

увеличение в 3 группе минеральная плотность увеличивается на 28,1% - 30,3%, что статистически значимо ($P < 0,05$) выше соответствующих значений 1 группы.

Заключение. Через 6 месяцев после лечения у больных ГПСТ при динамическом клинико-рентгенологическом наблюдении обнаружены качественные изменения показателей состояния альвеолярной кости.

Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что на фоне комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта восстановление минерализации костной ткани челюсти коррелирует с клиническим купированием воспаления в тканях пародонта.

Полученные результаты являются основанием для разработки оптимальной схемы терапии воспалительно-деструктивного поражения пародонта.

Литература/References

1. Boutaga K., Savelkoul P. H. M., Winkel E. G., van Winkelhoff A. J. Comparison of subgingival bacterial sampling with oral lavage for detection and quantification of periodontal pathogens by real-time polymerase chain reaction/ J. Periodontol.-2007.- №78.- P.79–86.
2. Haririan H., Andrukhov O., Bertl K., Lettner S., Kierstein S., Moritz A., et al. Microbial analysis of subgingival plaque samples compared to that of whole saliva in patients with periodontitis/ J. Periodontol.-2013.-№ 85.-P. 819–828.
3. Kamilov K.P., Takhirova K.A. Analysis of the state of microcirculation in patients with chronic generalized parodontitis. // EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY, 72-74. 2019
4. Арутюнов С.Д., Верткин А.Л., Зайратьянц, Плескановская А.М. Две стороны одной проблемы: остеопороз в практике врача стоматолога, пародонтит в практике врача терапевта // Ортодонтия. – 2007. - №4. - С.8-12.
5. Белоусов Н.Н. Причины широкого распространения тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. - 2005. - Т.36, №3. - С.26-29.
6. Леонова Л.Е., Ковтун А.А., Павлова Г.А. Сравнительная оценка эффективности лечения больных пародонтитом с применением остеотропных препаратов. // Пародонтология, 2013 - eLibrary.ru
7. Соколова И.И., Томилина Т.В., Воропаева Л.В., Скидан К.В., Герман С.И. Клинические результаты применения стимулятора репаративного остеогенеза в комплексном лечении генерализованного пародонтита // Український морфологічний альманах. – 2010. – Том 8, №3. – С. 137-138.

УДК: 616.311-616.916.5-07

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ПОЛОСТИ РТА

Камилев Х.П. <https://orcid.org/0000-0002-7051-8978>,

Тахирова К.А. <https://orcid.org/0000-0001-8747-0950>,

Номуродова Ф.Л.

Ташкентский государственный стоматологический институт

АННОТАЦИЯ. В статье представлены результаты исследований заболеваемости и диагностики многоформной экссудативной эритемы. Нами были изучены разнообразные клинические проявления у пациентов с данным заболеванием. Установлено, что основными пораженными участками являются губы (36%), слизистая оболочка щеки (31%), язык (22%) и слизистая оболочка нёба (19%). В 39 % случаев заболеванию МЭЭ наиболее подвержены молодые люди в возрасте 21-40 лет, а также высокой частотой сопутствующих заболеваний

было отмечена хронических и рецидивирующих гнойно-воспалительных инфекций ЛОР-органов (32%), и заболевания ЖКТ (17%). Детальное изучение состояния полости рта при многоформной экссудативной эритеме способствует более точной диагностике и эффективному комплексному лечению.

Ключевые слова: многоформная экссудативная эритема, клинические проявления, ротовая полость.

FEATURES OF THE CLINICAL MANIFESTATION OF ORAL ERYTHEMA MULTIFORME

Kamilov Kh.P. <https://orcid.org/0000-0002-7051-8978>,

Takhirova K.A. <https://orcid.org/0000-0001-8747-0950>,

Nomurodova F.L.

Tashkent State Dental Institut

ABSTRACT. The article presents the results of the study of the incidence and diagnosis of exudative erythema multiforme. We have studied various clinical manifestations in patients with this disease. It has been established that the main affected areas are the lips (36%), the mucous membrane of the cheek (31%), the tongue (22%) and the mucous membrane of the palate (19%). In 39% of cases, MEE is most susceptible to young people aged 21-40 years, and a high frequency of concomitant diseases was noted for chronic and recurrent purulent-inflammatory infections of the upper respiratory tract (32%), and gastrointestinal diseases (17%). A detailed examination of the state of the oral cavity with exudative erythema multiforme contributes to more accurate diagnosis and effective combination treatment.

Key words: erythema multiforme exudative, herpes simplex virus.

Актуальность. Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) слизистой оболочки полости рта – сложное мультифакторное островоспалительное заболевание, характеризующееся полиморфными высыпаниями на слизистой оболочке полости рта (половых органов), коже, циклическим течением, склонностью к рецидивам. Две основные формы мультиформной экссудативной эритемы - это малая и большая МЭЭ. При малой МЭЭ поражается только одна слизистая оболочка и видны симметричные целевые кожные поражения на конечностях. Это контрастирует с основной МЭЭ, которая поражает две или более слизистых оболочки, а кожные поражения весьма разнообразны. Особенности ротовой полости весьма характерны: на губах и слизистой оболочке рта образуются волдыри, которые в конечном итоге лопаются и сливаются, образуя эрозивные и язвенные поражения, за которыми следует сероватая псевдопленка. Также наблюдается шелушение десен, геморрагические покрытые коркой поражения губ. Асимметричные эритематозные пятнисто-папулезные поражения со временем разрушаются и сливаются, образуя бляшки на коже. Поражение мишени или радужки («яблочко») - это классическое поражение кожи при МЭЭ. Диагноз МЭЭ может вызывать затруднения, в случае мономорфной пузырьной сыпи и при отсутствии или малом количестве типичных «мишеней». Особый интерес вызывают отличающие признаки и проявление МЭЭ разной этиологии.

Цель. Изучить клиническое течение многоформной экссудативной эритемы.

Материалы и методы. Нами проведен обзор исследований этиологии, патогенеза, распространенности многоформной экссудативной эритемы, а также отражено выявление различных форм и клинических проявлений данного заболевания.

Результаты и обсуждение. Около 70% случаев МЭЭ имеют характерные особенности ротовой полости. Поражения ротовой полости имеют склонность к некротизации слизистой оболочки и передних отделов ротовой полости. Основными пораженными участками

являются губы (36%), слизистая оболочка щеки (31%), язык (22%) и слизистая оболочка нёба (19%).

МЭЭ проявляется широким спектром оральных проявлений, начиная от мелких эритематозных бляшек и бляшек гиперкератоза до болезненных глубоких геморрагических буллезных и эрозивных поражений. Первоначальные поражения полости рта проявляются отечными и эритематозными пятнами на губах и слизистой оболочке рта. Расширенные поражения проявляются в виде множественных везикуло-буллезных поражений, которые в конечном итоге разрушаются и образуют псевдомембрану. Опухшие губы вместе с типичными кровавыми корками - отличительный признак МЭЭ. Неповрежденные пузырьки видны нечасто и в конечном итоге разрываются, образуя язвенные поражения неправильной формы. Хотя мишеневидные поражения могут появляться на губе, но они редко встречаются во рту. Слизистая оболочка полости рта - наиболее часто поражаемая слизистая оболочка. Однако по мере дальнейшего развития заболевания, оно может поражать любую слизистую оболочку, включая трахеобронхиальный эпителий или эпителий желудочно-кишечного тракта^{4,5}.

Большая МЭЭ представляет собой более крупные поражения полости рта по сравнению с малой, а язвенные поражения слизистых оболочек могут наблюдаться более чем в 50% случаев. Также могут наблюдаться конституциональные особенности, такие как тризм, дизартрия, дисфония и / или дисфагия. В большинстве случаев поражения ротовой полости заживают без рубцевания, однако иногда также могут наблюдаться гиперкератотические бляшки, смешанные с эритематозными участками.

В ходе проведенного статистического анализа, установлено, что в 39 % случаев заболеванию МЭЭ наиболее подвержены молодые люди в возрасте 21-40 лет, а также высокой частотой сопутствующих заболеваний было отмечена хронических и рецидивирующих гнойно-воспалительных инфекций ЛОР-органов (32%), и заболевания ЖКТ (17%).

Заключение. Клиническая картина поражения слизистой оболочки ротовой полости при многоформной экссудативной эритеме очень разнообразна, что важно для своевременной диагностики заболевания.

Литература/References

1. Аксамит Л.А., Цветкова А.А. Многоформная экссудативная эритема, как проявление токсико-аллергической реакции на лекарственные препараты. // Фарматека, 2015 - pharmateca.ru.
2. Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р. и др. Результаты исследования заболеваемости и клинических проявлений в полости рта многоформной экссудативной эритемы// Стоматология для всех №4 16-18, 2017 - elibrary.ru
3. Камиллов Х.П., Камалова М.К., Тахирова К.А. Применение МИЛ-терапии при лечении острого герпетического стоматита у детей // Stomatologiya, С.67-68С, 2017
4. Токмакова С.И., Бондаренко О.В. Клинический случай проявления многоформной экссудативной эритемы. //Проблемы стоматологии с.29-32, 2012 - cyberleninka.ru
5. Ayangco L, Rogers RS III. Oral manifestations of erythema multiforme. Dermatol Clin. 2003;21:195–205.
6. Volcheck GW. Clinical evaluation and management of drug hypersensitivity. Immunol Allergy Clin North Am. 2004;24:357–71.

УДК: 616.61-002.27