

при моделировке, что свидетельствует об удобстве и надёжности конструкций. Но следует отметить наличие многочисленной расплетающейся щетины у отдельных волокон Fiber-Splint ML на участке разреза, что указывает на необходимость запечатывания этой области бондингом.

Выводы. В результате испытаний выяснилось, нейшего исследования. Это необходимо для разработки каждого из материалов для шинирования ботки тактики и критериев выбора шинирующих имеет определённые свои преимущества с точки зрения конструкций для иммобилизации подвижных зу-зрения механических свойств, адаптируемости бов исходя из конкретной клинической ситуации. и адгезии. Принципиальных различий в лечебной

эффективности стекловолоконных и полиэтиленовых адгезионных шин не обнаружено. Но адаптация шинирующей ленты во многом определяет срок службы конструкции. Полученные результаты свидетельствуют о том, что проблема изучения свойств шинирующих материалов требует даль-

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

Скорикова Л.А., Лапина Н.В. Комплексное ортопедическое лечение больных с заболеваниями пародонта. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2011; 6(129):154-157. [Skorikova L.A., Lapina N.V. The integrated orthopaedic treatment of patients with periodontium disease. *Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik*. 2011; 6(129): 154-157. (In Russ.)]

Roger F. Mosedale. *Current Indications and Methods of Periodontal Splinting*. *Dental Update*. 2017; 34(3): 168- 180. <https://doi.org/10.12968/denu.2007.34.3.168>

Пархамович С.Н., Тюкова Е.А. Современные подходы к применению волоконных армирующих систем для адгезивного шинирования и микропротезирования. *Современная стоматология*. 2016; №3:43-48. [Parkhamovich S.N., Tyukova E.A. Current approaches use of fiber reinforcement systems for adhesive splinting and microprosthetics. *Sovremennaya stomatologiya*. 2016; №3:43-48. (In Russ.)]

Hadyaoui D., Khiari A. *Periodontal Splinting with Ribbond*. *SM Dentistry Journal*. 2015; 1(1): 1002. <https://doi.org/10.36876/smd.1002>

УДК: 616.313-002-02.446:616.31] – 08:613.268:612.014.464

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНИРОВАННОГО КУНЖУТНОГО МАСЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Х.П. Камиллов¹, М.Х. Ибрагимова¹, Ш.И. Самадова²

Ташкентский государственный стоматологический институт¹ Бухарский государственный медицинский институт²

РЕЗЮМЕ

Красный плоский лишай (КПЛ) – один из наиболее распространенных и клинически манифестных кожно-слизистых дерматозов. По данным разных авторов популяционная частота КПЛ (0,4-1,9%) отмечается варьирование в разных регионах мира и доли к другим дерматозам. Главной проблемой в изучении эпидемиологии КПЛ является различие в анализе оценки частоты одновременного поражения слизистой оболочки полости рта и кожи, естественно, отдельно при обращении больных как к стоматологам, так и дерматологам. Развитие КПЛ в возрасте 30-60 лет наблюдается в 33% случаев, в 19% случаев – у людей от 51 до 60 лет, в 3-4% случаев – у лиц старше 70 лет.

Это заболевание отличается недостаточной изученностью этиологии и патогенеза, наличием тяже-

ло протекающих форм заболевания, возможностью озлокачествления, стойкостью к проводимому лечению. В связи с этим, до сих пор отдается предпочтение кортикостероидам, которые могут вызывать различные осложнения и побочные эффекты. Применение немедикаментозных методов терапии, частности медикаментозный озон, используемый комплексной терапии красного плоского лишая отличается эффективностью и безопасностью, осложнений и побочных эффектов не наблюдается. Применяемая озонотерапия приводит к достоверному снижению гигиенического индекса (ОНИ-S), по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 87,27% (0,40±0,27), что показывает снижение ГИ (ОНИ-S) соответственно в 7,8 раза по сравнению с показателями до лечения (p<0,05).

Показатель РМА в основной группе к концу срока лечения составили снижение соответствен-

но на 82,7% ($7,15 \pm 2,64$), что показывает снижение воспалительного процесса соответственно в 5,77 раза по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$). Регресс воспалительного процесса приводит к сокращению сроков эпителизации эрозивно-язвенных очагов и удлинению ремиссии КПЛ в 2,27 раза ($p < 0,05$) - и достиг значения до $5,75 \pm 0,06$ месяцев в 96,86% случаев (31 человек).

Ключевые слова: красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма, озонотерапия, «Озонатор клинический ОЗ».

ABSTRACT

Lichen planus (LP) is one of the most common and clinically manifest mucocutaneous dermatoses. According to different authors, the population frequency of LP (0.4-1.9%) varies in different regions of the world and the proportion to other dermatoses. The main problem in the study of the epidemiology of LP is the difference in the analysis of the assessment of the frequency of simultaneous lesions of the oral mucosa and skin, naturally, separately when patients refer to both dentists and dermatologists. The development of LP at the age of 30-60 is observed in 33% of cases, in 19% of cases in people from 51 to 60 years old, in 3-4% of cases in people over 70 years old.

This disease is characterized by insufficient knowledge of the etiology and pathogenesis, the presence of severe forms of the disease, the possibility of malignancy, and resistance to treatment. In this regard, corticosteroids are still preferred, which can cause various complications and side effects. The use of non-drug methods of therapy, in particular, drug ozone used in the complex therapy of lichen planus is effective and safe, no complications or side effects are observed. The applied ozone therapy leads to a significant decrease in the hygiene index (OHI-S), compared with the indicators before treatment and corresponded to 87.27% (0.40 ± 0.27), which shows a decrease in the GI (OHI-S), respectively, in 7.8 times compared with the indicators before treatment ($p < 0.05$).

The PMA index in the main group by the end of the treatment period was a decrease by 82.7%, respectively (7.15 ± 2.64), which shows a decrease in the inflammatory process by 5.77 times, respectively, compared with the indicators before treatment ($p < 0.05$). Regression of the inflammatory process leads to a reduction in the time of epithelialization of erosive-ulcerative foci and a 2.27-fold lengthening of LP remission ($p < 0.05$) - and reached a value of up to 5.75 ± 0.06 months in 96.86% of cases (31 people).

Key words: lichen planus, erosive and ulcerative form, ozone therapy, "Ozonator clinical O3".

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) является одним из самых распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР),

отличается недостаточной изученностью этиологии и патогенеза, наличием тяжело протекающих форм заболевания, метаболическим изменениям при малигнизации и стойкостью к проводимому лечению. В настоящее время проблема эффективного лечения эрозивно-язвенной формы КПЛ все еще остается актуальной задачей стоматологии [2,3,6]. Сложности в лечении возникают из-за отсутствия четкого механизма развития КПЛ, что приводит к применению различных медикаментов, имеющие больше симптоматический характер, нежели патогенетический.

Красный плоский лишай (КПЛ) в общей структуре заболеваний СОПР составляет от 17 до 35%, наиболее часто заболевание встречается у людей в возрасте от 30 до 60, у женщин - от 50 лет и старше. У 78% пациентов наблюдаются изолированные поражения СОПР. На долю женщин приходится 60-75 % больных КПЛ с поражением СОПР, около 50 % - с поражением кожи [9,10,12].

КПЛ диагностируется наиболее часто в полости рта (до 75 %) с одновременным поражением кожи и слизистой оболочки полости рта. Высокая распространенность, сочетание с соматическими заболеваниями, множество клинических форм, сложность диагностики, устойчивость к проводимой терапии - все эти факторы свидетельствуют о мультифакторности заболевания [3,4,5,6,7,8]. Описан клинический случай сочетанного поражения КПЛ и вируса Эпштейн—Барра (ВЭБ), который обладает высокой тропностью к клеткам эпителия слизистой оболочки, длительной персистенцией в организме и реактивируется при иммунодефиците, затем вирусы сами способны угнетать иммунную систему [11].

Озон - это газ с резким характерным запахом, является более сильным окислителем чем кислород.

Литературе есть данные о антибактериальном, фунгицидном, противовирусном, противовоспалительным, иммуномодулирующем и анальгезирующем свойствах озона. При местном применении озон усиливает активность антиоксидантной системы защиты. Низкие концентрации озона усиливают активность эпителизации [2,11].

Цель исследования: Совершенствование лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая озонированным кунжутным маслом.

Материалы и методы исследования.

Источником озона является «Озонатор клинический ОЗ», разработанный в научно-производственным предприятием «Азия-Р» республики Узбекистан, его отличает простота применения, высокая эффективность, хорошая переносимость, практическое отсутствие побочных явлений, экономическая целесообразность. Принцип работы аппарата заключается в том, что барботирование кунжутного масла происходит в емкости озонато-

ра в течении 5-15 минут до достижения необходимой концентрации (образование пены).

Под нашим наблюдением было 62 пациента эрозивно-язвенной формой КПЛ, из которых озонированное кунжутное масло использовали

в комплексном лечении 32 пациентов (основная группа), из которых 68,75% составляли женщины. Группа сравнения

30 человек с эрозивно-язвенной формой КПЛ получали традиционное лечение с применением кунжутного масла, из которых женщины составили 63,33%. Возраст больных составил от 20 до 69 лет. Все пациенты получали местное и общее лечение. Местное лечение состояло из аппликации анестетика, антисептической обработки хлоргексидином биглюконата и аппликации кунжутного масла. В основной группе мы не использовали хлоргексидин в связи с антимикробными свойствами озона, оказывающими разрушительное действие на цитоплазматические мембраны бактерий, после аппликации анестетика мы использовали озонированное кунжутное масло.

Контрольную группу составляли 18 человек, из них 11 (61,1%) женщин без патологии слизистой оболочки полости рта. Методами исследования явились клинико-стоматологические, лабораторные, консультации специалистов. Длительность ремиссии (мес) в основной группе составила $2,53 \pm 0,6$, в группе сравнения - $2,49 \pm 0,7$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Больные при эрозивно-язвенной форме КПЛ СОПР жаловались на боли в полости рта, стянутости, чувство жжения, особенно при приеме острых, горячих и грубых блюд. Общее состояние больных обычно нарушалось, регионарные лимфатические узлы были несколько увеличены и болезненны, спаянности с тканями не наблюдалось.

Больных нарушен сон и аппетит, наблюдается обильное слюнотечение, нарушение сна и потеря аппетита

При осмотре СОПР на слегка гиперемизированной и отечной слизистой оболочке полости рта (ретромюлярной области СО, щек, боковой поверхности языка и красной каймы губ) наблюдались болезненные эрозии и язвы, покрытые фибринозным налетом, окруженные папулами полигональной формы. Больные затруднялись принимать пищу из-за сильных болей, у них был нарушен аппетит и сон. Общее состояние больных было обычно нарушено, отмечалась слабость, снижение жевательной нагрузки зубов, вследствие некачественных зубных протезов. Наблюдалось ухудшение стоматологического статуса, повышение интенсивности кариеса, вторичная адентия. Иногда съемные

пластинчатые зубные протезы оказывали травматическое воздействие на слизистую оболочку полости рта.

Во время проведения осмотра ЭЯФ КПЛ СОПР обращали внимание на наличие соматической патологии, снижение реактивности организма, присоединение вторичной инфекции, ухудшение гигиенического состояния полости рта, действие местных травматических факторов, которые приводят к усугублению воспаления слизистой оболочки полости рта при эрозивно-язвенной форме КПЛ. Проводили оценку гигиенического состояния полости рта по Грин-Вермильону ОНІ-S и РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс у пациентов ЭЯФ КПЛ СОПР до и после лечения (Таблица 1).

Уровень гигиены у данных пациентов до лечения был достоверно низким, по сравнению с контролем. Так до лечения в основной группе и группе сравнения показатели ГИ (ОНІ-S) были равны соответственно $2,46 \pm 0,22$ и $2,89 \pm 0,24$ в контрольной группе – $0,78 \pm 0,21$. Показатель РМА в основной и группе сравнения до лечения составили соответственно $41,32 \pm 2,05$ и $38,21 \pm 0,05$, в контроле – $5,28 \pm 2,11$ (таблица 1).

Таблица 1. Динамика изменений индексных показателей по срокам наблюдений (M±m)

Сроки лечения	ГИ (ОНІ-S)		РМА (%)	
	Основная группа n=32	Группа сравнения n=30	Основная группа n=32	Группа сравнения n=30
До лечения	$2,46 \pm 0,22$	$2,89 \pm 0,24$	$41,32 \pm 2,05$	$38,21 \pm 0,05$
3 день	$2,44 \pm 0,11$	$2,51 \pm 9,23$	$22,66 \pm 2,13$	$32,42 \pm 2,18$
7 день	$2,24 \pm 0,26$	$2,33 \pm 0,24$	$22,21 \pm 1,71$	$24,52 \pm 0,42$
30 день	$1,03 \pm 0,25$	$1,73 \pm 0,05$	$14,69 \pm 2,66$	$17,33 \pm 1,44$
90 день	$0,63 \pm 0,25$	$0,92 \pm 0,22$	$10,27 \pm 2,13$	$11,62 \pm 2,66$
180 день	$0,40 \pm 0,27$	$0,61 \pm 0,25$	$7,15 \pm 2,64$	$9,17 \pm 2,17$
Контроль n=18	$0,78 \pm 0,21$		$5,28 \pm 2,11$	

На 3 день от начала лечения озонированным кунжутным маслом гигиеническое состояние полости ГИ (ОНІ-S) и показатель РМА индекса заметно улучшились, по сравнению с группой сравнения, значение данных показателей регистрировались соответственно 21,65% ($2,44 \pm 0,11$) - 7,08% ($2,51 \pm 9,23$) и 50% ($22,66 \pm 2,13$) – 15,16%

(32,42±2,18), что показывает снижение индексов ОНІ-S и РМА в 1,28 и 1,8 в основной группе, в 1,08 и 1,1 – в группе сравнения ($p<0,001$).

После проведенного лечения на 7 день в основной группе и группе сравнения гигиенический индекс (ОНІ-S) несколько снижался, по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 28,67% (2,24±0,26) -25,08% (2,33±0,24), показывает снижение соответственно в 1,4 раза и 1,3 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,05$). Показатель РМА в основной группе и группе сравнения на 7 день лечения были соответственно 46,25% (22,21±1,7) и 35,83% (24,52±0,4), показывает снижение воспалительного процесса соответственно в 1,86 раза и 1,55 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,05$).

На 30 день после проведенного лечения в основной группе и группе сравнения гигиенический индекс (ОНІ-S) достоверно снижался, по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 61,2% (1,03±0,25) и 44,38% (1,73±0,05), что показывает снижение соответственно в 2,5 раза и 1,8 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,05$). Показатель РМА в основной группе и группе сравнения на 90 день лечения были соответственно 64,45% (14,69±2,66) и 54,65% (17,33±1,44), что показывает снижение воспалительного процесса соответственно в 2,81 раза и 2,2 раза в сравнение с показателями до лечения ($p<0,05$).

После лечения на 90 день в основной группе и группе сравнения гигиенический индекс (ОНІ-S) значимо снижался, по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 79,91% (0,63±0,25) и 70,42% (0,92±0,22), что показывает снижение соответственно в 4,9 раза и 3,4 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,05$). Показатель РМА

основной группе и группе сравнения на 90 день лечения были соответственно 75,15% (10,27±2,13) и 69,59% (11,62±2,66), что показывает снижение

воспалительного процесса соответственно в 4,02 раза и 3,2 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,05$).

На 180 день после проведенного лечения в основной группе и группе сравнения гигиенический индекс (ОНІ-S) достоверно снижался, по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 87,27% (0,40±0,27) и 80,39 (0,61±0,25), что показывает снижение ГИ (ОНІ-S) соответственно в 7,8 раза и 5,1 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,05$). Показатель РМА в основной группе и группе сравнения на 180 день лечения были соответственно 82,7% (7,15±2,64) и 76,01% (9,17±2,17), что показывает снижение воспалительного процесса соответственно в 5,77 раза и 4,16 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,05$) (таблица 1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При комплексном лечении пациентов с эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР озонированным кунжутным маслом через 180 дней после лечения основной группе и группе сравнения гигиенический индекс (ОНІ-S) достоверно снижался, по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 87,27% (0,40±0,27) и 80,39 (0,61±0,25), что показывает снижение ГИ (ОНІ-S) соответственно в 7,8 раза и 5,1 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,05$). Показатель РМА в основной группе и группе сравнения на 180 день после лечения составили снижение соответственно на 82,7% (7,15±2,64) и 76,01% (9,17±2,17), что показывает регресс воспалительного процесса соответственно в 5,77 раза и 4,16 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,05$). В связи с этим, у больных основной группы после озонотерапии длительность ремиссии увеличился в 2,27 раза ($p <0,05$) - и достиг значения до 5,75±0,06 месяцев в 96,86% случаев (31 человек).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Жовтяк П.Б., Григорьев С.С., Летаева О.В. Структура коморбидной патологии у пациентов с различными формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 4. <https://doi.org/10.18481/2077-7566-2016-12-1-25-30>
2. Бекжанова, О. Е. Клиническая оценка патогенетически ориентированной схемы лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта./О.Е.Бекжанова, О. А. Шукурова // *Медицинский журнал Узбекистана*. - 2017. - №4. - С. 17-20.
3. Камилов, Х. П Патоморфология красного плоского лишая с поражением слизистой оболочки полости рта. Особенности патоморфологических изменений слизистой оболочки полости рта при синдроме Гриншпана-Потекаева [Текст]: научное издание / Х. П. Камилов, З. Х. Адилходжаева // *Дерматовенерология и эстетическая медицина*. - 2019. - N 2. - С. 63-66
4. Камилов, Х. П. К вопросу лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая на слизистой полости рта. Х. П. Камилов, М. Х. Ибрагимова, Н. О. Асильбекова// *Медицинский журнал Узбекистана*. - 2015. - №6. - С. 15-18.
5. Ризаев, Ж. А. Проявление красного плоского лишая в слизистой оболочке полости рта с

синдромом Гриншпана-Потекаева. 5-я Научно-практическая конференция «Новые технологии и методы терапии в медицине» (Ташкент, 9-10 ноября 2018 г.) / Ж. А. Ризаев, О. Д. Ибрагимов, З. Х. Адылходжаева // *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья*. - 2018. - №3-4. - С. 91

Серикова, О. В. Использование сочетанной физиотерапии в лечении красного плоского лишая слизистой оболочки рта (краткое сообщение) / О. В. Серикова, Н. П. Сериков, О. И. Щерба-ченко // *Вестник новых медицинских технологий*. - 2014. - Том 21, №2. - С. 65-68. <https://doi.org/10.12737/5001>

Серазетдинова А.Р.1,2, Трунин Д.А.1, Кирilloва В.П.1, Султанова Н.И.3, Постников М.А. Анализ клинического случая пациента с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта, ассоциированным с вирусом Эпштейна—Барр // *Проблемы стоматологии*, 2020, том 16, №1, стр.35- 41.

Bocci V.A. Scientific and medical aspects of ozone therapy, State of the Art // *Archives of Medical Research*. 2006. Vol. 37, №4. P. 425-435. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2005.08.006>

Feldmeyer L, Suter VG, Oeschger C, Cazzaniga S, Bornstein MM, Simon D, Borradori L, Beltraminelli H. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions - an analysis of clinical and

histopathological features. // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Sep 30 <https://doi.org/10.1111/jdv.15981>

Kazancioglu, H.O., Erisen, M. Comparison of Low-Level Laser Therapy versus Ozone Therapy in the Treatment of Oral Lichen Planus. // H.O. Kazancioglu, M. Eris-en. // *Ann Dermatol*. - 2015. - Vol.27.-No5.- P.485-91. <https://doi.org/10.5021/ad.2015.27.5.485>

Stoopler ET, Charmelo-Silva S, Bindakhil M, Alawi F, Sollecito TP. Oral Lichen Planus Pemphigoides: Three Cases of a Rare Entity. // *Am J Dermatopathol*. 2019 Dec 3 <https://doi.org/10.1097/dad.0000000000001585>

Nogales CG, Ferrari PH, Kantorovich EO, Lage-Marques JL. Ozone therapy in medicine and dentistry. // *J Contemp Dent Pract*. 2008;9:75-84. <https://doi.org/10.5005/jcdp-9-4-75>

Ozdemir H, Toker H, Balci H, Ozer H. Effect of ozone therapy on autogenous bone graft healing in calvarial defects: a histologic and histometric study in rats. // *J Periodontol Res*. 2013;48:722-726. <https://doi.org/10.1111/jre.12060>

Yang Q, Sun H, Wang X, Yu X, Zhang J, Guo B, Hexige S. Metabolic changes during malignant transformation in primary cells of oral lichen planus: Succinate accumulation and tumour suppression. // *J Cell Mol Med*. 2019 Dec 2. <https://doi.org/10.1111/jcmm.14376>

УДК: 616.893-053.2.005-036.11-08:615.37

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г.Ф.Гапурова, Ш.Ф. Усманова, Ш.Э. Курбаниязова

Ташкентский государственный стоматологический институт

РЕЗЮМЕ

данной научной статьи описаны изменения иммунных параметров крови, вызванные острыми полиморфными психотическими расстройствами, и меры по оптимизации алгоритма лечения путем лечения иммуномодуляторами.

Ключевые слова: острые полиморфные психотические нарушения, иммунитет, иммунная система, психоз.

ABSTRACT

This scientific article describes the changes in immune parameters in the blood caused by acute polymorphic psychotic disorders and measures to optimize the treatment algorithm by treating them with immunomodulators.

Key words: acute polymorphic psychotic disorders, immunity, immune system, psychosis.

Долзарблиги: Сўнги ўн йилликда ўткир полиморф психотик касалликлар ташҳиси психиатрия соҳасида кенг қўлланилиб келинмоқда. Бунга сабаб атроф муҳитдаги стрессоген омилларнинг тобора ошиб боришидир. Касалликни келтириб чиқарувчи омилларга аҳборот воситалари орқали олинган аҳборотларнинг кўплиги, экологиянинг ёмонлашуви, табиий офатлар сонининг ортиб бориши, вируслар оқибатидаги пандемия, социал ва молиявий ҳолатнинг пасайишидир. Ушбу касалликнинг ўрта ёшдаги аҳоли қатламида кўпайиши, вазиятни янада жиддийлиги тўғрисида маълумот бера олади. Бу эса касаллик оқибатида, айнан ишлаш фаолиятидаги аҳоли ўртасида касалликни келиб чиқганлиги жамиятга нисбатан зарар етказиши билан ҳам аҳамиятга моилдир. Ҳозирги кунга-ча ўткир полиморф психотик касалликларни