,22%), 9 erkak ( 16,67% ) ATMOKO irrigator bilan soda eritmasini oldindan sug'orish bilan

Baktizidim preparatini qo'llash bilan kompleks davolashni oldi . Qiyoslash guruhi 42 CRAS bilan og'rigan bemorlar va ularning engil shakli bilan 6 ayol (14,29%), 6 erkak (14,29%), o'rtacha shakli - 10 ayol (23,81%), 9 erkak (21,43%), og'ir shakli bilan - 7 ayollar (16,67%), 4 erkak (9,52%) Loroben preparati yordamida an'anaviy davolanishni oldi .

Nazorat guruhida (20) 11 ayol (55,00%), 9 erkak (45,00%). Asosiy guruhdagi o'rtacha yosh  $38,89 \pm 1,74$  yil, somatik patologiya ning chastotasi  $3,73 \pm 0,20$  ni tashkil etadi, kasallikning o'rtacha davomiyligi engil shaklda  $1,56 \pm 0,12$  dan  $2,80 \pm 0,35$  gacha - o'rta shaklga va 3,24 yoshga ko'tarildi. og'ir shakl; asosiy guruhda o'rtacha  $2,56 \pm 0,17$  yilni tashkil etdi (Pirsonning Chi-kvadrati = 0,644;  $p = 0,725$  ). Taqqoslash guruhidagi o'rtacha yosh  $40,24 \pm 1,64$  yil, somatik patologiya ning chastotasi  $3,83 \pm 0,21$  , kasallikning o'rtacha davomiyligi engil shaklda  $2,08 \pm 0,19$  dan  $3,26 \pm 0,18$ - mo"tadil shaklga va  $3,82 \pm 0,33$  yilga sezilarli darajada oshdi. og'ir shaklda; taqqoslash guruhida o'rtacha  $3,07 \pm 0,16$  yilni tashkil etdi (Pirsonning Chi-kvadrati = 0,494;  $p = 0,781$ ).

§ 3.2. CRAS bilan kasallangan bemorlarni klinik tekshirish  
Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning barcha CRAS bemorlari og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi, og'riq, yonish, noqulaylik, nafas hidi, aft yoki eroziv va yarali yaralar, ba'zida o'ng hipokondriyumda og'riq, og'izda ta'm buzilishidan shikoyat qiladilar. bemorlarning umumiy belgilari. Mintaqaviy limfa tugunlarida o'zgarishlar kuzatildi, palpatsiyada - ularning kattalashishi va og'rig'i (3.3-jadval).

3.3-jadvaldan ko'rinib turibdiki. Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning HRAS bemorlari 39 kishida (72,22%) (Pirsonning Chikvadrati 0,030 ) va 35 kishida ( 64,81 ) (Pirsonning Chi-kvadrati 0,003 ) asosiy guruhda (31,31) og'riq va yonishdan shikoyat qildilar. %) ( Pirson Chi-kvadrati 0,030- ); taqqoslash guruhining 27 (64,29) (Pirsonning Chi-kvadrati 0,003) bemorlarida.

3.3-jadval

Davolashdan oldin tadqiqot guruhlarida CRAS bilan og'riqan bemorlarda OMning klinik holati

| SOPR holati                        | Asosiy guruh,<br>n=54 |            | Taqqoslash<br>guruhi , n=42 |            | Pirsonnin<br>g<br>chikvadrati | R     |
|------------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------------|------------|-------------------------------|-------|
|                                    | abs                   | M±m ,%     | abs                         | M±m ,%     |                               |       |
| Og'riq                             | 39                    | 72,22±6,10 | 31                          | 73,81±6,78 | 0,030                         | 0,862 |
| Yonayotgan                         | 35                    | 64,81±6,50 | 27                          | 64,29±7,39 | 0,003                         | 0,957 |
| Noqulaylik                         | 40                    | 74,07±5,96 | 29                          | 69,05±7,13 | 0,295                         | 0,587 |
| Og'izdan hid                       | 23                    | 42,59±6,73 | o'n<br>to'q<br>qiz          | 45,24±7,68 | 0,067                         | 0,795 |
| Quruq og'iz                        | 43                    | 79,63±5,48 | 27                          | 64,29±7,39 | 2,817                         | 0,093 |
| Tananing umumiy<br>holatini buzish | 37                    | 68,52±6,32 | 25                          | 59,52±7,57 | 0,836                         | 0,361 |
| Mintaqaviy limfa<br>tugunlari      | 17                    | 31,48±6,32 | o'n<br>to'rt                | 33,33±7,27 | 0,037                         | 0,847 |
| Giperemiya                         | 36                    | 66,67±6,42 | 29                          | 69,05±7,13 | 0,061                         | 0,805 |
| Shish                              | 21                    | 38,89±6,63 | o'n<br>bes<br>h             | 35,71±7,39 | 0,102                         | 0,750 |
| Orqa tomonning<br>aniq chuqurligi  | 27                    | 50,00±6,80 | 20                          | 47,62±7,71 | 0,054                         | 0,817 |

noqulaylik, og'izdan hid va quruq og'iz kuzatiladi; Asosiy guruhdagi 23 (42,59%) va 43 (79,63%) bemor; 29 (69,05%); 19 (45,24%) va 27 (64,29%) (Pirsonning Chikvadrati 0,295; 0,067; 2,817, mos ravishda ) - taqqoslash guruhidagi CRAS bemorlarida. Umumiy holatning buzilishi va mintaqaviy limfa tugunlarining ko'payishi, mos ravishda, asosiy guruhning CRAS bilan kasallangan 37 (68,52%), 17 (31,48%) bemorlarda kuzatiladi; 25 (59,52%), 14 (33,33%) - ( Pirsonning Chikvadrati, mos ravishda, 0,836; 0,037 ) solishtirish guruhining CRAS bemorlarida. Giperemiya va shish, aftaning aniq chuqurligi 36 (66,67%), 21 (asosiy

guruhda 38,89% va 50,00%), taqqoslash guruhida mos ravishda 29 (69,05%), 15 (35, 71%) da qayd etilgan. va 20 (47,62%) ( Pirson Chi-kvadrati 0,061; 0,102 va 0,054 mos ravishda) nazorat guruhida ( 3.1-rasm) .

### 3.1-rasm. Davolashdan oldin tadqiqot guruhlarida CRAS bilan og'rigan bemorlarda OMning klinik holati

§ 3.2.1. Davolashdan oldin va keyin HRAS bemorlarini klinik tekshirish natijalari  
Surunkali xoletsistitning engil shakli bo'lgan asosiy guruhdagi CRAS bemorlari og'riq va yonish, orofaringeal mintaqada bitta afta mavjudligi, kichik noqulaylik, shish va giperemiya, tilda blyashka shikoyat qildilar. Umumiy holat buzilmagan, ammo ovqat paytida og'riqlar haqida shikoyatlar mavjud. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini ko'rganda 1-3 ta afta bor, atrofi giperemik va ozgina shishgan, afta yuzasi nozik fibrinoz qoplama bilan qoplangan. Ushbu aftalarning diametri 0,1 dan 0,8 mm gacha. (3.2-rasm). Mintaqaviy limfa tugunlarining holati o'zgarmaydi.

### 3.2-rasm. Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqada engil CRAS bilan og'rigan bemor. Tilda bitta afta, tilda blyashka bor.

CRASning engil shakli bilan bu bemorlarda relapslar soni yiliga 1-2 marta kuzatiladi, relapslarning davomiyligi 7-10 kundan, remissiya davomiyligi  $6,68 \pm 1,2$  oyni tashkil qiladi. CRASning o'rtacha darajasi bo'lgan asosiy guruhning bemorlari asosan tananing umumiy holatining buzilishidan shikoyat qilishdi, bu esa mo'tadil tabiatning bosh og'rig'ida ifodalangan. Oddiy ovqatni qabul qilishda og'riq va yonish namoyon bo'ldi va ichimlik suvi noqulaylik belgilari bilan birga keldi. Bunday bemorlarni tekshirganda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining ozgina quruqligi, aft toshmalari sohasida giperemiya va shish paydo bo'lgan, fibrinoz blyashka bilan qoplangan, mintaqaviy limfa tugunlari biroz kattalashgan va og'riqli (3.2-rasm).

3.3-rasm. Surunkali xoletsistit bilan o'rtacha og'irlikdagi orofaringeal mintaqada CRAS bilan og'rig'an bemor. Orofaringeal mintaqada bir nechta aftalar, tilda blyashka mavjud.

CRASning o'rtacha og'irligi bilan aftaning tez-tez eroziyasi kuzatiladi, bemorlarning fikriga ko'ra, ba'zida afta o'rnida kulrang-oq qoplama bilan qoplangan yaralar paydo bo'lgan. Aftalar soni 4-6 dan oshmaydi, ammo diametri ortib, 1,0-1,2 mm oralig'ida edi. Eroziya qirralarining holatini tahlil qilishda yallig'lanish infiltrati, giperemiya va shish kuzatiladi. Ushbu bemorlarda relapslar soni yiliga 2-3 marta, relapslarning davomiyligi 10-13 kun, remissiya davomiyligi  $6,71 \pm 1,4$  oy (3.3-rasm).

Og'ir CRAS bilan og'rig'an asosiy guruhdagi bemorlarda eng aniq umumiy buzilishlar mavjud edi: ular doimiy bosh og'rig'i, og'izda achchiqlanish, o'ng hipokondriyumdagi og'riq, qattiq og'riq va eroziv yuzaning yonishi, oziq-ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq emasligi haqida shikoyat qildilar. Og'ir CRAS bilan og'rig'an bemorlarni tekshirishda sezilarli giperemiya va lezyon elementlari ichida yallig'lanish infiltrati bilan shish paydo bo'ldi - aftlar va tolali-nekrotik blyashka bilan qoplangan eroziyalar, mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli.

3.4-rasm. Surunkali xoletsistitli orofaringeal mintaqada og'ir CRAS bilan og'rig'an bemor. Orofaringeal mintaqada, tilning uchi va pastki yuzasida bir nechta aftalar, tilda blyashka mavjud.

Bemorlarning fikriga ko'ra, afta va eroziya yaralangan, og'izdan chirigan hid paydo bo'lgan, bunday elementlarning shifo topishi 2-3 hafta ichida sodir bo'lgan. Og'ir CRASda relapslar soni yiliga 4-5 marta, remissiya davomiyligi  $5,62 \pm 1,6$  oyni tashkil etdi (3.4-rasm).

Asosiy guruhdagi engil CRAS kasalligining davomiyligi 4 (22,2%) bemorda 1 yilgacha bo'lgan, 5 (27,7%) kishida 3-4 yil davom etgan kasallik tarixi, 6 (33,3%) kishida kasallik mavjud. davomiyligi 5-6 yil, 3 (16,6%) kishi 6 yildan ortiq CRAS bilan kasallangan. Asosiy guruhda o'rtacha va og'ir CRAS bilan kasallik tarixi 1 yilgacha bo'lgan bemorlarni kuzatmadik. Asosiy guruhdagi 8 (44,4%) bemorda

kasallikning davomiyligi 3-5 yil bo'lgan. 6 (33,3%) bemor 5-6 yil davomida CRAS bilan og'rigan, 4 (22,2%) bemorda kasallik tarixi 6 yildan ortiq davom etgan.

Asosiy guruhda og'ir CRAS bilan og'rigan 2 bemor (11,1%) kasallik davomiyligi 3-5 yil, 8 (44,4%) bemor 5-6 yil, 6 yildan ortiq kasallikning davomiyligi 8 yil bo'lgan. (44,4%) HRAS bilan kasallanganlar. Shunisi qiziqki, asosiy guruhda engil zo'ravonlikdagi relapslarning dastlabki chastotasi taqqoslash guruhidagi 1,68 ga nisbatan 1,29 holatni tashkil etdi; asosiy guruhning mo'tadil shaklida - taqqoslash guruhida 1,71 ga nisbatan -2,25; CRASning og'ir shaklida takrorlanish darajasi asosiy guruhda 2,73 ni, taqqoslash guruhida 2,6 ni tashkil etdi.

Bizning kuzatishlarimiz shuni ko'rsatadiki, 6 yildan ortiq davom etadigan kasallik tarixi bo'lgan bemorlarda CRASning yanada og'ir shakllari mavjud, kasallikning tez-tez qaytalanishi va asosiy kasalliklar, xususan, surunkali xoletsistit bilan birlashtiriladi. Bunday holda, lezyonning aft-ülseratif elementlari ko'pincha og'iz bo'shlig'ining orofaringeal mintaqasida, tilning uchida, palatin yoylarida va yumshoq tanglayda lokalize qilinadi.

Bundan tashqari, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi HRAS asosan ikkita lokalizatsiyaga ega: 1) eng tipik - yonoqning old qismi; yuqori lab; 2) pastki

labning vestibulyar yuzasi), boshqa joylarda u kamroq tarqalgan. Shu bilan birga, surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda aft-ülseratif CRAS lezyonlarining joylashishi o'rganilgan bemorlarda asosan orofarenks yoki orofaringeal mintaqada topilgan (3.4-rasm). Taqqoslash guruhidagi engil CRAS bilan og'rigan bemorlar asosan ovqatlanayotganda og'riq va yonish, engil noqulaylik, shish va qizarish, orofaringeal mintaqada afta mavjudligidan shikoyat qildilar. Tekshiruv vaqtida og'iz bo'shlig'ining shilliq qavati och pushti rangda, engil shish va giperemiya mavjud.

,

3.5-rasm Orofaringeal mintaqada CRAS bilan og'rigan bemor. Palatin yoylarida bitta afta, tilda blyashka bor.

Og'iz bo'shlig'ida og'riq va yonish uchun orofaringeal mintaqada engil CRAS bilan og'rigan bemorlar, ishtahani va uyquni biroz bezovta qiladi, taqqoslash guruhida remissiya davomiyligi  $6,94 \pm 2,4$  ni tashkil etdi. O'rtacha darajadagi CRAS bo'lgan bemorlarda ba'zida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida bitta afta, tez harakatlanuvchi og'riq va ovqat paytida paydo bo'lgan yonish hissi paydo bo'ladi. Tekshiruvda og'iz bo'shlig'i shilliq qavati biroz giperemik bo'lib, aftlarning joylashuvi bundan mustasno, bu erda sezilarli shish, ba'zida yallig'lanishli infiltrat bo'lgan, remissiya davomiyligi  $5,76 \pm 2,2$  (3.5-rasm).

Taqqoslash guruhining og'ir CRAS bilan og'rigan bemorlar og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida bir nechta aftoz shakllanishlar mavjudligi, ovqat paytida og'riq va yonish hissi haqida shikoyat qildilar. Tekshiruv chog'ida aft-eroziv shakllanish joyida giperemiya, shish va yallig'lanishli infiltratsiya, noqulaylik qayd etilgan. Mintaqaviy limfa tugunlari biroz kattalashgan va og'riqli, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining orofaringeal hududida og'ir CRASning taqqoslash guruhida remissiya muddati  $4,37 \pm 2,3$  oyni tashkil etdi.

Taqqoslash guruhidagi CRASning engil shakli bo'lgan, kasallikning davomiyligi 1 yilgacha bo'lgan bemorlar 6 (42,8%) bemorni tashkil etdi. 5 (35,7%) kishi 3-4 yoshdan azob chekdi, 5 (35,7%) kishi 5-6 yil davom etgan kasallik tarixiga ega. 2 (14,2%) bemorda CRAS 6 yoshdan oshgan.

Taqqoslash guruhida kasallik tarixi 1 yilgacha bo'lgan CRASning o'rtacha va og'ir shakli bo'lgan bemorlar yo'q edi. Taqqoslash guruhida o'rtacha CRAS bo'lgan 5 (35,7%) bemorlarda kasallikning davomiyligi 3-4 yil, 6 (42,8%) bemorlarda 5-6 yildan ortiq davom etgan. 3 ta (21,4%) kasallik davomiyligi 6 yildan ortiq davom etgan.

Og'ir CRAS bilan taqqoslash guruhida kasallikning davomiyligi 6 (42,8%) bemorda 3-4 yildan ortiq vaqt davomida qayd etilgan, 4 (28,5%) bemorda 5-6 yil davom etgan kasallikning davomiyligi, 4 (28,5%) bemorlar, 6 yildan ortiq kasallik davomiyligi bo'lgan.

Asosiy guruhda surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan og'rigan bemorlarni mahalliy davolashning tavsiya etilgan sxemasi.

| Yo'q. | Davolash                                 |         |                   | HRASning jiddiyligi |                  |                        |
|-------|------------------------------------------|---------|-------------------|---------------------|------------------|------------------------|
|       |                                          |         |                   | Nur                 | O'rta            | og'ir                  |
| bitta | 2% lidokain eritmasi bilan anesteziyani  |         |                   |                     |                  |                        |
|       | 3-5 kun                                  | 5-7 kun | > 10 kun qo'llash |                     |                  |                        |
| 2     |                                          |         |                   | Tripsin<br>davolash | bilan<br>3-5 kun | fermentativ<br>5-7 kun |
|       |                                          |         |                   |                     | > 10 kun         |                        |
| 3     | Soda eritmasini ATMOKO irrigator bilan   |         |                   | 1-3 kun<br>kun      | 3-5 kun          | > 10<br>kun            |
|       | sug'orish                                |         |                   |                     |                  |                        |
|       | Bactizidim yopishtiruvchi preparat bilan |         |                   |                     |                  |                        |
| 4     |                                          |         |                   | 3-5 kun<br>kun      | 5-7 kun          | > 10<br>kun            |
|       | davolash                                 |         |                   |                     |                  |                        |

Asosiy guruhdagi bemorlarda klinik belgilarga ko'ra turli darajadagi surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS (engil, o'rtacha , og'ir) hisobga olingan.

3.4-jadvaldan ko'rinib turibdiki, surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal CRAS bemorlarini davolash uchun tavsiya etilgan davolash sxemasi ushbu bemorlarni davolash uchun ishlatilgan. Davolanishdan so'ng, engil CRAS bilan asosiy guruhda davolash davomiyligi o'rtacha 3,76-5,31 kun, taqqoslash guruhida -6,41-8,47 kun ekanligi aniqlandi; o'rtacha va og'ir kurs bilan, taqqoslash guruhida mos ravishda 5,63-7,75 va 7,51-13,46 kun; og'ir kursda 7,61-12,02, taqqoslash guruhida 12,68-21,51 kun.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bemorlarining shikoyatlari dinamikasi qiyosiy tahlilda asosiy guruhda samarali davolash bemorlarning shikoyatlari regressiyasining ijobiy dinamikasiga yordam berishini ko'rsatdi (3.5-jadval).

Demak, CRAS ning engil shaklida asosiy guruhda  $2,5 \pm 0,15$  kun davomida og'riq sezilmagan, CRASning yengil shakli bilan solishtirish guruhida davolash boshlanganidan keyin og'riq  $5,33 \pm 0,26$  ga kamaydi (  $P < 0,001$  ) kuzatuv kunlari. Asosiy CRAS guruhining mo'tadil shaklida og'riqni kamaytirish  $4,4 \pm 0,16$  kun ichida sodir bo'ldi, taqqoslash guruhida  $7,84 \pm 0,27$  (  $P < 0,001$  ) kunlarda sodir bo'ldi. Asosiy guruhdagi CRASning og'ir shaklida, davolanish boshlanganidan keyin og'riqning yo'qligi  $6,38 \pm 0,46$  kun ichida, nazorat guruhida esa  $7,82 \pm 0,48$  kundan keyin sodir bo'lgan (  $P < 0,05$  ).

Asosiy guruhlardagi bemorlarda yonish hissiyotining pasayishi ishonchli tarzda kuzatiladi. Shunday qilib, davolash boshlanganidan keyin  $3,56 \pm 0,18$  kun ichida asosiy guruhdagi CRASning engil shaklida kuyishning regressiyasi kuzatildi, taqqoslash guruhida kuyish shikoyatlarining  $6,33 \pm 0,40$  ga kamayishi kuzatildi (  $P < 0,001$  ). ) kunlar. CRASning o'rtacha-og'ir shaklida xuddi shunday tendentsiya kuzatiladi, ya'ni. asosiy guruhda samarali terapiya boshlanganidan keyin  $5,60 \pm 0,31$  kun davomida, taqqoslash guruhida yonish hissi  $8,84 \pm 0,40$  ga pasaygan.

3.5 -jadval

Davolashdan keyingi tadqiqot guruhlarida CRAS bemorlarining shikoyatlari dinamikasi (kunlar,  $M \pm m$ ).

| Alomatlar                         | Yengil shakl          |                            | O'rtacha og'ir shakl  |                            | Og'ir shakl        |                            |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|
|                                   | Asosiy guruh,<br>n=18 | Taqqoslash<br>guruhi, n=12 | Asosiy guruh,<br>n=15 | Taqqoslash guruhi,<br>n=19 | Asosiy guruh, n=21 | Taqqoslash guruhi,<br>n=11 |
| Og'riq                            | 2,50±0,15             | 5,33±0,26*                 | 4,40±0,16             | 7,84±0,27*                 | 6,38±0,46          | 7,82±0,48***               |
| Yonayotgan                        | 3,56±0,18             | 6,33±0,40*                 | 5,60±0,31             | 8,84±0,40*                 | 7,57±0,43          | 10,36±0,45*                |
| Noqulaylik                        | 7,22±0,40             | 9,33±0,31*                 | 8,47±0,52             | 10,47±0,52*                | 9,48±0,60          | 13,55±0,37*                |
| Giperemiya                        | 3,50±0,20             | 7,17±0,42*                 | 5,60±0,24             | 8,32±0,32*                 | 7,38±0,34          | 10,64±0,74*                |
| Shish                             | 4,00±0,16             | 7,25±0,28*                 | 6,00±0,45             | 9,26±0,36*                 | 8,43±0,65          | 12,73±0,63*                |
| Epitelizatsiyaning<br>boshlanishi | 3,28±0,14             | 7,17±0,21*                 | 5,53±0,26             | 9,32±0,31*                 | 7,86±0,42          | 12,18±0,52*                |
| To'liq epitelizatsiya             | 7,56±0,27             | 9,33±0,36*                 | 9,40±0,60             | 11,74±0,49**               | 10,33±0,63         | 14,36±0,73*                |

Eslatma: \* - asosiy guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (\*\*\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \* -  $P < 0,001$ ).

(  $P < 0,001$  ) kun (3.5-jadval). Og'ir shaklda, asosiy guruhda va  $7,57 \pm 0,43$  va  $10,36 \pm 0,45$  kunlarda (  $P < 0,001$  ) taqqoslashlarda yonish hissiyotining pasayishi kuzatildi .

Engil bemorlarning asosiy guruhida noqulaylik murakkab davolanish boshlanganidan keyin  $7,22 \pm 0,40$  kun ichida bezovta qilishni to'xtatdi, taqqoslash guruhida bemorlarda  $9,33 \pm 0,31$  kunga noqulaylik regressiyasi kuzatildi.

O'rta va og'ir CRAS bilan asosiy guruhlarda kompleks davolashni boshlagan bemorlar mos ravishda  $8,47 \pm 0,52$  va  $9,48 \pm 0,60$  kunlarda noqulaylikning pasayishini qayd etdilar (  $P < 0,001$  ). Taqqoslash guruhida noqulaylik shikoyatlarining dinamikasi mos ravishda  $10,47 \pm 0,52$  va  $13,55 \pm 0,37$  kunlarda sodir bo'lgan (  $P < 0,001$  ).

engil, o'rtacha va og'ir shakllarining asosiy guruhlarida yallig'lanish reaksiyasi, shish va giperemiya belgilari mos ravishda  $3,50 \pm 0,20$  va  $4,00 \pm 0,16$  ga sezilarli darajada kamayadi;  $5,60 \pm 0,24$  va  $6,00 \pm 0,45$ ; Davolash boshlanganidan keyin  $7,38 \pm 0,1$  va  $8,43 \pm 0,65$  kun. Taqqoslash guruhlarida CRASning barcha shakllarida ular mos ravishda  $7,17 \pm 0,42$  va  $7,25 \pm 0,28$  ga kamayadi;  $8,32 \pm 0,32$  va  $9,26 \pm 0,36$ ;  $10,64 \pm 0,74$  va  $12,73 \pm 0,63$  kun (4.2-jadval).

Epitelizatsiya boshlanishi eksperimental guruhdagi bemorlarda kuzatiladi CRAS ning engil, o'rtacha va og'ir shakllari mos ravishda  $3,28 \pm 0,14$  ga giperemiya va yonishning regressiyasi vaqtida sodir bo'ladi;  $5,53 \pm 0,26$ ;  $7,86 \pm 0,42$  kun, taqqoslash guruhlarida epitelizatsiya boshlanishining ijobiy dinamikasi mos ravishda  $7,17 \pm 0,21$ ;  $9,32 \pm 0,31$ ;  $12,18 \pm 0,52$  (  $P < 0,001$  ) kun. CRASning engil, o'rtacha va og'ir shakllarida to'liq epitelizatsiya  $7,56 \pm 0,27$  nisbatda sodir bo'ladi;  $9,40 \pm 0,60$  va  $10,33 \pm 0,63$  (  $P < 0,001$  ) kunlar, taqqoslash guruhlarida  $9,33 \pm 0,36$  (  $P < 0,001$  ) vaqtida ijobiy natija kuzatildi ;  $11,74 \pm 0,49$  (  $P < 0,01$  );  $14,36 \pm 0,73$  (  $P < 0,001$  ) kun ( 3.6 - rasm ) .

### 3.6-rasm. Asosiy guruh va taqqoslash guruhidagi epitelizatsiya shartlari Surunkali xoletsistitli HRAS bemorlari

3.6-jadvaldan ko'rinib turibdiki, barcha og'irlik darajasidagi CRAS bemorlarida asosiy guruhda yuqori klinik natija qayd etilgan. Shunday qilib, CRASning engil shakli bo'lgan bemorlarda asosiy guruhda klinik tiklanish 12 (66,67%) da sodir bo'ldi; taqqoslash guruhida 6 (50,00%), ( Pirsonning Chi-kvadrati = 5,000;  $p = 0,082$  ) o'rtacha shakli bo'lgan asosiy guruhdagi bemorlarda mos keladigan nisbatlar 8 (42,11%) ga nisbatan 9 (60,00%) (Pirsonning Chi) bo'lgan. -kvadrat = 1,299;  $p = 0,522$  ); 11 (52,38%) da asosiy guruhning og'ir shakli 4 (36,36%) ( Pirsonning Chi-kvadrati = 4,892;  $p = 0,180$  ).

Asosiy guruhning engil CRAS bemorlarida sezilarli yaxshilanish 6 bemorda (33,33%), taqqoslash guruhida - 3 bemorda (25,00%) qayd etildi ( Pirsonning Chikvadrati = 5,000;  $p = 0,082$  ). CRASning o'rtacha shaklida, asosiy guruhdagi 5 bemorda (33,33%), taqqoslash guruhidagi 8 bemorda (42,11%) sezilarli yaxshilanish qayd etildi (Pirsonning Chi-kvadrati = 1,299;  $p = 0,522$  ). Asosiy guruhda og'ir CRAS bo'lgan guruhda natija 8 bemorda (38,10%), taqqoslash guruhida 3 bemorda (27,27%) sezilarli darajada yaxshilandi ( Pirsonning Chi-kvadrati = 4,892;  $p = 0,180$  ).

3.7-rasm. Davolashdan oldin HRAS bemor. 3.8-rasm. Davolanishdan keyin xuddi shu bemor

3.9-rasm. Davolanishdan oldin HRAS bemori 3.10-rasm Davolanishdan keyin xuddi shu bemor

Asosiy guruhda engil kurs bilan davolashning klinik natijalarining yaxshilanishini baholash qayd etilmagan, taqqoslash guruhida 3 bemorda (25,00%) qayd etilgan ( Pirsonning Chi-kvadrati = 5,000;  $p = 0,082$  ). Asosiy guruhda o'rtacha CRAS bo'lgan bemorlarda yaxshilanish 1 bemorda (6,67%), taqqoslash guruhida - 3 bemorda (15,79%) qayd etilgan (Pirsonning Chi-kvadrati = 1,299;  $p = 0,522$  ). Asosiy guruhdagi og'ir CRAS bilan og'rigan bemorlarda yaxshilanish 2 bemorda

(9,52%), taqqoslash guruhida - 2 bemorda (18,18%) qayd etilgan ( Pirsonning Chi-kvadrati =

4,892;  $p = 0,180$  ).

### 3.6-jadval

#### Tadqiqot guruhlarida CRAS bemorlarini davolash natijalarini klinik baholash

| Davolash samaradorligi | Yengil shakl                                |       |                         |       | O'rtacha og'ir shakl                       |       |                         |       | Og'ir shakl                                |       |                         |       |
|------------------------|---------------------------------------------|-------|-------------------------|-------|--------------------------------------------|-------|-------------------------|-------|--------------------------------------------|-------|-------------------------|-------|
|                        | Asosiy guruh, n=18                          |       | Taqqoslash guruhi, n=12 |       | Asosiy guruh, n=15                         |       | Taqqoslash guruhi, n=19 |       | Asosiy guruh, n=21                         |       | Taqqoslash guruhi, n=11 |       |
|                        | abs                                         | %     | abs                     | %     | abs                                        | %     | abs                     | %     | abs                                        | %     | abs                     | %     |
| klinik tiklanish       | 12                                          | 66.67 | 6                       | 50.00 | to'qqiz                                    | 60.00 | sakkiz                  | 42.11 | o'n bir                                    | 52.38 | 4                       | 36.36 |
| Muhim yaxshilash       | 6                                           | 33.33 | 3                       | 25.00 | 5                                          | 33.33 | sakkiz                  | 42.11 | sakkiz                                     | 38.10 | 3                       | 27.27 |
| Yaxshilash             | 0                                           | 0,00  | 3                       | 25.00 | bitta                                      | 6.67  | 3                       | 15.79 | 2                                          | 9.52  | 2                       | 18.18 |
| Ta'siri yo'q           | 0                                           | 0,00  | 0                       | 0,00  | 0                                          | 0,00  | 0                       | 0,00  | 0                                          | 0,00  | 2                       | 18.18 |
| R                      | Pirsonning chi-kvadrati = 5000; $p = 0,082$ |       |                         |       | Pirsonning chi-kvadrati = 1,299; $p=0,522$ |       |                         |       | Pirsonning chi-kvadrati = 4,892; $p=0,180$ |       |                         |       |

#### 3.11 -rasm Asosiy guruh va taqqoslash guruhida davolash natijalarini klinik baholash

Shunday qilib, asosiy guruhlarda klinik natijalarning ijobiy dinamikasiga ega bo'lmagan bemorlar (ta'sir yo'q), taqqoslash guruhlarida faqat CRASning og'ir shaklida, "ta'sirsiz" bemorlar soni 2 kishini tashkil etdi (18,18). %) ( Pirsonning Xkvadrati = 4,892;  $p = 0,180$  ) (3.6-jadval) (3.11-rasm).

bilan soda eritmasining SOPR irrigatori bilan dastlabki sug'orish bilan baktizidimni qo'llash bilan asosiy guruhda kompleks davolashdan foydalanish. remissiyaning sezilarli darajada uzaytirilishiga olib keldi. Asosiy guruhda remissiyaning o'rtacha davomiyligi  $12,89 \pm 0,20$  oydan ko'proqni tashkil etdi, bu taqqoslash guruhidagidan 1,68 baravar ko'p  $-7,67 \pm 0,14$  oy (  $P < 0,001$  ) va davolashdan oldingi boshlang'ichdan 1,92 baravar ko'p (P).  $< 0,001$ ); CRASning o'rtacha shakli bo'lgan bemorlarda  $8,42 \pm 0,49$  oyga nisbatan  $12,73 \pm 0,25$  oyni tashkil etdi (  $P < 0,001$  ), bu taqqoslash guruhiga nisbatan 1,51 baravar va

davolashning boshlang'ich darajasidan 1,89 baravar yuqori ( $P < 0,001$ ); og'ir shaklda, mos ravishda,  $9,67 \pm 0,36$  oy va  $5,82 \pm 0,26$  oy ( $P < 0,001$ ), bu taqqoslash guruhiga nisbatan 1,66 baravar va davolashdan oldingi boshlang'ich ko'rsatkichdan 1,72 baravar yuqori ( $R < 0,001$ ) (3.11-rasm). .

Davolanishdan keyin 12 oy davomida bemorlarning dinamik monitoringi shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhdagi engil CRAS bilan og'rigan bemorlarda 5 bemorda ( $27,7 \pm 9,88\%$ ) relapslar yo'q; 11 tasida ( $61,11 \pm 10,17\%$ ) davolashdan 12 oy o'tgach va 2 tasida ( $11,11 \pm 5,64\%$ ) davolashdan 10 oy o'tgach relapslar kuzatildi. CRAS ning o'rtacha-og'ir shakli bilan og'rigan bemorlarda asosiy guruhdagi bemorlarning 4 tasida ( $22,22 \pm 7,58\%$ ) relapslar chastotasi takrorlanmadi, 10 tasida ( $55,56 \pm 8,17\%$ ) 12 oydan keyin, 3 tasida ( $55,56 \pm 8,17\%$ ) relapslar kuzatildi. 11 oydan keyin 16,66  $\pm 6,47\%$ , 10 oydan keyin 1ta ( $5,56 \pm 7,14\%$ ) . Asosiy guruhning og'ir shakli bilan qayt qilish chastotasi bo'yicha kuzatuvlar shuni ko'rsatdiki, CRAS bilan kasallangan bemorlarning 6 tasida ( $33,33 \pm 8,21\%$ ) 11 oydan keyin, 5 tasida ( $27,77 \pm 6,48\%$ ) - 10 oydan keyin, 3 tasida ( $16,67\%$ )  $\pm 9,12\%$  - 9 oydan keyin, 4 ( $22,22 \pm 7,13\%$ ) - kompleks davolashdan keyin 8 oy.

### Guruch. 3.12 Asosiy guruhda remissiya davomiyligi va taqqoslash guruhi

Kuzatish davrida engil shaklda taqqoslash guruhida relapssiz bemorlar yo'q edi; 6 ( $42,86 \pm 13,23\%$ ) bemorda davolanishdan 6 oy o'tgach, 7 ( $50,00 \pm 13,23\%$ ) va 1 ( $7,14 \pm 9,35\%$ ) bemorda 7 oydan keyin relaps kuzatildi. CRASning o'rtacha-og'ir shakli bo'lgan bemorlarda 5 ( $35,71 \pm 8,45\%$ ) bemorlarda 6 oydan keyin, 7 ( $50,00 \pm 7,21\%$ ) 7 oydan keyin, 2 ( $14,28\%$ )  $\pm 9,35\%$  bemorlarda relapslar chastotasi kuzatildi. ) bemorlarning relapslari 5 oydan keyin kuzatilgan. Taqqoslash guruhining og'ir shakli bilan qayt qilish chastotasini kuzatish shuni ko'rsatdiki, 7 ( $50,00 \pm 6,35\%$ ) bemorda 7 oydan keyin, 3 ta ( $21,42 \pm 6,53\%$ ) bemorda - 6 oydan keyin, 4 tasida ( $28,57 \pm 7,25\%$ ) - loroben bilan an'anaviy davolashdan keyin 3 oy.

Shunday qilib , CRASning engil shakli bo'lgan bemorlarda 1 yillik kuzatuv davomida relapslar chastotasi 0,92 holatni, taqqoslash guruhida davolashdan oldingi boshlang'ich qiymatga nisbatan 1,50 holatni (1,40 marta pasayish) tashkil etdi ( $p<0,05$ ) ; asosiy guruhda mo''tadil shakl bilan takrorlanish darajasi 1,71; solishtirish guruhida 2,4 holat (1,32 marta kamayishi ) davolashdan oldingi boshlang'ich qiymatga ( $p<0,05$ ) nisbatan ; asosiy guruhning og'ir shaklida, davolashdan oldingi boshlang'ich qiymati ( $p<0,05$ ) bilan solishtirganda, 2,6 (1,95 baravar pasayish) ga nisbatan takrorlanish darajasi 1,40 holatni tashkil etdi .

Asosiy guruhdagi bemorlarni kompleks davolash fonida tananing umumiy holatining o'zgarishi va yomonlashuvi yoki kiruvchi belgilar qayd etilmagan, bu tavsiya etilgan kompleks davolash usulining xavfsizligini tasdiqlaydi. Murakkab mahalliy va umumiy davolash kursidan keyin klinik tekshiruv shuni ko'rsatdiki, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining rangi o'zgarib, och pushti rangga aylangan, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining orofaringeal hududi bundan mustasno, zaiflashgan. icterus , shilliq qavat quruq, hech qanday patologik shakllanishlarsiz.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRASning asosiy guruhidagi bemorlarni kuzatish dinamikasi shuni ko'rsatdiki, faqat 2 ( 3,7%) bemor ko'rsatilgan davrlarda hali ham og'izdan yomon hid va quruqlikdan shikoyat qiladi, ammo umumiy holat. tanasi buzilmaydi, mintaqaviy limfa tugunlari kattalashtirilmaydi, paypaslanmaydi ( $>0,05$ ).

Bunday bemorlarda 3 oydan keyin engil giperemiya va shish paydo bo'ladi (  $P > 0,05$ ), shifo topishi qiyin bo'lgan surunkali aftalarning kichik chuqurligi. (  $P < 0,05$ ), oshqozon yarasi paydo bo'lish tendentsiyasi bilan (3.7-jadval).

3.7- jadval

Davolanishdan 3 oy o'tgach, CRAS bilan og'rigan bemorlarda OM holati

| SOPR holati | asosiy guruh,<br>n= 54 |      | Taqqoslash<br>guruhi, n= 42 |      | ch2   | R     |
|-------------|------------------------|------|-----------------------------|------|-------|-------|
|             | abs                    | %    | abs                         | %    |       |       |
| Og'riq      | 0                      | 0,00 | bitta                       | 2.38 | 1.299 | 0,437 |
| Yonayotgan  | 0                      | 0,00 | bitta                       | 2.38 | 1.299 | 0,437 |

|                                 |   |      |       |      |       |       |
|---------------------------------|---|------|-------|------|-------|-------|
| Noqulaylik                      | 0 | 0,00 | bitta | 2.38 | 1.299 | 0,437 |
| Og'izdan hid                    | 2 | 3.70 | 3     | 7.14 | 0,566 | 0,651 |
| Quruq og'iz                     | 2 | 3.70 | 3     | 7.14 | 0,566 | 0,651 |
| Tananing umumiy holatini buzish | 0 | 0,00 | 3     | 7.14 | 3.982 | 0,080 |
| Mintaqaviy limfa tugunlari      | 0 | 0,00 | bitta | 2.38 | 1.299 | 0,437 |
| Giperemiya                      | 2 | 3.70 | 3     | 7.14 | 0,566 | 0,651 |
| Shish                           | 2 | 3.70 | 3     | 7.14 | 0,566 | 0,651 |
| orqa chuqurlik                  | 2 | 3.70 | 3     | 7.14 | 0,566 | 0,651 |

Taqqoslash guruhida surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi  
CRAS bemorlarini davolash natijalari

Taqqoslash guruhidagi bemorlarning 3 oydan keyin kuzatuvlari dinamikasi afta holati doimiy ekanligini va mahalliy davolash kasallikning qaytalanishining rivojlanishini bartaraf etmasligini ko'rsatdi. Yangi aft elementlarning rivojlanishi bilan taqqoslash guruhidagi bemorlarga umumiy davolash buyurildi. Taqqoslash guruhidagi 1 (2,4%) bemorda og'iz bo'shlig'ida engil og'riq va buning natijasida noqulaylik va yonish hissi (2,5%) ( $P > 0,05$ ) bo'lgan. Bemorlarning 3 nafari (7,1%) og'izdan yomon hid chiqishi, tananing umumiy holatining buzilishi va shilliq qavatning shishishidan shikoyat qilgan. 3 bemorda (7,1%) ( $P > 0,05$ ) og'iz bo'shlig'ining quruqligi va shu bilan bog'liq holda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining giperemiyasi haqida shikoyatlar bo'lgan. 3 bemorda (7,1%) ( $P < 0,05$ ) aftaning kichik chuqurligi haqida shikoyatlar bor edi. (3.7-jadval). Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRASning asosiy guruhidagi bemorlarni kuzatish dinamikasi shuni ko'rsatdiki, 6 oydan keyin 1 bemor (1,8%) ( $P > 0,05$ ) og'iz bo'shlig'ining quruq shilliq qavati, giperemiya va chuqurlashuvdan shikoyat qilgan. lezyonning aft elementi ( $P > 0,05$ ) (3.8-jadval). (3.13-rasm)

3.8-

jadval CRASni davolashdan 6 oy o'tgach bemorlarda OM holati

| SOPR holati | asosiy guruh,<br>n= 54 | taqqoslash guruhi,<br>n= 42 | ch2 | R |
|-------------|------------------------|-----------------------------|-----|---|
|-------------|------------------------|-----------------------------|-----|---|

|                                 | abs   | %    | abs   | %    |       |       |
|---------------------------------|-------|------|-------|------|-------|-------|
| Og'riq                          | 0     | 0,00 | bitta | 2.38 | 1.299 | 0,437 |
| Yonayotgan                      | 0     | 0,00 | bitta | 2.38 | 1.299 | 0,437 |
| Noqulaylik                      | 0     | 0,00 | bitta | 2.38 | 1.299 | 0,437 |
| Og'izdan hid                    | bitta | 1.85 | bitta | 2.38 | 0,032 | 1000  |
| Quruq og'iz                     | bitta | 1.85 | bitta | 2.38 | 0,032 | 1000  |
| Tananing umumiy holatini buzish | 0     | 0,00 | bitta | 2.38 | 1.299 | 0,437 |
| Mintaqaviy limfa tugunlari      | 0     | 0,00 | bitta | 2.38 | 1.299 | 0,437 |
| Giperemiya                      | bitta | 1.85 | bitta | 2.38 | 0,032 | 1000  |
| Shish                           | 0     | 0,00 | bitta | 2.38 | 1.299 | 0,437 |
| orqa chuqurlik                  | bitta | 1.85 | bitta | 2.38 | 0,032 | 1000  |

HRAS taqqoslash guruhidagi bemorlarning kuzatuvlari dinamikasi shuni ko'rsatdiki, 6 oydan so'ng 1 (2,40%) bemorda og'riq, yonish, noqulaylik, og'izdan yomon hid va quruqlik, tananing umumiy holatining buzilishi, limfa kengayishi kuzatilgan. davolash va ovqatlanish rejimini buzish bilan bog'liq tugunlar ( $P > 0,05$ ).

### 3.13-rasm. CRASni davolashdan 6 oy o'tgach bemorlarda OM holati

1 (2,4%) bemorda giperemiya, shish va afta chuqurligining oshishi mavjudligini ta'kidlash kerak ( $P > 0,05$ ). Bunday holda, umumiy patogenetik davolanishni takrorlash tavsiya etiladi va achchiq idishlarni menyudan chiqarib tashlash tavsiya etiladi (3.8-jadval).

#### § 3.2.2. Og'iz bo'shlig'i holatini indeksli baholash natijalari Asosiy guruhning HRAS va taqqoslash guruhi oldin va keyin davolash

choralarida katta ahamiyatga ega bo'lgan ko'rsatkichlardan biridir . So'rovda qatnashgan barcha bemorlar og'iz bo'shlig'ining gigienik holatini baholadik .

Bizning kuzatishlarimiz shuni ko'rsatadiki, HRAS bemorlarida davolanishdan oldin gigienaning dastlabki darajasi nazorat bilan solishtirganda sezilarli darajada yuqori bo'lgan. Shunday qilib, asosiy guruhda davolanishdan oldin boshlang'ich GI qiymatlari (OHI-S)  $2,43 \pm 0,24$  ga, taqqoslash guruhida -  $2,26 \pm 0,26$  ga teng edi. Nazorat guruhida -  $1,22 \pm 0,12$ .

HRAS bilan kasallangan bemorlarning indeks ko'rsatkichlarini aniqlashda bizning kuzatishlarimiz shuni ko'rsatdiki, bu bemorlarda gigiena darajasi davolashdan oldin nazorat bilan solishtirganda sezilarli darajada past bo'lgan. Bemorlarni davolashdan oldin taqqoslash guruhida nazorat guruhi bilan GI indeksida (OHI-S) sezilarli farq ( $p \leq 0,05$ ) mavjud edi. (3.9-jadval).

### 3.9-jadval.

Indeks ko'rsatkichlarining o'zgarishlar dinamikasi  
davolashdan keyin kuzatuv davri ( $M \pm m$ ) bo'yicha

| Davolash shartlari | GI (OHI-S)                            |                             |
|--------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
|                    | Asosiy guruh, n=54                    | Taqqoslash guruhi, n=42     |
| Chiqish            | $2,43 \pm 0,08^x$                     | $2,26 \pm 0,09^x$           |
| 3 kun              | $2,36 \pm 0,09^x$                     | $2,23 \pm 0,09^x$           |
| 7-kun              | $2,28 \pm 0,08^x$                     | $2,20 \pm 0,08^x$           |
| 10-kun             | $2,17 \pm 0,06^{x\Delta\Delta\Delta}$ | $2,19 \pm 0,11^x$           |
| 30-kun             | $1,02 \pm 0,05^{xx\Delta}$            | $1,42 \pm 0,04^{*xx\Delta}$ |
| 90-kun             | $0,68 \pm 0,03^{x\Delta}$             | $1,12 \pm 0,05^{* \Delta}$  |
| 180 kun            | $0,56 \pm 0,02^{x\Delta}$             | $0,61 \pm 0,03^{x\Delta}$   |
| Nazorat, n=20      | $1,22 \pm 0,06$                       |                             |

Eslatma: \* - taqqoslash guruhiga nisbatan sezilarli farqlar qayd etildi (\* -  $P < 0,001$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,05$ ),  $^x$  - nazorat guruhiga nisbatan ( $^x$  -  $P < 0,001$ ;  $^{xx}$  -  $R < 0,01$ ;  $^{xxx}$  -  $R < 0,05$ ),  $^{\Delta}$  - boshlang'ichga nisbatan ( $^{\Delta}$  -  $R < 0,001$ ;  $^{\Delta\Delta}$  -  $R < 0,01$ ;  $^{\Delta\Delta\Delta}$  -  $R < 0,05$ ).

Kompleks davolash boshlanganidan boshlab 3-kunida HI bo'shlig'ining gigienik holati (OHI-S) sezilarli darajada yaxshilandi, taqqoslash guruhiga nisbatan ushbu ko'rsatkichlarning qiymati mos ravishda  $2,36 \pm 0,09$   $2,23 \pm 0,09$  ( $P < 0,001$ ), har ikkala guruhda ham davolanishdan oldingi qiymatlarga nisbatan 1,03 dan 1,01 martagacha pasayish kuzatiladi ( $p < 0,001$ ).

Davolanishdan keyingi 7-kuni asosiy guruhda va taqqoslash guruhida gigienik indeks davolashdan oldingi qiymatlarga nisbatan biroz pasayib,  $2,28 \pm 0,08$  va  $2,20 \pm 0,08$  ni tashkil etdi (  $P < 0,001$  ), pasayish 1 ga teng. 06 asosiy guruhda, taqqoslash guruhida 1,02 davolashdan oldingi qiymatlarga nisbatan ( $p < 0,001$ ).

Davolashdan keyingi 10-kuni asosiy guruhda va taqqoslash guruhida gigienik indeks mos ravishda  $2,17 \pm 0,06$  va  $2,19 \pm 0,11$  ni tashkil etdi (  $P < 0,001$  ), pasayish davolashdan oldingi ko'rsatkichlarga nisbatan 1,11 va 1,03 ni tashkil etdi ( $p < 0,001$ ). ). Davolanishdan keyingi 30-kuni asosiy guruhda va taqqoslash guruhida gigienik ko'rsatkich sezilarli darajada kamaydi,  $1,02 \pm 0,05$  va  $1,42 \pm 0,04$  ga to'g'ri keldi (  $P < 0,001$  ), asosiy guruhda pasayish 2,23 marta va guruhda.

solishtirish guruhi davolashdan oldingi qiymatlarga nisbatan 1,59 marta ( $p < 0,001$ ).

Asosiy guruhda va taqqoslash guruhida davolanishdan so'ng 90-kunida gigienik indeks sezilarli darajada kamaydi,  $0,68 \pm 0,25$  va  $1,12 \pm 0,22$  ga to'g'ri keldi (  $P < 0,001$  ), asosiy guruhda GI ( OHI-s ) ning pasayishi. 3 ,57 marta, taqqoslash guruhida - davolashdan oldingi ko'rsatkichlarga nisbatan 2,0 marta ( $p < 0,001$ ).

Davolanishdan keyingi 180-kuni asosiy guruhda va taqqoslash guruhida gigienik ko'rsatkich sezilarli darajada pasayib,  $0,56 \pm 0,27$  va  $0,61 \pm 0,25$  ga to'g'ri keldi, bu esa GIning mos ravishda 4,33 va 3,70 martaga kamayganligini ko'rsatadi. -davolash qiymatlari (  $p < 0,001$  ) (3.9-jadval). Aftoz CRAS lezyonlari diametrini kuzatish vaqti bo'yicha o'zgarishlar dinamikasi 3.10-jadvalda ko'rsatilgan.

3.10-jadval

CRAS ning aft lezyonlari diametridagi o'zgarishlar dinamikasi  
kuzatish vaqti bo'yicha

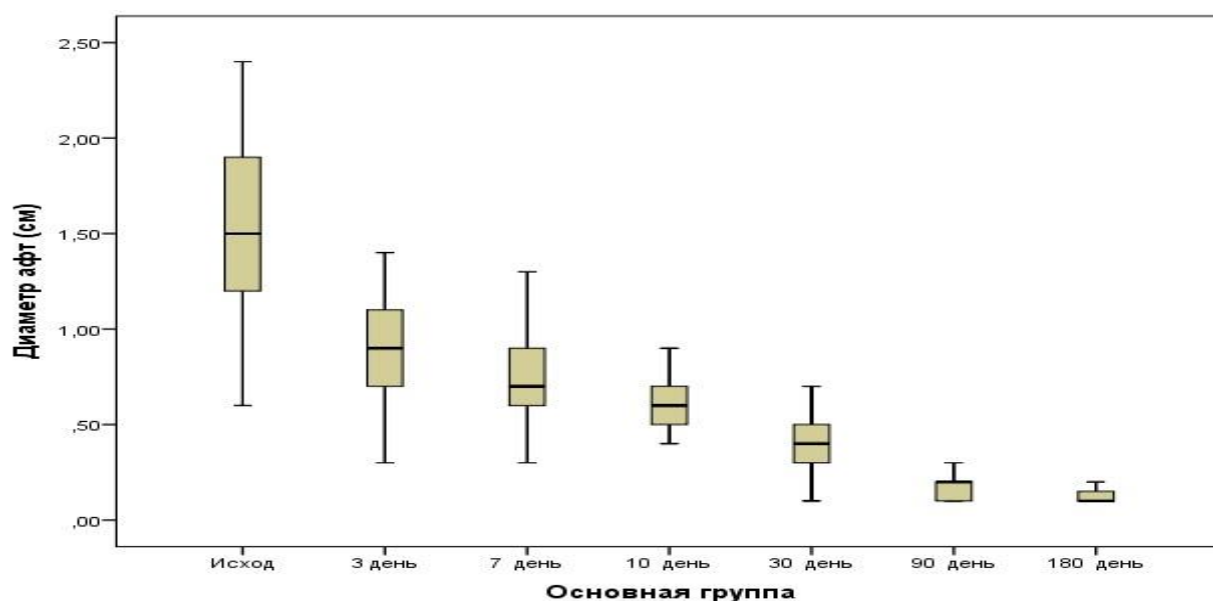
| Davolash shartlari | Orqa diametri ( sm )   |                         | Ko'ra davolash samaradorligi boshlang'ich qiymatlar nisbati (vaqt) |                           |
|--------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|                    | Asosiy guruh, n=54     | Taqqoslash guruhi, n=42 | Asosan guruh                                                       | Bir guruhda taqqoslashlar |
| Chiqish            | $1,51 \pm 0,06$        | $1,60 \pm 0,07$         |                                                                    |                           |
| 3 kun              | $0,88 \pm 0,04^x$      | $0,90 \pm 0,03^x$       | 1.72                                                               | 1.78                      |
| 7-kun              | $0,76 \pm 0,04^{***x}$ | $0,87 \pm 0,02^x$       | 1.98                                                               | 1.84                      |

|         |                |                        |       |      |
|---------|----------------|------------------------|-------|------|
| 10-kun  | 0,61±0,02 ** x | 0,71±0,03 <sup>x</sup> | 2.48  | 2.26 |
| 30-kun  | 0,37±0,02 * x  | 0,42±0,02 <sup>x</sup> | 4.12  | 3.80 |
| 90-kun  | 0,17±0,01 * x  | 0,29±0,02 <sup>x</sup> | 8.97  | 5.51 |
| 180 kun | 0,12±0,01 * x  | 0,23±0,01 <sup>x</sup> | 12.75 | 6.93 |

Eslatma: \* - taqqoslash guruhiga nisbatan sezilarli farqlar qayd etildi (\* - P <0,001; \*\* - P <0,01; \*\*\* - P <0,05), <sup>x</sup> - boshlang'ich qiymatlar nisbatida (<sup>x</sup> - P <0,001; <sup>xx</sup> - P <0,01; <sup>xxx</sup> - P <0,05).

Eslatma: \* - taqqoslash guruhiga nisbatan sezilarli farqlar qayd etildi (\* - P <0,001; \*\* - P <0,01; \*\*\* - P <0,05), <sup>x</sup> - dastlabki qiymatga nisbatan (<sup>x</sup> - P <0,001; <sup>xx</sup> - P <0,01; <sup>xxx</sup> - P <0,05).

3 kundan so'ng asosiy guruh va taqqoslash guruhidagi aftlarning diametri mos ravishda 0,88±0,04 va 0,90±0,03 ni tashkil etdi, asosiy guruhda pasayish 1,72 marta, taqqoslash guruhida 1,78 marta. 180 kundan keyin kuzatuv davrining oxirida asosiy guruh va taqqoslash guruhidagi pasayish mos ravishda 0,12±0,01 ni tashkil etdi; 0,23±0,01 (p <0,001), pasayish asosiy guruhdagi dastlabki qiymatlarga nisbatan 12,75 marta, taqqoslash guruhida esa 6,93 martani tashkil etdi.



CRAS ning aft lezyonlari diametridagi o'zgarishlar dinamikasi  
asosiy guruhdagi kuzatuv davri bo'yicha

| Juftlangan namuna korrelyatsiyalari |                        |    |               |       |
|-------------------------------------|------------------------|----|---------------|-------|
|                                     |                        | N  | Korrelyatsiya | R     |
| Juftlik 1                           | Boshlanish va kun_3    | 54 | 0,980         | 0.000 |
| Juftlik 2                           | Boshlang'ich va kun_7  | 54 | 0,970         | 0.000 |
| Juftlik 3                           | Boshlang'ich va kun_10 | 54 | 0,947         | 0.000 |

|           |                  |    |       |       |
|-----------|------------------|----|-------|-------|
| Juftlik 4 | Manba va kun_30  | 54 | 0,975 | 0.000 |
| Juftlik 5 | Manba & Day_90   | 54 | 0,815 | 0.000 |
| Juftlik 6 | Manba va kun_180 | 54 | 0,527 | 0.000 |

### § 3.3. Laboratoriya tadqiqot usullari

#### § 3.3. 1. Davolashdan oldin va keyin HRAS bemorlarning mikrobiologik tadqiqotlari natijalari

Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra (3.4-jadval) sog'lom odamlarda og'iz bo'shlig'idagi mikrob populyatsiyasining zichligi, asosan, ekologik tokchaning topografiyasiga bog'liq bo'lgan mikrob jamoalarining muhim xarakteristikasi ekanligi aniqlandi. Str ning eng yuqori qiymati saqichda belgilangan . tupurik ( $4,00 \pm 0,30$  KFU/sm<sup>2</sup>), minimal - tanglay shilliq qavatidagi laktobakteriyalar ( $1,30 \pm 0,10$  KFU/sm<sup>2</sup>). Shuni ta'kidlash kerakki, 100% sub'ektlarni mustamlaka qilgan biotsenozda gram-musbat flora ko'pligi va tur tarkibi bo'yicha ustunlik qilgan . Shunisi qiziqki, Streptococcus jinsi vakillari sog'lom odamlarda og'iz bo'shlig'i mikroflorasining asosiy qismini tashkil qiladi, Str dominant tur hisoblanadi . tupurik .

#### 3.11-

jadval Sog'lom odamlarda og'iz bo'shlig'ining turli sohalarida mikroblarning kolonizatsiyaga chidamliligi xususiyatlari (  $M \pm m$  , KOE / sm<sup>2</sup> )

| mikroblar guruhi         | Og'iz bo'shlig'i |                 |                 |                 |
|--------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                          | Gum              | Til             | Yonoq           | Osmon           |
| laktobakteriyalar        | $2,10 \pm 0,10$  | $1,80 \pm 0,10$ | $1,25 \pm 0,10$ | $1,30 \pm 0,10$ |
| Streptococcus salivarius | $4,00 \pm 0,30$  | $2,85 \pm 0,10$ | $1,40 \pm 0,10$ | $1,10 \pm 0,10$ |
| Streptococcus mutans     | $1,60 \pm 0,10$  | $2,00 \pm 0,01$ | $1,01 \pm 0,10$ | $1,10 \pm 0,10$ |
| Streptococcus mitis      | $2,30 \pm 0,20$  | $2,10 \pm 0,10$ | $1,15 \pm 0,10$ | $1,30 \pm 0,10$ |
| Stafilokokklar           | $3,60 \pm 0,20$  | $2,30 \pm 0,10$ | $2,00 \pm 0,10$ | $1,15 \pm 0,1-$ |
| Escherichia              | $0,00 \pm 0,00$  | $1,00 \pm 0,06$ | $0,00 \pm 0,00$ | $0,00 \pm 0,00$ |
| Klebsiella               | $0,00 \pm 0,00$  | $0,00 \pm 0,00$ | $0,00 \pm 0,00$ | $0,00 \pm 0,00$ |

|                                  |           |           |           |           |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Candida jinsining qo'ziqorinlari | 1,15±0,05 | 2,10±0,06 | 0,00±0,00 | 0,00±0,00 |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|

Gram-musbat kokk florasida stafilokokklar bo'shliqlarda muhim o'rin egalladi, ularning soni ayniqsa til va tish go'shti yuzasida ( $2,30 \pm 0,10$  va  $3,60 \pm 0,20$  CFU /  $\text{sm}^2$ ) ustunlik qildi. Og'iz bo'shlig'ini kolonizatsiya qilish masalalarida mikroorganizmlarning boshqa guruhlarida qatorida gramm-manfiy tayogchalar (*Escherichia* va *Klebsiella*) bu xususiyatga juda zaif, *Candida* jinsining qo'ziqorinlari faqat til va tish go'shtining shilliq pardalarini kolonizatsiya qilish qobiliyatiga ega edi (2-rasm). 3.11)

A) Streptokokk B) Stafilokokk

C ) *Candida* jinsiga mansub qo'ziqorinlar D) *Escherichia*

3.14-rasm. Sof madaniyatli tamponlar

Shuningdek, biz sog'lom odamlarda ham, surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda ham og'iz mikroblarining miqdoriy parametrlarini o'rganishni o'tkazdik. Olingan ma'lumotlar 3.5-jadvalda keltirilgan. 3.12-jadvaldan ko'rinib turibdiki, sog'lom odamlarda mikroblarning anaerob guruhidan laktobakteriyalar normal bo'lib, ular ko'p miqdorda mavjud va Ig  $5,10 \pm 0,14$  CFU / ml ni tashkil qiladi, surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda esa laktobakteriyalar soni kamayadi va miqdorni tashkil qiladi. Ig  $2,15 \pm 0,05$  CFU/ml.

3.12-

jadval Surunkali xoletsistitli CRAS bilan og'rigan bemorlarning og'iz suyuqligi mikroflorasining xususiyatlari Ig  $M \pm m$  CFU / ml

| Yo'q. | Mikroblar guruhlar | 1 ml tuprikdagi mikroblar soni |            |
|-------|--------------------|--------------------------------|------------|
|       |                    | Norm                           | Bemorlarda |

|         |                                  |           |              |
|---------|----------------------------------|-----------|--------------|
| bitta   | Anaeroblarning umumiy soni       | 6,40±0,27 | 4,50±0,13 *  |
| 2       | laktobakteriyalar                | 5,10±0,14 | 2,15±0,05 *  |
| 3       | Peptostreptokokklar              | 3,95±0,13 | 3,40±0,11 ** |
| 4       | Aeroblarning umumiy soni         | 4,70±0,15 | 7,15±0,24 *  |
| 5       | Staphylococcus aureus            | 0,00±0,00 | 2,40±0,09 *  |
| 6       | Staphylococcus epidermidis       | 4,40±0,15 | 3,70±0,06 *  |
| 7       | Streptococcus salivarius         | 3,70±0,21 | 4,20±0,11 *  |
| sakkiz  | Streptococcus mutans             | 2,50±0,14 | 5,15±0,17 *  |
| to'qqiz | Streptococcus mitis              | 2,10±0,16 | 4,60±0,19 *  |
| o'n     | Escherichia LP                   | 1,30±0,06 | 2,50±0,10 *  |
| o'n bir | Escherichia LN                   | 1,10±0,1  | 4,10±0,14 *  |
| 12      | Proteus                          | 2,10±0,10 | 3,30±0,06 *  |
| o'n uch | Candida jinsining qo'ziqorinlari | 2,15±0,08 | 3,20±0,10 *  |

Eslatma: \* - "Me'yor" ga nisbatan farqlarning ahamiyati qayd etildi (\* -  $P < 0,001$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,05$ ).

Candida zamburug'larining shtammlari sezilarli darajada deyarli 1,5 barobar ortadi va Ig  $3,20 \pm 0,10$  CFU / ml ni tashkil qiladi. Peptostreptokokklar bilan bog'liq shartli patogen CRAS bilan og'rigan bemorlarning og'iz suyuqligida anaerob mikroflora guruhlari aniqlanadi ( Ig  $3,40 \pm 0,11$  CFU / ml.), sog'lom odamlarda Ig  $3,95 \pm 0,13$  CFU / ml aniqlanadi. (3.12-jadval).

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan CRAS bemorlarida ham anaerob, ham fakultativ mikrobial florada sezilarli o'zgarishlar mavjud. Shunday qilib, anaerob mikroblar guruhida , ayniqsa, laktobakteriyalar sezilarli darajada kamaygan, ularning soni nazorat ko'rsatkichlaridan 2 martadan ko'proq (2,37 marta) past (  $5,10 \pm 0,14$  dan  $2,15 \pm 0,05$  gacha) (  $P < 0,001$  ). Fakultativ mikroorganizmlar guruhida ham sezilarli o'zgarishlar kuzatiladi.

Str sonining kamayishi kuzatiladi . tupurik lg  $3,20 \pm 0,15$  CFU / ml ga , ammo, bu fonda, Str ning emlash tezligi . mutans sezilarli darajada lg  $5,15 \pm 0,17$  CFU / ml

(  $P < 0,001$ ) va Str ga oshdi . mitis - lg  $4,60 \pm 0,19$  CFU/ml ( $P < 0,001$ ) ga sezilarli darajada oshdi. Biroq, kokkal florada patogen fermentlarning katta to'plamiga ega bo'lgan oltin stafilokokk shtammlarining o'sishi ortib borishi, tabiiyki, og'iz bo'shlig'ining monitoringini belgilaydi. Bundan tashqari , gramm-manfiy flora orasida Escherichia va Proteus soni sezilarli darajada oshadi (  $P < 0,001$ ).

Biz to'g'ridan-to'g'ri zararlangan hududlardan olingan mikrofloraning miqdoriy va sifatli tadqiqotlarini o'tkazdik - fta (eroziya) surunkali xoletsistit bilan og'rigan CRAS bemorlarida (3.13-jadval).

3.13-jadvaldan ko'rinib turibdiki, surunkali xoletsistitli CRAS bilan og'rigan bemorlarning mikrobiologik tadqiqoti shuni ko'rsatadiki, bu bemorlarda og'iz bo'shlig'ida, xususan, afta (eroziya) sohasida mikroblarning haddan tashqari ko'payishi kuzatiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, sog'lom odamlarda og'iz bo'shlig'ida laktobakteriyalar va streptokokklar muvozanati mavjud, aksincha, surunkali xoletsistitli CRAS bilan og'rigan bemorlarda mikrobiologik rasm Candida qo'ziqorin shtammlarining sezilarli ustunligiga qarab o'zgaradi ( 50,00%) CCB Log . / ml  $3,60 \pm 0,18$ ), Staphylococcus aureus ( 29,63%) CCB Log / ml  $3,70 \pm 0,14$ ) , Pyogenic Streptococcus ( 90,74%) CCB Log / ml  $4,52 \pm 0,14$ ). Bunday hodisalar tabiiy ravishda og'iz bo'shlig'ida subkompensatsiyalangan disbiyoz holatini rivojlantiradi, bu kamida ikkita patogen turning mavjudligi bilan tavsiflanadi.

3.13-jadval

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan CRAS bilan og'rigan bemorlarda afta (eroziya) sohasi mikroflorasining xususiyatlari.

| Yo'q. | Mikroblarning tanlangan guruhlari | abs      | % yuzaga kelgan | CCB jurnal / ml |
|-------|-----------------------------------|----------|-----------------|-----------------|
|       |                                   |          |                 | M $\pm$ m       |
| bitta | Str.pyogenes                      | 49       | 90,74           | $4,52 \pm 0,14$ |
| 2     | Enterobakter                      | o'n bir  | 20.37           | $6,20 \pm 0,29$ |
| 3     | Xodimlar aureus                   | o'n olti | 29.63           | $3,70 \pm 0,14$ |
| 4     | Staf.epidermit                    | 22       | 40.74           | $6,10 \pm 0,05$ |
| 5     | Candida                           | 27       | 50.00           | $3,60 \pm 0,18$ |

|   |                |         |       |           |
|---|----------------|---------|-------|-----------|
| 6 | Laktobakteriya | o'n bir | 20.37 | 2,15±0,13 |
|---|----------------|---------|-------|-----------|

3.14-

jadval Surunkali xoletsistit bilan taqqoslash guruhidagi CRAS bemorlarida og'iz biotoplari mikroblarining kolonizatsiyaga chidamliligi xususiyatlari.

$$M \pm m \text{ CFU / sm}^2$$

| mikroblar guruhi             | Og'iz bo'shlig'i |           |           |           |
|------------------------------|------------------|-----------|-----------|-----------|
|                              | Gum              | Til       | Yonoq     | Osmon     |
| laktobakteriyalar            | 2,20±0,08        | 1,30±0,05 | 2,10±0,10 | 1,10±0,05 |
| Strepsalivar                 | 3,10±0,14        | 3,10±0,16 | 1,30±0,06 | 3,10±0,10 |
| Strepmutanlar                | 2,10±0,04        | 3,00±0,19 | 1,30±0,05 | 2,10±0,07 |
| strepmit                     | 2,10±0,06        | 2,10±0,07 | 1,15±0,04 | 2,20±0,09 |
| Stafilokokklar               | 3,60±0,18        | 4,10±0,21 | 3,10±0,11 | 3,40±0,13 |
| Escherichia                  | 2,10±0,13        | 2,30±0,10 | 2,10±0,07 | 2,60±0,10 |
| Klebsiella                   | 1,60±0,07        | 2,10±0,11 | 2,10±0,12 | 2,30±0,11 |
| Qo'ziqorinlar gr.<br>Candida | 3,15±0,12        | 4,10±0,22 | 4,00±0,20 | 3,10±0,10 |

3.14-jadvalda og'iz bo'shlig'ining orofaringeal hududida surunkali xoletsistit bilan og'rigan surunkali takrorlanuvchi aftoz stomatit bilan og'rigan bemorlarda deyarli barcha biotoplarning, ayniqsa tanglayning kolonizatsiyasida siljishlar mavjud:

- Laktobakteriyalarning kolonizatsiyasining sezilarli darajada pasayishi ( 1,10±0,05 ) ;
- 2.60±0.10) va Klebsiella ( 2.30±0.11) kabi gram-manfiy mikroorganizmlar tomonidan kolonizatsiyaning ko'payishi kuzatiladi ;
- Candida qo'ziqorinlari ( 3,10±0,10 ), streptokokklar ( 3,10±0,10 ) va stafilokokklar ( 3,40±0,13 ) zamburug'larining kolonizatsiyasida sezilarli o'sish

№ 3.15-

jadval An'anaviy davolanishdan keyin surunkali xoletsistitli CRAS

bemorlarida og'iz mikrobial biotoplarning kolonizatsiyaga chidamliligi  
dinamikasi (taqqoslash guruhi) ( $M \pm m$ ) CFU /  $\text{sm}^2$

| mikroblar guruhi         | Og'iz bo'shlig'i      |                       |                       |                   |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
|                          | Gum                   | Til                   | Yonoq                 | Osmon             |
| laktobakteriyalar        | $2,30 \pm 0,08$       | $2,00 \pm 0,07^*$     | $2,10 \pm 0,08$       | $1,10 \pm 0,05$   |
| Strepsalivar             | $3,15 \pm 0,18$       | $3,60 \pm 0,17^{***}$ | $1,30 \pm 0,06$       | $2,10 \pm 0,06^*$ |
| Strepmutanlar            | $2,60 \pm 0,07^*$     | $3,00 \pm 0,10$       | $1,10 \pm 0,04^*$     | $2,10 \pm 0,09$   |
| Strepmit                 | $2,30 \pm 0,08^{***}$ | $3,10 \pm 0,09^*$     | $1,15 \pm 0,06$       | $2,10 \pm 0,11$   |
| Staphylococcus aureus    | $2,10 \pm 0,09^*$     | $2,30 \pm 0,10^*$     | $2,60 \pm 0,07^*$     | $3,10 \pm 0,09$   |
| Escherichia              | $2,10 \pm 0,08$       | $2,30 \pm 0,08$       | $2,10 \pm 0,09$       | $2,30 \pm 0,08$   |
| Klebsiella               | $1,16 \pm 0,05^*$     | $2,10 \pm 0,11$       | $1,80 \pm 0,09^{***}$ | $1,10 \pm 0,03^*$ |
| Qo'ziqorinlar gr.Candida | $2,30 \pm 0,11^*$     | $2,10 \pm 0,12^*$     | $2,00 \pm 0,11^*$     | $3,10 \pm 0,17$   |

Eslatma: \* - tegishli parametrlarning "Davolashdan oldin" ga nisbatan farqlarining ahamiyati qayd etildi (\* -  $P < 0,001$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,05$ ).

Candida jinsining qo'ziqorinlari tomonidan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini kolonizatsiya qilish chastotasi va zichligi oshishi e'tiborni tortadi ( $3,10 \pm 0,18$ ). Taqqoslash guruhida an'anaviy davolanishdan so'ng, kolonizatsiya barcha biotoplarga ta'sir qildi, ayniqsa og'iz bo'shlig'ining orqa qismi - orofaringeal hududga ta'sir ko'rsatdi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida paydo bo'lish chastotasi 23 baravar, orofaringeal zonaning kolonizatsiya zichligi esa 3-5 marta oshdi. Candida jinsining xamirturushsimon qo'ziqorinlaridan *C. albicans*, *C. \_ crusei*, *C. \_ tropicalis*.

CRAS bilan og'rigan bemorlarda gramm-musbat og'iz mikroorganizmlari orasida, hatto an'anaviy davolashdan keyin ham, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini, ayniqsa stafilokokklar tomonidan kolonizatsiya qilish tendentsiyasi aniqlangan ( $3,10 \pm 0,11$ ) va streptokokklarning kolonizatsiya qobiliyati sezilarli darajada kamaydi. Shunday qilib, Strning mustamlakachilik qobiliyati. mutans biroz kamaydi va mos ravishda ( $2,10 \pm 0,07$ ) ni tashkil etdi.

Surunkali xoletsistitli orofaringeal mintaqada CRAS bilan og'rigan bemorlarning og'iz bo'shlig'ining xamirturushga o'xshash qo'ziqorinlari tomonidan kolonizatsiyasini o'rganish ushbu mikroblar tomonidan kolonizatsiya zichligi yuzlab marta oshganligini aytishga imkon beradi. Zamburug'lar milk, til, yonoq va tanglay shilliq pardalarini kolonizatsiya qilgan, zamburug'larning tur tuzilishida sog'lom odamlarda mikrobiotsenoz uchun noodatiy turlarning paydo bo'lishi qayd etilgan (3.16-rasm).

Shuni ta'kidlash kerakki, umuman olganda, CRAS bilan og'rigan bemorlarda an'anaviy terapiya anaerob va fakultativ mikrofloraga ijobiy ta'sir ko'rsatdi, garchi bu o'zgarishlar faqat gramm-manfiy floraga nisbatan sezilarli ekanligini ta'kidlash kerak. Biroq, bu tadqiqotlar hali ham patogen stafilokokklar, Str yuqori sur'atlarini saqlab. mutans va Candida jinsining qo'ziqorinlari. Ushbu ma'lumotlarga asoslanib, shuni ta'kidlash kerakki, ushbu bemorlar tomonidan o'tkazilgan an'anaviy terapiya, ayniqsa Candida jinsining qo'ziqorinlariga nisbatan to'liq samarali emas edi.

Shunday qilib, an'anaviy davolash paytida mikroblarning ko'payishi sindromi surunkali xoletsistit fonida CRAS bemorlarining orofaringeal zonasi biotopida eng aniq namoyon bo'ladi.

3.16-jadval

Asosiy guruhdagi surunkali xoletsistitli CRAS bemorlarida og'iz mikroblarining kolonizatsiyaga chidamliligi xususiyatlari  
 $M \pm m \text{ CFU} / \text{sm}^2$

| Yo'q.   | Mikroblar guruhlari   | Og'iz bo'shlig'ining biotoplari |             |            |            |
|---------|-----------------------|---------------------------------|-------------|------------|------------|
|         |                       | Gum                             | Til         | Yonoq      | Osmon      |
| bitta.  | laktobakteriyalar     | 1,00±0,0 3                      | 1,20± 0,02  | 1,30±0,0 4 | 1,20±0,0 4 |
| 2.      | Strepsalivar          | 2,10± 0,05                      | 3,10±0,1 1  | 2,30± 0,09 | 3,10±0,1 1 |
| 3.      | Strepmutanlar         | 2,40±0,0 7                      | 2,60± 0,08  | 1,40± 0,06 | 2,10±0,0 7 |
| 4.      | Strepmit              | 2,10±0,0 5                      | 2,10±0,0 4  | 1,15± 0,03 | 2,20± 0,06 |
| 5.      | Staphylococcus aureus | 3,40± 0,09                      | 3,60± 0,11  | 3,20±0,11  | 3,40±0,1 1 |
| 6.      | Escherichia           | 2,20± 0,06                      | 2,10± 0,09  | 2,20±0,0 7 | 2,40±0,1 2 |
| 7.      | Klebsiella            | 1,50±0,0 3                      | 2,20± 0,08  | 2,30± 0,09 | 2,20±0,1 2 |
| sakkiz. | Qo'ziqorin Candida gr | 3,10± 0,08                      | 3,20 ± 0,14 | 3,60± 0,17 | 3,10±0,0 7 |

3.16-jadvaldan. surunkali xoletsistit bilan og'iz bo'shlig'ining orofaringeal mintaqasining surunkali takrorlanuvchi aftozli stomatiti bo'lgan asosiy guruhdagi bemorlarda, shuningdek, taqqoslash guruhida barcha biotoplarning kolonizatsiyasida, ayniqsa osmonda siljishlar kuzatilganligini ko'rish mumkin. biotop:

- Laktobakteriyalarning kolonizatsiyasining sezilarli darajada pasayishi (  $1,20 \pm 0,04$  ) ;
- $2,40 \pm 0,12$ ) va Klebsiela (  $2,20 \pm 0,12$ ) kolonizatsiyasining ortishi qayd etilgan ;
- Candida qo'ziqorinlari (  $3,10 \pm 0,07$  ), streptokokklar (  $3,10 \pm 0,07$  ) va stafilokokklar (  $3,40 \pm 0,11$  ) kolonizatsiyasining sezilarli darajada oshishi .

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan CRAS bemorlarining asosiy guruhida an'anaviy terapiyadan tashqari, o'ziga xos davolash uchun bakterisidimni qo'llash bilan murakkab patogenetik davolashni qo'lladik. Og'iz bo'shlig'i mikroflorasining sezgirligini aniqlash uchun olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz surunkali xoletsistitli CRAS bilan kasallangan bemorlarda baktizidimdan foydalanish samaradorligini o'rganishni o'tkazdik. Baktisidimdan foydalangandan so'ng bemorlarda og'iz bo'shlig'i mikroflorasida sezilarli ijobiy o'zgarishlar kuzatildi (3.17-jadval). Shunday qilib, mikroblar va laktobakteriyalarning anaerob guruhining miqdoriy ko'rsatkichlari nazorat ko'rsatkichlariga juda yaqin. Xuddi shunday ijobiy o'zgarishlar fakultativ florada ham sodir bo'ldi.

№ 3.17-jadval

Kompleks davolashdan keyin asosiy guruhdagi CRAS bemorlarida og'iz bo'shlig'i mikrobial biotoplarining kolonizatsiyaga chidamliligi dinamikasi

$M \pm m$  CFU /  $sm^2$

| mikroblar guruhi  | Og'iz bo'shlig'i    |                     |                   |                   |
|-------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
|                   | Gum                 | Til                 | Yonoq             | Osmon             |
| laktobakteriyalar | $3,00 \pm 0,14$ *   | $2,15 \pm 0,09$ *   | $1,30 \pm 0,05$   | $1,00 \pm 0,04$ * |
| Strepsalivar      | $3,10 \pm 0,15$ *   | $3,20 \pm 0,13$     | $2,12 \pm 0,10$   | $1,30 \pm 0,05$ * |
| Strepmutanlar     | $2,10 \pm 0,10$ *** | $3,00 \pm 0,14$ *** | $1,10 \pm 0,04$ * | $1,10 \pm 0,05$ * |

|                       |               |              |              |             |
|-----------------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| Streptmit             | 2,30±0,07 *** | 2,40±0,10 ** | 1,30±0,04 ** | 1,10±0,05 * |
| Staphylococcus aureus | 2,00±0,11 *   | 2,00±0,12 *  | 1,10±0,03 *  | 1,00±0,04 * |
| Escherichia           | 1,70±0,05 *   | 1,60±0,03 *  | 1,75±0,00 *  | 1,80±0,00 * |
| Klebsiella            | 1,10±0,04 *   | 1,40±0,00 *  | 1,30±0,00 *  | 1,20±0,00 * |
| Qo'ziqorin gr Candida | 3,35±0,09 *** | 2,15±0,09 *  | 1,00±0,03 *  | 0,00±0,00 * |

Eslatma: \* - tegishli parametrlarning "Davolashdan oldin" ga nisbatan farqlarining ahamiyati qayd etildi (\* -  $P < 0,001$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,05$ ).

Eng ijobiy o'zgarishlar gram-musbat florada sodir bo'ldi, streptokokk shtammlarining miqdoriy ko'rsatkichlari normal qiymatlarga yaqin edi. Eng ijobiy omillardan biri, bizning fikrimizcha, stafilokokklarning patogen shtammlarini yo'q qilish, shuningdek, bakteritsidning Candida jinsi qo'ziqorinlariga kuchli antifungal ta'siri og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini soda eritmasi bilan oldindan sug'orishdan keyin kuchayadi. ATMOKO irrigator, bundan tashqari, preparat og'iz bo'shlig'i shilliq qavatiga yopishtiruvchi xususiyatlarga ega va bir martalik ta'sir qilishdan keyin 65 soat davomida unda qoladi, buning natijasida preparat mikroblarning, ayniqsa Candida jinsi qo'ziqorinlarining rivojlanishiga to'sqinlik qiladi.

Murakkab davolanishni olgan bemorlarning bir guruhida biz og'iz bo'shlig'ining kolonizatsiya qarshiligi holatini tahlil qildik. Ushbu tadqiqotlar davomida olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, biz og'iz bo'shlig'ining barcha sohalarida, ayniqsa orofaringeal mintaqada eng aniq ifodalangan ijobiy o'zgarishlarni oldik. Shunday qilib, barcha biotoplarda stafilokokkning kamayishi kuzatiladi, ayniqsa orofaringeal mintaqada davolashdan oldingi indeksga nisbatan  $3,40 \pm 0,11$  dan  $1,00 \pm 0,04$  gacha aniqlanadi ( $P < 0,001$ ), Escherichia -  $2,40 \pm 0,12$  dan  $1,080$  dyuymgacha. davolashdan oldingi indeksga munosabati ( $P < 0,001$ ); Klebsiella - davolashdan oldingi indeksga nisbatan  $2,20 \pm 0,12$  dan  $1,20 \pm 0,00$  gacha ( $P < 0,001$ ); Candida jinsining qo'ziqorinlari davolashdan oldin indeksga nisbatan  $3,10 \pm 0,07$  dan  $0,00 \pm 0,00$  gacha kamayadi ( $P < 0,001$ ).

Xuddi shu bemorlarda biz patogenetik davolashdan keyin og'iz bo'shlig'ida mikroblarning paydo bo'lish spektri va chastotasi indekslarini o'rgandik. Olingan ma'lumotlar deyarli barcha mikroblar guruhlarida, ayniqsa mikroblarning patogen guruhlarida sezilarli ijobiy o'zgarishlarni ishonchli tarzda ko'rsatadi. Shuni ta'kidlash kerakki, ijobiy o'zgarishlar ayniqsa streptokokklar, stafilokokklar va Candida jinsining zamburug'lariga nisbatan yaqqol namoyon bo'ladi .

Shunday qilib, bizning tadqiqotlarimiz surunkali xoletsistit bilan og'rigan CRAS bilan og'rigan bemorlarda og'iz bo'shlig'ining mikroflorasi disbiotik o'zgarishlarga duchor bo'ladi, degan xulosaga kelishga imkon beradi, bu makroorganizmning umumiy qarshiligining pasayishi bilan ifodalanadi va bu holatga salbiy ta'sir qiladi. mahalliy og'iz bo'shlig'ini himoya qilish omillari va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining kolonizatsiya qarshiligining buzilishi bilan birga keladi. ATMOKO irrigatori tomonidan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini soda eritmasi bilan oldindan sug'orish orqali bakterizidim bilan kompleks patogenetik davolash og'iz bo'shlig'ining ham mikrobiologik, ham immunologik ko'rsatkichlariga ijobiy ta'sir ko'rsatdi va umuman olganda, kasallikning kechishini va shakllanishini sezilarli darajada yaxshiladi. normotsenoz.

Davolashdan oldin va keyin tadqiqot guruhlarida CRAS bemorlarining og'iz mikroorganizmlarining miqdoriy tahlilini o'rgandik (3.18-jadval). Shunday qilib, odatda og'iz suyuqligida oltin stafilokokklar va gemolitik streptokokklar paydo bo'lmaydi. Biroq, o'rganilgan guruhlarda bu patogenning o'rtacha titrlari  $3,30 \pm 0,16$  -  $2,40 \pm 0,09$  Lg darajasida o'zgarib turdi . KOE / ml va gemolitik streptokokkni aniqlash titrlari  $2,40 \pm 0,12$  -  $5,15 \pm 0,17$  Lg darajasida o'zgarib turdi . COE / ml (  $P < 0,001$  ). Shartli patogen mikroorganizmlarning vakillari Escherichia LP va LN mos ravishda  $1,30 \pm 0,06$  -  $2,50 \pm 0,10$  va  $3,30 \pm 0,13$  -  $4,10 \pm 0,14$  Lg titrlarida kuzatildi . KOE / ml og'iz bo'shlig'ining normal florasida ham ko'rinmaydi. Candida jinsining zamburug'lari  $2,50 \pm 0,13$  -  $2,60 \pm 0,10$  darajasida qayd etilgan, normal qiymatlar esa  $2,15 \pm 0,08$  Lg . COE /ml (  $P < 0,001$  ) (3.18-jadval).

Og'iz bo'shlig'ida patogen va shartli patogen mikrofloralar darajasining oshishi fonida normoflora vakillari titrlarining pasayishi kuzatiladi. Shunday qilib, epidermal darajadagi ko'rsatkichlar  $2,15 \pm 0,08$  Lg ni tashkil qiladi. KOE / ml  $3,70 \pm 0,06$  Lg . COE / ml va saprofit stafilokokklar  $2,60 \pm 0,11$  Lg . COE / ml -  $3,20 \pm 0,11$  Lg . COE / ml mos ravishda kamaydi, nazoratda  $4,40 \pm 0,15$  va  $4,70 \pm 0,21$  Lg . COE / ml. Shuni ta'kidlash kerak Surunkali xoletsistit bilan og'iz bo'shlig'i suyuqligida patogen *Staphylococcus aureus* va gemolitik streptokokkning orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan og'rigan bemorlarda *Candida* jinsining qo'ziqorinlari bilan birikmasi kasallikning klinik kechishi uchun noqulay omil hisoblanadi. Ushbu patogen mikroorganizmlarning kombinatsiyasi og'iz bo'shlig'ining disbiyozini hosil qildi.

| Yo' q.   | Mikroblar guruhlari        | Norm      | 1 ml tuprikdagi mikroblar soni |                   |                    |                   |                    |
|----------|----------------------------|-----------|--------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
|          |                            |           | Hisoblagich                    | Taqqoslash guruhi |                    | Asosiy guruh      |                    |
|          |                            |           |                                | davolashdan oldin | davolashdan keyin. | davolashdan oldin | davolashdan keyin. |
| bitt a   | Anaeroblarning umumiy soni | 6,40±0,27 | 3,21±0,16*                     | 4,50±0,22* x      | 4,80±0,25* x       | 4,50±0,13* x      | 5,40±0,24** xΔ     |
| 2        | laktobakter                | 5,10±0,14 | 3,20±0,04*                     | 2,10±0,06* x      | 3,30±0,08* Δ       | 2,15±0,05* x      | 4,70±0,22 xΔ       |
| 3        | Peptostreptokokklar        | 3,95±0,13 | 3,12±0,05*                     | 3,43±0,15***      | 3,67±0,15 x        | 3,40±0,11** x xx  | 3,86±0,16 xΔΔΔ     |
| 4        | umumiy soni                | 4,70±0,15 | 5,10±0,19                      | 5,40±0,22**       | 5,10±0,24          | 7,15±0,24* x      | 4,50±0,13 x xxΔ    |
| 5        | Xodimlar .z olotist        | 0,00±0,00 | 2,63±0,15*                     | 3,30±0,16* x x    | 1,20±0,03* xΔ      | 2,40±0,09*        | 0,00±0,00 xΔ       |
| 6        | Xodimlar .e piderm .       | 4,40±0,15 | 2,00±0,06*                     | 2,15±0,08*        | 4,10±0,12 xΔ       | 3,70±0,06* x      | 4,20±0,14 xΔΔ      |
| 7        | .Aprof bilan .             | 4,70±0,21 | 2,48±0,10*                     | 2,60±0,11*        | 4,05±0,20*** xΔ    | 3,20±0,11* x      | 4,10±0,10*** xΔ    |
| sak kiz  | Strept .g emol .           | 2,50±0,14 | 2,70±0,16                      | 2,40±0,12         | 1,00±0,05* xΔ      | 5,15±0,17* x      | 0,00±0,00* xΔ      |
| to'qqi z | Strept.n egem .            | 3,16±0,16 | 2,30±0,06*                     | 2,40±0,08*        | 3,20±0,15 xΔ       | 4,60±0,19* x      | 4,20±0,08* x       |
| o'n      | Escherichia LP             | 1,30±0,06 | 1,20±0,07                      | 1,30±0,06         | 1,20±0,02          | 2,50±0,10* x      | 1,20±0,02Δ         |
| o'n bir  | Escherichia LN             | 0,00±0,00 | 3,40±0,10*                     | 3,30±0,13*        | 2,70±0,04* xΔ      | 4,10±0,14* x      | 0,00±0,00 xΔ       |
| 12       | Proteus                    | 2,10±0,10 | 1,50±0,07*                     | 1,40±0,02*        | 1,70±0,07** x xxΔ  | 1,30±0,06* x xx   | 2,10±0,05 xΔ       |

|                |                                     |           |            |              |                        |            |                          |
|----------------|-------------------------------------|-----------|------------|--------------|------------------------|------------|--------------------------|
| o'n<br>uc<br>h | Candida jinsining<br>qo'ziqorinlari | 2,15±0,08 | 2,80±0,15* | 2,50±0,13*** | 2,30±0,08 <sup>x</sup> | 2,60±0,10* | 2,20±0,09 <sup>xΔΔ</sup> |
|----------------|-------------------------------------|-----------|------------|--------------|------------------------|------------|--------------------------|

66

3.18-jadval

CRAS bilan og'rigan bemorlarda og'iz mikroorganizmlarining miqdoriy tahlili solishtirish  
guruhida va asosiy guruhda davolashdan oldin va keyin  
( M ± mLg . KOE / ml)

Eslatma: \* - me'yorga nisbatan farqlarning ahamiyati qayd etildi (\* -  $P < 0,001$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,05$ ), <sup>x</sup> - nazoratga nisbatan (<sup>x</sup> -  $P < 0,001$ ; <sup>xx</sup>  $P < 0,01$ ; <sup>xxx</sup> -  $P < 0,05$ ), <sup>Δ</sup> - davolashdan oldingiga nisbatan (<sup>Δ</sup> -

guruhlarda davolash boshlanishidan oldin disbiyozning klinik va mikrobiologik ko'rinishlari bir hil edi , 9,57-10,00% hollarda ular disbiyotik o'zgarishlarga to'g'ri keldi; 46,66-50,00% bemorlarda mikrobiotsenozdagi o'zgarishlar I - II bosqich disbakterioz va 40,62-43,33% - III bosqich disbakterioz deb baholandi.

O'rganilgan guruhlarda normotsenozli bemorlar yo'q edi va ayni paytda IV darajali disbiyozning og'ir shakllari bo'lgan bemorlar yo'q edi. ATMOKO irrigatori yordamida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini soda eritmasi bilan oldindan sug'orish va bakteriyaga qarshi ta'sirga ega bo'lgan yopishtiruvchi bakteritsid preparatini qo'llash, oltin stafilokokk, gemolitik kabi patogen va opportunistik mikroorganizmlar darajasining pasayishiga yordam berdi. streptokokklar, Escherichia va Candida zamburug'lari .

Shu munosabat bilan, rezident mikrofloraning titrlari sezilarli darajada oshdi va saprofit va epidermal stafilokokklar va laktobakteriyalar. Og'iz bo'shlig'ini ATMOKO irrigatori bilan soda eritmasi bilan oldindan sug'orish tahlili va asosiy guruhdagi og'iz suyuqligida bakterisidimni yopishtiruvchi, antibakterial, fungitsid dori sifatida qo'llash an'anaviy davolash bilan solishtirganda uning yuqori samaradorligini ko'rsatdi.

Nazorat guruhidagi bemorlarda mikrobiotsenozning o'zgarishi umumiy mikrobial kontaminatsiyaning 12,1% ga kamayishidan iborat (  $P > 0,05$ ). Taqqoslash guruhi va asosiy guruhdagi mos keladigan pasayish 9,6% (  $P < 0,05$ ) va 16,7% ( $P < 0,01$ ) ni tashkil etdi.

Staphylococcus aureus va gemolitik streptokokk titrlarining pasayishi nazorat guruhida 12,6% (  $P < 0,01$ ) va 14,9% ( $P < 0,01$ ); taqqoslash guruhida mos ravishda 16,4% ( $P < 0,001$ ) va 29,3% ( $P < 0,001$ ); davolash kursining oxirida asosiy guruhda patogen mikroorganizmlar yo'q edi. Nazorat guruhida Escherichia LP va LN, Proteus va Candida jinsining qo'ziqorinlari kabi opportunistik mikroorganizmlarning kamayishi darajasi mos ravishda 7,7% ni tashkil etdi (  $P$

<0,01); 3% ( $P<0,01$ ); 28,6% ( $P<0,01$ ) va 10,8% ( $P<0,01$ ) 7,7% ( $P<0,01$ ); 20,6% ( $P<0,01$ ); Taqqoslash guruhida 8% ( $P<0,01$ ) va 50% ( $P<0,01$ ).

Asosiy guruhda *Escherichia LP* ning o'rtacha titrlari 14,3% ga, *Escherichia LN* - 26,5% ga kamaydi; *proteus* - 66,6% ga va *Candida* jinsining qo'ziqorinlari 15,4% ga ( $P<0,01$ ). Shunday qilib, patogen va opportunistik mikroorganizmlarni yo'q qilishning maksimal samaradorligi asosiy guruhda qayd etilgan, minimal samaradorlik nazorat guruhida bo'lgan. Opportunistik va patogen mikroflorani yo'q qilish normotsenoz vakillarining titrlarining oshishi bilan sinxronlashtirildi.

Shunday qilib, laktobakteriyalar, saprofitik stafilokokklar va gemolitik bo'lmagan streptokokklar titrlari kabi nazorat guruhidagi normotsenoz vakillari 32,7% ga oshdi ( $P<0,01$ ); 35,9% ( $P<0,01$ ) va 20,0% ( $P<0,01$ ). Nazorat guruhidagi mos keladigan o'sish -34,4% ( $P<0,01$ ); 41,9% ( $P<0,01$ ); 42,5% ( $P<0,01$ ) va asosiy guruhda mos ravishda 36,4% ( $P<0,01$ ); 42,4% ( $P<0,01$ ) va 47,7% ( $P<0,01$ ) (3.15-rasm).

### 3.15-rasm. Bactisidim yopishtiruvchi preparatni qo'llash bilan kompleks davolashdan so'ng doimiy mikroflora titrining oshishi

Shunday qilib, mikrobiologik tadqiqot usullarining natijalari shuni ko'rsatdiki, bactisidim yopishtiruvchi preparatni qo'llash bir vaqtning o'zida oddiy mikrofloraning vakillarini faollashtirish bilan shartli patogen va patogen mikroflorani inhibe qiladi.

Guruhlar (normal, nazorat, taqqoslash guruhi va asosiy) o'rtasida normal taqsimotga ega bo'lgan miqdoriy ko'rsatkichlardagi farqlarning statistik ahamiyati Fisherning F testini hisoblash orqali dispersiyaning bir tomonlama tahlili yordamida baholandi. Fisher F mezonining hisoblangan qiymati kritik qiymatdan past bo'lgan taqdirda, o'rganilayotgan omilning belgining o'rtacha qiymatlarining tarqalishiga statistik jihatdan ahamiyatli ta'siri yo'q degan xulosaga keldi. Aks holda, mustaqil

omilning o'rtacha qiymatlarning tarqalishiga sezilarli ta'siri ma'lum bir statistik ahamiyatga ega bo'lgan darajada tan olingan.

| ANOVA                            |                    |                       |          |               |         |       |
|----------------------------------|--------------------|-----------------------|----------|---------------|---------|-------|
|                                  |                    | Kvadratlar yig'indisi | Aziz St. | O'rta kvadrat | F       | R     |
| Anaeroblarning umumiy soni       | Guruhlar o'rtasida | 104.357               | 3        | 34.786        | 27.952  | 0.000 |
| laktobakteriyalar                | Guruhlar o'rtasida | 151.677               | 3        | 50.559        | 298.837 | 0.000 |
| Peptostreptokokklar              | Guruhlar o'rtasida | 7.297                 | 3        | 2.432         | 3.824   | 0,012 |
| Aeroblarning umumiy soni         | Guruhlar o'rtasida | 136.158               | 3        | 45.386        | 21.612  | 0.000 |
| Staphylococcus aureus            | Guruhlar o'rtasida | 150.059               | 3        | 50.020        | 87.665  | 0.000 |
| Staphylococcus epidermidis       | Guruhlar o'rtasida | 115.230               | 3        | 38.410        | 166.288 | 0.000 |
| Streptococcus salivarius         | Guruhlar o'rtasida | 80.150                | 3        | 26.717        | 45.046  | 0.000 |
| Streptococcus mutans             | Guruhlar o'rtasida | 230.221               | 3        | 76.740        | 83.852  | 0.000 |
| Streptococcus mitis              | Guruhlar o'rtasida | 173.164               | 3        | 57.721        | 59.787  | 0.000 |
| Escherichia LP                   | Guruhlar o'rtasida | 48.915                | 3        | 16.305        | 58.940  | 0.000 |
| Escherichia LN                   | Guruhlar o'rtasida | 131.357               | 3        | 43.786        | 66.318  | 0.000 |
| Proteus                          | Guruhlar o'rtasida | 9.732                 | 3        | 3.244         | 26.683  | 0.000 |
| Candida jinsining qo'ziqorinlari | Guruhlar o'rtasida | 4.649                 | 3        | 1550          | 3.033   | 0,032 |

Mikroorganizmlarning sezgirlikni aniqlash

dorivor mahsulot in vitro sharoitda !

$$(M \pm m) m m$$

Davolashning antibakterial samaradorligini baholash uchun dastlab biz bir qator dori-darmonlarni tanladik: xlorheksidin, loroben, baktisidim . Og'iz bo'shlig'ida eng ko'p uchraydigan mikroblarning ushbu dorilarga sezgirlik bo'yicha tadqiqot o'tkazildi: tadqiqotlar davomida olingan ma'lumotlar 3.19 - jadvalda keltirilgan.

Xlorheksidin ham sezilarli antibakterial ta'sirga ega bo'lib, ayniqsa grammusbat mikroblar guruhiga juda sezgir . Shu bilan birga , antibakterial ta'sir stafilokokklar,

streptokokklar va escherichia bilan bog'liq holda eng aniq namoyon bo'ldi, ammo u zamburug'lar va Pseudomonas aeruginosa ga eng zaif ta'sir ko'rsatdi.

3.19-jadvaldan. ko'rinib turibdiki , Loroben preparati o'rganilayotgan mikroblarning barcha guruhlariga sezilarli darajada yuqori antibakterial ta'sir ko'rsatdi, ammo u o'sishni inhibe qilish zonasining 25,0 dan 28,0 mm gacha bo'lgan Esch stafilokokklariga eng aniq ta'sir ko'rsatdi . Coli LP (  $18,0 \pm 0,3$  ) , Enterobacter (  $18,0 \pm 0,3$  ) , Ps . aeruginosa va Candida jinsining qo'ziqorinlari (  $16,0 \pm 0,3$  )

Baktizidimni ATMOKO irrigatoridan foydalangan holda soda eritmasi bilan SOPRni oldindan sug'orish bilan qo'llashda mikroblar sonining kamayishining yanada aniq dinamikasi kuzatildi. Shunday qilib, o'sishning kechikish zonasi Staphga to'g'ri keladi. Aureus (  $27,0 \pm 0,3$  ), Esch . Coli LN (  $24,0 \pm 0,2$  ) , Esch . Coli LR (  $20,0 \pm 0,1$  ), Enterobacter (  $27,0 \pm 0,1$  ) Baktizidim guruhida yuqori edi . Candida spp (  $16,0 \pm 0,1$  ) izolyatsiyasining chastotasini aniqlashda qiziqarli ma'lumotlar olingan . Baktizidimdan foydalanganda uni aniqlash darajasi taxminan 2,5 baravar kamaydi (31,8% dan 13,6% gacha) .

3 -jadval .19

Ba'zi mikroblarning sezgirliги  
dorivor mahsulot in vitro sharoitda !  
(M ± m ) m m.

| Yo<br>'q. | Mikroorganizmlar  | Xlorheksidin   | Loroben        | bakteritsid    |
|-----------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| bit<br>ta | Staf. aureus      | $26,0 \pm 0,3$ | $25,0 \pm 0,5$ | $27,0 \pm 0,3$ |
| 2         | St.epidermidis    | $24,0 \pm 0,3$ | $28,0 \pm 0,4$ | $28,0 \pm 0,1$ |
| 3         | Aziz saprofiticus | $22,0 \pm 0,3$ | $25,0 \pm 0,4$ | $25,0 \pm 0,1$ |
| 4         | Str. pyogens      | $20,0 \pm 0,3$ | $22,0 \pm 0,3$ | $20,0 \pm 0,4$ |
| 5         | Esch . Coli LN    | $24,0 \pm 0,4$ | $20,0 \pm 0,3$ | $24,0 \pm 0,2$ |
| 6         | Esch . Coli L R   | $20,0 \pm 0,3$ | $18,0 \pm 0,3$ | $20,0 \pm 0,1$ |
| 7         | Enterobakter      | $15,0 \pm 0,2$ | $18,0 \pm 0,3$ | $27,0 \pm 0,1$ |

|                |                   |           |            |            |
|----------------|-------------------|-----------|------------|------------|
| sa<br>kki<br>z | Ps aeruginosa     | 14,0± 0,2 | 16,0 ± 0,3 | 25,0 ± 0,1 |
| to'            | Candida albicans  | 12,0± 0,2 | 16,0 ± 0,3 | 16,0 ± 0,1 |
| qqi<br>z       |                   |           |            |            |
| o'n            | laktobakteriyalar | 16,0±0,3  | 20,0 ± 0,2 | 22,0 ± 0,2 |

Eslatmalar: Birliklar mikrobial inhibitsiyon zonasining mm larida.

Shunday qilib, asosiy guruhdagi og'iz suyuqligida antibakterial dori sifatida surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bemorlarida disbiotik o'zgarishlarni bartaraf etishda ATMOKO irrigatoridan foydalangan holda og'iz suyuqligini soda eritmasi bilan oldindan sug'orish bilan biktizidimdan foydalanish tahlili. an'anaviy davolash bilan solishtirganda o'zining yuqori samaradorligini ko'rsatdi vitro .

3.19-jadvaldan ko'rinib turibdiki, davolanishdan oldin nazorat guruhidagi 2 ( 10,0±6,71 ) sog'lom odamda disbiotik siljish, 10 ta ( 50,0±11,18 ) I - II darajali disbioz, 8 ta ( 40,0 ± 10,95 ) - disbioz aniqlangan. III - daraja. Shuni ta'kidlash kerakki, davolanishdan so'ng 4 ( 20,0±8,94 ) sog'lom odamda normotsenoz, 8 ( 40,0±10,95 ) sog'lom odamda disbiotik siljish, 8 ( 40,0±10,95 ) sog'lom odamda I II darajali disbiyoz (Pirson) qayd etilgan. -kvadrat = 15,822; p = 0,001).

Taqqoslash guruhida davolanish tugagandan so'ng (3.20-jadval), surunkali xoletsistit fonida CRASning 16 (38,10 ± 7,49%) bemorlarida normotsenoz, 17 bemorda (40,48 ± 7,57%) disbiotik siljish, 9 tasida (40,48 ± 7,57%) qayd etilgan. 21,43±6,33%) - I-II darajali disbakterioz (Pirsonning Chi-kvadrati = 43,718; p = 0,000).

surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda orofaringeal mintaqada CRASni kompleks davolashda ATMOKO irrigatoridan foydalangan holda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini soda eritmasi bilan oldindan sug'orish bilan bakteritsid yopishtiruvchi preparat yordamida davolash natijalari quyidagicha baholandi:

normotsenoz. 26 bemorda ( $48,15 \pm 6,80\%$ ), disbiotik siljish - 28 kishida ( $51,85 \pm 6,80\%$ ) (Pirson X-kvadrati = 70,720;  $p = 0,000$ ) kuzatilgan, I-II, III va IV darajali disbakteriozlar mavjud emas. asosiy guruh (3.16-rasm).

Nazorat guruhida davolash kursi oxirida opportunistik va patogen mikroorganizmlarning yuqori titrlarini aniqlashning olingan natijalari mikrofloraning xususiyatlari, an'anaviy antiseptik, ya'ni xlorheksidinga chidamli mikroorganizmlarning paydo bo'lishi bilan izohlanadi. Shubhasiz, antiseptiklarni qo'llash mikroorganizmlarning chidamli shakllarining paydo bo'lishi bilan to'la va bu holat shilliq qavatdagi surunkali yallig'lanish jarayoni uchun qulay emas.

Baktizidim yopishtiruvchi preparat eritmasi bilan davolash samarali bo'ldi, buning natijasida surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda orofaringeal mintaqada CRAS bilan og'rigan bemorlarning asosiy guruhida opportunistik mikroorganizmlar sonining kamayishiga erishish mumkin edi. . Shunday qilib, Escherichia LP ning o'rtacha titrlari 14,3% ga, Escherichia LN - 26,5% ga kamaydi; proteus - 66,6% ga va Candida jinsining qo'ziqorinlari - 15,4% ga ( $P < 0,01$ ). Taqqoslash guruhidagi bemorlarda Escherichia LA va LN, Proteus va Candida jinsining zamburug'larining kamayishi mos ravishda 7,7% ga kamaydi ( $P < 0,01$ ); 20,6% ( $P < 0,01$ ); 8% ( $P < 0,01$ ) 50,0% ( $P < 0,01$ ) (Pirsonning Chi-kvadrati = 43,718;  $p = 0,000$ ), nazorat guruhiga nisbatan mos ravishda - 7,7% ( $P < 0,01$ ); 3% ( $P < 0,01$ ); 28,6 ( $P < 0,01$ ) va 10,8% ( $P < 0,01$ ) (Pirsonning Chi-kvadrati = 15,822;  $p = 0,001$ ).

Mikrobiologik tadqiqotlar natijasida olingan natijalarning korrelyatsion tadqiqoti o'tkazildi.

Anaeroblarning umumiy sonining o'zgaruvchilari o'rtasidagi bog'liqlik isbotlandi: laktobacillus  $r = 0,373$  ( $p < 0,001$ ); peptostreptokokklar  $r = 0,349$  ( $p < 0,001$ ); Staphylococcus aureus  $r = 0,344$  ( $p < 0,001$ ); staphylococcus epidermidis  $r = 0,421$  ( $p < 0,001$ ); Escherichia LN  $r = 0,348$  ( $p < 0,001$ ); Proteus  $r = 0,250$  ( $p < 0,05$ ).

|                            |                | Anaeroblarning umumiy soni | laktobakteriyalar | Peptostreptokokklar | Aeroblarning umumiy soni | Staphylococcus aureus | Staphylococcus epidermidis | Streptococcus salivarius | Streptococcus mutans | Streptococcus mitis | Escherichia LP | Escherichia LN | Protokus | Candida jinsining qo'ziqorinlari |
|----------------------------|----------------|----------------------------|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|----------------|----------------|----------|----------------------------------|
| Anaeroblarning umumiy soni | Ko'r. Pe arson | bitta                      | .373 **           | .349 **             | - 0,008                  | -,344 **              | .421 **                    | 0,162                    | - 0,034              | - 0,098             | - 0,061        | - ,348 **      | .250 **  | - 0,130                          |

|                            |                |          |          |        |          |          |          |          |          |          |           |           |         |          |
|----------------------------|----------------|----------|----------|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|---------|----------|
|                            | R              |          | 0.000    | 0.000  | 0,922    | 0.000    | 0.000    | 0,060    | 0,695    | 0,256    | 0,479     | 0,000     | 0,003   | 0,132    |
|                            | N              | 136      | 136      | 136    | 136      | 136      | 136      | 136      | 136      | 136      | 136       | 136       | 136     | 136      |
| laktobakteriyalar          | Ko'r. Pe arson | .373 **  | bitta    | .204 * | -,335 ** | -,674 ** | .362 **  | 0,024    | -,312 ** | -,359 ** | - ,292 ** | - ,623 ** | .559 ** | - 0,168  |
|                            | R              | 0.000    |          | 0,017  | 0,000    | 0.000    | 0.000    | 0,779    | 0.000    | 0.000    | 0,001     | 0,000     | 0,000   | 0,051    |
|                            | N              | 136      | 136      | 136    | 136      | 136      | 136      | 136      | 136      | 136      | 136       | 136       | 136     | 136      |
| Peptostreptokokklar        | Ko'r. Pe arson | .349 **  | .204 *   | bitta  | - 0,084  | -0,124   | .178 *   | 0,109    | - 0,049  | - 0,094  | - 0,053   | - 0,026   | 0,100   | -,245 ** |
|                            | R              | 0.000    | 0,017    |        | 0,331    | 0,149    | 0,039    | 0,205    | 0,572    | 0,279    | 0,539     | 0,766     | 0,247   | 0,004    |
|                            | N              | 136      | 136      | 136    | 136      | 136      | 136      | 136      | 136      | 136      | 136       | 136       | 136     | 136      |
| Aeroblarning umumiy soni   | Ko'r. Pe arson | -0,008   | -,335 ** | -0,084 | bitta    | 0,053    | .200 *   | .256 **  | .494 **  | .420 **  | .368 **   | .340 **   | .379 ** | - 0,051  |
|                            | R              | 0,922    | 0.000    | 0,331  |          | 0,540    | 0,020    | 0,003    | 0.000    | 0.000    | 0,000     | 0,000     | 0,000   | 0,554    |
|                            | N              | 136      | 136      | 136    | 136      | 136      | 136      | 136      | 136      | 136      | 136       | 136       | 136     | 136      |
| Staphylococcus aureus      | Ko'r. Pe arson | -,344 ** | -,674 ** | -0,124 | 0,053    | bitta    | -,582 ** | -,269 ** | 0,040    | 0,077    | - 0,019   | .507 **   | .412 ** | 0,109    |
|                            | R              | 0.000    | 0.000    | 0,149  | 0,540    |          | 0.000    | 0,002    | 0,644    | 0,372    | 0,829     | 0,000     | 0,000   | 0,205    |
|                            | N              | 136      | 136      | 136    | 136      | 136      | 136      | 136      | 136      | 136      | 136       | 136       | 136     | 136      |
| Staphylococcus epidermidis | Ko'r. Pe arson | .421 **  | .362 **  | .178 * | .200 *   | -,582 ** | bitta    | .552 **  | .358 **  | .303 **  | .376 **   | - 0,120   | .212 *  | - 0,081  |

[illegible]

|                                            |                                 |        |        |          |                |       |        |            |       |            |           |           |               |       |
|--------------------------------------------|---------------------------------|--------|--------|----------|----------------|-------|--------|------------|-------|------------|-----------|-----------|---------------|-------|
| Candida<br>jinsining<br>qo'ziqori<br>nlari | Ko<br>r.<br>Pe<br>ar<br>so<br>n | -0,130 | -0,168 | -,245 ** | -<br>0,05<br>1 | 0,109 | -0,081 | -<br>0,083 | 0,038 | -<br>0,011 | 0,08<br>5 | .220<br>* | 0,<br>15<br>0 | bitta |
|                                            | R                               | 0,132  | 0,051  | 0,004    | 0,55<br>4      | 0,205 | 0,349  | 0,337      | 0,658 | 0,897      | 0,32<br>3 | 0,01<br>0 | 0,<br>08<br>1 |       |
|                                            | N                               | 136    | 136    | 136      | 136            | 136   | 136    | 136        | 136   | 136        | 136       | 136       | 13<br>6       | 136   |

3.16-rasm. Davolashdan oldin va keyin CRAS bilan og'rigan bemorlarda og'iz bo'shlig'ining mikrobiotsenozi holati

ATMOKO irrigatori tomonidan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini soda eritmasi bilan oldindan sug'orish bilan Bactizidim yopishtiruvchi preparatni qo'shgan holda kompleks davolashdan so'ng surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bemorlarining asosiy guruhidagi mikrobiologik

ko'rsatkichlarni tahlil qilish yuqori samaradorlikni ko'rsatdi. og'iz bo'shlig'ining mikrobiotsenozini tiklashda olingan natijalar.

3.20-

jadval Asosiy guruhdagi CRAS bilan og'rigan bemorlarning og'iz bo'shlig'ining mikrobiotsenozi holati va davolashdan oldin va keyin taqqoslash guruhi  
(  $M \pm m$  , % )

| Disbakterioz           | Nazorat guruhi<br>n= 20 |            | Taqqoslash guruhi<br>n= 42 |            | Asosiy guruh<br>n= 54 |            |
|------------------------|-------------------------|------------|----------------------------|------------|-----------------------|------------|
|                        | davolashdan<br>oldin    | keyin      | davolashdan<br>oldin       | keyin      | davolashdan<br>oldin  | keyin      |
| normotsenoz            | -                       | 4          | -                          | 16 _       | -                     | 26         |
|                        | -                       | 2 0,0±8,94 | -                          | 38,10±7,49 | -                     | 48,15±6,80 |
| Disbiotik o'zgarishlar | 2                       | sakkiz     | 5                          | 17 _       | 12                    | 28         |
|                        | 10,0±6,71               | 40,0±10,95 | 11,9±5,0                   | 40,48±7,57 | 22,22±5,66            | 51,85±6,80 |
| I - II daraja          | o'n                     | sakkiz     | 20                         | to'qqiz    | 26 _                  | -          |
|                        | 50,0±11,18              | 40,0±10,95 | 47,62±7,71                 | 21,43±6,33 | 48,15±6,80            | -          |
| III - daraja           | sakkiz                  | -          | 17 _                       | -          | 16 _                  | -          |
|                        | 40,0±10,95              | -          | 40,48±7,57                 | -          | 29,63±6,21            | -          |
| IV - daraja            | -                       | -          | -                          | -          | -                     | -          |

|   |                                             |                                             |                                             |
|---|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| R | Pirsonning chi-kvadrati = 15,822; p = 0,001 | Pirsonning chi-kvadrati = 43,718; p = 0,000 | Pirsonning chi-kvadrati = 70,720; p = 0,000 |
|---|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|

Eslatma: hisoblagichda -h maxrajdagı bemorlar sonı -  $M \pm m$  , bemorlar sonining%

Natijada kompleks davolash natijalari shunday baholandi, 26 kishida normotsenoz ( $48,15 \pm 6,80\%$ ), 28 kishida disbiotik siljish ( $51,85 \pm 6,80\%$ ), I-II, III disbakteriozlar kuzatilmadi. va asosiy guruhdagi bemorlarning IV darajalari, bu bakteritsid yopishtiruvchi preparatni qo'llash samaradorligini tasdiqlaydi.

surunkali xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda orofaringeal mintaqada CRASni kompleks davolashda ATMOKO irrigatoridan foydalangan holda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini soda eritmasi bilan oldindan sug'orish bilan (Pirsonning Chikvadrati = 70,720;  $p = 0,000$ ).

### § 3.3.2 Davolashdan oldin va keyin orofaringeal mintaqada CRAS bemorlarining immunologik tadqiqotlari natijalari

ORM kasalliklari ko'pincha ikkilamchi immunitet tanqisligi bilan birga keladi, bu tuprikni himoya qiluvchi omillarning potentsialining zaiflashishi va immunoglobulinlar miqdorining pasayishi tufayli orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda o'zini namoyon qiladi.

Og'iz bo'shlig'ini nonspesifik himoya qilish omillaridan biz quyidagi ko'rsatkichlarni o'rgandik: sekretor immunoglobulin A (sIgA), lizozim titri va fagotsitoz indeksi (3.21-jadval, rasm).

#### 3.21-jadval

Surunkali xoletsistitli orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarning og'iz bo'shlig'ini mahalliy himoya omillarining holati.

| Yo'q. | Ko'rsatkich                                        | Norm             | Bemorlarda         |
|-------|----------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| bitta | Lizozim titri mg %                                 | $19,60 \pm 0,44$ | $10,20 \pm 0,20^*$ |
| 2     | Fagotsitoz darajasi %                              | $56,00 \pm 2,13$ | $33,20 \pm 1,15^*$ |
| 3     | Sekretor immunoglobulin sinf A (sIgA) g/l darajasi | $2,30 \pm 0,11$  | $0,80 \pm 0,01^*$  |

Eslatma: \* - normaga nisbatan farqlarning ahamiyati qayd etildi (\* -  $P < 0,001$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,05$ ).

Sekretor immunoglobulin A (sIgA) C og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining mahalliy immunitetini himoya qilishda muhim rol o'ynaydi. sIgA bakteriyalar va

viruslarning epiteliya yuzasiga yopishish qobiliyatini inhibe qiladi va shu bilan patogen mikroblarning tanaga kirib borishini oldini oladi. Sekretor immunoglobulin A bodomsimon bezlar shilliq qavatining plazma hujayralari va lamina propria hujayralari tomonidan chiqariladi. Tuprikda boshqa immunoglobulinlarga qaraganda ko'p miqdorda sekretor immunoglobulin sIgA mavjud (3.21-jadval).

3.21-jadvalda og'iz bo'shlig'idagi asosiy guruhdagi bemorlarda har tomonlama immunitet tanqisligi mavjud. Shu bilan birga, sIgA darajasi  $0,80 \pm 0,01$  g/l, bu bemorlarda lizozim a titri  $10,20 \pm 0,20$  mg%, fagotsitoz indeksi  $33,20 \pm 1,15$  % (  $P < 0,001$  ) ni tashkil etdi.

3.21-jadval

Bemorlarda mahalliy og'izni himoya qilish omillarining dinamikasi

Davolanishdan oldin va keyin surunkali xoletsistitda CRAS ( $M \pm m$ )

| Ko'rsatkichlar | Norm            | Nazorat<br>n= 20      | Taqqoslash guruhi n= 42     |                                    | Asosiy guruh n = 54         |                                    |
|----------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
|                |                 |                       | Yotish uchun                | Keyin                              | Yotish uchun                | Keyin                              |
| Lizozim,%      | $19,6 \pm 0,44$ | $17,3 \pm 0,80^{***}$ | $12,40 \pm 0,17^*$          | $14,60 \pm 0,33^{* \times \Delta}$ | $10,20 \pm 0,20^{* \times}$ | $18,20 \pm 0,50^{*** \Delta}$      |
| Fagotsitoz,%   | $56,0 \pm 2,13$ | $31,60 \pm 1,29^*$    | $30,0 \pm 0,64^{* \bullet}$ | $42,0 \pm 1,34^{* \times \Delta}$  | $33,20 \pm 1,15^*$          | $53,10 \pm 2,44^{\times \Delta}$   |
| sIgA, g/l      | $2,30 \pm 0,11$ | $0,26 \pm 0,01^*$     | $0,25 \pm 0,01^*$           | $1,30 \pm 0,05^{* \times \Delta}$  | $0,80 \pm 0,01^{* \times}$  | $1,90 \pm 0,07^{** \times \Delta}$ |

Eslatma: \* - me'yorga nisbatan farqlarning ahamiyati qayd etildi (\* -  $P < 0,001$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,05$ ),  $\times$  - nazoratga nisbatan ( $\times$  -  $P < 0,001$ ;  $\times \times$  -  $P < 0,01$ ;  $\times \times \times$  -  $P < 0,05$ ),  $\Delta$  davolashga nisbatan ( $\Delta$  -  $P < 0,001$ ;  $\Delta \Delta$  -  $P < 0,01$ ;  $\Delta \Delta \Delta$  -  $P < 0,05$ ).

Nazorat guruhida sekretor sIgA indeksi 88,7% ( $0,26 \pm 0,01$ ) (  $P < 0,001$  ) ga kamaydi . Taqqoslash guruhida va davolanishdan oldin asosiy guruhda sekretor immunoglobulin sIgA darajasi mos ravishda 3,85% ( $0,25 \pm 0,01$ ) va 32,5% ( $0,80 \pm$

0,01) ga kamaydi (  $P < 0,001$  ), nazorat ( $P < 0,05$ ) bilan solishtirganda. . Lizozimning faolligi nazorat guruhida 11,8% (  $17,3 \pm 0,80$  )  $P < 0,01$  ni tashkil etdi va davolashdan oldin bu guruhlarda mos ravishda 28,33% (  $12,40 \pm 0,17$  )  $P < 0,01$  41,1% (  $10,20 \pm 0,0$  ) ni tashkil etdi. 3.21).

Nazoratda trofil bo'lmagan leykotsitlarning fagotsitar faolligi 43,58% (  $31,60 \pm 1,29$  )  $R < 0,01$  , o'rganilgan guruhlarda pasayish mos ravishda 5,1% (  $30,0 \pm 0,64$  ) va 4,9% ni tashkil etdi (  $\pm 5,0 \pm 5,0$  ).

million leykotsitlar tupurikga kiradi , ularning 90% polimorf neytrofillardir. Va fagotsitoz tufayli ular og'iz mikroorganizmlariga faol qarshi turadilar . ( 3.15jadval )

### 3.17-rasm. Asosiy guruhda kompleks davolash va taqqoslash guruhida an'anaviy davolashdan keyin mahalliy himoya omillari darajasining oshishi

An'anaviy davolanishdan so'ng, sekretor immunoglobulin sIgA darajasi taqqoslash guruhida 42,1% ga (  $1,30 \pm 0,05$  ), kompleks davolashdan keyingi asosiy guruhda - davolashdan oldingi ko'rsatkichlarga nisbatan 80,77% ga (  $1,90 \pm 0,07$  ) oshdi ( $P < 0,001$  ) ; an'anaviy davolash so'ng o'rganilgan guruhlarda lizozim faolligi mos ravishda 15,07% (  $14,60 \pm 0,33$  ) va kompleks davolash 43,9% (  $18,20 \pm 0,50$  )  $P < 0,001$  o'sdi. Taqqoslash guruhida an'anaviy davolashdan so'ng fagotsitoz faolligi 25% (  $42,0 \pm 1,34$  ) va kompleks davolashdan keyin mos ravishda 60,0% (  $53,10 \pm 2,44$  )  $R < 0,001$  (3.17-rasm).

Olingan natijalar o'rganilayotgan omillar darajasida aniq o'zgarishlarni ko'rsatdi, bu esa davolanish natijalarini baholash va guruhlararo farqlarni solishtirish imkonini berdi, ammo shuni ta'kidlash kerakki, o'rganilgan guruhlarda sezilarli (  $P < 0,001$  ) ijobiy natija qayd etilgan. mahalliy nospesifik himoyaning barcha ko'rsatkichlari uchun olingan.

Taqqoslash guruhi va nazorat guruhi bilan solishtirganda asosiy guruhda maksimal o'sish effekti ifodalangan. Shuni ta'kidlash kerakki, davolanishdan keyin og'iz bo'shlig'ining o'ziga xos bo'lmagan qarshiligi ko'rsatkichlari normal

qiymatlarga etib bormadi. Taqqoslash guruhida ham, asosiy guruhda ham davolashdan keyin orofaringeal mintaqada CRAS bo'lgan bemorlarda normal qiymatlardagi farq statistik ahamiyatga ega emas edi ( $P_1 < 0,05$ ;  $P_2 < 0,05$ ).

Korrelyatsiya tahlili lizozim titrining quyidagi korrelyatsiya bog'liqligini ko'rsatdi: fagotsitozning n ko'rsatkichi bilan  $r = 0,429$  ( $p < 0,001$ ); A sinfidagi sekretor immunoglobulin darajasi  $r = 0,418$  ( $p < 0,001$ ).

| Korrelyatsiyalar                                          |                         |               |                    |                                              |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|---------------|--------------------|----------------------------------------------|
|                                                           |                         | Lizozim titri | Fagotsitoz indeksi | A sinfidagi sekretor immunoglobulin darajasi |
| Lizozim titri                                             | Pearson korrelyatsiyasi | bitta         | .429 **            | .418 **                                      |
|                                                           | R                       |               | 0.000              | 0.000                                        |
|                                                           | N                       | 136           | 136                | 136                                          |
| Fagotsitoz indeksi                                        | Pearson korrelyatsiyasi | .429 **       | bitta              | .745 **                                      |
|                                                           | R                       | 0.000         |                    | 0.000                                        |
|                                                           | N                       | 136           | 136                | 136                                          |
| A sinfidagi sekretor immunoglobulin darajasi              | Pearson korrelyatsiyasi | .418 **       | .745 **            | bitta                                        |
|                                                           | R                       | 0.000         | 0.000              |                                              |
|                                                           | N                       | 136           | 136                | 136                                          |
| **. Korrelyatsiya 0,01 darajasida (ikki dumli) sezilarli. |                         |               |                    |                                              |

asosiy guruhda (ANOVA,  $F = 235,37$ ;  $p = 0,001$ , o'rtacha  $r = 0,869$ ), mikrobiologik ( anaeroblarning umumiy soni ) kuzatuv davridagi CRAS aft lezyonlarining diametridagi o'zgarishlar o'rtasida sezilarli bog'liqlik aniqlandi. (ANOVA,  $F = 27,952$  ;  $p = 0,001$ ); Laktobakteriyalar (ANOVA,  $F = 298,837$  ;  $p = 0,001$ ); Peptostreptokokklar (ANOVA,  $F = 3,824$  ;  $p = 0,05$ ); mahalliy himoya omillarining ko'rsatkichlari ( lizozim ANOVA titri uchun:  $F = 151,39$  ;  $p = 0,001$ ; n fagotsitoz ko'rsatkichi ANOVA:  $F = 65,92$  ;  $p = 0,001$ ); sinf A darajasi sekretor immunoglobulin , ANOVA:  $F = 524,4$  ;  $p = 0,001$ ).

Biz tomonimizdan kuzatilgan ikkilamchi immunitet tanqisligi, qoida tariqasida, relapslarning rivojlanishi uchun o'ziga xos xususiyatga ega bo'lgan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi yallig'lanish va destruktiv jarayonlarga hamroh bo'ladi. RMni ATMOKO irrigatori bilan soda eritmasi bilan oldindan sug'orish va bizning ishimizda qo'llaniladigan og'iz bo'shlig'ini ishqorlaydi, antiseptik, yallig'lanishga qarshi, antibakterial xususiyatlarga ega bo'lgan yopishtiruvchi bakteridizim preparati, biotoplarning bakterial kolonizatsiyasining yopishishini oldini oladi va

shu bilan. tupurikdagi lizozim miqdorini oshirish va fagotsitoz faolligini faollashtirish.

### § 3.4. Biokimyoviy tadqiqot usullari

#### 3.4.1. Davolanishdan oldin va keyin surunkali xoletsistitli CRAS bemorlarida LPO-AOS tizimining holati

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi ko'plab umumiy somatik jarayonlar va eroziv va yarali shikastlanishlarning patogenetik umumiyligi, shubhasiz, butun organizm uchun hujayralarning shikastlanishi va ular tomonidan autoantigenik xususiyatlarga ega bo'lgan to'qimalar tuzilmalarini o'zgartirishning yagona mexanizmining rivojlanishi bilan bog'liq.

SRO-AOS tizimidagi buzilishlar ushbu o'zgarishlarning paydo bo'lishida etakchi rollardan birini o'ynaydi. Taxmin qilish mumkinki, FRO-AOS o'rtasidagi nomutanosiblik qaytalanuvchi aft stomatitining surunkaliligi asosida yotadi [ 1 ].

Lipid peroksidatsiyasining faollashishi turli xil ekstremal agentlarning tirik tizimga ta'sirining universal natijasidir va murakkab organik tuzilmalarning oksidlanish katabolizmining kuchayishi natijasidir. Adabiyotda faol muhokama qilinadigan "oksidlanish stressi" tushunchasi paydo bo'ladi [ 8 , 9, 14 ].

Tanadagi erkin radikal jarayonlarning rivojlanishi va antioksidant tizimlarning ishlashini tushunish uchun tupurikni tahlil qilish uchun eng qulay tana suyuqligi sifatida o'rganish istiqbolli. Tuprikda erkin radikal jarayonlarning intensivligini tartibga soluvchi va antioksidant tizimlarning tarkibiy qismlari bo'lgan bir qator biologik faol birikmalar, shu jumladan gormonal va mediator xususiyatga ega bo'lgan birikmalar topilgan; ularning biologik roli ko'p jihatdan noaniq. Ko'p birikmalar almashinuvi tufayli tupurik va qon plazmasi o'rtasida yaqin metabolik aloqa mavjud. Shu bilan birga, tuprik bezlari o'ziga xos kuchli biosintetik apparatga ega [ 2 , 4 , 5,6,11 ].

Patologik jarayonlarning molekulyar mexanizmlarini o'rganishga qaratilgan so'nggi yillardagi ilmiy tadqiqotlarda fermentlarning faollashishi va lipid

peroksidlanish jarayonlari biologik membranalarining umumiy javoblaridan biri ekanligi aniqlandi. Lipid peroksidlari fermentlarni faollashtiradi va inhibe qiladi, ularning o'zgarishiga olib keladi, shu bilan birga metabolik yo'llarni almashtirishda ishtirok etishi mumkin. Lipid peroksidlanish jarayonlarining faollashuvi hujayra membranalari va umuman hujayra metabolizmining shikastlanishi bilan stress shikastlanishining ko'p sonli aloqalaridan biridir [ 8 ].

Og'iz bo'shlig'ida muhim, ammo kam o'rganilgan jarayon - bu og'iz suyuqligidagi erkin radikallarni aniqlash, shuningdek, ularning antioksidantlarni himoya qilish ko'rsatkichlari bilan bog'liqligi. Og'iz bo'shlig'ida patologik jarayonning rivojlanishi hujayra membranalarining strukturaviy deformatsiyasi va ularning lipid bioqatlamining qayta tuzilishi bilan birga keladi. Bu hujayra membranasidagi lipid peroksidlar tarkibining o'zgarishiga va lipid peroksidlarning shakllanishi va antioksidant himoya fermentlarining faolligi o'rtasidagi muvozanatning buzilishiga olib kelishi mumkin. Bu yana bir bor fon patologiyasi surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqada CRAS bilan og'rigan bemorlarni samarali davolash sxemalarini ishlab chiqishda ushbu omillarni o'rganish zarurligini ko'rsatadi.

Aralash tupurikning biokimyoviy tadqiqotlari malondialdegid (MDA) va antioksidant fermentlarning (katalaza, glutation peroksidaza, superoksid dismutaza) tarkibini aniqlashni o'z ichiga oladi.

Ma'lumki, lipid peroksidlanish tizimi (LPO) organizmni turli xil salbiy ta'sirlarga moslashtirishda ishtirok etadigan va ichki muhit muvozanatini saqlaydigan muhim tartibga solish tizimlaridan biridir. Tananing zahiraviy quvvati tugagan taqdirda, erkin radikal oksidlanish mahsulotlari to'planib, hujayraning shikastlanishiga olib keladi. Erkin radikallar fagotsitlarning mikrobiotsid faolligini keltirib chiqaradi, bir qator yallig'lanish vositachilari, kimyotaktik peptidlarni sintez qilishda, immunokompetent hujayralar va vegetativ jarayonlarning ko'payishini boshlashda ishtirok etadi, bu ularning nospetsifik immunitetda muhim rolini ta'minlaydi.

3.16-jadvalda keltirilgan tadqiqot natijalarining tahlili shuni ko'rsatdiki, surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda tupurikdagi MDA darajasi 2,4 baravar ko'paygan va asosiy guruhda  $2,68 \pm 0,10$  mkmol / ml ni tashkil etgan (  $P < 0,001$ ) nazorat guruhining sog'lom odamlarida  $1,14 \pm 0,06$  mkmol / ml ga nisbatan, taqqoslash guruhida  $1,94 \pm 0,08$  1,7 marta o'sdi ( $P < 0,001$ ).

Hujayra membranalarida qayd etilgan o'zgarishlar buzg'unchi metabolik jarayonlarning natijasi bo'lib, birinchi navbatda erkin radikallar shakllanishining kuchayishi va, albatta, antioksidantlardan himoyaning zaiflashishi bilan bog'liq. AOS belgisi MDA faolligining oshishi bo'lib, u lipid peroksidlanish jarayonining chuqurligini baholash uchun ishlatilishi mumkin.

### 3. 23- jadval

CRAS bilan og'rigan bemorlarda og'iz suyuqligining lipid peroksidatsiyasi va AOS ko'rsatkichlari asosiy guruh va taqqoslash guruhi

| O'rganilgan ko'rsatkichlar           | Sog'lom yuzlar, n=20 | Asosiy guruhdagi bemorlar, n=35 | Kasal taqqoslash guruhlari, n=32 |
|--------------------------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Malondialdegid, nmol/ml              | $1,14 \pm 0,06$      | $2,68 \pm 0,10^*$               | $1,94 \pm 0,08^* \text{ }^x$     |
| Katalaza, IU / mg protein            | $15,30 \pm 0,77$     | $23,20 \pm 0,20^*$              | $20,10 \pm 0,83^* \text{ }^x$    |
| Glutation peroksidaza, IU/mg protein | $0,28 \pm 0,02$      | $3,11 \pm 0,03^*$               | $2,81 \pm 0,17^*$                |
| Superoksid dismutaza, IU/mg protein  | $14,10 \pm 0,71$     | $38,70 \pm 0,35^*$              | $23,10 \pm 0,85^* \text{ }^x$    |

Sog'lom odamlarga nisbatan sezilarli farqlar qayd etildi (\* -  $P < 0,001$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\*  $P < 0,05$ ),  
<sup>x</sup> - asosiy guruhga nisbatan ( <sup>x</sup> -  $P < 0,001$  ; <sup>xx</sup> -  $P < 0,01$ ; <sup>xxx</sup> -  $P < 0,05$ ).

Laboratoriya tadqiqotlari natijalarini tahlil qilib, surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda yallig'lanish jarayonining faollik darajasi glutation peroksidaza fermenti faolligining oshishi bilan bog'liq degan xulosaga kelishimiz mumkin, bu esa radikallarning shakllanishini neytrallashtiradi o'rtacha 10 marta (  $P < 0,05$ ).

Katalaza faolligining biroz oshishi antioksidant himoyani rag'batlantirishga olib keladi, bu glutatyon peroksidaza kabi, CRAS bilan kasallangan bemorlarning

asosiy guruhida ham ortadi va 1,5 baravar ortadi va 15,30 ga nisbatan -  $23,20 \pm 0,20$  IU / mg protein qiymatlariga etadi. Sog'lom odamlarda  $+ 0,77$  IU / mg protein, taqqoslash guruhida bu ko'rsatkich 1,3 marta oshadi (  $P < 0,05$ ) va  $20,10 \pm 0,83$  (  $P < 0,001$ ) ni tashkil qiladi (3.23-jadval).

Xuddi shunday dinamika asosiy guruhdagi CRAS va taqqoslash guruhidagi CRAS bemorlarining tupurigidagi superoksid dismutaza (SOD) fermentiga nisbatan kuzatildi. Shu bilan birga, bemorlarning asosiy guruhidagi tekshirilgan shaxslarda superoksid radikallari darajasi 2,7 baravar oshadi (  $P < 0,05$ ), bu SOD faolligining  $38,70 \pm 0,35$  IU/mg qiymatlarigacha oshishiga olib keladi. oqsil ( $14, 10 \pm 0,71$  IU/mg protein nisbatida ), taqqoslash guruhida superoksid radikallari qiymati 1,6 marta oshdi va  $23,10 \pm 0,85$  ni tashkil etdi (  $P < 0,05$ ).

birgalikda orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda lipid peroksidatsiyasining kuchayishi va antioksidant mudofaa tizimining (glutation peroksidaza, katalaza, superoksid dismutaza) pasayishi kuzatiladi, bu erkin radikallarning shakllanishini neytrallashtiradi. Shu bilan birga, surunkali takroriy aftoz stomatit bilan birga keladigan yallig'lanish-destruktiv jarayonda SOD uchun substrat bo'lgan superoksid darajasining oshishi kuzatildi.

3.18-rasmda keltirilgan tadqiqot natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, SOPR soda eritmasini ATMOKO irrigator bilan oldindan sug'orish bilan kompleks terapiyadan so'ng , surunkali xoletsistitli CRAS bemorlarining asosiy guruhida MDA tarkibi 46% ga kamaydi va teng bo'ldi.  $1,24 \pm 0,11$  nmol / ml (  $P \leq 0,05$ ) gacha .

Loroben bilan an'anaviy davolashda MDA darajasining xuddi shunday pasayishi qayd etildi, bu erda MDA darajasi o'rtacha  $1,73 \pm 0,07$  nmol / ml (  $P \leq 0,050$ ) ni tashkil etdi, bu davolashdan oldingi guruhga nisbatan 11% ga past (3.23jadval).

Tekshirilayotgan shaxslarda radikallar hosil bo'lishini neytrallashtiruvchi antiperoksiddan himoya qilish ko'rsatkichlarining tahlili shuni ko'rsatdiki, davolanishdan oldin tupurikda katalaza (KT) faolligi yuqori bo'lgan. Surunkali

xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bemorlarining asosiy guruhida bactizidim preparatini qo'llash fonida katalaza faolligi 68,9% ga kamaydi, katalaza indeksi  $16,0 \pm 1,16$  IU / mg protein (  $P \leq 0,05$ ) ni tashkil etdi.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bemorlarini an'anaviy davolashda KTning past ko'rsatkichlari lorobendan foydalangan holda taqqoslash guruhida kuzatildi, bu erda uning qiymati  $18,4 \pm 1,13$  IU/mg (  $P \leq 0,05$  ) , oqsil 8 ni tashkil etdi. Taqqoslash guruhiga nisbatan ,5% past ( $P < 0,05$ ).

Murakkab davolashdan so'ng surunkali xoletsistit bilan og'rigan CRAS bemorlarining asosiy guruhida MDA indeksi davolashdan oldingi indeks bilan solishtirganda 46,2% ga kamaydi  $P \leq 0,05$  . Taqqoslash guruhida surunkali xoletsistit bilan CRASni an'anaviy davolashdan so'ng MDA ning kamayishi 1,3 martani tashkil etdi. Asosiy guruhning surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan og'rigan bemorlarda bakterisidimni qo'llash bilan kompleks davolash paytida katalaza indeksi  $16,0 \pm 1,16$  IU / mg protein darajasida edi.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda an'anaviy davolanishni qo'llashda KT ning past ko'rsatkichlari lorobenni qo'llash bilan qayd etilgan, uning qiymati  $18,4 \pm 1,13$  IU/mg (  $P \leq 0,05$  ) , asosiy guruhga nisbatan 8,5% past bo'lgan protein ( $P < 0,05$ ) (3.18-rasm).

Guruch. 3.18. Surunkali xoletsistit bilan og'iz bo'shlig'i suyuqligining lipid peroksidatsiyasi va AOSning erkin radikal jarayonlarining dinamikasi.

Da tekshirilgan shaxslarning og'iz suyuqligidagi glutation peroksidaza faolligini o'rganish o'rganilayotgan ferment faolligining pasayish dinamikasini aniqladi va shu bilan lipid gidroksiperoksidning ajralishini ko'rsatdi. Shunday qilib, asosiy guruhdagi surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal bemorlarni bakterisidim yordamida kompleks davolash fonida o'rganilgan ko'rsatkich 10,36 baravar kamaydi va 90,36% ni tashkil etdi, an'anaviy davolashdan so'ng orofaringeal CRAS taqqoslash guruhida. surunkali xoletsistit bilan og'rigan mintaq , lorobenni

qo'llash bilan, kamaydi 33,4% ni tashkil etdi, ya'ni davolashdan oldin 2,9 baravar past ( $P < 0,05$ ).

Bunday o'zgarishlar faollashtirilgan patologik jarayonlarning natijasi emas, balki organizmning davom etayotgan terapiyaga kompensatsion javobidir. Amaldagi antioksidant terapiya to'qimalarning kislorod bilan to'yinganligiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, bu esa SOD qiymatlariga bevosita ta'sir qiluvchi superoksid radikallari miqdorining pasayishiga olib keladi. Surunkali xoletsistitli orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda asosiy guruhdagi og'iz suyuqligidagi SOD faolligini tahlil qilish ikkinchisida sezilarli o'sishni ko'rsatdi. Baktisidimni qo'llash bilan ushbu guruhdagi SOD faolligi 43,4% ga kamaydi, ya'ni pasayish 2,3 martani tashkil etdi. Surunkali xoletsistit bilan orofaringeal mintaqada CRASni an'anaviy davolash bilan taqqoslash guruhida pasayish 16,1% ni tashkil etdi, ko'rsatkichlar 1,2 marta kamaydi ( $P < 0,05$ ).

Shunday qilib, surunkali xoletsistitda surunkali takroriy aftoz stomatit bilan og'rigan asosiy guruh bemorlarini kompleks patogenetik davolash natijasida SOPR soda eritmasini ATMOKO irrigator bilan oldindan sug'orish bilan baktizidim preparati superoksid radikallari miqdorini sezilarli darajada pasayishiga olib keldi. membrana tuzilmalariga zarar etkazish, bu og'iz suyuqligining himoya tizimlarining holatiga ijobiy ta'sir qiladi . .

#### § 3.4.2. Davolanishdan oldin va keyin surunkali xoletsistitli CRAS bemorlarida endogen intoksikatsiya holati

Endogen intoksikatsiyaning molekulyar belgisi sifatida, deb ataladi. "O'rta massali molekulalar" eritmada turli xil kimyoviy tabiatga ega bo'lgan noma'lum moddalar mavjudligini aks ettiradi va 300 dan 5000 D gacha bo'lgan molekulyar og'irligi bilan ifodalanadi, gramm-manfiy ichak mikroflorasining o'limi, ya'ni *E. coli* *Escherichia . coli* .

### 3.19-rasm. Davolashdan oldin CRAS bilan og'rigan bemorlarda og'iz suyuqligining endogen intoksikatsiyasi ko'rsatkichlari

Ichak endotoksinini qonga haddan tashqari ko'p iste'mol qilish disbiyoz, ichak devorining yallig'lanishi yoki jigarning detoksifikatsiya funksiyasining buzilishi, stress, jismoniy mashqlar, safro va bo'linish tizimidagi buzilishlar tufayli ichak o'tkazuvchanligining oshishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. [ 6 , 12 , 13 ] . Ma'lumki, mikroorganizmlar hayot jarayonida, ayniqsa o'lim davrida bakterial endotoksinlarni ajratib turadi, ular ham antigen, ham toksik xususiyatga ega. Katabolik jarayonlarning faollashishi jarayonida to'qimalarning o'zgarishi jarayonining kuchayishi endogen intoksikatsiyaning sabablaridan biridir. [2,9] .

3.19-rasmda keltirilgan tadqiqot natijalarini tahlil qilish surunkali xoletsistit (asosiy guruh) bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda MSM ( $E_{254}$ ) tarkibi sezilarli darajada oshganligini va  $0,381 \pm 0,005$  ( $P < 0,001$ ) an'anaviy birliklarga ( $0,213 \pm 0,008$  nisbatda) teng ekanligini ko'rsatdi. an'anaviy birliklar), bu boshlang'ich qiymatlardan 1,7 baravar yuqori. Surunkali xoletsistit (taqqoslash guruhi) bo'lgan CRAS bemorlarida MSM ( $E_{254}$ )  $0,393 \pm 0,019$  ( $P < 0,001$ ) birlikni tashkil etdi, bu dastlabki qiymatlardan 1,8 baravar yuqori. Somatik patologiyasi bo'lgan CRAS bemorlarida endogen intoksikatsiyani o'rganish natijalari molekulyar og'irligi 1000-2000 dalton bo'lgan intensiv proteolizning oraliq mahsulotlari, shuningdek, boshqa organik birikmalar to'planishini ko'rsatadi.

254 nm to'lqin uzunligida o'rganilgan MSM ( $E_{254}$ ) ko'rsatkichlari holatidan farqli o'laroq, tekshirilgan bemorlarda 280 nm to'lqin uzunligida aniqlangan MSM ( $E_{280}$ ) darajasi ham oshirildi. Shunday qilib, agar sog'lom odamlarda to'lqin uzunligida MSM ( $E_{280}$ ) darajasi o'rtacha  $0,311 \pm 0,001$  arb birlik bo'lsa, asosiy guruhning surunkali xoletsistitli orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan og'rigan bemorlarda bu ko'rsatkich  $0,491 \pm 0,004$  ni tashkil etdi. ( $P < 0,001$ ) ar.birliklari, bu asl qiymatlardan 1,6 baravar yuqori. Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda MSM darajasi ( $E_{280}$ )  $0,419 \pm 0,019$  ( $P < 0,001$ ) ni tashkil etdi, bu nazorat

qiymatlaridan 1,3 baravar yuqori. Asosiy guruhdagi CRAS bemorlarida to'lqin uzunligida aniqlangan MSM ( $E_{280}$ ) ning

ko'payishi, bizning fikrimizcha, qonda molekulyar og'irligi 200 dan 500 daltongacha bo'lgan biologik faol moddalar, jumladan peptidlar to'planishi bilan bog'liq, shuningdek, aromatik aminokislotalarning ko'p qoldiqlari.

asosiy guruhdagi CRAS bilan og'rigan bemorlarda  $MSM_{280} / MSM_{254}$  nisbatiga teng taqsimlash koeffitsienti 1,3 baravar kamaydi, bu buyraklarning filtrlash qobiliyatining etishmovchiligini ko'rsatadi, chunki odatda 95% gacha. MSM ning glomerulyar filtrlash yo'li bilan chiqariladi (Sidelnikova V.I, 2015) [44].

Shunday qilib, asosiy guruh va taqqoslash guruhi surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda olingan natijalarni tahlil qilish endogen intoksikatsiyaning kuchayishini ko'rsatadi, bu neytrofillar sintezining kuchayishi bilan birga keladi (nazoratda -  $56,5 \pm 2,17$  ). %; asosiy guruhda -  $77,8 \pm 1,12\%$ ; taqqoslash guruhida -  $76,7 \pm 1,35\%$ , yallig'lanish jarayonida ishtirok etadi, bu yallig'lanish o'chog'ida hujayra apoptozi va to'qimalarning yangilanishi jarayonini kuchaytiradi.

Taqdim etilgan tadqiqotlar natijalaridan (3.13-rasm) ko'rinib turibdiki, asosiy guruhda surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda patogenetik terapiya paytida SOPRni oldindan sug'orish bilan bakteritsid preparati qo'shilgan. ATMOKO irrigatori bilan soda eritmasi, sog'lom odamlar guruhi bilan solishtirganda, davolashdan oldingi ko'rsatkichlarga nisbatan 35%  $E_{254}$  va  $E_{280}$  - 44% ga ( $P < 0,05$ ) endogen MSM intoksikatsiyasi ko'rsatkichlarining sezilarli darajada pasayishi, pasayish mos ravishda 1,6 va 1,4 barobarni tashkil etadi. Taqqoslash guruhida surunkali xoletsistit bilan orofaringeal mintaqada CRASni an'anaviy davolash paytida MSM darajasi biroz pasaygan, ammo endogen intoksikatsiyaning sezilarli darajada kamayishi kuzatilgan, mos ravishda 19,8% va 24,3% ( $P < 0,05$ ).

3.20 -rasm Asosiy guruhdagi bemorlarda og'iz suyuqligining endogen intoksikatsiyasi dinamikasi va davolashdan oldin va keyin HRAS solishtirish guruhi

Shunday qilib, biokimyoviy tadqiqotlar natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda bakteritsid yopishtiruvchi preparat yordamida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini soda eritmasining ATMOKO irrigatori bilan oldindan sug'orish orqali amalga oshiriladi. bakterial endotoksinlar, taqqoslash guruhidagi CRAS bemorlarining biokimyoviy ko'rsatkichlari bilan solishtirganda, o'rganilayotgan parametrlarda aniqroq ijobiy biokimyoviy o'zgarishlarga olib keladi.

#### **IV bob . Surunkali xoletsistit bilan kasallangan bemorlarni kompleks davolash DINAMIKA.**

bilan soda eritmasining SOPR irrigatori bilan dastlabki sug'orish bilan baktizidimni qo'llash bilan asosiy guruhda kompleks davolashdan foydalanish. remissiyaning sezilarli darajada uzaytirilishiga olib keldi. Asosiy guruhdagi remissiyaning o'rtacha davomiyligi  $12,89 \pm 0,20$  oydan ortiqni tashkil etdi, bu taqqoslash guruhidagiga qaraganda 1,68 baravar ko'p  $-7,67 \pm 0,14$  oy (  $P < 0,001$ ) va davolanishdan oldingi boshlang'ichdan 1,92 baravar oshadi (P).  $< 0,001$ ); CRASning o'rtacha shakli bo'lgan bemorlarda  $8,42 \pm 0,49$  oyga nisbatan  $12,73 \pm 0,25$  oyni tashkil etdi (  $P < 0,001$ ), bu taqqoslash guruhiga qaraganda 1,51 baravar yuqori va davolanishdan oldin 1,89 baravar yuqori (  $P < 0,001$ ); og'ir shaklda, mos ravishda,  $9,67 \pm 0,36$  oy va  $5,82 \pm 0,26$  oy (  $P < 0,001$ ), bu taqqoslash guruhiga nisbatan 1,66 baravar va davolanishdan oldin boshlang'ich darajadan 1,72 baravar yuqori (  $P < 0,001$ ).

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRASning asosiy guruhidagi bemorlarni kuzatish dinamikasi shuni ko'rsatdiki, faqat 2 ( 3,7%) bemor ko'rsatilgan davrlarda hali ham og'izdan yomon hid va quruqlikdan shikoyat qiladi, ammo umumiy holat. tana buzilmaydi, mintaqaviy limfa tugunlari kattalashtirilmaydi, paypaslanmaydi ( $> 0,05$ ).

Asosiy guruhda dastlabki GI qiymatlari (OHI-S)  $2,43 \pm 0,24$ , taqqoslash guruhida  $2,26 \pm 0,26$  edi. Nazorat guruhida -  $1,22 \pm 0,12$ .

Kompleks davolash boshlanganidan 3-kunida GI (OHI-S) sezilarli darajada yaxshilandi, taqqoslash guruhi bilan solishtirganda, ushbu ko'rsatkichlarning qiymati mos ravishda  $2,36 \pm 0,09$   $2,23 \pm 0,09$  (  $P < 0,001$  ), ikkalasida ham qayd etildi. guruhlar davolashdan oldingi qiymatlarga nisbatan 1,03 dan 1,01 martagacha ( $p < 0,001$ ). 180 kundan so'ng , asosiy guruh va taqqoslash guruhidagi pasayish mos ravishda GI (OHI-S) sezilarli darajada kamaydi, mos ravishda  $0,56 \pm 0,27$  va  $0,61 \pm 0,25$  ga to'g'ri keldi, bu GI (OHI-S) ning pasayishini ko'rsatadi . , 4,33 baravar va 3,70 baravar oldingi davolash ko'rsatkichlari bilan solishtirganda (  $p < 0,001$ ).

kuzatuv davridagi CRAS aftlari diametrining o'zgarishi dinamikasi, asosiy guruh va taqqoslash guruhidagi aftlar diametri mos ravishda  $0,88 \pm 0,04$  va  $0,90 \pm 0,03$  bo'lib, pasayish 3 kundan keyin 1,72 martani tashkil etdi. asosiy guruh, taqqoslash guruhida 1,78 marta. 180 kundan keyin kuzatuv davrining oxirida asosiy guruh va taqqoslash guruhidagi pasayish mos ravishda  $0,12 \pm 0,01$  ni tashkil etdi;  $0,23 \pm 0,01$  ( $p < 0,001$ ), pasayish asosiy guruhdagi dastlabki qiymatlarga nisbatan 12,75 marta, taqqoslash guruhida esa 6,93 martani tashkil etdi.

## **XULOSA**

a fonida surunkali takrorlanuvchi aftöz stomatit (CRAS) og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining surunkali kasalligi bo'lib, orofaringeal mintaqada aftalarning rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Ushbu kasallikning yana bir xususiyati uzoq kurs, qisqa remissiya va davriy alevlenmelerdir.

Tadqiqotda orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan 96 bemor ishtirok etdi, surunkali xoletsistit bilan birgalikda ular asosiy va taqqoslash guruhlariga bo'lingan. Tadqiqotda jami 51 ayol (53,13%), erkaklar - 45 (46,88%) ishtirok etdi. CRASning engil shakli bo'lgan bemorlar guruhida 14 ayol (27,45%) va 16 erkak (35,56%), o'rtacha shakli bilan 18 ayol (35,29%) va 16 erkak (35,56%), guruhda. ayollarning og'ir shakli bilan 19 (37,25%) va erkaklar 13 (28,89%) ( $P$  Ayollar: Pearsonning Chi-kvadrat = 2,293;  $p = 0,9701$ ; Erkaklar: Pearsonning Chi-kvadrati = 2,318;  $p = 0,970$ ).

Asosiy guruh surunkali xoletsistit bilan og'rigan 54 nafar orofaringeal CRAS bemorlaridan iborat bo'lib, ular klinik kursiga ko'ra engil (18), o'rtacha (15) va og'ir (21) shakllarga bo'lingan. Asosiy guruh bemorlari ATMOKO irrigatori bilan SOPR soda eritmasini oldindan sug'orish bilan baktizidim preparatidan foydalangan holda murakkab patogenetik davolashni oldilar. Taqqoslash guruhidagi bemorlar surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan og'rigan 42 nafar bemorlardan iborat bo'lib, ular klinik kursiga ko'ra engil (12), o'rtacha (19) va og'ir (11) shakllarga bo'lingan, an'anaviy davolash usullaridan foydalangan holda davolashgan. dori Loroben. Asosiy guruh va taqqoslash guruhidagi barcha 96 bemor

umumiy patogenetik davolash, dietoterapiya oldi. Nazorat guruhi 20 nafar sog'lom odamdan iborat edi.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan barcha bemorlarda og'ir umumiy buzilishlar mavjud edi: ular doimiy bosh og'rig'i, og'izda achchiqlik, o'ng hipokondriyumda og'riq, qattiq og'riq va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining eroziv yuzasining yonishi, oziq-ovqat bilan bog'liq

bo'lmaganidan shikoyat qildilar. qabul qilish. Bemorlarni tekshirish paytida lezyon elementlarida sezilarli giperemiya va yallig'lanish infiltratli shishlar qayd etilgan aftalar va tolali-nekrotik blyashka bilan qoplangan eroziyalar, mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning barcha CRAS bemorlari og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi, og'riq, yonish, noqulaylik, nafas hidi, aft yoki eroziv va yarali yaralar, ba'zida o'ng hipokondriyumda og'riq, og'izda ta'm buzilishidan shikoyat qiladilar. bemorlarning umumiy belgilari. Mintaqaviy limfa tugunlarida kuzatilgan o'zgarishlar, palpatsiya - ularning ko'payishi va og'rig'i.

Barcha darajadagi surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bemorlarini patogenetik davolashning "yuqori klinik natijasi" asosiy guruh bemorlarida qayd etilgan. Shunday qilib, CRASning engil shakli bo'lgan bemorlarda asosiy guruhdagi klinik tiklanish 12 (66,67%) bemorda sodir bo'ldi; taqqoslash guruhida 6 (50,00%) bemorda ( Pirsonning Chi-kvadrati = 5,000;  $p = 0,082$  ), o'rtacha shakldagi asosiy guruh bemorlarida mos keladigan nisbatlar 8 (42, 11%) ga nisbatan 9 (60,00%) edi. ) ( Pirsonning Chi-kvadrati = 1,299;  $p = 0,522$  ) nazorat guruhidagi bemorlar ; asosiy guruh surunkali xoletsistit bilan og'ir orofaringeal CRAS bo'lgan 11 (52,38%) bemorlarda 4 (36,36%) ( Pirsonning Chi-kvadrat = 4,892;  $p = 0,180$  ) solishtirish guruhi bemorlarga nisbatan.

Yengil CRAS bilan og'rigan 6 (33,33%), asosiy guruhning 5 (33,33%) o'rtacha va 8 (38,10%) og'ir shakllari, taqqoslash guruhining engil, o'rtacha va og'ir

CRAS bilan og'rigan bemorlarda "sezilarli yaxshilanish" qayd etildi. , sezilarli yaxshilanish mos ravishda 3 (25%), 8 (42,11%) va 3 (27,27%) da kuzatildi.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqada CRAS asosiy guruhining o'rtacha va og'ir shakllari bo'lgan 1 (6,67%) va 2 (9,52%) bemorlarda "yaxshilanish" qayd etilgan. Taqqoslash guruhida yaxshilanish engil shaklda 3 (25%), o'rta guruhda 3 (15,79%) va orofaringeal mintaqada surunkali xoletsistit bilan og'ir CRAS bo'lgan 2 (18,18%) bemorlarda taqqoslash guruhida qayd etilgan.

"Ta'siri yo'q" qiymati asosiy guruhdagi CRAS bilan og'rigan bemorlarda qayd etilmadi, faqat taqqoslash guruhida og'ir CRAS bo'lgan 2 (18,18%) bemorda.

ATMOKO irrigatori bilan sodali suv eritmasini oldindan sug'orish bilan baktizidim preparatidan foydalangan holda asosiy guruhda patogenetik davolashdan foydalanish. remissiyaning sezilarli darajada uzaytirilishiga olib keldi . Asosiy guruhda remissiyaning o'rtacha davomiyligi  $12,89 \pm 0,20$  oyni tashkil etdi, bu taqqoslash guruhiga nisbatan 1,68 martadan ko'proq -  $7,67 \pm 0,14$  oy (  $P < 0,001$ ); o'rtacha-og'ir shakli bo'lgan bemorlarda CRAS  $8,42 \pm 0,49$  oyga nisbatan  $12,73 \pm 0,25$  oyni tashkil etdi ( $P < 0,001$ ), bu taqqoslash guruhiga nisbatan 1,51 baravar yuqori; og'ir shaklda, mos ravishda,  $9,67 \pm 0,36$  oy va  $5,82 \pm 0,26$  oy (  $P < 0,001$ ), bu taqqoslash guruhiga nisbatan 1,66 baravar yuqori.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning engil CRAS bilan og'rigan bemorlarda relapslar chastotasi 1 yillik kuzatuv davomida 0,92 holatni , taqqoslash guruhida davolashdan oldingi boshlang'ich qiymatga nisbatan 1,50 holatni (1,40 baravar kamayishni) tashkil etdi (  $p < 0,05$ ). ; asosiy guruhda mo"tadil shakl bilan takrorlanish darajasi 1,71; solishtirish guruhida 2,4 holatlar (1,32 baravar pasayish) davolashdan oldin boshlang'ich qiymati (  $p < 0,05$ ) bilan solishtirganda ; asosiy guruhning og'ir shaklida, davolashdan oldingi boshlang'ich qiymati ( $p < 0,05$ ) bilan solishtirganda, takrorlanish darajasi mos ravishda 2,6 (1,95 baravar pasayish) ga nisbatan 1,40 holatni tashkil etdi .

Asosiy guruhdagi CRAS bemorlarini patogenetik davolash fonida tananing umumiy holatining yomonlashuvi yoki kiruvchi belgilar kuzatilmadi, bu tavsiya etilgan davolash usuli xavfsizligini tasdiqlaydi. Mahalliy va umumiy davolash kursidan so'ng klinik tekshiruv og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining rangi o'zgarib, och pushti rangga ega ekanligini ko'rsatdi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining orofaringeal mintaqasi bundan mustasno, ozgina sarg'ish, shilliq qavat quruq, hech qanday yo'q. patologik shakllanishlar.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning asosiy CRAS guruhidagi bemorlarni kuzatish dinamikasi shuni ko'rsatdiki, 6 oydan keyin faqat 1 bemor (1,8%) ( $P > 0,05$ ) og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining buzilishi tufayli yomon nafas, quruq og'iz shilliq qavatidan shikoyat qilgan. davolash rejimi va ovqatlanish. Shu bilan birga, tananing umumiy holati buzilmagan, mintaqaviy limfa tugunlari kattalashtirilmagan, paypaslanmaydi ( $P > 0,05$ ).

Mikrobiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda surunkali xoletsistit fonida disbiotik o'zgarishlar kuzatiladi, ularning asosiy xususiyati anaerob mikroblar sonining kamayishi va mikroblarning fakultativ guruhining ko'payishi hisoblanadi. Surunkali xoletsistitli CRAS bilan og'rigan bemorlarda og'iz bo'shlig'ining mikrobiotsenozi holatini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, og'iz bo'shlig'ida Candida jinsi va stafilokokklar zamburug'lari shtammlarining ustunligi og'iz bo'shlig'ida subkompensatsiyalangan disbiyozning rivojlanishiga olib keladi. bo'shliq.

ATMOKO irrigatori bilan oldindan sug'orish bilan yopishtiruvchi, antibakterial, fungitsid preparat sifatida biktizidimdan foydalanish tahlili an'anaviy davolash bilan solishtirganda uning yuqori samaradorligini ko'rsatdi.

ATMOKO irrigatoridan foydalanish og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining ishqorlanishiga yordam beradi, bu mikrobiotsenoz holatiga foydali ta'sir ko'rsatadi; og'iz suyuqligida Escherichia LP ning o'rtacha titrlari 14,3% ga kamayadi, Escherichia LN - 26,5% ga; proteus - 66,6% ga va Candida jinsining qo'ziqorinlari - 15,4% ga ( $P < 0,01$ ).

Patogen va opportunistik mikroorganizmlarni yo'q qilishning maksimal samaradorligi asosiy guruhda qayd etilgan, bu normotsenoz vakillari titrining oshishi bilan bog'liq. Mikrobiologik tadqiqot usullari natijalari shuni ko'rsatdiki, ATMOKO irrigatori bilan sodali suv eritmasining SOPRni oldindan sug'orish bilan bakteriya yopishtiruvchi preparatni qo'llashda oddiy mikroflora vakillarining bir vaqtning o'zida faollashishi bilan shartli patogen va patogen mikroflorani inhibe qilish kuzatiladi. Shu bilan birga, laktobakteriyalar, saprofit stafilokokklar va gemolitik bo'lmagan streptokokklar titrlari 36,4% ga oshdi (  $P < 0,01$ ); Asosiy guruhda 42,4% ( $P < 0,01$ ) va 47,7% ( $P < 0,01$ ), taqqoslash guruhida mos ravishda 34,4% ( $P < 0,01$ ); 41,9% ( $P < 0,01$ ); 42,5% ( $P < 0,01$ ).

Asosiy guruhda surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan og'rigan bemorlarni ATMOKO irrigatori bilan soda eritmasini oldindan sug'orish bilan bakteriya yopishtiruvchi preparat yordamida patogenetik davolash natijalari quyidagicha baholandi: 26 kishida (48,1%) normotsenoz qayd etildi. ), disbiotik siljish - 28 kishida (51,8%), I-II, III va IV disbakteriozlar yo'q. asosiy guruhdagi daraja, bu esa yopishqoq preparatning samaradorligini tasdiqlaydi bakterizidim. Taqqoslash guruhida davolash yakunida 16 ( 38,08 %)da normotsenoz, 17 kishida (40,46%) disbiotik siljish , 9 kishida ( 21,42 %) I-II bosqich disbakteriozi kuzatilgan.

CRAS bilan og'rigan bemorlarda mahalliy og'izni himoya qilish omillarini o'rganish shuni ko'rsatadiki, kasallik qanchalik og'ir bo'lsa, ikkilamchi immunitet tanqisligi darajasi shunchalik yuqori bo'ladi. Davolashdan oldin surunkali xoletsistit fonida orofaringeal mintaqada CRAS bilan og'rigan bemorlarda mahalliy immun himoya omillarining pasayishi aniqlandi: lizozim indeksi, fagotsitoz faolligi va sekretor immunoglobulin A darajasi.

Asosiy guruhda, bakteriya yopishtiruvchi preparatni qo'llash va asbob bilan sug'orish bilan patogenetik davolashdan so'ng , sekretor immunoglobulin sIgA darajasi davolashdan oldingi darajaga (  $P < 0,01$ ) nisbatan 80,77% ga (  $1,90 \pm 0,09$ ) oshdi. an'anaviy davolash, sekretor immunoglobulin sIgA darajasi davolashdan

oldingi darajaga nisbatan ( $P < 0,01$ ) taqqoslash guruhida 42,1% ( $1,30 \pm 0,12$ ) ga oshdi;

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqada CRAS bilan og'rigan bemorlarni patogenetik davolashdan so'ng asosiy guruhdagi lizozimning faolligi 43,9% ga oshdi ( $18,20 \pm 0,55$ )  $P < 0,01$ ; taqqoslash guruhida an'anaviy davolanishdan so'ng o'sish 15,07% ( $14,60 \pm 0,35$ ) ni tashkil etdi. Fagotsitozning faolligi asosiy guruhda 59,5% ( $53,10 \pm 2,22$ ) ( $R < 0,01$ ), taqqoslash guruhida 25% ( $42,0 \pm 1,44$ ) ( $R < 0,01$ ) ga oshdi.

Asosiy guruhda kuzatuv davrida CRAS aft lezyonlari diametridagi o'zgarishlar o'rtasida sezilarli korrelyatsiya aniqlandi (ANOVA,  $F = 235,37$ ;  $p = 0,001$ , o'rtacha  $r = 0,869$ ), mikrobiologik (anaeroblarning umumiy soni haqida (ANOVA,  $F = 27,952$ ;  $p = 0,001$ ; laktobakteriyalar (ANOVA,  $F = 298,837$ ;  $p = 0,001$ ); peptostreptokokklar (ANOVA,  $F = 3,824$ ;  $p = 0,05$ ); va mahalliy himoya omillarining ko'rsatkichlari (lizozim ANOVA titri uchun:  $F = 151,39$ ;  $p = 0,001$ ; n fagotsitoz ANOVA ko'rsatkichi:  $F = 65,92$ ;  $p = 0,001$ ); sinf A darajasida sekretor immunoglobulin, ANOVA:  $F = 524,4$ ;  $p = 0,001$ ).

CRAS bilan og'rigan bemorlarda biokimyoviy o'zgarishlar kuzatiladi: lipid peroksidatsiyasining intensivligi oshishi, antioksidant tizimning bostirilishi va endogen intoksikatsiyaning faollashishi ham qayd etilgan. Surunkali xoletsistitli orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda asosiy guruhdagi og'iz suyuqligidagi SOD faolligini tahlil qilish ikkinchisida sezilarli o'sishni ko'rsatdi. Baktisidimni qo'llash bilan ushbu guruhdagi SOD faolligi 43,4% ga kamaydi, ya'ni pasayish 2,3 martani tashkil etdi. Surunkali xoletsistit bilan orofaringeal mintaqada CRASni an'anaviy davolash bilan taqqoslash guruhida pasayish 16,1% ni tashkil etdi, ko'rsatkichlar 1,2 marta kamaydi ( $P < 0,05$ ).

bilan og'rigan orofaringeal mintaqadagi CRAS bilan og'rigan bemorlarning patogenetik terapiyasi paytida, bakteritsid preparatini kiritish va soda eritmasini ATMOKO irrigatori bilan oldindan sug'orish MSM E<sub>254</sub> ning endogen intoksikatsiyasining sezilarli darajada pasayishini ko'rsatdi - 35% va E<sub>280</sub>

davolashdan oldingi ballarga nisbatan 44% ( $P < 0,05$ ) ga. Taqqoslash guruhida surunkali xoletsistit bilan orofaringeal mintaqada CRASni an'anaviy davolash paytida endogen MSM intoksikatsiyasi darajasi mos ravishda 19,8% va 24,3% ga sezilarli darajada pasaygan ( $P < 0,05$ ).

## TOPLOQLAR

1. Surunkali xoletsistitda CRAS klinik kechishining xususiyatlari bemorlarning og'iz bo'shlig'ida og'riq va yonish, ovqatlanishda qiyinchilik, yutishdan qo'rqish va noqulaylikdan shikoyat qilishdir. Aftlarning joylashishi orofaringeal mintaqada kuzatildi: palatin yo'ylarida, uvula, palatin bodomsimon bezlarda. Tekshiruvda og'iz bo'shlig'ida oz miqdorda so'lak, fibrinoz plastinka bilan qoplangan yagona va ba'zan qo'shilgan aftalar, aft lezyonining chetlarida yallig'lanishli infiltratsiya, giperemiya va shishlar mavjud.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqada CRAS bilan og'rigan bemorlarda aniq umumiy buzilishlar kuzatildi: doimiy bosh og'rig'i, og'izda achchiqlanish, o'ng hipokondriyumda og'riq, yomon nafas, orofaringeal mintaqada aft va eroziv va yarali yaralar, engil shilliq qavat. .

2. Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning CRAS bilan og'rigan bemorlarda klinik (aftoz lezyonlarning diametri, gigiena indeksi (OHI-S) va mikrobiotsenozning laboratoriya parametrlari va og'iz bo'shlig'ining nonspesifik qarshiligi, antioksidant tizim va endogen intoksikatsiya) aniqladik. Davolashdan oldin aftli lezyonning diametri asosiy guruhda  $1,51 \pm 0,06$  (sm) ni tashkil etdi; Taqqoslash guruhida  $1,60 \pm 0,07$  (sm). Davolashdan oldin GI (OHI-S) - asosiy guruhda  $2,43 \pm 0,08$ ; Taqqoslash guruhida  $2,26 \pm 0,09$ . Davolashdan oldin mikrobiologik rasm Candida zamburug'li shtammlarining sezilarli ustunligiga qarab o'zgaradi (50,00%) CFU Log / ml  $3,60 \pm 0,18$ , Staphylococcus aureus (29,63%) CFU Log / ml  $3,70 \pm 0,14$ , pyogenik streptokokk (%) 0.74 CFU (%) / ml  $4,52 \pm 0,14$  va subkompensatsiyalangan disbiyoz rivojlanishi. Davolashdan oldin sIgA darajasi  $0,80 \pm 0,01$  g/l, bu bemorlarda lizozim a titri  $10,20 \pm 0,20$  mg%, fagotsitoz darajasi  $33,20 \pm 1,15$  % ( $P < 0,001$ ) ni tashkil etdi. Davolashdan oldin MDA -  $2,68 \pm 0,10$ ; katalaza -  $23,20 \pm 0,20$ ; Asosiy guruhda glutation peroksidaza -  $3,11 \pm 0,03$ , superoksid dismutaza -  $38,70 \pm 0,35$ . MDA -  $1,94 \pm 0,08$ ; katalaza  $20,10 \pm 0,83$ ; glutation peroksidaza  $2,81 \pm 0,17$ ; superoksid dismutaz - taqqoslash guruhida  $23,10 \pm 0,85$ . Davolashdan oldin MSM tarkibi ( $E_{254}$ ) -  $0,381 \pm 0,005$  ( $P < 0,001$ ), MSM ( $E_{280}$ )  $0,491 \pm 0,004$  asosiy guruhda va MSM ( $E_{254}$ ) -  $0,393 \pm 0,019$ , MSM ( $E_{254}$ ) -  $E8(E)$  Taqqoslash guruhida  $0,419 \pm 0,019$ .

3. Kompleks davolash boshlanganidan boshlab 3-kunida HI bo'shlig'ining gigienik holati (OHI-S) sezilarli darajada yaxshilandi, taqqoslash guruhiga nisbatan an'anaviy davolash bilan bu ko'rsatkichlarning qiymati mos ravishda  $2,36 \pm 0,09$   $2,23 \pm 0,09$  ( $P < 0,001$ ), davolashdan oldingi qiymatlar bilan solishtirganda ikkala guruhda ham 1,03 dan 1,01 martagacha pasayish kuzatildi.

( $p < 0,001$ ). Davolanishdan keyingi 180-kuni asosiy guruhda va taqqoslash guruhida gigienik ko'rsatkich sezilarli darajada pasayib,  $0,56 \pm 0,27$  va  $0,61 \pm 0,25$  ga to'g'ri keldi, bu esa GI ning mos ravishda 4,33 va 3,70 marta kamayganligini ko'rsatadi. -davolash qiymatlari ( $p < 0,001$ ). Kompleks davolash boshlanganidan 3 kun o'tgach, asosiy guruh va taqqoslash guruhida aftozning diametri mos ravishda  $0,88 \pm 0,04$  va  $0,90 \pm 0,03$  ni tashkil etdi, asosiy guruhda pasayish 1,72 marta, taqqoslash guruhida 1,78 marta. 180 kundan keyin kuzatuv davrining oxirida asosiy guruh va taqqoslash guruhidagi pasayish mos ravishda  $0,12 \pm 0,01$  ni tashkil etdi;  $0,23 \pm 0,01$  ( $p < 0,001$ ), pasayish asosiy guruhdagi boshlang'ich qiymatlarga nisbatan 12,75 marta, taqqoslash guruhida 6,93 marta ( $p < 0,001$ ) ni tashkil etdi.

4. Bemorlarning taklif etilayotgan patogenetik davolash samaradorligi surunkali xoletsistitda CRAS laboratoriya ko'rsatkichlarining sezilarli ijobiy o'zgarishlarida va Escherichia LP ning o'rtacha titrlari 14,3% ga, Escherichia LN -n lekin 26,5% ga kamayishi bilan bog'liq. ; Proteus - 66,6% va Candida jinsi qo'ziqorinlari 15,4% ( $R < 0,01$ ). Eng ijobiy omillardan biri - stafilokokklarning patogen shtammlarini yo'q qilish, shuningdek, bakterisidimning Candida jinsining qo'ziqorinlariga kuchli antifungal ta'siri. albicans, I-II, III va IV darajali disbiotik hodisalarni bartaraf etish bilan normotsenoz (48,1%) va disbiotik siljish (51,8%) sezilarli qiymatlari mavjud. Bundan tashqari, sekretor immunoglobulin sIgA darajasi davolanishdan oldingi darajalarga nisbatan 80,77% ( $1,90 \pm 0,07$ ) ga oshgan ( $P < 0,001$ ); patogenetik davolash so'ng asosiy guruhda lizozim faolligi 43,9% ga oshdi ( $18,20 \pm 0,50$ ) ( $P < 0,001$ ), fagotsitoz faolligi 60,0% ( $53,10 \pm 2,44$ ) ( $P < 0,001$ ) tashkil etdi.

5. Patogenetik terapiya samaradorligi qayd etilgan, asosiy guruhdagi MDA tarkibi 46% ga kamaygan va  $1,24 \pm 0,11$  nmol/ml ga teng bo'lgan ( $P \leq 0,05$ ), katalaza faolligi 68,9% ga, katalaza indeksi kamaydi.  $16,0 \pm 1,16$  IU / mg protein ( $P \leq 0,05$ ) edi. SOD faolligi 43,4% ga kamaydi, ya'ni. 2,3 baravarga, glutation peroksidaza 90,36% davolashdan oldingi ko'rsatkichga nisbatan 10,36 marta kamayadi ( $P < 0,05$ ).

ATMOKO irrigatori bilan soda eritmasini oldindan sug'orish bilan baktizidim preparatini kiritish bilan patogenetik terapiya samaradorligi MSM ning endogen intoksikatsiyasi ko'rsatkichlarini 35% E<sub>254</sub> va E<sub>280</sub> - 44% ga sezilarli darajada pasayishiga olib keladi ( $P < 0,05$ ) davolashdan oldingi ko'rsatkichlarga nisbatan, sog'lom odamlar guruhi bilan solishtirganda, mos ravishda 1,6 va 1,4 baravar kamaygan. Taqqoslash guruhida surunkali xoletsistit bilan orofaringeal mintaqada CRASni an'anaviy davolash paytida MSM darajasi biroz pasaygan, ammo endogen intoksikatsiyaning sezilarli darajada kamayishi kuzatilgan, mos ravishda 19,8% va 24,3% ( $P < 0,05$ ).

ATMOKO irrigator bilan sodali eritmani oldindan sug'orish bilan bakteriyani qo'llash bilan asosiy guruhda patogenetik davolash samaradorligi klinik jihatdan

remissiyaning sezilarli darajada uzaytirilishiga olib keldi. Asosiy guruhda remissiyaning o'rtacha davomiyligi  $12,89 \pm 0,20$  oyni tashkil etdi, bu taqqoslash guruhidagidan 1,68 martadan ko'proq  $-7,67 \pm 0,14$  oy (  $P < 0,001$ ); o'rtacha va og'ir shakli bo'lgan bemorlarda CRAS  $8,42 \pm 0,49$  oyga nisbatan  $12,73 \pm 0,25$  oyni tashkil etdi ( $P < 0,001$ ), bu taqqoslash guruhiga nisbatan 1,51 baravar yuqori; og'ir shaklda, mos ravishda,  $9,67 \pm 0,36$  oy va  $5,82 \pm 0,26$  oy (  $P < 0,001$ ), bu taqqoslash guruhiga nisbatan 1,66 baravar yuqori.

## **AMALIY TAVSIYALAR**

O'tkazilgan klinik, mikrobiologik, immunologik va biokimyoviy tadqiqot usullarining natijalari surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning surunkali takroriy aftoz stomatiti bilan og'rigan bemorlarni davolashda zamonaviy stomatologik yondashuvlarni ishlab chiqish uchun nazariy asosdir .

Olingan ma'lumotlar amaliy sog'liqni saqlash muassasalari tomonidan surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning surunkali takroriy aftoz stomatiti bo'lgan bemorlarda terapevtik stomatologik tadbirlarni rejalashtirish va amalga oshirish uchun ishlatilishi mumkin.

Baktisidim preparatlarining terapevtik samaradorligini o'rganish asosida surunkali xoletsistitli CRAS bilan kasallangan bemorlarni patogenetik davolashning yangi sxemasi taklif qilindi.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan orofaringeal mintaqaning surunkali takroriy aftoz stomatiti bilan og'rigan bemorlarni kompleks patogenetik davolashning tavsiya etilgan sxemasi davolash samaradorligini oshiradi: 100% ga ("Klinik tiklanish" - 59,26%, " Sezilarli yaxshilanish " -35,18%, "Yaxshilash -" 5,56 %"), 1 yillik kuzatuv davomida relapslar chastotasini 0,92 holatgacha kamaytiradi, engil shaklda remissiyaning davri  $12,89 \pm 0,20$  oygacha , o'rtacha CRAS  $12,73 \pm 0,25$  oy, og'ir shaklda  $9,67 \pm 0,36$  oygacha uzaytiradi.

## **ADABIYOTLAR RO'YXATI**

1. Abdurahmonov G.G. Takroriy aftoz stomatit. Klinikasi, diagnostikasi, davolash.  
G.G. Abdurahmonov. Maxachqal'a, 2012 yil.
2. Azimboev N.M. Og'iz bo'shlig'ining surunkali takroriy aftoz stomatitining etiologiyasi va sabablari (adabiyot sharhi). //Yosh olim. 2016 yil. 26-son (130). 189-193-betlar.
3. Alimova D.M. Ozon terapiyasini kompleks qo'llashda takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarni davolash dinamikasida yallig'lanishga qarshi va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning qiymatlari. // To'plamda: Fan kelajagiga zamonaviy qarash: ustuvor yo'nalishlar va rivojlanish vositalari. Xalqaro ilmiyamaliy konferensiya yakunlari bo'yicha ilmiy maqolalar to'plami. 2017. S. 3942.

4. Aliev Sh.R., Umarov D.A. Tuprikdagi lizozimni aniqlash usuli. // Oqilona taklif.1996-14- b.
5. Andreeva L. I. Tiobarbiturik kislota bilan testda lipid peroksidlarni aniqlash usulini o'zgartirish / L. I. Andreeva, L. A. Kozhemyakin, A. A. Kishkun // Laboratoriya. hol. - 1988. - No 11. - B. 41–43.
6. Artemyeva I.A., Aksenova G.I., Vasilev I.B., Zyubr T.P., Babkin V.A., Ostrouxova L.A. Surunkali takrorlanuvchi aftoz stomatitni nol valentli kumushni o'z ichiga olgan jel bilan davolash natijalari. // Rossiya Tibbiyot fanlari akademiyasining Sibir filiali Sharqiy Sibir ilmiy markazining axborotnomasi. 2014 yil. No 2 (96). 9-11-betlar.
7. Axanova J.N. Surunkali takroriy aftoz stomatitning immunokorrektiv terapiyasi. // Fan va sog'liqni saqlash. 2014. No 1. S. 94-95.
8. Bagaeva V.V., Popova V.M., Pashkova G.S., Isajanyan K.E., Nikitin V.V., Zhilenkov E.L. Antimikrobiyal vositalardan foydalanish samaradorligi va xavfsizligini o'rganish. Tibbiyotda tadqiqot va amaliyot, 2015. 2 (3). C. 35-42.
9. Bagriy A.V., Yartseva A.V., Vlasova M.A., Kabanina M.S. Surunkali takroriy aftoz stomatitni davolash. Evrosiyo ilmiy uyushmasi. 2017. 1-jild. 5-son (27). 50-52-betlar.
10. .Bulkina N.V., Tokmakova E.V., Meleshina O.V., Lomakina D.O. Surunkali takroriy aftoz stomatitning patogenezi va kompleks terapiyasining zamonaviy jihatlari // Fundamental tadqiqotlar. - 2012. - 4-1-son. - S. 30-33.
11. Gabrielyan N.I., Dmitriev A.A., Savostyanova O.A. va boshqalar O'rta molekulalar va intensiv terapiya bemorlarida endogen intoksikatsiya darajasi // Anest. va rean. - 1985. - No 1. - S. 36-38 .
12. Gavrilova O.A. Bolalarda normal va ayrim patologik sharoitlarda lipid peroksidlanish jarayonining xususiyatlari . ( Adabiyotlar sharhi).// ActabiomedicalScientifica , 2017. 2-jild, № 4. C. 15-22.
13. Galizina O.A. Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitning paydo bo'lishining asosiy jihatlari, klinik ko'rinishlari, davolash va oldini olish. //Rossiya stomatologiya jurnali. 2014. V. 18. No 6. S. 39-42.
14. Gerasimova A.A. Kabirova M.F., Gerasimova L.P., Minyakina G.F., Sisina O.V. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarida qo'ziqorin etiologiyasining allergenlariga sezgirlik darajasi va mahalliy immunitet holati / Stomatologiya muammolari 2017 yil, V. 13 № 1, 56-60-betlar. .
15. Goncharenko V.A. Bolalarda surunkali takroriy aftoz stomatitni tashxislash va davolashdagi xatolar. // Yosh vcheniy. 2014 yil. No 7-1 (10). 180-182-betlar.
16. Guseva H.A., Chernisheva N.D., Bushueva T.V. Surunkali takroriy aft stomatitli bemorlarda og'iz suyuqligidagi immunoglobulinlar va laktoferrinning tarkibi. // To'plamda: Fundamental stomatologiya muammolari bo'yicha IV Butunrossiya seminari 2016. P. 38-39.

17. Efimovich O.I., Rabinovich I.M., Dmitrieva N.A. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarining lazerli va magnit-lazerli fizioterapiyasi // Rossiya stomatologiya assotsiatsiyasining VI Kongressi materiallari. M., 2000 , - S.279280.
18. Ermakova I.D., Degtyarenko E.V. Xoda S.I., Redko A.A.  
Bolalarda surunkali takroriy aftoz stomatitni davolashda yallig'lanishga qarshi preparatni qo'llash samaradorligi. Eksperimental va klinik tibbiyotning oziqlanishi / maqolalar to'plami, 2013 yil, 17-son, 2.s 255-258.
19. Ibragimova M.X. Gepatobiliar tizim patologiyasida og'iz bo'shlig'i va periodontning shilliq qavatining shikastlanishi. Monografiya. Toshkent. 2020.114 S
20. Ibragimova M.X., Kamilova S.R. Surunkali kalkulyoz xoletsistitli CRAS bemorlarining mikrobiotsenoz holati va mahalliy immunitet holati / "Stomatologiyaning dolzarb masalalari" V Xalqaro ilmiy-amaliy konferentsiya materiallari to'plami . Sankt-Peterburg, 2019. B. 86-92.
21. Ibragimova M.X., Reimnazarova G.J., Kamilova S.R., Ubaydullaeva N.I. Surunkali kalkulyoz xoletsistit fonida surunkali takroriy aftoz stomatitda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi patologik o'zgarishlar.// Stomatologiya va kraniofasiyal tadqiqotlar jurnali. 2020 yil, № 2. C 59-64
22. Kabirova M.F., Usmonova I.N., Xafizova A.X., Aznaboeva G.M. Yoshlarda takroriy aftoz stomatitni kompleks davolashda suyuq "stomatofit" ekstraktidan foydalanish. //Fin-ugr xalqlarining salomatligi, demografiyasi, ekologiyasi. 2015. No 3. S. 41-42.
23. Komilov X.P., Ibragimova M.X. Surunkali takroriy aftli stomatitli bemorlarni kompleks davolash samaradorligini baholash . – Toshkent, 2016. – S. 2-4.
24. Klenina V.Yu., Kosyuga S.Yu. Gastroduodenal patologiya bilan bog'liq takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorni kompleks davolash. //Zamonaviy fanning nazariy va amaliy jihatlar. 2014 yil. № 5-2. 44-46-betlar.
25. Klyushnikova M.O., Klyushnikova O.N., Klyushnikova A.O. Surunkali takroriy aftoz stomatitni davolash. To'plamda: 21-asr fani: nazariya, amaliyot, istiqbollar. // Xalqaro ilmiy-amaliy konferensiya maqolalari to'plami. Boshqaruvchi muharrir Sukiasyan Asatur Albertovich. 2015. S. 143-144.
26. Kovacs I., Kravchenko L. Surunkali qaytalanuvchi aftli stomatit bilan og'rigan bolalarda ozon terapiyasidan so'ng og'iz bo'shlig'i mikrobiotsenozidagi o'zgarishlar dinamikasi. //Zamonaviy fan - Moderni Veda. 2016. V. 3. No 4. S. 135-140.
27. Kosaeva Sh.K. Stomatolog-terapevt amaliyotida surunkali aftoz stomatit. (Adabiyot sharhi) Xo'sh , KazNMU Axborotnomasi, № 1-2014.S.169-
28. Kosyuga S.Yu., Klenina V.Yu., Ashkinazi V.I. Takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarda birga keladigan umumiy somatik patologiyaning tuzilishini tahlil qilish. //Fan va ta'limning zamonaviy muammolari. 2015 yil. № 1-1. S. 1292.

29. Languev A.I. Keksalarda surunkali takroriy aftoz stomatit. J. klinik gerontologiya, 9-10, 2015.s.71
30. Meshcherskiy G.A., Pavlovskaya E.O., Gushchina Yu.Sh. Takroriy aftoz stomatit uchun muqobil davolash dasturi. //Yoshlar ilmiy forumi: tabiiy va tibbiyot fanlari. 2015 yil. 9-son (27). 37-40-betlar.
31. Katazaning faolligini aniqlash usuli / M.I.Korolyuk va boshqalar. / / Laboratoriya ishi-1988-№ 1-S.16-19.
32. Novikov S.V., Saveliev P.A., Eremenko A.V. Keng qamrovli gomeopatikdan foydalanish . surunkali takroriy aftoz stomatitda p preparati "mukoza kompozitsiyasi". To'plamda: Klinik stomatologiyaning dolzarb masalalari Stavropol o'lkasi stomatologlarining XLVI ilmiy-amaliy konferentsiyasi materiallari. //Stavropol davlat tibbiyot akademiyasi. 2012. S. 223-224.
33. Pitserskaya N.V., Chizhikova T.S., Adamovich E.I., Solomatina E.S., Tolmacheva M.S. Yoshlarda surunkali takroriy aftoz stomatitni davolashda "Proposol-n" preparatining samaradorligi // Xalqaro amaliy va fundamental tadqiqotlar jurnali. 2012. No 4. S. 60-61.
34. Pitserskaya N.V., Chizhikova T.S., Adamovich E.I., Shilina S.V. Yoshlarda surunkali takroriy aftoz stomatitni davolashda "proposol-n" preparatini qo'llashning qiyosiy tavsifi. //To'plamda: Stomatologiyaning dolzarb masalalari Professor V.Yu.Milikevich tavalludining 80 yilligiga bag'ishlangan elektron ilmiy-amaliy konferensiya materiallari to'plami. tahririyat: S. V. Poroiskiy, V. I. Shemonaev, T. V. Motorkina, S. V. Dmitrienko, V. F. Mixalchenko, E. V. Fomichev, T. V. Danilina, L. D. Vaysgeym; Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash va ijtimoiy rivojlanish vazirligi, Volgograd davlat tibbiyot universiteti. 2012 yil, 143-146-betlar.
35. Pobedinskaya L.Yu., Tokmakova S.I., Bondarenko O.V. Takroriy aftoz stomatitni kompleks davolashda kriyoterapiyadan foydalanish.// To'plamda: Stomatologiyada zamonaviy texnologiyalar Oltoy davlat tibbiyot universiteti stomatologiya fakultetining 25 yilligiga bag'ishlangan XV ilmiy-amaliy konferensiya materiallari. 2015. S. 97-101.
36. Rabinovich O.F., Abramova E.S., Umarova K.V., Rabinovich I.M. Qaytalanuvchi aft stomatitining etiologiyasi va patogenezining aspektlari. // Klinik stomatologiya. 2015 yil. No 4 (76). 8-13-betlar.
37. Rabinovich O.F., Babichenko I.I., Rabinovich I.M., Kovyazin V.A., Vaxrushina E.V. Qaytalanuvchi aft stomatitning immunomorfologiyasi. //Patologiya arxivi. 2012. V. 74. No 2. S. 23-25.
38. Raxova V.N., Oksas N.S. Surunkali takroriy aftoz stomatitni davolashda minerallardan foydalanish. Fan va texnika taraqqiyotining zamonaviy tendentsiyalari. 2016 yil. 11-5-son. 95-97-betlar.
39. Robakidze N.S. Kron kasalligi va yarali kolitda takroriy aftoz stomatit kursining xususiyatlari. //To'plamda: Slavyan davlatlarining stomatologiyasi. Belgorod davlat milliy tadqiqot universitetining 140 yilligiga bag'ishlangan 10xalqaro ilmiy-amaliy konferensiya materiallari . 2016. S. 391-393.

40. Robakidze N.S., Baranovskiy A.Yu. Yallig'lanishli ichak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda takroriy aftoz stomatit kursini tahlil qilish. // Stomatologiya instituti. 2016 yil. 1-son (70). 58-59-betlar.
41. Savichuk A.V., Zaitseva E.M., Nemirovich Yu.P., Beketova G.P. Surunkali takroriy aftoz stomatitni davolash. //Zamonaviy stomatologiya. 2015 yil. No 2 (76). S. 37.
42. Sagimbaeva T.B., Tankibaeva J.G. Surunkali takrorlanuvchi aft stomatit kursining xususiyatlari. To'plamda: Rossiyada va xorijda tibbiyotning dolzarb muammolari // Xalqaro ilmiy-amaliy konferentsiya maqolalari to'plami. 2014. S. 27-29.
43. Severina T.V. Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitni kompleks davolashda fotoforez metrogil dentadan foydalanish. Kuban ilmiy tibbiy byulleteni. 2013 yil. 6-son (141). 158-160-betlar.
44. Sidelnikova V.I., Chernitskiy A.E., Retskiy M.I. Endogen intoksikatsiya va yallig'lanish: reaksiyalar ketma-ketligi va markerlarning ma'lumotlar tarkibi. / Qishloq xo'jaligi biologiyasi, 2015 yil, 50-jild, 2-son, 152-160-bet.
45. Silantieva E.N., Berezina N.V., Krivonos S.M. Surunkali takroriy aftoz stomatitni Asepta liniyasi preparatlari yordamida kompleks davolash.// Amaliy tibbiyot. 2013 yil. 4-son (72). 52-53-betlar.
46. Starikova I.V., Radyshevskaya T.N., Pyslar T.V., Dibtseva T.S. Surunkali takrorlanuvchi aft stomatitni kompleks davolash. //Ilmiy almanax. 2017 yil. 4-3son (30). 268-271-betlar.
47. Starokojeva L.Yu. Surunkali takroriy aftoz stomatitni kompleks davolashda immunokorreksiya. //Allergologiya va immunologiya. 2008. V. 9. No 1. S. 125.
48. Straxova S.Yu., Petrova K.A. Surunkali qaytalanuvchi aftli stomatitli bolalarni davolashda probiyotiklardan foydalanish. Rus stomatologiyasi. 2016. V. 9. No 1. S. 64.
49. Stroyakovskaya O.N., Gritskevich N.Yu. Surunkali takroriy aft stomatitni kompleks davolashda "gengigel" preparatini qo'llash tajribasi. // Zamonaviy stomatologiya. 2013 yil. 3-son (67). S. 52.
50. Suleymeneva D.M., Dyusembaev K.Ch., Nikitina A.P., Tutkusheva M.A. Surunkali takrorlanuvchi aftoz stomatit klinikasi. //Fan va sog'liqni saqlash. 2014. No 6. S. 87-89.
51. Suleymeneva D.M., Tutkusheva M.A., Dyusembaev K.Ch., Nikitina A.P. Qaytalanuvchi aft stomatitning laboratoriya diagnostikasi. //Fan va sog'liqni saqlash. 2014. No 6. S. 89-91.
52. Tatarenko D.P. Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit bilan kasallanishning Helicobacter Pylori bakteriyasi bilan bog'liqligi. //To'plamda: XXI asr tibbiyoti Tatarenko D.P., Vitrishchak S.V., Tatarenko V.P., Klimenko A.K., Ivanov A.S. Ilmiy maqolalar to'plami. Moskva, 2016. S. 46-55.
53. Temirboev M.A. Tuprik neytrifillarida neytron tetraliumni kamaytirish bo'yicha test metodologiyasi // Laboratoriya ishi.

- 1989. - 7-son. -
- B.23-27.
54. Tokmakova S.I., Starokojeva L.Yu. Surunkali takroriy aftoz stomatitni davolashda kriyoanestetik aftning samaradorligini baholash usullari. //Kafedra bo'lim. Stomatologik ta'lim. 2008. V. 7. No 2. S. 14-19.
  55. Uspenskaya O.A. Surunkali takroriy aftoz stomatit va urogenital infektsiya bilan og'rigan bemorlarda og'iz bo'shlig'ining mahalliy immuniteti ko'rsatkichlarining dinamikasi. //Tibbiy almanax. 2015 yil. No 3 (38). 196-198betlar.
  56. Uspenskaya O.A. Urogenital infektsiyali ayollarda surunkali takroriy aftoz stomatitda og'iz bo'shlig'ining mahalliy immuniteti ko'rsatkichlarini o'rganish. //Rus stomatologiyasi. 2015. V. 8. No 4. S. 32-34.
  57. Uspenskaya O.A. Surunkali takroriy aftoz stomatitni davolashda og'iz suyuqligining immunologik parametrlarini o'rganish. //Rossiya stomatologiya jurnali. 2015. V. 19. No 3. S. 20-22.
  58. Uspenskaya O.A. Surunkali takroriy aftoz stomatitni kompleks davolashda ataraks va eplandan foydalanish. Universum: //Tibbiyot va farmakologiya. 2015 yil. No 2 (15). C. 4.
  59. Uspenskaya O.A., Kazarina L.N., Shevchenko E.A. Urogenital infektsiya fonida surunkali takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarda og'iz bo'shlig'ining mahalliy immunitetdagi o'zgarishlar. //Fan va ta'limning zamonaviy muammolari. 2015 yil. № 1-1. S. 1365.
  60. Uspenskaya O.A., Lukinykh L.M., Shevchenko E.A., Tiunova N.V. Surunkali takroriy aftoz stomatit: darslik. // Nijniy Novgorod, 2015 yil.
  61. Uspenskaya O.A., Tiunova N.V. Takroriy aftli stomatit va urogenital infektsiya bilan og'rigan bemorlarda qonning biokimyoviy ko'rsatkichlarining xususiyatlari. // Dental forum. 2015. No 4. 89-bet.
  62. Uspenskaya O.A., Shevchenko E.A., Boltenko S.A. Urogenital infektsiyasi bo'lgan va bo'lmagan ayollarda surunkali takroriy aftoz stomatitni davolashning zamonaviy usullari.// Fan va ta'limning zamonaviy muammolari. 2015 yil. № 11. S. 1324.
  63. KhmilO . B . Surunkali qaytalanuvchi aft bilan og'iz bo'shlig'ining mahalliy immuniteti holatining C tavsifi. // Biologiya va tibbiyot muammolari byulleteni . 2013. V. 2. No 1. S. 306-308.
  64. Chernisheva N.D. Surunkali takrorlanuvchi aftoz stomatitning immunopatogeneza gamma-interferonning roli . // Periodontologiya. 2011. V. 16. No 3 (60). 10-11-betlar.
  65. Chernisheva N.D. Surunkali takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarda hujayrali va fagotsitar darajalarni qiyosiy baholash. //Ural tibbiyot jurnali. 2011 yil. 5-son (83). 65-67-betlar.
  66. Chernisheva N.D., Bushueva T.V. Surunkali takrorlanuvchi aft stomatitida immunologik jihatlar. To'plamda: Katta Urals stomatologiyasi III

- fundamental stomatologiya muammolari bo'yicha Butunrossiya seminari. Ed. Kovtun O.P.; Ural davlat tibbiyot universiteti, Geologiya va geokimyo instituti. Akademik Zavaritskiy, Organik sintez instituti. Akademik I.Ya. Postovskiy . Ekaterinburg, 2015. S. 44.
67. Chernisheva N.D., Bushueva T.V., Ron G.I. Surunkali takrorlanuvchi aftoz stomatitning rivojlanishida sitokinlarning roli. //Ural tibbiyot jurnali. 2010 yil. 8-son (73). 9-11-betlar.
  68. Chernysheva N.D., Bushueva T.V., Ron G.I., Safiullina I.I. Surunkali takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarda immunitet holatining ko'rsatkichlari . //Ural tibbiyot fani va ta'limi. 2009. V. 10. No 4 (60). 129-130betlar.
  69. Chernysheva N.D., Bushueva T.V., Ron G.I., Safiullina I.I. Surunkali takrorlanuvchi aft stomatitda topikal immunitet holati. //Ural tibbiyot jurnali. 2009 yil. 5-son (59). 71-73-betlar.
  70. Chernisheva N.D., Ron G.I., Bushueva T.V., Safiullina I.I. Mahalliy ta'rifi. //Stomatologiya muammolari. 2009. No 4. S. 20-21.
  71. Chulkova M.V. Surunkali takroriy aftoz stomatitni davolashda immunoterapiyaning zamonaviy jihatlar (adabiyot sharhi). // Shimoliy davlat tibbiyot universitetining xabarnomasi. 2011 yil. No 1 (26). 122-123-betlar.
  72. Shavloxova D.T., Dzagoeva M.G., Djanaev B.M. Durulamalarning antibakterial faolligi va klinik samaradorligini o'rganish: xlorheksidin, listerin va karsodil / "20-yilda sog'liqni saqlash va ta'lim" ilmiy maqolalar jurnali! Asr ", №4, 2012 yil, 14-jild, 319-bet
  73. Shevchenko E.A., Reshetina M.V. Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitning patogenetik terapiyasining yangi sxemasini ishlab chiqish. //Fan va ta'limning zamonaviy muammolari. 2016. No 4. P. 4.
  74. Al-Amad SH, Hasan H. Takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarda D vitamini va gematin etishmovchiligi. Clin Oral Investig. 2019 yil 3 noyabr.
  75. Al-Johaniy K. Stomatologiya talabalari orasida takroriy aftoz stomatitning tarqalishi: kesa tadqiqoti. J Contemp Dent amaliyoti. 2019 yil 1 avgust; 20(8):893-895. PMID: 31797843.
  76. Al-Maweri SA, Halboub E, Al-Sufyani G, Alqutaibi AY, Shamala A, Alsahani A. D vitamini etishmovchiligi takroriy aft stomatit uchun xavf omilimi? Tizimli tahlil va meta-tahlil. OralDis. 2019 yil 6 oktyabr.
  77. Amorim Dos Santos J, Normando AGC, de Toledo IP, Melo G, De Luka Canto G, Santos-Silva AR, Guerra ENS. Takroriy aft stomatit uchun lazer terapiyasi: umumiy ko'rinish. Clin Oral Investig. 2019 yil 12 noyabr.
  78. Ashwini Dhopte, Giridhar Naidu, Ramanpal Singx-Makkad, Ravlin Nagi, Xiroj Bagde, Supreet Jain. Takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarda stress, tashvish va depressiyaning psixometrik tahlili - J / J Clin Exp Dent. 2018 ;10 (11):e1109-14.
  79. Borilova Linhartova, P., Janos, J., Slezakova, S., Bartova, J., Petanova, J., Kuklinek, P., Fassmann, A., Dusek, L., Izakovicova Holla, L. Qaytalanuvchi aftoz stomatit va Tanlangan interleykinlardagi genlarning o'zgaruvchanligi:

- vaziyatni nazorat qilish tadqiqoti (2018) Evropa og'zaki fanlar jurnali, 126 (6), pp. 485-492.
80. Bryan JW Vong, DMD nterleykin-4 retseptorlari alfa-gen polimorfizmlari takroriy aftoz stomatitda ( Maqola)/ Immunologik tadqiqotlar 47-jild, 7-son, 2018 yil 3 oktyabr, 680-688-betlar.
  81. Bryan JW Vong, DMD, Wa Sham Cheung, DDS va Karen M. Kempbell, DDS, MSC. 4 oylik chaqaloqdagi katta aftoz stomatit / Favqulodda tibbiy yordam jurnali, jild. 55, yo'q. 6, bet. e157–e158, 2018.
  82. Baccaglini L, Shuster JJ, Theriaque DW, Naveed Z. Qaytalanuvchi aftoz stomatitda qon zardobidagi insulinga o'xshash o'sish omili 1 ko'tarilgan. Clin Exp Dent Res. 2019 yil 27 mart; 5(3): 269-275.
  83. Chun- Pin Chiang va boshqalar. Takroriy aftöz stomatit e Etiologiya, sarum otoantikorlari, anemiya, gematin etishmovchiligi va davolash/ Formosan Tibbiyot Assotsiatsiyasi jurnali 118-jild, 9-son , 2019 yil sentyabr, 1279-1289betlar
  84. Cheng LL. Cheklangan dalillar takroriy aftoz stomatit bilan og'rigan bemorlarga natriy lauril sulfatsiz tish yuvish vositalaridan foydalanish foyda keltirishi mumkinligini ko'rsatadi. J Evidga asoslangan Dent amaliyoti. 2019 yil dekabr; 19(4):101349.
  85. Dalessandri D, Zotti F, Laffranchi L, Migliorati M, Isola G, Bonetti S, Viskonti L. Qaytalanuvchi aftoz stomatitni (RAS; aft; saraton yaralari) og'izni chayish yoki gialuron kislotasini o'z ichiga olgan topikal gel formulasi hosil qiluvchi to'siq bilan davolash: retrospektiv klinik tadqiqotlar. BMC Og'iz salomatligi. 2019 yil 16 iyul; 19(1):153.
  86. de Perosanz-Lobo D, Latour I, Ortega-Quijano D, Fernández-Guarino M, Torrelo A. Adalimumab bilan davolangan og'ir takroriy aftoz stomatit: O'smir bemorda ish hisoboti. Pediatrik dermatol. 2019 yil noyabr; 36(6):986-987.
  87. Ekinci A, Demir E, Ekinci H. Takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarda sarum prolidaza va oksidlovchi stress darajalari: istiqbolli, nazorat ostida tadqiqot. Hind J Dermatol Venereol Leprol. 2019 yil 27-iyun.
  88. Habibzadeh S, Shayx Rahimi M, Edalatkhah H, Piri H, Maleki N. Tetanoz va difteriya toksoidlari (Td) vaktsinasining kuchaytiruvchi dozasiining takroriy aftoz stomatitni boshqarishda samaradorligi: istiqbolli, randomizatsiyalangan, uch marta ko'r va platsebo-nazoratli trikor. . J Dermatolog davolash. 2019 yil 29 avgust: 1-6.
  89. Hamed Mortazaviy, Yosir Safi, Maryam Baharvand va Somaye Rahmoniy. Umumiy og'iz yarasi lezyonlarining diagnostik xususiyatlari: Yangilangan qaror daraxti / Hindawi Publishing Corporation Xalqaro stomatologiya jurnali 2016 yil, ID 7278925, 14 sahifalar.
  90. Lalabovna H, Daskalov H. Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitda past darajadagi lazer terapiyasining terapevtik ta'sirini klinik baholash. Biotexnologiya va biotexnologik uskunalar. 2014 yil ;28 (5):929–933. [ [PMC bepul maqola](#) ] [ [PubMed](#) ] [ [Google Scholar](#) ]

91. Kaliamoorthy S, Sathishmuthukumar R, Chidambaram K, Srinivasan P, Nagarajan M, Selvakumar R, Murugaboopathy V. Takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarda og'iz shilliq qavatining yaxlitligi holatini baholash. J Pharm Bioallied Sci. 2019 yil may; 11 (2-qo'shimcha): S274-S277.
92. Kayabasi S, Hizli O, Cayir S. Faol takroriy aftoz stomatit uchun yangi bashorat qiluvchi parametr: C-reaktiv oqsildan albumin nisbati. Cureus. 2019 yil 22 oktyabr; 11(10):e5965.
93. Kayabasi S, Kuzucu I. Takroriy aftöz stomatit uchun yangi prognostik biomarker: kalprotektin. J Laringol Otol. 2019 yil avgust; 133(8):691-695.
94. Kolios AGA, Yawalkar N, Feusi A, Kündig T, Boyman O, Nilsson J. Apremilast davolashga chidamli takroriy aft stomatitida. N Engl J Med. 2019 yil 14 noyabr; 381 (20): 1975-1977.
95. Kovach I., Kravchenko L. Surunkali takroriy aft stomatitni davolashda bolalarda og'iz bo'shlig'ining o'ziga xos bo'lmagan qarshiligining dinamikasi. Zamonaviy stomatologiya. 2015 yil. 5-son (79). S. 31.
96. Kovach IV, Kravchenko LI S surunkali takroriy aftoz stomatitni davolashda bolalarda bukkal epiteliy hujayralarining holatini aniqlaydi. Stomatologiya byulleteni. 2016 yil. 3-son (96). 65-70-betlar.
97. Lu Y, Vang V, Ding X, Shi X. Serotonin tashuvchisi polimorfizmlari va takroriy stomatitning promoter mintaqasi o'rtasidagi assotsiatsiya: meta-tahlil. Arch Oral Biol. 2020 yil yanvar; 109:104555.
98. aftli stomatitli bolalarda D vitamini darajasi . Quloq burun tomoq J. 2019 oktabr 20:145561319882783.
99. Navarro Triviño FJ, Cuenca-Barrales C, Ruiz-Villaverde R. Eugenol allergiyasi takroriy aftöz stomatit va yonish og'iz sindromini taqlid qiladi. kontakt dermatit. 2019 yil dekabr; 81(6):462-463.
100. Najafi, S. Mohammadzoda, M., Rajabi, F., Zare Bidoki, A., Yusufiy, H., Farhodiy, E., Rezai.N. Interleykin-4 va Interleykin - takroriy aftoz stomatitda 4 retseptorlari alfa gen polimorfizmlari // Immunologik tekshiruvlar - 2018, 47 (7), pp. 680-688.
101. Natali Rose Edgar , D.O. , Dahlia Saleh, D.O. va Richard A. Miller, D.O. Takroriy aftöz stomatit : ko'rib chiqish // [J Clin Aesthet Dermatol](#) . 2017 yil mart; 10(3): 26–36.
102. Oksana Y. Feleshtynska, Olena O. Dyadyk. Kron kasalligida surunkali takroriy aftoz stomatitni tashxislash va davolashni asoslash / Wiadomości Lekarskie 2020, tom LXXIII, nr 3. :512-516
103. Olejnik M, Ślebioda Z, Dorocka-Bobkowska B. Qaytalanuvchi aftoz stomatitni (RAS) davolashda past darajadagi lazer terapiyasi (LLLT) istiqbolli davolash varianti: Ikki holat bo'yicha hisobot. Dent Med Probl. 2019 yil iyun-sentyabr; 56(3):317-321.
104. Rezaei F, Hosseini E, Rezaei F. Takroriy aftli stomatit, chekuvchilar va sog'lom odamlarda tuprik epidermal o'sish omilini solishtirish. J Family Med Prime Care. 2019 yil 28 avgust; 8 (8): 2587-2591.

105. Rivera C. Qaytalanuvchi aftoz stomatitning asoslari. BiomedRep. 2019 yil avgust; 11(2):47-50.
106. Shao Y, Zhou H. Rekürrentaft stomatitni davolash uchun xitosan o'z ichiga olgan og'iz shilliq qavatining klinik bahosi: randomizatsiyalangan, ikki marta ko'r-ko'rona tadqiqot. J Dermatolog davolash. 2019 yil 9-iyun: 1-5.
107. Ślebioda Z, Dorocka-Bobkowska B. Polsha bemorlari guruhida takroriy aftoz stomatit uchun tizimli va ekologik xavf omillari. Postepy Dermatol Alergol. 2019 yil aprel; 36(2):196-201.
108. Slezakova S, Borilova Linxartova P, Bartova J, Petanova J, Kuklinek P, Fassmann A, Serotonin T ransporter geni (SLC6A4) takroriy aft stomatitli bemorlarda o'zgaruvchanlik. Izakovicova Holla L. Arch Oral Biol. 2019 yil 3 dekabr;110:104628.
109. Soliman HA, Mostafaa D. Takroriy aftoz stomatitning og'rig'i, hajmi va funksional buzilishlarida 660 nm diodli lazer terapiyasining klinik bahosi. Open Access Maced J Med Sci. 2019 yil 14 may; 7(9):1516-1522.
110. Stehlikova Z, Tlaskal V, Galanova N, Roubalova R, Kreisinger J, Dvorak J, Prochazkova P, Kostovcikova K, Bartova J, Libanska M, Cermakova R, Schierova D, Fassmann A, Borilova Linhartova P, Coufal S, Kverka M, Izakovicova -Holla L, Petanova J, Tlaskalova-Hogenova H, Jiraskova Zakostelska Z. Oral mikrobiota tarkibi va takroriy aftli stomatit bilan og'rigan bemorlarda antimikrobiyal antikor reaksiyasi. Mikroorganizmlar. 2019 yil 1 dekabr; 7(12).
111. Sherman JJ, Barach R, Whitcomb KK, Haley J, Martin MD. Takroriy aftöz yaralar bilan bog'liq og'riq va og'riq bilan bog'liq shovqin.// J Orofac Pain2007 ; 21 : 99-106.
112. Zwiri AM. Takroriy aft yarasi bo'lgan bemorlarda tashvish, depressiya va hayot sifati. //J Contemp Dent Pract- 2015 ;16 : pp. 112-7.
113. Va Sham Cheung, DDS va Karen M. Kempbell, DDS, MSC. 4 oylik chaqaloqdagi katta aft stomatit / Favqulodda tibbiy yordam jurnali, 2018 , jild . 55, yo'q. 6, bet. e157–e158.
114. Grimaux S., Leducq P., Goupille A., Aubourg E., Miquelestorena-Standley M. Samimi . Og'iz bo'shlig'idagi aft yaralari sekukinumab keltirib chiqaradigan yallig'lanishli ichak kasalligining dastlabki ko'rinishi sifatida / Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 145-jild, 11-son, 2018 yil noyabr, 676-682-betlar.
115. Tavangar A, Aslani A, Nikbakht N. Punica granatum Gel va Triadent og'zaki pastasining takroriy aftli stomatitga ta'sirini qiyosiy o'rganish, Double Blind Clinical Trial. J Dent (Shiraz). 2019 yil oktabr; 20(3):184-189.
116. Vandana S, Kavitha B, Sivapathasundharam B. Tuprik kortizol va dehidroepiandrosteron takroriy aft stomatitli bemorlarda stressni aniqlash uchun og'iz biomarkerlari sifatida. J og'iz maksillofak patol. 2019 yil mayavgust; 23(2):213-217.

117. Yildirimyan N, Özalp Ö, Şatır S, Altay MA, Sindel A. Sink etishmovchiligi natijasida takroriy aftoz stomatit. Og'iz bo'shlig'i salomatligi Prev Dent. 2019; 17(5):465-468.

### QISTQARMALAR RO'YXATI

og'iz shilliq qavati

CRAS Surunkali takrorlanuvchi aft stomatit

RJ og'iz suyuqligi

GI GV Gigiena indeksi Green-

Vermillion sIgA sekretor

immunoglobulin A liz lizozim

OHI-S soddalashtirilgan og'iz gigienasi indeksi

LPO lipid peroksidatsiyasi

AOS antioksidant tizimi

MDA malondialdegid

KT katalaza

SOD superoksid dismutazasi

GP glutation peroksidaza

FAN F neytrofillarning agotsitik faolligi

MSM o'rtacha og'irlikdagi molekulalar

SMP<sub>254</sub> O'rta molekulyar og'irlikdagi peptidlar 254

SPM<sub>280</sub> O'rta molekulyar og'irlikdagi peptidlar 280