

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АДИЛХОДЖАЕВА ЗИЛОЛА ХАЙДАРОВНА

**ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИ ШИКАСТЛАНИШИ БИЛАН
КЕЧУВЧИ ГРИНШПАН-ПОТЕКАЕВ СИНДРОМИНИ ДАВОЛАШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.21 – Стоматология
14.00.11 – Дерматология ва венерология**

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

САМАРҚАНД – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Адилходжаева Зилола Хайдаровна

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг шикастланиши
билан кечувчи Гриншпан-Потекаев синдромини
даволашни такомиллаштириш..... 3

Адилходжаева Зилола Хайдаровна

Оптимизация лечения синдрома
Гриншпана-Потекаева с поражением
слизистой оболочки полости рта..... 24

Adilkhodjaeva Zilola Khaydarovna

Optimization of the treatment of
Grinshpan-Potekaev's syndrome
with oral mucosa lesion..... 45

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of pulished works 49

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02
РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АДИЛХОДЖАЕВА ЗИЛОЛА ХАЙДАРОВНА

**ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИ ШИКАСТЛАНИШИ БИЛАН
КЕЧУВЧИ ГРИНШПАН-ПОТЕКАЕВ СИНДРОМИНИ ДАВОЛАШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.21 – Стоматология
14.00.11-Дерматология ва венерология**

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

САМАРҚАНД – 2021

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2019.1.PhD/Tib762 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз тилида (резюме)) Илмий кенгаш веб-сайтида (www.sammi.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбарлар:

Ризаев Жасур Алимджанович,
тиббиёт фанлари доктори, профессор
Азизов Баходир Садикович,
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар:

Тищенко Андрей Леонидович
тиббиёт фанлари доктори, профессор
(Россия Федерацияси)

Зойиров Тулкин Элназарович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Етакчи ташкилот:

**Украина давлат олий таълим муассаси
«Украина тиббиёт стоматология академияси»
(Украина)**

Диссертация химояси Самарқанд давлат тиббиёт институтидаги ҳузуридаги DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил «__» _____ соат ____даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 140100, Самарқанд ш., Амир Темур кўчаси 18 уй. Тел./факс: (+99866) 233-07-66; факс: 66233775 (366); e-mail: sammi@sammi.uz)

Диссертация билан Самарқанд давлат тиббиёт институтининг ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№ _____ билан рўйхатга олинган). (Манзил: 140100, Самарқанд ш., Амир Темур кўчаси 18. Тел./факс: (+99866) 233-07-66; факс: 66233775 (366)).

Диссертация автореферати 2021 йил «__» _____ тарқатилди.

(2021 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Ғ.У. Лутфуллаев

Илмий даражалар берувчи бир маротабалик илмий кенгаш раиси ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Ғ.У.Самиева

Илмий даражалар берувчи бир маротабалик илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Қ.Э. Шомуродов

Илмий даражалар бериш бўйича илмий кенгаш қошидаги бир маротабалик илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати Маълумки, эрозив-яралли қизил ясси темирлаткининг қандли диабет ва хафақон билан бирга учрайдиган шакли (Гриншпан-Потекаев синдроми) малигнизация натижасида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ясси тўқимали саратонига айланиши мумкин, бу организмнинг турли жойларида учрайдиган хавфли ўсмалар орасида пайдо бўлиш даражаси бўйича дунёда олтинчи ўринда туради. «...Гриншпан-Потекаев синдроми ташхислаш содда бўлиб кўринишига қарамай, фақат клиник текширувга асосланган шиллиқ қават касалликлари шаклини аниқлаш кўпинча ташхислашдаги хатоликларга олиб келади...»¹. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг эрозив-яралли ҚЯТ шакллариининг, айниқса адабиётда Гриншпан-Потекаев синдроми деб номланувчи қандли диабет ва хафақон каби тизимли касалликлар билан бирга учраши улуши жуда катта. Шу муносабат билан Гриншпан-Потекаев синдроми ривожланиш хавф омилларини баҳолаш, самарали ташхислаш ва уни даволашни такомиллаштириш стоматологиянинг мукамал вазифаси ҳисобланади. Бугунги кунда қизил ясси темирлатки уни аниқлашнинг доимий даражаси, ягона патогенетик концепциянинг йўқлиги, шунингдек, оғир кечадиган шакллариининг мавжудлиги, сурункали кечиши, тез-тез қайталаниши ва ўтказилаётган муолажаларга чидамлилиги билан боғлиқ долзарб муаммо бўлиб қолмоқда.

Жаҳонда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини шикастланиши билан кечувчи Гриншпан-Потекаев синдроми даволашни такомиллаштириш, жумладан, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида Гриншпан-Потекаев синдроми бўлган беморлар оғиз бўшлиғи, ҚЯТнинг эрозив-яралли шакли ўчоқларида қандли диабет ва хафақон билан бирга учрайдиган оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг микробиологик, патоморфологик, эрозив-яралли ҳосилаларнинг патологик ўчоқларида аутофлуоресцент стоматоскопияни ҳамда комплекс патогенетик даволашни ишлаб чиқиш ҳамда соғломлаштирувчи чора-тадбирлар мажмуасини ишлаб чиқиш ва олдини олишга қаратилган даволаш тизимини яратиш, самарали даво амалиётини танлаш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш, жумладан, турли касалликлар натижасида юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш сифатини оширишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини ошириш, тез ва шошилиш тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, ногиронликнинг олдини олиш...»² каби вазифалар белгиланган. Шундан келиб чиққан ҳолда, жумладан оғиз бўшлиғи

1

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

шиллик қаватини шикастланиши билан кечувчи Гриншпан-Потекаев синдромини ташхислаш ва самарали усуллари қўллаш орқали даволашни такомиллаштириш долзарб илмий йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Қизил ясси темиртки (ҚЯТ) терининг полиэтиологик, сурункали, яллиғланишли касалликлари тоифасига киради, бунда патологик жараён билан шиллик қаватлар ва тирноқлар камраб олиниши мумкин (А.А. Кубанова, 2009; Ю.С.Бутов, 2010; Превост НМ, 2009; Young Sik Kim, 2009). Бугунги кунда дерматозлар тузилишида қизил ясси темиртки билан касалланиш тери касалликларининг умумий тузилишида 2,5% гача, оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари орасида - 35,0% ни ташкил қилади. Сўнги ўн йилликларда ушбу касалликка чалинган беморлар сони икки бараварга кўпайди. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг зарарланиши билан ҚЯТнинг изоляцияланган шакллари ташхислаш даражаси шиллик қават барча патологияларининг 60 дан 80% гачани ташкил қилади (А.А. Кубанова, 2005; А.Г. Пашинян, 2011; Carvalho С.Н., 2011). Бугунги кунда қизил ясси темиртки уни аниқлашнинг доимий даражаси, ягона патогенетик концепциясининг йўқлиги, шунингдек оғир кечадиган шакллари, сурункали кечиши, тез-тез қайталаниши, муолажаларга чидамлилиги билан боғлиқ долзарб муаммо бўлиб қолмоқда (Aksamit, 2015; Gorouhi F., 2014). Гриншпан-Потекаев синдромини ташхислашда оғиз бўшлиғи микробиоценозининг микробиологик тавсифи, оғиз бўшлиғининг шиллик қавати патоморфологик манзараси кам ўрганилган масала ҳисобланади. Шунингдек, синдромни ташхислашда аутофлуоресцент стоматоскопия ушбу синдромга хос бўлган эрозив-яралли ҳосилаларнинг патологик ўчоқларини кўринарли қилиш учун муҳим аҳамиятга эга.

Ўзбекистонда оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг турли касалликларни самарали ташхислаш ва даволаш борасида қатор ишлар бажарилган (Х.П.Камилов, 2018; 2020; О.Е.Бекжанова, 2019, 2021; Д.Алимова, 2018, 2021), бироқ, оғиз бўшлиғи шиллик қаватини шикастланиши билан кечувчи Гриншпан-Потекаев синдромини даволашни такомиллаштирилмаган.

Гриншпан-Потекаев синдромининг клиник хусусиятларини ўрганиш бўйича адабиёт манбалари етарли эмас, уни патогенетик даволаш масалалари кам ўрганилган. Ташҳислашнинг замонавий асослари, эрозив-яралли жараёнларга терапевтик таъсир қилиш усуллари ва патогенетик жиҳатдан асосланган даволаш схемалари ишлаб чиқилмаган.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат стоматология институтининг илмий ишлари режасига мувофиқ №011400199 «Тишлар, пародонт ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси профилактикаси, ташҳисланиши ва даволашнинг янги усулларини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш» (2017–2018) мавзусидаги амалий лойиҳалар доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасини зарарлаган қизил ясси темираткида Гриншпан-Потекаев синдромини даволашни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида Гриншпан-Потекаев синдроми бўлган беморлар оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолатини баҳолаш;

ҚЯТ нинг эрозив-яралли шакли ўчоқларидан қандли диабет ва хафакон билан бирга учрайдиган оғиз бўшлиғи шилиқ қаватининг микробиологик ўзгаришларни баҳолаш;

Гриншпан-Потекаев синдроми бўлган беморларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг патоморфологик ўзгаришлар таҳлилини ўтказиш;

Гриншпан-Потекаев синдромига хос бўлган эрозив-яралли ҳосилаларнинг патологик ўчоқларини кўринарли қилиш учун аутофлуоресцент стоматоскопияни ўтказиш;

оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида Гриншпан-Потекаев синдромини комплекс патогенетик даволашни ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Тошкент давлат стоматология институти ва Республика тери-таносил клиник касалхонасининг терапевтик стоматология бўлинмасига мурожаат қилган 25 ёшдан 70 ёшгача бўлган 133 нафар бемор олинган.

Тадқиқотнинг предмети микробиологик тадқиқотлар учун оғиз суякклиги, патоморфологик тадқиқотлар учун зарарланган юзадан қирма олиш материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари Тадқиқотда клиник, люминесцент (аутофлуоресцент стоматоскопия), микробиологик, патоморфологик ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати кўк нур билан ёритилганда қайтаётган нурланиш рангининг узгаришига асосланиб хужайра атипизмига баҳо бериш йули орқали қизил ясси темиратки онкологик эхтиёткорлик аҳамияти асосланган;

оғиз бўшлиғи шиллик қаватини шикастланиши билан кечувчи Гриншпан-Потекаев синдромини патологик жараёнларни аутофлуоресценция йули орқали башоратлаш ва патогентик даволаш асосланган;

илк марта Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморлар қонини лазер нурлантиришдан иборат умумий патогенетик даволаш усули «Lazmik-VLOK» аппарати ёрдамида қонга фотобиологик таъсир ўтказишнинг ноёб ноинвазив усули исботланган;

илк бор оғиз бўшлиғи шиллик қавати юзасига дори малхамларини бирикиш хусусиятини купайтирувчи дори воситаларини қўллаб, маҳаллий яллиғланишга қарши жараёнларини фаоллаштирилиб, Гриншпан-Потекаев синдромини мажмуавий даволашнинг юқори самарадорлиги клиник-лаборатор текширувлар кетма-кетлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

микробиологик 83% да *Candida albicans* кузатилиб, ситологик - ОБШҚ эпителиида дискариозли хужайралар гуруҳлари ва лимфолейкоцитар хужайралардан кўплаб инфилтратлар кузатилган;

аутофлуоресцент стоматоскопия тадқиқотларидан соғлом шиллик қаватнинг ёрқин яшил флуоресценц фониди четлари нотекис бўлган қорамтир доғлар шаклида кўриниши Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларни комплекс ташхислаш схемаси ишлаб чиқилган;

кремнийли минераллар ва микроэлементлар комплексининг органик эритмасидан иборат шиллик қаватлар ва терини даволаш воситаси бўлган маҳаллий «Fatiderm-plus» дори воситаси самарадорлиги баҳоланган;

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларни маҳаллий даволаш схемаси ишлаб чиқилган ва жорий этилиб, ОБШҚ қайта тикланишини фаоллаштириш ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатиши ҳамда оғиз бўшлиғида шартли-патоген микроорганизмларнинг кўпайишини тўхтатган;

Lazmik-VLOK аппаратида бош лазерли нурлантириш каллаклари ёрдамида қонга фотобиологик таъсир қилишнинг ноёб ноинвазив усули бўлган қонни лазерли нурлантиришдан фойдаланган ҳолда Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларни умумий даволаш схемаси (терапевт, эндокринологнинг маслаҳати ва даволанишидан сўнг) ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи клиник, люминесцент (аутофлуоресцент стоматоскопия), микробиологик, патоморфологик ва статистик тадқиқот усулларида оғиз бўшлиғи шиллик қаватини шикастланиши билан кечувчи Гриншпан-Потекаев синдромини даволашни такомиллаштириш тартиби халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланган. асосланади

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг назарий аҳамияти Гриншпан-Потекаев синдромини ташхислашнинг замонавий усуллари қандли диабет ва хафакон билан бирга

учрайдиган эрозив-яралли ҚЯТ шакли-аутофлуоресцент стоматоскопия, цитологик ва микробиологик тадқиқотларнинг назарий асосларини ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади;

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти Гриншпан-Потекаев синдромини комплекс патогенетик даволаш схемасини ишлаб чиқиш, даволаш самарадорлигини ошириш, қайталаниш даражасини пасайтириш ва қандли диабет ва хафакон билан бирга учраганда ҚЯТнинг эрозив-яралли шаклига чалинган беморларда ремиссия муддатини узайтириш имконини берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини шикастланиши билан кечувчи Гриншпан-Потекаев синдромини даволашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

Гриншпан-Потекаев синдромини даволаш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Гриншпан-Потекаев синдромини даволашни мақбуллаштириш» услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 24 ноябрдаги 8н-д/190-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга қўлланилиши натижасида оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг Гриншпан-Потекаев синдромини даволашни мақбуллаштириш асослаш ва беморлар ҳаёт сифати даражасини ошириш ва саломатлик ҳолатини тиклаш имконини берган;

Гриншпан-Потекаев синдромини ташхислаш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Гриншпан-Потекаев синдромини ташхислаш мезонлари» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 24 ноябрдаги 8н-д/190-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга қўлланилиши натижасида Гриншпан-Потекаев синдромини клиник, микробиологик ва патоморфологик мезонларга асослашга имкон берган;

оғиз бўшлиғи шиллик қаватини шикастланиши билан кечувчи Гриншпан-Потекаев синдромини даволашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Тошкент давлат стоматология институти шифохонаси ҳамда 4-сонли стоматологик оилавий шифохонасининг клиник амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 27 майдаги 08.04/4267-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши асосий гуруҳда ремиссия давомийлиги 95,83% ҳолатда $4,5 \pm 0,09$ ойни ва 6 ойлик даволанишдан кейин 4,16 ойни, қандли диабет ва хафакон билан бирга учрайдиган ҚЯТнинг эрозив-яралли шакли касалликнинг типик шаклига айланган, дастлабки кўрсаткич билан таққослаганда, асосий гуруҳдаги беморларда ремиссия 1,98 мартага, таққослаш гуруҳидаги беморларда эса ремиссия дастлабки даражадан 1,25 марта узайганлигининг имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 2 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 18 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон

Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 8 та мақола, жумладан, 7 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 119 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

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

Диссертациянинг **«Гриншпан-Потекаев синдромини ташхислаш ва даволашнинг замонавий талқини»** деб номланган биринчи бобида адабиёт маълумотларини батафсил таҳлил қилиш натижалари келтирилган. Стоматология соҳасидаги маҳаллий ва жаҳон тадқиқотчиларининг илмий ютуқлари таҳлил қилинган. Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларнинг клиник ва лаборатория маълумотларини ўрганиш асосида адабиётлар шарҳи замонавий ташхислаш, даволаш усуллари ва қизил ясси темирраткининг ривожланиш муаммоларига бағишланган.

Диссертациясининг **«Гриншпан-Потекаев синдромини ташхислаш ва даволаш материали ва усуллари»** деб номланган иккинчи бобида клиник, люминесцент, микробиологик ва патоморфологик тадқиқот усуллари, шунингдек Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларни даволаш усуллари батафсил баён этилган.

2017 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда Тошкент давлат стоматология институти терапевтик стоматология бўлинимасида ва Республика тери-таносил клиник касалхонасида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг қизил ясси темирраткисидан даволанган 133 нафар бемор тадқиқот объекти бўлди. Барча беморларнинг 72 нафарида ҚЯТ нинг анъанавий шакли, 3 нафар беморда гиперкератотик шакли, 3 нафар беморда экссудатив-гиперемик шакли, 7 нафар беморда буллез шакли қайд этилди, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ҚЯТ нинг эрозив-яралли шаклига эга 48 нафар беморда адабиётда Гриншпан-Потекаев синдроми деб аталадиган, қандли диабет ва хафакон аломатларини ўз ичига олган аломатлар мажмуи қайд этилди. Ушбу беморларда ОБШҚ ҚЯТ нинг клиник кечиши тўлиқ қондаги шакар даражасига ва артериал гипертензия оғирлигига боғлиқ бўлди.

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган 48 нафар беморнинг 24 нафари асосий гуруҳга, 24 нафар бемор эса таққослаш гуруҳига киритилди.

Асосий тадқиқот гуруҳини 87,48% аёл ($n = 21$) ва 12,5% эркеклар ($n = 3$) ташкил этди, аёлларда ҚЯТ билан касалланишнинг энг юқори фоизи 51 ёшдан 60 ёшгача бўлган даврга, бирмунча кам 41 ёшдан 50 ёшгача бўлган даврга, энг кам фоиз 40 ёшгача бўлган беморларга тўғри келди. Эркекларда ҚЯТ ёшлик даврида қайд этилади. Ёш ва жинс таркибидаги тегишли кўриниш таққослаш гуруҳида кузатилади, аёллар - 83,33% ($n = 20$) ва эркеклар - 16,67% ($n = 4$).

Тадқиқот усуллари: ОБШҚ ни клиник текшириш (GI ОНІ-S ни аниқлаш, оғиз ичи камераси, кариес жадаллигини аниқлаш); оғиз бўшлиғи шиллик қаватини кўриш учун люминесцент (аутофлуоресцент) стоматоскопия; тил қараши, лунжлар шиллик қаватини ва оғиз бўшлиғининг бошқа жойларидан олинган қирмани микробиологик текшириш ва дисбактериоз, кандидозни махсус муҳитда аниқлаш; ҚЯТ га чалинган беморларнинг оғиз бўшлиғи шиллик қавати биоптатларини патоморфологик текшириш; бошқа йўналишдаги шифокор-стоматолог (терапевт, эндокринолог)ларнинг маслаҳатлари; статистик тадқиқот усуллари.

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган асосий гуруҳдаги 24 нафар беморни маҳаллий даволаш эрозив-яралли ўчоққа антисептик билан ишлов бериш, анестезик ва ферментларни аппликация қилишдан иборат бўлиб, ундан сўнг 0,05% фаоллаштирилган кремнийли эритмаси пуркагичидан (“Fatiderm-plus” тониги)) аппликациялар буюрилди, у юқори ёпишқоқликка эга ва ОБШҚ нинг эрозив-яралли юзасига суртилади. Таркибий қисм - фаоллаштирилган кремнийли эритмалар ва элементларнинг РЕЕ си ОБШҚ да шартли патоген микроорганизмларнинг кўпайишини тўхтатишга ёрдам беради (Мавлянова Ш.З., 2019). Маҳаллий “Fatiderm-plus” препарати тери хужайралари ва шиллик қаватларининг қайта тикланиш жараёнларини фаоллаштиради, ёшартирувчи ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади, шартли патоген микроорганизмларнинг кўпайишига тўсқинлик қилади (*Stafilococcus spp.*, *Ye. Coli*, *candida spp.*), тери ва оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг табиий Ph ни тиклайди.

24 нафар беморни таққослаш гуруҳида маҳаллий даволаш антисептик билан ишлов беришдан, аппликация билан оғриқсизлантириш ва ферментатив ишлов беришдан иборат бўлиб, ундан кейин фақат Холисал гел аппликацияси буюрилган. Терапевтик даволаш самарадорлигини аниқлаш учун А.К Malhotra (2008) томонидан тавсия этилган клиник тизимдан фойдаланилган. Кўрсаткичлар беморларнинг умумий сони бўйича ўртача кўрсатилган.

1 ва 2 гуруҳдаги беморларга нисбатан комплекс муолажа сифатида тавсия этилган даволаш схемасидан фойдаланилган.

Маҳаллий - оғиз бўшлиғини санациялаш, оғиз бўшлиғи гигиенаси, кариес ва унинг асоратларини даволаш, тишларнинг ўткир қирраларини ўзаро силликлаш, сунъий қопламалар нуқсонларни бартараф этиш, пародонт касаллигини даволаш.

Умумий даволаш қуйидагиларни ўз ичига олди: терапевт, эндокринолог маслаҳати ва даволаши; 200,0 физиологик эритмага 30% натрий тиосульфат 10,0 дан в/и томчилатиб кунора № 8; плаквенил -200 0,2 г - кунига 2 маҳал 4 ҳафта давомида; пимофуцин - кунига 3 маҳал 1 таблеткадан 20 кун давомида;

триавит - овқатдан кейин кунига 1 донадан капсулалар 60 кун давомида ичилади; урсосан 250 - тунда, 1 капсуладан 1 маҳал 1,5 ой ичилади.

Умумий даволаш билан бир қаторда, 1 ва 2-гуруҳдаги барча беморларга бош лазерли нурлантирувчи каллақлар ёрдамида “Lazmik-VLOK” аппарати ёрдамида қонни лазерли нурлантириш ўтказилди.

Диссертациянинг **“Гриншпан-Потекаев синдромини клиник, люминесцент, микробиологик ва патоморфологик тадқиқотлар материаллари натижалари”** деб номланган учинчи бобида ўтказилган клиник, люминесцент, микробиологик ва цитологик тадқиқотлар натижалари тавсифланган.

Тиш шифокорига мурожаат қилган 133 нафар беморларнинг умумий сонидан 72 нафари анъанавий ҚЯТ, 3 нафари гиперкератотик, 3 нафари экссудатив-гиперемик, 7 нафари буллезли, 48 нафар бемор иккита аломат: қандли диабет ва хафақон касаллиги билан бирга учрайдиган ҚЯТ нинг эрозив-яралли шаклига чалинганлиги аниқланди. Қандли диабет ва хафақон билан боғлиқ бўлган ҚЯТ нинг эрозив-яралли шаклининг клиник кўриниши Гриншпан - Потекаевнинг симптоматик комплекси сифатида ташхисланди, бу оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касаллигига чалинганлар сонининг 36,09 фоизини ташкил қилади. Тадқиқот давомида биз ОБШҚ ҚЯТ 5 та клиник шаклини кузатдик: типик шакли 54,13%, экссудатив-гиперемик шакли 2,25%, эрозив-яралли шакли 36,09%, гиперкератотик шакли 2,25%, буллез шакли 5,26% ни ташкил этди.

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларнинг шикояти, мос равишда асосий гуруҳда ва таққослаш гуруҳида тортишиб қолганлик ҳисси (29,17% ва 25%), ноқулайлик (8,33% ва 12,5%), оғриқ (20,83% ва 25%), ачишиш (25% ва 16,67%), қуруқлик (12,5% ва 12,5%), баъзида - сезгирликни йўқолиши (4,16% ва 8,33%)дан иборат бўлди. Сўров давомида касаллик қачон бошлангани, зўриқиш даражаси, ўтказилган даволаш тавсифи, ремиссия давомийлиги аниқланди. ОБШҚ зарарланиб ҚЯТ га чалинган беморлар ўрганилганда қоникарсиз гигиеник кўрсаткич 93,3% да, ОБШҚ зарарланмаган беморлар орасида 78,0% да учради. Комплекс-пародонтал индексни ўрганишда беморларнинг 50 фоизида пародонт зарарланишининг ўртача даражаси аниқланди, бир вақтнинг ўзида, ОБШҚ зарарланмай ҚЯТ чалинган беморларнинг фақат 36,5 фоизида пародонт зарарланиши хавфи мавжуд эди. Оғиз шиллиқ қаватининг Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларда оғиз бўшлиғи гигиенасининг ёмонлашуви кузатилади. Барча беморларда ОНІ-S индексининг кўрсаткичлари асосий ва назорат гуруҳларида мос равишда $2,25 \pm 0,10$ ва $0,85 \pm 0,04$ * ($p < 0,01$). Оғиз бўшлиғи гигиенасининг паст даражаси ОБШҚ яллиғланиш-деструктив зарарланишини кучайтиради ва маҳаллий иммунитетни пасайтиради, шу билан оғиз бўшлиғида ҚЯТ клиник кечишини оғирлаштиради.

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларнинг шикоятлари

Шикоятлар	Асосий гуруҳ n=24		Таққослаш гуруҳи n=24		χ^2 Пирсон	P	Жами ҚЯТ беморлар n=48	
	абс	M±m,%	абс	M±m,%			абс	M±m,%
Тортишиб колганлик	7	29,17±9,28	6	25,00±8,84	0,105	0,745	13	27,08±6,41
Ноқулайлик	2	8,33±5,64	3	12,50±6,75	0,223	1,000	5	10,42±4,41
Оғриқ	5	20,83±8,29	6	25,00±8,84	0,118	0,731	11	22,92±6,07
Ачишиш	6	25,00±8,84	4	16,67±7,61	0,505	0,477	10	20,83±5,86
Қуруқлик	3	12,50±6,75	3	12,50±6,75	0,000	1,000	6	12,50±4,77
Сезувчанликнинг йўқолиши	1	4,17±4,08	2	8,33±5,64	0,356	1,000	3	6,25±3,49
Касаллик давомийлиги, йил	1,50±0,10		1,50±0,10		P>0,05		1,50±0,07	
1 йилда, ойда касаллик қайталаниш даражаси	4,92±0,31		4,92±0,23		P>0,05		4,92±0,19	
Ремиссия давомийлиги, ой	2,46±0,12		2,46±0,13		P>0,05		2,46±0,09	

Бундан ташқари, 51,5% (n=24) беморда Гриншпан-Потекаев синдромининг тери аломатлари билан биргаликда келиши кузатилган. Шунинг таъкидлаш керакки, 66,6% (n=32) беморларда тиш караши индекси (гигиена даражаси) ёмон бўлиб чиқди, қоникарсиз гигиена даражаси Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган атиги 33,3% (n=16) беморда қайд этилди.

2-жадвал

ОБШҚ ҚЯТ ОНІ-S гиgienик индексининг кўрсаткичлари

Жами беморлар n=133	ҚЯТ клиник шакллари					Назорат гуруҳи n=20
	Тури n=72	Гиперкер. n=3	Экс-гипер. n=3	Буллезли n=7	Эр-ярали n=48	
2,04±0,05*	1,85±0,06*	2,11±0,09*	2,12±0,04*	2,52±0,15*	2,25±0,10*	0,85±0,04

Изоҳ: * - назорат гуруҳига нисбатан фарқлар аҳамияти қайд этилди (* - P<0,001; ** - P<0,01; *** - P<0,05).

ОБШҚ зарарланган ҳолда ҚЯТ чалинган беморларда кариес жараёнининг тарқалиши ҚЯТ чалинган 133 нафар беморнинг 36.09% ни ташкил этди (n=48). Беморлар назорат гуруҳидаги кариес жараёнининг жадаллиги ўртача 6 дан 12 гача. Бу беморларда мавжуд бўлган 32 та тишдан 6 тадан кўпроғи кариес билан зарарланганини англатади, бу ЖССТ мезонларига кўра тишларнинг кариес билан зарарланиш жадаллигини учинчи даражасига тўғри келади (КПУ нинг ўрта ва юқори даражаси). Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларда кариес жадаллиги юқори бўлиб, ўртача 7 дан 22 гача бўлган.

Масалан, КПУ типик шаклида ва гиперкератотик шаклида ҚЯТ $15 \pm 0,2$ дан иборат бўлди; типик шакл учун, унинг таркибий қисми бўлган “К” $5 \pm 1,1$ га ($p < 0,05$), “П” - $5 \pm 1,3$ мос келди, “У” - суғуриб олинган тишларнинг сони $5 \pm 2,4$ ташкил этди ($p < 0,01$); КПУ $15 \pm 1,6$ таркибий қисмларидан фарқли ўлароқ, гиперкератотик шаклда “К” қиймати - $4 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) ва “П” қиймати - $4 \pm 1,5$, “У” индекси - $7 \pm 1,3$ ($p < 0,01$).

ОБШҚ зарарланган ҳолда ҚЯТ чалинган 133 нафар бемордан (21,8% / n = 29), Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган 48 нафар бемордан (27,09% / n = 13) оғиз бўшлиғида турли хил ортопедик протезлар - олинадиган ва олинмайдиган кўприксимон металл конструкциялар, пластмасса, фарфор ва металл материаллардан фойдланган ҳолда ягона ва кўпсонли қопламалар, ёйсимон протезлар мавжуд эди.

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган 9 нафар беморда (60% / n = 15) тиш қаторлари текширилганда кариес тишлар, шиллиқ қаватни жароҳатловчи пломбалар кузатилди; 6 (28,57% / n = 21) нафарида - турли хил металллар; 13 (44,82% / n = 29) пломбалар четлари чиқиб қолгани; 5 да (50% / n = 10) - қопламалар четлари осилиб қолгани; 26 нафарида (72,22% / n = 36) - лунж ва тилни тишлаб олиш; 6 (35,29% / n = 17) нафарда тишларнинг ўткир қирралари ва синган жойлари қайд этилди (3-жадвалга қаранг).

3-жадвал

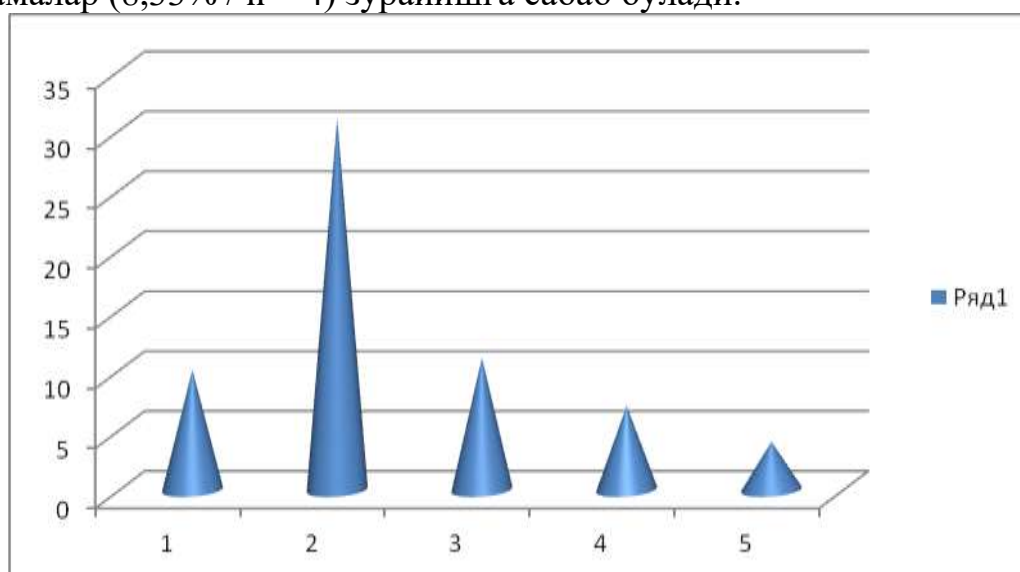
Гриншпан-Потекаев синдромининг маҳаллий жароҳатли омиллари

Омиллар	ҚЯТ клиник шакллари						ОБШ Қ ҚЯТ билан касалланганларнинг умумий сони	Назорат гуруҳи	χ^2 Пирсона	P
	Тури n=72	Гиперкер. n=3	Экс-гипер. n=3	Буллезли n=7	Эр-ярали n=48	n=133				
Кариесли тишлар, пломбалар	abs	5	0	0	1	9	15	1	5,920	0,314
	%	33,33	0,00	0,00	6,67	60,00		5,00		
Турли хил	abs	13	1	0	1	6	21	0	5,836	0,323

металлар	%	61,90	4,76	0,00	4,76	28,57		0,00		
Тиш протезлари	abs	11	2	1	2	13	29	0	12,647	0,027
	%	37,93	6,90	3,45	6,90	44,83		0,00		
Қопламаларнинг осилиб қолган қирралари	abs	4	0	1	0	5	10	1	5,029	0,412
	%	40,00	0,00	10,00	0,00	50,00		5,00		
Лунжни, тилни тишлаш	abs	8	0	1	1	26	36	3	31,366	0,000
	%	22,22	0,00	2,78	2,78	72,22		15,00		
Тишларнинг ўткир қирралари ва синик жойлари	abs	9	0	0	2	6	17	4	3,075	0,688
	%	52,94	0,00	0,00	11,76	35,29		20,00		

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг Гриншпан-Потекаев синдромининг зўрайиш хавфи омилларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, беморлар об-ҳавонинг кескин ўзгаришини зўрайишнинг асосий сабабларидан бири деб ҳисоблайдилар (22,9% / n = 11).

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг Гриншпан-Потекаев синдромини зўрайишини келтириб чиқарадиган омиллар деб беморлар таркибида зираворлар, кўп миқдорда туз (хусусан, хурмо, қулупнай, pista, помидор, тузланган сабзавотлар) бўлган таомлар истеъмол қилишни (20,83% / n = 10); гигиена воситаларининг ўзгартиришни кўрсатишади (14,5% / n = 7). Беморларнинг аксарияти (66,66% / n = 32) таркибида ментол бўлган тиш пасталари эрозив-яралли зарарланишларга қўзғатувчи таъсир кўрсатади деб ҳисоблашади. Кўпинча протезлаш босқичлари, айниқса қолиплаган қопламалар (8,33% / n = 4) зўрайишга сабаб бўлади.



1-расм. Гриншпан-Потекаев синдромининг зўрайиш сабабларини таҳлил қилиш

1 қўзғатувчи таом истеъмол қилиш -10

2	неврозлар, стресслар об-хавонинг ўзгариши	-31
3	-11 гигиена воситаларини ўзгартириш	
4	-7	
5	протезлаш пайтидаги жароҳатлар	4

Лунжларнинг шиллик қаватидаги зарарланиш ўчоқлари майдони ўртача 15,2 мм², тилнинг ён юзалари шиллик қаватида - 8,4 мм², ретромолляр соҳасидаги шиллик қаватида - 5,6 мм², қаттиқ танглай шиллик қаватида - 11,2 мм² ва алвеолляр ўсимта шиллик қаватида - 14,6 мм² (4-жадвалга қаранг). Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган ҳар иккала гуруҳдаги (асосий ва таққослаш) 48 нафар беморнинг барчасида ўтказилган аутофлуоресцент стоматоскопияси ҚЯТ нинг эрозив-яралли шакли соғлом оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ёрқин яшил флуоресценцияси фонида четлари нотекис бўлган қорамтир доғлар кўринишида намоён бўлишини кўрсатади.

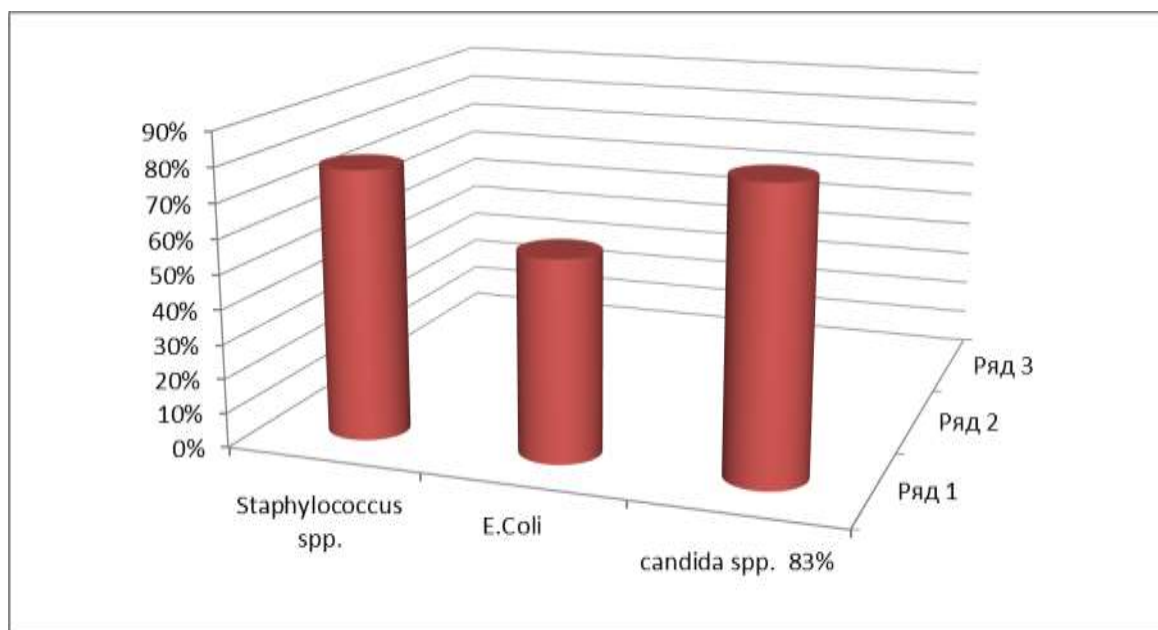
4-жадвал

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларда эрозив-яралли жароҳатланиш ўчоғининг майдони

Зарарланиш ўчоғи	Зарарланиш ўчоғининг ўртача майдони (мм ²)
Лунжнинг шиллик қавати	15,20±0,39
Тилнинг ён юзалари шиллик қавати	8,40±0,41
Ретромолляр соҳасининг шиллик қавати	5,60±0,21
Қаттиқ танглайнинг шиллик қавати	11,20±0,29
Алвеолляр ўсимтаниннг шиллик қавати	14,60±0,42

Таққослаш гуруҳидаги фақат бир нафар беморда (4,16%) малигнизацияга шубҳа қайд этилди, мазкур ҳолатда зарарланиш ўчоғи яшил флуоресценция фонида қорамтир доғ (“қорамтир доғ эффекти”) сифатида намоён бўлди. Спектрнинг яшил соҳасидаги порлаш камайиши билан бир қаторда, қорамтир ўчоқда манбаи эндоген порфиринлар бўлган қизил порлаш кўзга ташланди. Охиргиси бактериал микрофлора ҳаётининг фаолиятининг маҳсули ҳисобланади, чунки флуоресценциянинг мавжудлиги оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг сурункали яллиғланиш жараёни билан боғлиқ.

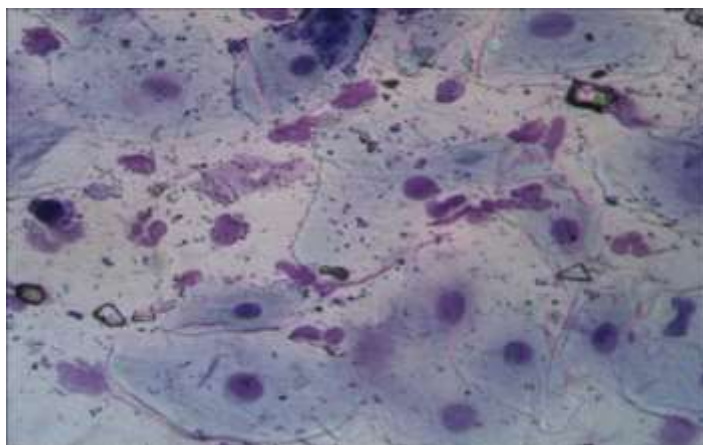
Микробиологик тадқиқотлар ҚЯТ нинг эрозив-яралли шакллари бўлган беморларда ОБШҚ зарарланган ўчоқларидан ажратиб олинган оғиз бўшлиғи микрофлорасининг таркибини кўрсатди. Тадқиқотлар *Microcococcus* - *Stafilococcus spp*, оиласидан бўлган патоген микроорганизмларнинг юқори даражада ўсишини кўрсатди - 78% ҳолларда (48 нафар бемордан 35 нафарида), *Ye. Coli* 58% (28 нафар беморда) ва *Candida spp* 83% ҳолларда (39 нафар беморда). Уруғлар сони ўртача 762,9 + 15,3 СФУ.



2-расм. Эрозия ва яра учоғидан микрофлора кўрсаткичлари.

Ўтказилган микробиологик тадқиқотлар натижалари каттик танглай бутун эпителиал қатлами ($64,4 \pm 6,1\%$), алвеоляр милклар ($78,6 \pm 8,4\%$), тилнинг дорсал ($85,7 \pm 9,4\%$) юзасидан олинган суртмалар юқори кератинланиш кўрсаткичини аниқлади; кўрсатилган биотипларда гиперкератоз ўчоқлари локализация қилинганда кератинланиш кўрсаткичлари сезиларли даражада ошди ва 91-93% қийматларига етган ҳолда амалда “тенглашди”; шу билан бирга, эксфолиация жараёнининг хусусиятларини ақс эттирувчи оралик эпителийнинг фақат бир нечта хужайралари аниқланди. Ўрганилаётган юзаларда эрозив ўчоқларни кенгайишига йўл қўймаганда бошқача натижаларга эришилди - кератинланиш кўрсаткичи кескин 34-44% гача тушиб кетди ($p < 0,01$), суртмада оралик эпителий хужайралари (кўриш майдонида 100 тадан 23 та хужайрагача), шунингдек қоннинг шаклий элементлари пайдо бўлди.

Патоморфологик жиҳатдан ҚЯТ нинг экссудатив-гиперемик шаклида паракератоз, акантоз, экзоцитозлар, эпителий остидаги экссудат билан тўлдирилган бўшлиқлар - базал мембрананинг емирилиши қайд этилди. Хужайра инфилтрати эпителий ажраладиган соҳада анча яққолроқ намоён бўлади; стромада шиш бор, эластик толалар йўқ, коллаген толалари сийрак; кўп микдордаги лимфоцитлар билан диффузли инфилтрат қуюқ.



3-расм. Юзаки ясси эпителийнинг гиперкератози фонидаги цитологик суртмада дискариозли хужайралар гуруҳлари ва Гриншпан-Потекаев синдромига хос бўлган лимфолейкоцитар хужайраларидан кўплаб инфилтратлар қайд этилади.

Синдромга чалинган барча 48 нафар беморни умумий даволашда 1 ва 2 гуруҳ беморлари учун комплекс терапия сифатида таклиф қилинган даволаш схемаси қўлланилган. Маҳаллий даволаш: оғиз бўшлиғининг санацияси, оғиз бўшлиғи гигиенаси, кариес ва унинг асоратларини даволаш, тишларнинг ўткир қирраларини ўзаро силлиқлаш, сунъий қоламалар нуқсонларини бартараф этиш, пародонт касалликларини даволаш. Умумий даволаш билан бир қаторда, 1 ва 2 гуруҳдаги барча беморларга Lazmik-VLOK аппарати билан бош лазерли нурлантирувчи каллак ёрдамида қонни вена ичида лазерли нурлантириш амалга оширилди.

Диссертациянинг **“Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг зарарланиши билан Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларни даволашнинг клиник-лаборатория хусусиятлари”** деб номланган тўртинчи бобида Гриншпан-Потекаев синдромини даволаш натижалари ва самарадорлигини баҳолаш тавсифланган.

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган барча беморларга (асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳи) қонни лазерли нурлантиришдан иборат умумий патогенетик даволаш муолажалари ўтказилди, бу Lazmik-VLOK аппаратида бош лазерли нурлантириш каллаги ёрдамида қонга фотобиологик таъсир кўрсатишнинг ноёб усули ҳисобланади. Бунинг учун 1 ва 2 гуруҳдаги беморлар қуйидаги тарзда томир ичига лазерли нурланишни олишди: тирсак чуқурчасидан 2-3 см ортга чекиниб, Lazmik-VLOK дан 35 мВт қувватга эга матрицали лазерли нурлантирувчи каллак маҳкамланади, муолажа давомийлиги 5-20 дақиқа. Курс давомийлиги 5 - 15 сеансдан иборат.



4-расм “Lazmik-VLOK” аппарати ёрдамида қонни лазерли нурлантириш

5-жадвал.

Гигиеник индекснинг эрозив-яралли жароҳатларнинг диаметри, кузатув муддатлари бўйича зарарланиш майдонининг ўзгариши динамикаси. Даволаш муддатлари

	ОНИ-S		Эрозия диаметри (см)		Зарарланиш майдони (мм ²)	
	Асосий гуруҳ	Таққослаш гуруҳи	Асосий гуруҳ	Таққослаш гуруҳи	Асосий гуруҳ	Таққослаш гуруҳи
дастлабки	2,25± 0,10	2,28± 0,10	1,40± 0,06	1,40± 0,02	15,20± 0,47	15,20± 0,38
2-3 кун	2,14± 0,10	2,16± 0,10	0,99± 0,05*	1,10± 0,03*	13,10± 0,36**	14,20± 0,29
7-10 кун	2,07± 0,08	2,12± 0,09	0,73± 0,01*	0,82± 0,04*	12,30± 0,44*	13,40± 0,36**
12-14 кун	1,10± 0,04*	1,47± 0,08*	0,54± 0,02*	0,68± 0,03*	10,80± 0,45*	12,50± 0,43*
180 кун	0,57± 0,02*	1,28± 0,06*	0,11± 0,01*	0,37± 0,02*	1,20± 0,05*	6,90± 0,28*

Изоҳ: * - бошланғич маълумотларга нисбатан фарқларнинг ишончлилиги қайд этилди. (* - P<0,001; ** - P<0,01; *** - P<0,05).

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган барча беморларда оғиз бўшлиғи гигиенасининг бошланғич даражаси анча паст бўлган (ОНИ-S = 2,25 ± 0,10 p <0,001); даволашдан олдин назорат гуруҳига нисбатан (ОНИ-S = 0,85 ± 0,04 p <0,001). Даволанишдан сўнг ушбу кўрсаткичлар бир неча марта камайди. Даволанишдан 2-3 кун ўтгач (1 кунлик кузатув) ОНИ-S-С кўрсаткичи 1,05 марта; 7-10 кундан кейин (кузатувнинг 2-куни) - 1, 08 марта; 12-14 кундан кейин (3 кунлик кузатув) - 2,04 марта камайди; даволанишдан 180 кун ўтгач (кузатувнинг 4-куни) асосий гуруҳдаги индекс кўрсаткичи 3,94 марта камайди. Таққослаш гуруҳида гигиена кўрсаткичлари 1,8 мартага камайди (p <0,005) (3.7-жадвал).

Клиник жиҳатдан, даволаш бошлангандан 2-3 кун ўтгач (1 кунлик кузатув) асосий гуруҳдаги Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган эрозив-яралли ўчоқнинг эпителийлашуви бошланди, бу ерда унинг диаметри 0,99 ± 0,04

см эди, яъни дастлабки маълумотлардан 1,4 марта кам ($p < 0,001$). 7-10 кун ўтгач (кузатувнинг 2-куни) эрозия юзасининг диаметри $0,73 \pm 0,01$ см ни ташкил этди, дастлабки маълумотларга нисбатан 1,9 марта камайди ($p < 0,001$); 12-14 кундан кейин - $0,54 \pm 0,02$ (кузатувнинг 3 куни) эрозив-ярални ўчоқнинг диаметри 2,5 марта камайди ($p < 0,001$). Клиник жиҳатдан асосий гуруҳдаги беморларда 180 кунга келиб (кузатувнинг 4-куни) биз тўлиқ эпителийлашувни кузатдик, бу эрозив-ярални ўчоқнинг диаметри $0,11 \pm 0,07$ - 12,7 марта ($p < 0,001$) пасайишига мос келади. Таққослаш гуруҳида ушбу муддатда мазкур кўрсаткич дастлабки маълумотларга нисбатан яна 3,7 марта камайди ($p < 0,001$).

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларда ОБШҚ эрозив зарарланиш майдонини баҳолашда асосий гуруҳда даволанишдан сўнг эрозия майдони сезиларли даражада камайди. Масалан, 2-3 кундан кейин (1 кунлик кузатув) $13,1 \pm 1,6$ - 1,16 марта камайди; 7-10 кундан кейин (кузатувнинг 2-куни) зарарланган майдон $12,3 \pm 2,1$ ни ташкил этди - 1,2 марта камайди; 12-14 кундан кейин (кузатувнинг 3-куни) зарарланган майдон $10,8 \pm 2,3$ ни ташкил этди - 1,4 марта камайди; 180 кундан кейин (кузатувнинг 4-куни) эрозив зарарланган майдон $1,2 \pm 2,1$ га тенг бўлди - 12,66 марта камайди ($p < 0,001$).

Даволаш самарадорлиги ремиссия муддати билан баҳоланди.

Масалан, асосий гуруҳда ремиссия давомийлиги 95,83% (23) ҳолатда $4,5 \pm 0,09$ ойни ва 6 ойлик даволанишдан кейин 4,16% (1) ойни ташкил этди, қандли диабет ва хафакон билан кўшилиб келган ҚЯТ нинг эрозив-ярални шакли касалликнинг типик шаклига айланди.

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларни микробиологик текширувида 83% ҳолатда *Candida albicans* аниқланади. Қандли диабет ва хафакон билан оғирлашган ҚЯТ чалинган беморларда *Candida albicans* штамmlарининг ўртача ёпишқоқлик даражаси $16,78 \pm 1,64\%$ ни ташкил этди. Санаб ўтилган касалликлар билан оғирлашмай ҚЯТ га чалинган беморларда ушбу кўрсаткич $26,28 \pm 4,44\%$ ни ташкил этди ($p < 0,05$). Ёпишқоқлик даражаси юқори бўлган штамmlар ўсишининг юқори даражасига эга бўлди ва фаол равишда 10% дан 65% гача униб чиқиш найчаларини (диморфизм қобилияти) шакллантирган.

Ёпишқоқлик даражаси паст бўлган штамmlар униб чиқиш найчаларини заиф шакллантирган: 100 та *Candida albicans* хужайраларига 1-2 хужайра, бу 1% дан 5% гачани ташкил қилди. Энг юқори ёпишқоқлик даражасига эга бўлган *Candida albicans* штамmlари G иммуноглобулинига нисбатан юқори протеолитик фаолликни намойиш этди. Қандли диабет ва хафакон билан оғирлашган ҚЯТ беморлардаги зарарланиш ўчоқларидан эмланган *Candida albicans* штамmlарининг протеолитик фаоллиги $0,57 \pm 0,02$ ни ташкил этди. Ушбу кўрсаткич санаб ўтилган касалликларсиз ҚЯТ га чалинган беморларда ўртача $0,33 \pm 0,03$ ($p < 0,05$) ни ташкил қилди.

Юзаки ясси эпителийнинг гиперкератози фониди цитологик текширувда дискарриозли хужайралар гуруҳлари ва Гриншпан-Потекаев синдромига хос бўлган лимфолейкоцитар хужайраларидан кўплаб инфилтратлар қайд этилади. Патоморфологик жиҳатдан ҚЯТ нинг экссудатив-гиперемик шаклида паракератоз, акантоз, экзоцитозлар, эпителий остидаги экссудат билан

тўлдирилган бўшлиқлар - базал мембрананинг емирилиши қайд этилди. Хужайра инфилтрати эпителий ажраладиган соҳада анча яққолроқ намоён бўлади; стромада шиш бор, эластик толалар йўқ, коллаген толалари сийрак; кўп микдордаги лимфоцитлар билан диффузли инфилтрат қуюқ.

Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларни плаквинил, триавит, десенсибилаштирувчи даволаш ва Laznik-Vlok аппаратида қонга фотобиологик таъсир қилишнинг ноёб усули ҳисобланган бош лазерли нурлантирувчи каллак ёрдамида қонни лазерли нурлантиришни қўллаш билан комплекс патогенетик даволашдан сўнг ОБШҚ да эрозия ва яраларнинг тўлақонли эпителийлашуви кузатилди, даволанишдан кейин патоморфологик текширишга эҳтиёж йўқолди.

ХУЛОСАЛАР

«Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини шикастланиши билан кечувчи Гриншпан-Потекаев синдромини даволашни такомиллаштириш» мавзусидаги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертация бўйича тадқиқотлар асосида қуйидаги хулосалар тақдим этилган:

1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларда оғиз бўшлиғи гигиенасининг ёмонлашуви кузатилади. Барча беморларда ОНІ-S индексининг кўрсаткичлари асосий ва назорат гуруҳларида мос равишда $2,25 \pm 0,10$ ва $0,85 \pm 0,04$ * ($p < 0,01$). Оғиз бўшлиғи гигиенасининг паст даражаси ОБШҚ яллиғланиш-деструктив зарарланишини кучайтиради ва маҳаллий иммунитетни пасайтиради, шу билан оғиз бўшлиғида ҚЯТ клиник кечишини оғирлаштиради. Шуни таъкидлаш керакки, тиш қараши кўрсаткичларининг қиймати (гигиена даражаси) беморларнинг 66,6% ($n = 32$) да ёмон бўлиб чиқди, қониқарсиз гигиена даражаси Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларнинг фақат 33,3% ($n = 16$) да қайд этилди. Даволанишдан 2-3 кун ўтгач (1 кунлик кузатув) ОНІ-S кўрсаткичи 1,05 марта; 7-10 кундан кейин (кузатувнинг 2-куни) - 1,08 марта; 12-14 кундан кейин (3 кунлик кузатув) - 2,04 марта камайди; даволанишдан 180 кун ўтгач (кузатувнинг 4-куни) асосий гуруҳдаги индекс кўрсаткичи 3,94 марта камайди. Таққослаш гуруҳида гигиена кўрсаткичлари 1,8 марта камайди ($p < 0,005$).

2. Клиник жиҳатдан, тадқиқот гуруҳидаги Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларда даволаниш бошлангандан 2-3 кун ўтгач (кузатув 1 кун), эрозив-ярали ўчоқнинг эпителийлашуви юз берди, бу ерда унинг диаметри $0,99 \pm 0,04$ см эди, бу дастлабки маълумотлардан 1,4 марта кам ($p < 0,001$). 7-10 кун ўтгач (кузатувнинг 2-куни) эрозия юзасининг диаметри $0,73 \pm 0,01$ см ни ташкил этди, дастлабки маълумотларга нисбатан 1,9 марта камайди ($p < 0,001$); 12-14 кундан кейин - $0,54 \pm 0,02$ (кузатувнинг 3 куни) эрозив-ярали ўчоқнинг диаметри 2,5 марта камайди ($p < 0,001$). Клиник жиҳатдан асосий гуруҳдаги беморларда 180 кунга келиб (кузатувнинг 4-куни) биз тўлиқ эпителийлашувни кузатдик, бу эрозив-ярали ўчоқнинг диаметри $0,11 \pm 0,07$ - 12,7 марта ($p < 0,001$).

пасайишига мос келади. Такқослаш гуруҳида ушбу муддатда мазкур кўрсаткич дастлабки маълумотларга нисбатан яна 3,7 марта камайди ($p < 0,001$).

3. Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларда ОБШҚ эрозив зарарланиш майдонини баҳолашда асосий гуруҳда даволанишдан сўнг эрозия майдони сезиларли даражада камайди. Масалан, 2-3 кундан кейин (1 кунлик кузатув) $13,1 \pm 1,6$ - 1,16 марта камаяди; 7-10 кундан кейин (кузатувнинг 2-куни) зарарланган майдон $12,3 \pm 2,1$ ни ташкил этди - 1,2 марта камайди; 12-14 кундан кейин (кузатувнинг 3-куни) зарарланган майдон $10,8 \pm 2,3$ ни ташкил этди - 1,4 марта камайди; 180 кундан кейин (кузатувнинг 4-куни) эрозив зарарланган майдон $1,2 \pm 2,1$ га тенг бўлди - 12,66 марта камайди ($p < 0,001$).

4. Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларни микробиологик текширувида 83% ҳолатда *Candida albicans* аниқланади. СУП билан оғирлашган ҚЯТ чалинган беморларда *Candida albicans* штамmlарининг ўртача ёпишқоқлик даражаси $16,78 \pm 1,64\%$ ни ташкил этди. СУП билан оғирлашмаган ҚЯТ чалинган беморларда ушбу кўрсаткич $26,28 \pm 4,44\%$ ни ташкил этди ($p < 0,05$). Ёпишқоқлик даражаси юқори бўлган штамmlар ўсишнинг юқори даражасига эга бўлди ва фаол равишда 10% дан 65% гача униб чиқиш найчаларини (диморфизм қобилияти) шакллантирган. Пимофуцин препарати билан кунига 3 маҳал 1 таблеткадан 20 кун давомида ва “Fatiderm-plus” тонигини маҳаллий қўллаган ҳолда комплекс патогенетик даволанишдан сўнг микробиоценознинг патологик бузилиши ҳодисалари нормобиоз томон силжиши кузатилди, бу эса 98,83% ҳолатда оғиз бўшлиғи шиллик қавати эрозив ва ярали ҳосилаларнинг эпителийлашуви билан яқунланади ва касалликнинг типик шаклига ўтади.

5. Гриншпан-Потекаев синдромига чалинган беморларни плаквинил, триавит, десенсибиллаштирувчи даволаш ва Lazmik-VLOK аппаратида қонга фотобиологик таъсир қилишнинг ноёб усули ҳисобланган бош лазерли нурлантирувчи каллак ёрдамида қонни лазерда нурлантиришни қўллаш билан комплекс патогенетик даволашдан сўнг ОБШҚ да эрозия ва яраларнинг тўлақонли эпителийлашуви кузатилди, даволанишдан кейин патоморфологик текширишга эҳтиёж йўқолди.

6. Иккала гуруҳдаги (асосий ва такқослаш гуруҳлари) Гриншпан-Потекаев синдроми бўлган 48 нафар беморнинг барчасида ўтказилган аутофлуоресцент стоматоскопияси эрозия ва яралар соғлом оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ёрқин яшил флуоресценцияси фонида нотекис қирралар билан қорамтир доғ кўринишида намоён бўлишини кўрсатди, асоратлар ва малигнизация аниқланади. Такқослаш гуруҳидаги бир нафар беморда (4,16%) малигнизацияга шубҳа пайдо бўлди, мазкур ҳолатда зарарланиш ўчоғи яшил флуоресценция фонида қорамтир доғ (“қорамтир доғ эффекти”) сифатида намоён бўлди.

7. Даволаш самарадорлиги ремиссия муддати билан баҳоланди. Масалан, асосий гуруҳда ремиссия давомийлиги 95,83% (23) ҳолатда $4,5 \pm 0,09$ ойни ва 6 ойлик даволанишдан кейин 4,16% (1) ойни ташкил этди, қандли диабет ва хафакон билан бирга учрайдиган ҚЯТ нинг эрозив-ярали шакли касалликнинг типик шаклига айланди. Шундай қилиб, дастлабки кўрсаткич билан такқослаганда, асосий гуруҳдаги беморларда ремиссия 1,98 марта узайди (p

<0,001). Таққослаш гуруҳида даволаниш самарадорлиги ремиссия муддати билан баҳоланди. Шундай қилиб, таққослаш гуруҳидаги 17 нафар беморда ремиссия давомийлиги 70,83% да $3,6 \pm 0,6$ ойни, 5 нафар беморда 8 ойдан сўнг (20,83%), 2 нафар беморда 9 ойдан кейин 8,33% ни ташкил этди. Шундай қилиб, ўртача таққослаш гуруҳидаги беморларда ремиссия дастлабки даражадан 1,25 марта узайган ($p < 0,001$).

8. Илмий ишда қўлланилган Fatiderm-plus тониғи кремнийли минераллар ва Ўзбекистон элементлари комплексларидан иборат бўлиб, тери хужайралари ва шиллиқ қаватларининг тикланиш жараёнларини фаоллаштиради, ёшартирувчи ва яллиғланишга қарши таъсирга эга, шартли-патоген микроорганизмларнинг кўпайишини тўхтатади (*Stafilococcus spp*, *Ye. Coli*, *candida spp.*), терининг табиий Ph -ни тиклайди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСВОЕНИЮ УЧЕНЫХ
СТЕПЕНЕЙ DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

АДИЛХОДЖАЕВА ЗИЛОЛА ХАЙДАРОВНА

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА
ГРИНШПАНА-ПОТЕКАЕВА С ПОРАЖЕНИЕМ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

**14.00.21 – Стоматология
14.00.11-Дерматология и венерология**

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

САМАРКАНД – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована Высшей аттестационной комиссией при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2019.1.PhD/Tib762.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации размещен на трех языках (узбекском, русском, английском (резюме)) на веб-странице Научного совета (www.sammi.uz) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Научный руководитель:

Ризаев Жасур Алимджанович,
доктор медицинских наук, профессор
Азизов Баходир Садикович,
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Тищенко Андрей Леонидович,
доктор медицинских наук, профессор
(Российская Федерация)

Зойиров Тулкин Элназарович,
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация:

**Высшее государственное учебное заведение
Украины «Украинская медицинская
стоматологическая академия»,
(Украина)**

Защита докторской диссертации состоится « ____ » _____ 2021 г. в _____ часов на заседании Научного совета PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01 при Самаркандском государственном медицинском институте. Адрес: 140100, г.Самарканд, улица Амира Темура, 18. Тел/факс: (+99866) 233-07-66; факс: 66233775 (366); e-mail: sammi@sammi.uz

С диссертацией доктора философии (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского института (зарегистрирована за № _____). Адрес: 140100, г.Самарканд, улица Амира Темура, 18. Тел/факс: (+99866) 233-07-66; факс: 66233775 (366).

Автореферат диссертации разослан « ____ » _____ 2021 года.

(реестр протокола рассылки № _____ от « ____ » _____ 2021 года).

Г.У. Лутфуллаев,
председатель разового научного совета по
присуждению научных степеней, доктор
медицинских наук, профессор

Г.У. Самиева,
научный секретарь разового научного совета по
присуждению научных степеней, доктор
медицинских наук

К.Э. Шомуродов,
заместитель председателя разового научного
семинара при Научном совете по присуждению
научных степеней, доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии(PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Известно, что эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, сочетающаяся с сахарным диабетом и артериальной гипертонией (синдром Гриншпана-Потекаева) в результате малигнизации может перейти в плоскоклеточный рак слизистой оболочки рта, который занимает шестое место по частоте встречаемости в мире среди злокачественных опухолей всех локализаций. Несмотря на кажущуюся простоту диагностики синдрома Гриншпана-Потекаева, определение формы заболеваний слизистой оболочки, основанное только на клиническом обследовании, часто ведет к диагностическим ошибкам....»³. Процент эрозивно-язвенной формы КПЛ слизистой оболочки рта, особенно при сочетании с системными заболеваниями, таких как сахарный диабет и артериальная гипертония, известной в литературе как синдром Гриншпана-Потекаева достаточно высок. В связи с этим оценка факторов риска развития синдрома Гриншпана-Потекаева, эффективная диагностика и совершенствование его лечения является задачей стоматологии. На сегодняшний день красный плоский лишай остается актуальной проблемой в силу его постоянного уровня выявления, отсутствия единой патогенетической концепции, а также наличия тяжелых форм, хронического течения, частых рецидивов и резистентности к лечению.

По мировым данным совершенствование лечения синдрома Гриншпан-Потекаева, в том числе у пациентов с синдромом Гриншпана-Потекаева на слизистой оболочке полости рта, развитие аутофлуоресцентной стоматоскопии и комплексного патогенетического лечения патологических поражений эрозивно-раневых поражений, создание системы лечения, направленной на разработку и профилактику комплекса реабилитационных мероприятий, выбор эффективных лечебных мероприятий имеют особое значение.

В нашей стране особое внимание уделяется совершенствованию системы здравоохранения, в том числе качеству диагностики, лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта, вызванных различными заболеваниями. В соответствии со Стратегией действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы, уровень оказания медицинских услуг населению будет повышен на новый уровень «...повышения удобства и качества специализированных медицинских услуг, дальнейшее реформирование системы неотложной помощи, профилактика инвалидности»⁴ Поэтому диагностика синдрома Гриншпана-Потекаева с поражением слизистой оболочки полости рта и совершенствование его лечения за счет применения эффективных методов является одним из актуальных научных направлений.

³ Gorouhi, F., Davari, P., Fazel, N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis./F. Gorouhi, P. Davari et al.// ScientificWorldJournal.-2014.-Vol.2014.-Art.ID742826.-22P

⁴Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан №УП–4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, №УП–5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП–2866 «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения», № ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему углублению специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», Распоряжением Президента Республики Узбекистан «Об организации критического изучения и подготовки предложений по кардинальному совершенствованию системы здравоохранения» № 5274 от 10 мая 2018 года, а также в других нормативно–правовых документах, принятых в данной сфере деятельности.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями науки и технологий Республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Красный плоский лишай (КПЛ) относится к полиэтиологическим, хроническим, воспалительным заболеваниям кожи, при котором в патологический процесс могут вовлекаться слизистые оболочки и ногти [А.А. Кубанова, 2009; Ю.С.Бутов, 2010; Prevost NM, 2009; Young Sik Kim, 2009]. На сегодняшний день заболеваемость красным плоским лишаем в структуре дерматозов составляет до 2,5% в общей структуре дерматологической заболеваемости, среди болезней слизистой оболочки рта – 35,0%. За последнее десятилетие число больных этим заболеванием увеличилось вдвое. Частота диагностирования изолированных форм КПЛ с поражением СОПР составляет от 60 до 80% от всех патологий слизистой оболочки. [А.А. Кубанова, 2005; А.Г. Пашиян, 2011; Carvalho SN, 2011].

На сегодняшний день красный плоский лишай остается актуальной проблемой, связанной с постоянной частотой его выявления, отсутствием единой патогенетической концепции, а также наличием тяжело протекающих форм, хроническим течением, частыми рецидивами, резистентностью к проводимой терапии (Аксамит, 2015; Gorouhi F., 2014). Малоизученным вопросом в диагностике синдрома Гриншпана-Потекаева является микробиологическая характеристика микробиоценоза полости рта, патоморфологическая картина слизистой оболочки полости рта. Также в диагностике синдрома важное значение имеет аутофлуоресцентная стомаскопия для визуализации патологических очагов эрозивно-язвенных образований, присущих данному синдрому.

В Узбекистане принят ряд мер по эффективной диагностике и лечению различных заболеваний слизистой оболочки полости рта (Х.П.Камилов, 2018; 2020; О.Е.Бекжанова, 2019, 2021; Д.Алимова, 2018, 2021) однако, не проводилось мер по совершенствованию лечения синдрома Гриншпана-Потекаева слизистой оболочки полости рта.

Недостаточно литературных источников по изучению клинических особенностей синдрома Гриншпана-Потекаева, малоизучены вопросы его патогенетического лечения. Не разработаны современные основы диагностики, методы терапевтического воздействия на эрозивно-язвенные процессы и патогенетически обоснованная схема лечения.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентского государственного стоматологического института в рамках темы № 011400199 «Разработка и внедрение новых методов профилактики, диагностики и лечения патологии зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта» (2017-2018 гг.).

Целью исследования является совершенствование лечения синдрома Гриншпана-Потекаева при красном плоском лишае с поражением слизистой оболочки полости рта.

Задачи исследования:

изучить гигиеническое состояние полости рта больных с синдромом Гриншпана – Потекаева на СОПР;

выявить микробиологические изменения СОПР из очагов эрозивно-язвенной формы КПЛ, сочетанной с сахарным диабетом и артериальной гипертонией;

провести анализ патоморфологических изменений СОПР у больных с синдромом Гриншпана-Потекаева;

провести аутофлуоресцентную стомаскопию для визуализации патологических очагов эрозивно-язвенных образований, присущих данному синдрому;

разработать комплексное патогенетическое лечение синдрома Гриншпана-Потекаева на СОПР.

Объектом исследования явились 133 больных 25-70 лет, обратившихся в отделение терапевтической стоматологии Ташкентского государственного института стоматологии и в Республиканскую кожно-венерологическую клиническую больницу.

Предмет исследования ротовая жидкость для микробиологических исследований, соскоб с поверхности поражения для патоморфологических исследований.

Методы исследований для решения поставленных задач и достижения цели исследования в работе были использованы клинические, люминесцентные (аутофлуоресцентная стоматоскопия), микробиологические, патоморфологические и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

на основании изменения цвета отраженного излучения при облучении слизистой оболочки ротовой полости синим светом была идентифицирована система онкологической настороженности красного плоского лишая путем оценки клеточного атипизма;

обоснована система прогнозирования и патогенетическая лечения патологических процессов синдрома Гриншпан-Потекаева с поражением слизистой оболочки полости рта методом аутофлуоресценции;

впервые доказано воздействие уникального неинвазивного фотобиологического воздействия на кровь с помощью аппарата «Лазмик-ВЛОК» лазерным облучением крови в общепатогенетическом лечении пациентов с синдромом Гриншпана-Потекаева;

впервые на основании клинико-лабораторных исследований продемонстрировано применение препарата, повышающего адгезию лекарственных средств к поверхности слизистой оболочки полости рта, и обеспечивающего активацию местных противовоспалительных процессов, высокую эффективность комплексного лечения синдрома Гриншпана-Потекаева.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработана схема комплексной диагностики больных с синдромом Гриншпана-Потекаева с использованием микробиологического исследования (в 83% высевается *Candida albicans*), цитологического – (в эпителии СОПР наблюдаются группы клеток с дискариозом и множественные инфильтраты из лимфолейкоцитарных клеток), аутофлуоресцентной стоматоскопии (выявляются эрозии и язвы, визуализирующиеся в виде темного пятна с неровными краями на фоне ярко-зеленой флуоресценции здоровой слизистой оболочки);

разработана схема комплексной диагностики с помощью аутофлуоресцентной стоматоскопии пациентов с синдромом Гриншпана-Потекаева, который проявляется в виде темных пятен с неровными краями на фоне ярко-зеленой флуоресценции здоровой слизистой оболочки;

разработана и внедрена схема местного лечения больных с синдромом Гриншпана-Потекаева с применением отечественного препарата «Fatiderm-plus», лечебное средство для слизистых оболочек и кожи, состоящее из органического раствора из комплекса кремнистых минералов и микроэлементов, которые активизируют регенерацию СОПР и оказывают противовоспалительное действие, подавляют рост условно-патогенных микроорганизмов в полости рта;

разработана схема общего лечения больных синдромом Гриншпана-Потекаева (после консультации и лечения терапевта, эндокринолога), с применением лазерного облучения крови – являющейся уникальным неинвазивным методом фотобиологического воздействия на кровь аппаратом «Лазмик - ВЛОК» с помощью маточных лазерных излучающих головок.

Достоверность результатов исследования подтверждена применением в научном исследовании современных теоретических методов и подходов, методологически правильных исследований, достаточным количеством больных, обоснованностью клинических, люминесцентных, микробиологических и патоморфологических и статистических методов, обработкой полученных данных с помощью статистических методов, а также результаты исследования были сопоставлены с результатами зарубежных и

отечественных исследований, заключения и полученные результаты были подтверждены полномочными структурами. Применение статистических методов обеспечили достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Теоретическая значимость работы заключается в разработке теоретических основ современных методов диагностики синдрома Гриншпана-Потекаева (эрозивно-язвенной формы КПЛ, сочетанной с сахарным диабетом и артериальной гипертонии) – аутофлуоресцентной стоматоскопии, цитологического и микробиологического исследования;

Практическая значимость работы заключается в разработке схемы комплексного патогенетического лечения синдрома Гриншпана-Потекаева, повышение эффективности лечения, уменьшении частоты рецидивов и удлинении ремиссии у больных с эрозивно-язвенной формы КПЛ, сочетанной с сахарным диабетом и артериальной гипертонией.

Внедрение результатов исследования. На основе полученных научных результатов по диагностике и лечению синдрома Гриншпана-Потекаева:

утверждены методические рекомендации «Оптимизация лечения синдрома Гриншпана-Потекаева» (Заключение Министерства здравоохранения №8н-д/190 от 24.11.2020 года). Методические рекомендации позволили обосновать совершенствование лечения синдрома Гриншпана-Потекаева на слизистой оболочке полости рта;

утверждены методические рекомендации «Критерии диагностики синдрома Гриншпана-Потекаева» (Заключение Министерства здравоохранения №8н-д/190 от 24.11.2020 года). Методические рекомендации позволили обосновать диагностику синдрома Гриншпана-Потекаева на основе клинических, микробиологических и патоморфологических критериев;

полученные результаты по диагностике и лечению синдрома Гриншпана-Потекаева внедрены в практику здравоохранения, в частности, в клинику Ташкентского государственного стоматологического института, 4-стоматологическую поликлинику (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 08.04/4267 от 27.05.2021 года). Внедрение полученных результатов позволило получить результаты в виде в основной группе, продолжительности ремиссии $4,5 \pm 0,09$ мес в 95,83% случаев и 4,16 мес после 6 мес лечения эрозивно-язвенной формы КПЛ на фоне сахарного диабета, ремиссия была в 1,98 раза больше в основной группе и в 1,25 раза. дольше, чем в сравнительной группе.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования доложены на 5 научно-практических конференциях, в том числе 2 на международных и 3 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, из них 7 в республиканских и 1 в зарубежных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики

Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 119 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность проведенного исследования, сформулированы цель и задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагается научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение их в практику, приведены сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные методы диагностики и лечения синдрома Гриншпана-Потекаева»** приведены результаты детального анализа данных литературы. Проанализированы научные достижения отечественных и мировых исследователей в области стоматологии. Основываясь на исследовании клинических и лабораторных данных пациентов с синдромом Гриншпана-Потекаева, обзор литературы посвящен современным методам диагностики, лечения и проблеме развития красного плоского лишая.

Во второй главе диссертации **«Материал и методы диагностики и лечения синдрома Гриншпана-Потекаева»** излагаются клинические, люминесцентные, микробиологические и патоморфологические методы исследований, а также подробно описываются методы лечения больных синдромом Гриншпана-Потекаева.

Объектом исследования явились 133 больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта, в отделении терапевтической стоматологии Ташкентского Государственного стоматологического института и в Республиканской кожно-венерологической клинической больнице за период с 2017 г. по 2020 г. Из всех больных у 72 пациентов регистрировалась типичная форма КПЛ, 3 пациента с гиперкератотической формой, экссудативно-гиперемическая форма была у 3 пациентов, у 7 пациентов была буллезная форма, у 48 больных с эрозивно-язвенной формой КПЛ слизистой оболочки полости рта регистрировался симптомокомплекс, известный в литературе как синдром Гриншпана-Потекаева, включающий в себя симптомы - сахарный диабет и гипертоническая болезнь. У данных больных клиническое течение КПЛ СОПР целиком зависело от уровня сахара в крови и выраженности артериальной гипертензии.

Из 48 пациентов с синдромом Гриншпана-Потекаева 24 больных были включены в основную группу, 24 пациента были включены в группу сравнения

В основной группе исследования женщин было 87,48% (n=21) и мужчин - 12,5% (n=3), причем наибольший процент заболеваемости КПЛ у женщин наблюдается в возрастной период 51-60 лет, меньше в период 41-50 лет,

наименьший процент больных в возрасте до 40 лет. У мужчин КПЛ отмечается в молодом возрасте. Соответствующая картина в возрастном и половом составе отмечается в группе сравнения, женщин 83,33% (n=20) и мужчин 16,67% (n=4).

Методы исследования:

1. Клинический осмотр СОПР (определение ГИ ОНІ-S, внутриротовая камера, определение интенсивности кариеса);
2. Люминесцентная (аутофлуоресцентная) стоматоскопия для визуализации слизистой оболочки полости рта.
3. Микробиологическое исследование соскоба налета языка, слизистой щек и других участков рта и посев на дисбактериоз, кандидоз;
4. Патоморфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки полости рта больных КПЛ;
5. Консультации врачей-стоматологов других направлений (терапевта, эндокринолога);
6. Статистические методы исследования.

Местное лечение в основной группе 24 больным с синдромом Гриншпана-Потекаева состояло из антисептической обработки эрозивно-язвенного очага, аппликации анестетиков и ферментов, после были назначены аппликации 0,05% спрея активизированного кремнистого раствора (тоник «Fatiderm-plus»), который обладает высокой адгезивностью и наносится на эрозивно-язвенную поверхность СОПР. Составляющий компонент – активизированные кремнистые растворы и REE –элементов способствует подавлению роста условно-патогенных микроорганизмов на СОПР (Мавлянова Ш.З., 2019). Отечественный препарат Fatiderm-plus активизирует процессы регенерации клеток кожи и слизистых оболочек, оказывает омолаживающее и противовоспалительное действие, подавляет рост условно-патогенных микроорганизмов (*Stafilococcus spp.*, *E. Coli*, *candida spp.*), восстанавливает естественный Ph кожи и слизистой оболочки полости рта.

Местное лечение в группе сравнения 24 пациентам состояло из антисептической обработки, аппликационного обезболивания и ферментативной обработки, после чего назначали аппликацию только Холисал геля. Для определения эффективности терапевтического лечения была использована клиническая система, предложенная А.К. Malhotra (2008). Показатели указаны в среднем по общему количеству больных.

В качестве комплексной терапии пациенты 1-й и 2-й группы была применена предлагаемая схема лечения.

Местно - санация полости рта, гигиена полости рта, лечения кариеса и его осложнения, сошлифование острых краев зубов, устранение дефекты искусственных коронок, лечение болезни пародонта.

Общее лечение включало:

- 1) консультация и лечения терапевта, эндокринолога
- 2) 30% натрия тиосульфат 10,0 на 200,0 физиологического раствора в/в капельно через день №8

Плаквенил -200 по 0,2 г – 2 раза в день в течение 4 недель

Пимомуцин – по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 20 дней

Триавит – внутрь после еды капсулы по 1 шт. в день в течение 60 дней

Урсосан 250 – внутрь на ночь по 1 капсулы 1 раз 1,5 месяц

Наряду с общим лечением всем больным 1-й и 2-й группы проводили внутривенное лазерное облучение крови аппаратом «Лазмик - ВЛОК» спомощью с маточными лазерными излучающими головками.

В третьей главе диссертации «**Результаты материалов клинических, люминесцентных, микробиологических и патоморфологических исследований синдрома Гриншпана-Потекаева**» описаны результаты проведенных клинических, люминесцентных, микробиологических и цитологических исследований.

Нами было установлено, что из общего количества пациентов -133, обратившихся к стоматологу, 72 были с типичной формой КПЛ, 3 - с гиперкератотической, 3 – экссудативно –гиперемической, 7 – с буллезной, 48 пациентов имели эрозивно-язвенную форму КПЛ, сочетанную с двумя симптомами: сахарным диабетом и гипертонической болезнью. Клиническая картина эрозивно-язвенной формы КПЛ, ассоциированная с сахарным диабетом и артериальной гипертензией диагностировалась как симптомо-комплекс Гриншпана – Потекаева, что составляет 36,09% от числа пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта.

В ходе исследований мы наблюдали 5 клинических форм КПЛ СОПР:

типичная форма встречалась 54,13%, экссудативно-гиперемическая форма -2,25%, эрозивно-язвенная форма-36,09%, гиперкератотическая форма 2,25%, буллезная форма-5,26%.

Жалобы больных с синдромом Гриншпана-Потекаева состояли соответственно в основной группе и группе сравнения из чувства стянутости (29,16% и 25%), дискомфорта (8,33% и 12,5%), боли (20,83% и 25%), жжения (25% и 16,66%), сухости (12,5% и 12,5%), иногда – потери чувствительности (4,16% и 8,33%). При опросе выясняли давность заболевания, частоту обострений, характер проведенного лечения, длительность ремиссии.

Таблица 1

Жалобы больных с синдромом Гриншпана-Потекаева

Жалобы	Основная группа, n=24		Группа сравн, n=24		χ^2 Пирсона	P	Всего б-х КПЛ, n=48	
	абс	M±m,%	абс	M±m,%			абс	M±m,%
Стянутость	7	29,17±9,28	6	25,00±8,84	0,105	0,745	13	27,08±6,41
Дискомфорт	2	8,33±5,64	3	12,50±6,75	0,223	1,000	5	10,42±4,41
Боль	5	20,83±8,29	6	25,00±8,84	0,118	0,731	11	22,92±6,07
Жжение	6	25,00±8,84	4	16,67±7,61	0,505	0,477	10	20,83±5,86
Сухость	3	12,50±6,75	3	12,50±6,75	0,000	1,000	6	12,50±4,77

Потеря чувствительности	1	4,17± 4,08	2	8,33± 5,64	0,356	1,000	3	6,25± 3,49
Длительность заболевания, год	1,50±0,10		1,50±0,10		P>0,05		1,50±0,07	
Частота рецидивов в год, мес.	4,92±0,31		4,92±0,23		P>0,05		4,92±0,19	
Длительность ремиссии, мес	2,46±0,12		2,46±0,13		P>0,05		2,46±0,09	

Среди исследуемых нами больных КПЛ с поражением СОПР неудовлетворительный гигиенический индекс встречался у 93,3%, среди больных без поражения СОПР – у 78,0%. У 50% больных определялась средняя степень поражения пародонта при исследовании комплексно-пародонтального индекса, в то же время у больных КПЛ без поражения СОПР лишь 36,5% имели риск поражения пародонта.

У больных с синдромом Гришпана-Потекаева слизистой оболочки полости рта наблюдается ухудшение гигиены полости рта. У всех пациентов значение ОНІ-S индекса было в основной и контрольной группах соответственно 2,25±0,10 и 0,85±0,04* (P<0,01). Низкий уровень гигиены полости рта усиливает воспалительно-деструктивные поражения СОПР и снижает местный иммунитет и, тем самым усугубляет клиническое течение КПЛ в полости рта.

Кроме того, у 51,5% (n=24) пациента наблюдалось сочетание синдрома Гриншпана-Потекаева СОПР с кожными проявлениями. Необходимо отметить, что значение показателей зубного налета (уровень гигиены) оказался плохим у 66,6% (n=32) больных, неудовлетворительный уровень гигиены отмечался лишь у 33,3% (n=16) больных с синдромом Гриншпана-Потекаева (таблица 3.1).

Таблица 2

Показатели гигиенического индекса ОНІ-S КПЛ СОПР

Всего больных n=133	Клинические формы КПЛ					Контр. Группа n=20
	Тип n=72	Гиперкер. n=3	Экс-гипер. n=3	Буллезная n=7	Эр-язв n= 48	
2,04±0,05*	1,85±0,06*	2,11±0,09*	2,12±0,04*	2,52±0,15*	2,25±0,10*	0,85±0,04

Примечание: * - отмечена достоверность различий по отношению контрольной группы (* - P<0,001; ** - P<0,01; *** - P<0,05).

Распространенность кариозного процесса у больных КПЛ с поражением СОПР составила 36,09% из 133 пациентов КПЛ (n=48). Интенсивность кариозного процесса в контрольной группе больных составляла в среднем от 6 до 12. Это означало, что из 32 зубов, имеющих у больных, кариесом было

поражено более 6 зубов, что соответствовало третьему уровню интенсивности кариеса зубов по критериям ВОЗ (среднему и высокому уровню КПУ). У больных с синдромом Гриншпана-Потекаева интенсивность кариеса была высокой и была в среднем от 7 до 22.

Так, КПУ по типичной форме и гиперкератотической форме КПЛ составил $15 \pm 0,2$; для типичной формы, из составляющих которых «К» соответствовал $5 \pm 1,1$ ($p < 0,05$), «П» – $5 \pm 1,3$, «У» - количество удаленных зубов составил $5 \pm 2,4$ ($p < 0,01$); в отличие от составляющих КПУ $15 \pm 1,6$ при гиперкератотической форме значения «К»- $4 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) и «П» - $4 \pm 1,5$, показатель «У» - $7 \pm 1,3$ ($p < 0,01$).

Из 133 больных КПЛ с поражением СОПР (21,8% /n=29), из 48 больных с синдромом Гриншпана-Потекаева (27,09% /n=13) в полости рта имелись различные разновидности ортопедических протезов – съемные и несъемные мостовидные металлоконструкции, единичные и множественные коронки и протезы с использованием пластмассовых, фарфоровых и металлических материалов, бюгельные протезы.

При осмотре зубных рядов у 9 пациентов (60% /n=15) с синдромом Гриншпана-Потекаева наблюдались кариозные зубы, пломбы, травмирующие слизистую оболочку; у 6 (28,57%/n=21) - разнородные металлы; у 13 (44,82%/n=29) - нависающие края пломб; у 5 (50%/n=10) - нависающие края коронок; у 26 (72,22%/ n=36) - прикусывание щеки и языка; у 6 (35,29%/ n=17) отмечались острые края и сколы зубов (таблица 3).

Таблица 3

Локальные травматические факторы синдрома Гриншпана-Потекаева

Факторы		Клинические формы КПЛ					Всего больных КПЛ СОПР n=133	Контр. группа n=20	χ^2 Пирсона	P
		Тип, n=72	Гиперкер., n=3	Экс-гипер. n=3	Буллезная, n=7	Эр-язв, n= 48				
Кариозные зубы, пломбы	abs	5	0	0	1	9	15	1	5,920	0,314
	%	33,33	0,00	0,00	6,67	60,00		5,00		
Разнородные металлы	abs	13	1	0	1	6	21	0	5,836	0,323
	%	61,90	4,76	0,00	4,76	28,57		0,00		
Зубные протезы	abs	11	2	1	2	13	29	0	12,647	0,027
	%	37,93	6,90	3,45	6,90	44,83		0,00		
Нависающие края коронок	abs	4	0	1	0	5	10	1	5,029	0,412
	%	40,00	0,00	10,00	0,00	50,00		5,00		
Прикусыва	abs	8	0	1	1	26	36	3	31,366	0,000

ние щеки, языка	%	22,22	0,00	2,78	2,78	72,22		15,00		
Острые края и сколы зубов	abs	9	0	0	2	6	17	4	3,075	0,688
	%	52,94	0,00	0,00	11,76	35,29		20,00		

Анализ факторов риска обострения синдрома Гриншпана-Потекаева слизистой оболочки полости рта показал, что одной из основных причин обострения пациенты считают резкую смену погоды (22,9% /n=11).

Факторами, провоцирующими обострение синдрома Гриншпана-Потекаева слизистой оболочки полости рта, пациенты называют прием пищи, содержащей пряности, высокую концентрацию соли (в частности, хурмы, клубники, семечек, томатов, маринованных овощей) (20,83% /n=10); смену средств гигиены (14,5%/n=7). Большинство (66,66%/n=32) пациентов считают, что ментолсодержащие зубные пасты оказывают раздражающее действие на эрозивно-язвенные очаги поражения. Часто причиной обострения становятся этапы протезирования, особенно штампованными коронками (8,33%/ n=4).

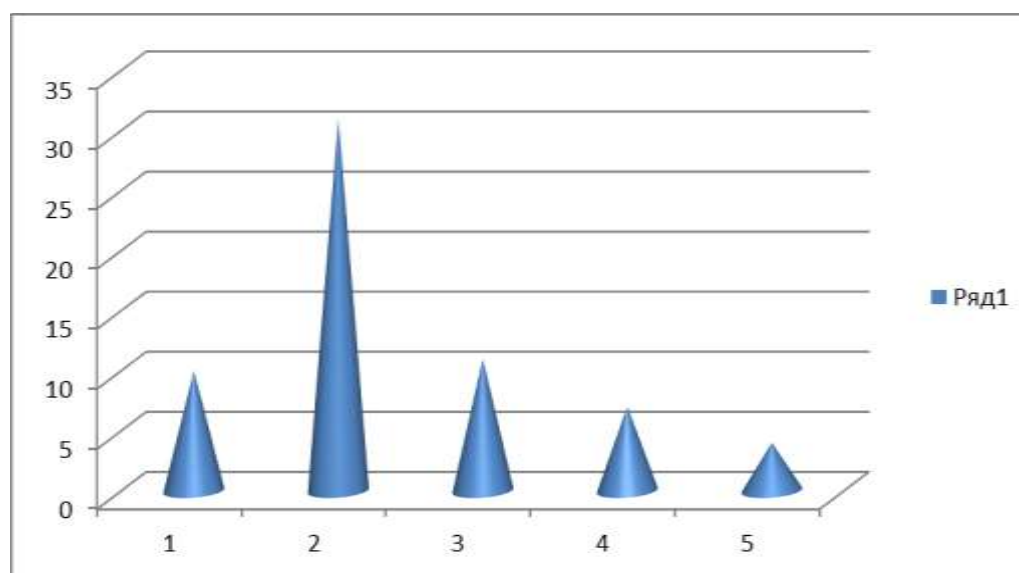


Рис.1 Анализ причин обострения синдрома Гриншпан-Потекаева

- 1 прием раздражающей пищи -10
- 2 неврозы,стрессы - 31
- 3 смена погоды - 11
- 4 смена средств гигиены -7
- 5 травмы вр время протезирования 4

Площадь очагов поражения на слизистой оболочке щек составила в среднем 15,2 мм², на слизистой оболочке боковых поверхностях языка - 8,4 мм², на слизистой оболочке ретромолярной области - 5,6 мм², на слизистой оболочке твердого неба - 11,2 мм² и на слизистой оболочке альвеолярного отростка - 14,6 мм² (таблица 4).

Таблица 4

Площадь очага эрозивно-язвенного поражения у пациентов с синдромом Гриншпана-Потекаева (M±m)

Очаг поражения	Средняя площадь очага поражения (мм ²)
Слизистая оболочка щеки	15,20±0,39
Слизистая оболочка боковых поверхностей языка	8,40±0,41
Слизистая оболочка ретромолярной области	5,60±0,21
Слизистая оболочка твердого неба	11,20±0,29
Слизистая оболочка альвеолярного отростка	14,60±0,42

Аутофлуоресцентная стомаскопия, проведенная всем 48 больным обеих групп (основной и сравнения) с синдромом Гриншпана-Потекаева показывает, что эрозивно-язвенная форма КПЛ визуализируется в виде темного пятна с неровными краями на фоне ярко-зеленой флуоресценции здоровой слизистой оболочки полости рта. Только у одного пациента группы сравнения (4,16%) отмечается подозрение на малигнизацию, в этом случае очаг поражения визуализировался в виде темного пятна («эффект темного пятна») на фоне зеленой флуоресценции. Наряду с уменьшением свечения в зеленой области спектра в темном очаге визуализировалось красное свечение, источником которого явились эндогенные порфирины. Последние являются продуктом жизнедеятельности бактериальной микрофлоры, что наличие флуоресценции связано с хроническим воспалительным процессом слизистой оболочки полости рта.

Микробиологические исследования показали состав микрофлоры полости рта, выделенных из очагов поражения СОПР у больных с эрозивно-язвенной формы КПЛ. Исследования показали высокий рост патогенных микроорганизмов из семейства Micrococcaceae - *Staphylococcus* spp в 78 % случаев (у 35 больных из 48), *E.Coli* 58 % (у 28 больных), *Candida* spp в 83% случаев (у 39 больных). Обсемененность составляла в среднем 762,9±15,3 КОЕ.

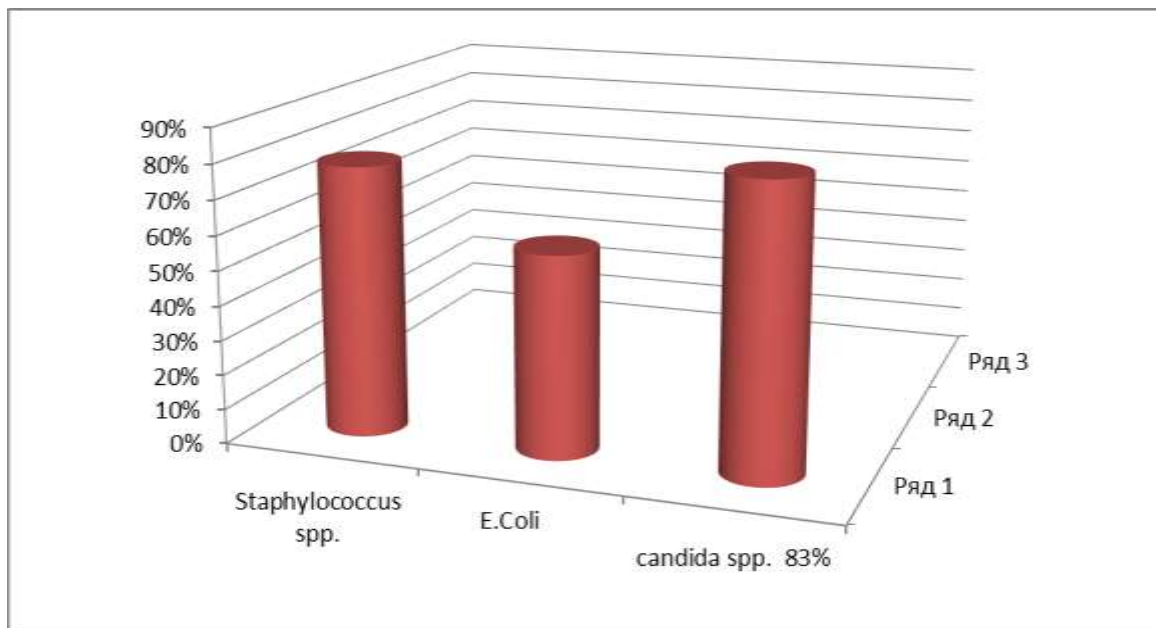


Рис.2 Показатели микрофлоры, выделенных из очага эрозий и язв.

Результаты проведенных микробиологических исследований выявили высокий индекс кератинизации в мазках, полученных с поверхности интактного эпителиального пласта твёрдого нёба ($64,4 \pm 6,1$)%, альвеолярной десны ($78,6 \pm 8,4$) %; дорсальной поверхности языка ($85,7 \pm 9,4$)%. При локализации очагов гиперкератоза на указанных биотопах индекс кератинизации значительно возрастал и практически «сравнивался», достигая значений 91-93%; при этом были выявлены лишь единичные клетки промежуточного эпителия, отражающие, вероятно, особенности процесса эксфолиации. Иные результаты были получены при локализации эрозивных очагов на изучаемых поверхностях - индекс кератинизации резко снижался до 34-44% ($p < 0,01$), в мазке появлялись клетки промежуточного эпителия (до 23 клеток на 100 в поле зрения), а также форменные элементы крови.

Патоморфологически при экссудативно-гиперемической форме КПЛ отмечаются паракератоз, акантоз, экзоцитозы, разрушение базальной мембраны, под эпителием-полости, наполненные экссудатом. Клеточный инфильтрат наиболее выражен в зоне отслойки эпителия; в строме отек, эластические волокна отсутствуют, коллагеновые волокна разрежены; диффузный инфильтрат густой с большим количеством лимфоцитов.

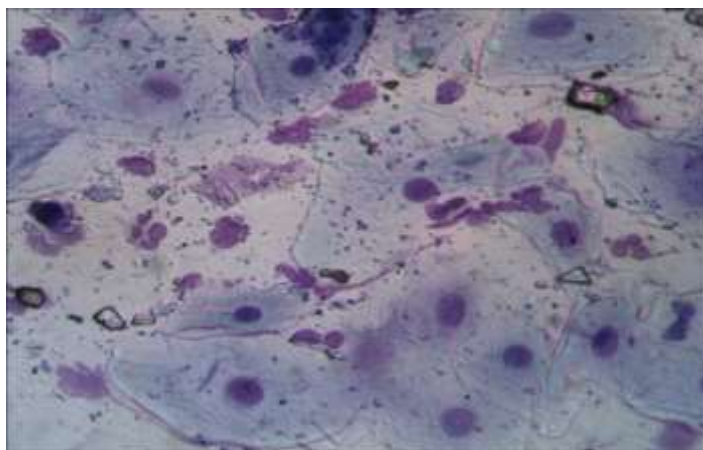


Рис. 3 В цитологическом мазке на фоне гиперкератоза поверхностного плоского эпителия отмечаются группы клеток с дискариозом и множественные инфильтраты из лимфолейкоцитарных клеток, характерных при синдроме Гриншпана-Потекаева.

При общем лечении всем 48 больным с синдромом в качестве комплексной терапии пациентам 1-й и 2-й группы была применена предлагаемая схема лечения. Местное лечение: санация полости рта, гигиена полости рта, лечения кариеса и его осложнений, сошлифование острых краев зубов, устранение дефектов искусственных коронок, лечение болезни пародонта. Наряду с общим лечением всем больным 1-й и 2-й группы проводили внутривенное лазерное облучение крови аппаратом «Лазмик - ВЛОК» с помощью маточные лазерные излучающие головки.

В четвертой главе диссертации **«Клинико-лабораторные особенности лечения больных синдромом Гриншпана - Потекаева с поражением слизистой оболочки полости рта»** описаны результаты и оценка эффективности проведенного лечения синдрома Гриншпана-Потекаева.

Всем больным с синдромом Гриншпана-Потекаева (основной группы и группы сравнения) проводили общее патогенетическое лечение, состоящее из лазерного облучения крови – являющейся уникальным методом фотобиологического воздействия на кровь крови с помощью аппарата «Лазмик - ВЛОК» спомощью маточной лазерной излучающей головки. Для этого пациенты 1-й и 2-й группы получали внутривенно лазерное облучение следующим образом: отступив на 2-3см от локтевой ямки фиксируется матричная лазерная излучающая головка от «Лазмик-ВЛОК» мощностью 35 мВт, продолжительность сеанса 5-20 минут. Продолжительность курса составляет от 5 до 15сеансов.



Рис. 4 Лазерное облучение крови с помощью аппарата «Лазмик - ВЛОК»

Таблица 5

Динамика изменений гигиенического индекса, диаметра эрозивно-язвенных поражений, площади поражения по срокам наблюдений ($M \pm m$)

Сроки лечения	ОНИ-S		Диаметр эрозий (см)		Площадь поражения (mm^2)	
	Осн.гр	Гр.срав.	Осн.гр	Гр.срав.	Осн.гр	Гр.срав.
исходные	2,25± 0,10	2,28± 0,10	1,40± 0,06	1,40± 0,02	15,20± 0,47	15,20± 0,38
2- 3 день	2,14± 0,10	2,16± 0,10	0,99± 0,05*	1,10± 0,03*	13,10± 0,36**	14,20± 0,29
7 -10день	2,07± 0,08	2,12± 0,09	0,73± 0,01*	0,82± 0,04*	12,30± 0,44*	13,40± 0,36**
12-14 день	1,10± 0,04*	1,47± 0,08*	0,54± 0,02*	0,68± 0,03*	10,80± 0,45*	12,50± 0,43*
180 день	0,57± 0,02*	1,28± 0,06*	0,11± 0,01*	0,37± 0,02*	1,20± 0,05*	6,90± 0,28*

Примечание: * - отмечена достоверность различий по отношению исходных данных (* - $P < 0,001$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,05$).

У всех пациентов с синдромом Гриншпана-Потекаева отмечается достоверно более низкий исходный уровень гигиены полости рта (ОНИ-S= $2,25 \pm 0,10$ $p < 0,001$); до лечения по сравнению с контрольной группой (ОНИ-S= $0,85 \pm 0,04$ $p < 0,001$). После проведенного лечения эти показатели снижались в разы. Через 2- 3 дня после лечения (1 день наблюдения) показатель ОНИ-S снижался в 1,05 раза; через 7 -10 дней (2 день наблюдения) - в 1, 08 раза; через 12-14 дней (3 день наблюдения) – в 2,04 раза; через 180 дней после проведенного лечения (4 день наблюдения) показатель индекса в основной группе снизился в 3,94 раза. В группе сравнения показатели гигиены снижались в 1,8 раз ($p < 0,005$) (таблица 3.7).

Клинически через 2-3 дня после начала лечения (1 день наблюдения) у больных с синдромом Гриншпана-Потекаева в основной группе наступало начало эпителизации эрозивно-язвенного очага, где диаметр его составлял $0,99 \pm 0,04$ см, что в 1,4 раза меньше, чем исходные данные ($p < 0,001$). Через 7-10 дней (2 день наблюдения) диаметр эрозивной поверхности $0,73 \pm 0,01$ см,

т.е. снизился в 1,9 раза, чем исходные данные ($p < 0,001$); через 12-14 дней - $0,54 \pm 0,02$ (3 день наблюдения) диаметра эрозивно-язвенного очага снизился в 2,5 раза ($p < 0,001$). Клинически к 180 дням (4 день наблюдения) у больных в основной группе мы наблюдали полноценную эпителизацию, что соответствовало снижению диаметра эрозивно-язвенного очага $0,11 \pm 0,07$ - в 12,7 раза ($p < 0,001$). В группе сравнения в эти сроки еще этот показатель был снижен в 3,7 раза, по сравнению с исходными данными ($p < 0,001$).

При оценке площади эрозивного поражения СОПР у пациентов с синдромом Гриншпана - Потеекаева величина эрозий достоверно снижалась после проводимого лечения в основной группе. Так, через 2-3 дня (1 день наблюдения) $13,1 \pm 1,6$ - снижение в 1,16 раза; через 7-10 дней (2 день наблюдения) площадь поражения $12,3 \pm 2,1$ - снижение в 1,2 раза; через 12-14 дней (3 день наблюдения) площадь поражения $10,8 \pm 2,3$ - снижение в 1,4 раза; через 180 дней (4 день наблюдения) площадь эрозивного поражения $1,2 \pm 2,1$ - снижение в 12,66 раза ($p < 0,001$).

Эффективность лечения оценивали по срокам ремиссии. Так, в основной группе длительность ремиссии составила $4,5 \pm 0,09$ месяцев в 95,83% (23) и 4,16% (1) после 6 месяцев лечения, наблюдался переход эрозивно-язвенной формы КПЛ, сочетанный сахарным диабетом и гипертонией в типичную форму заболевания.

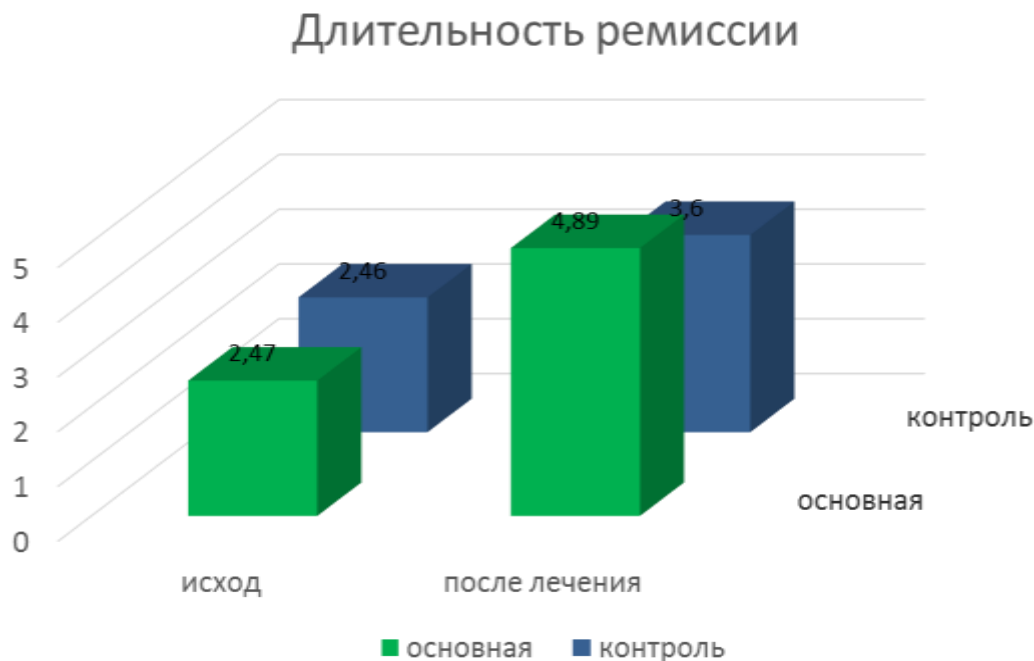


Рис.5 Оценка эффективности лечения по длительности ремиссии

При микробиологическом исследовании у пациентов с синдромом Гриншпана-Потеекаева обнаруживается *Candida albicans* в 83% случаев. Средний уровень адгезии штаммов *Candida albicans* у пациентов с КПЛ, отягощенным сахарным диабетом и артериальной гипертонией составил $16,78 \pm 1,64\%$. У пациентов с КПЛ, не отягощенными перечисленными заболеваниями, данный показатель составил $26,28 \pm 4,44\%$ ($p < 0,05$). Штаммы с

высоким уровнем адгезии обладали высокой скоростью роста и активно формировали трубки прорастания (способность к диморфизму) от 10% до 65%.

Штаммы с низким уровнем адгезии трубки прорастания формировали слабо: 1-2 клетки на 100 клеток *Candida albicans*, что составило от 1% до 5%. Штаммы *Candida albicans*, обладающие наиболее высоким уровнем адгезии, проявляли высокую протеолитическую активность по отношению к иммуноглобулину G. Протеолитическая активность штаммов *Candida albicans*, высеваемых с очагов поражения КПЛ пациентов, отягощенных сахарным диабетом и артериальной гипертензией, составила $0,57 \pm 0,02$. Данный показатель у пациентов с КПЛ, без перечисленных заболеваний, в среднем составил $0,33 \pm 0,03$ ($p < 0,05$).

При цитологическом исследовании на фоне гиперкератоза поверхностного плоского эпителия отмечаются группы клеток с дискариозом и множественные инфильтраты из лимфолейкоцитарных клеток, характерных при синдроме Гриншпана-Потекаева. Патоморфологически при экссудативно-гиперемической форме КПЛ отмечаются паракератоз, акантоз, экзоцитозы, разрушение базальной мембраны, под эпителием-полости, наполненные экссудатом. Клеточный инфильтрат наиболее выражен в зоне отслойки эпителия; в строме отек, эластические волокна отсутствуют, коллагеновые волокна разрежены; диффузный инфильтрат густой с большим количеством лимфоцитов.

После проведения комплексного патогенетического лечения больных с синдромом Гриншпана-Потекаева с применением плаквинила, триавита, десенсибилизирующего лечения и лазерного облучения крови – являющийся уникальным методом фотобиологического воздействия на кровь аппаратом «Лазмик-ВЛОК» с помощью маточной лазерной излучающей головки наблюдалась полноценная эпителизация эрозий и язв на СОПР, отпала необходимость патоморфологического исследования после лечения.

ВЫВОДЫ

По результатам проведенных исследований по диссертации доктора философии (PhD) медицинских наук на тему “Оптимизация лечения синдрома Гриншпана-Потекаева при красном плоском лишае с поражением слизистой оболочки полости рта” представлены следующие выводы:

1. У больных с синдромом Гриншпана-Потекаева слизистой оболочки полости рта наблюдается ухудшение гигиены полости рта. У всех пациентов значение ОНІ-S индекса было в основной и контрольной группах соответственно $2,25 \pm 0,10$ и $0,85 \pm 0,04^*$ ($P < 0,01$). Низкий уровень гигиены полости рта усиливает воспалительно-деструктивные поражения СОПР и снижает местный иммунитет и, тем самым усугубляет клиническое течение КПЛ в полости рта. Необходимо отметить, что значение показателей зубного налета (уровень гигиены) оказался плохим у 66,6% ($n=32$) больных, неудовлетворительный уровень гигиены отмечался лишь у 33,3% ($n=16$)

больных с синдромом Гриншпана-Потекаева. Через 2-3 дня после лечения (1 день наблюдения) показатель ОН-С снижался в 1,05 раза; через 7-10 дней (2 день наблюдения) - в 1,08 раза; через 12-14 дней (3 день наблюдения) - в 2,04 раза; через 180 дней после проведенного лечения (4 день наблюдения) показатель индекса в основной группе снизился в 3,94 раза. В группе сравнения показатели гигиены снижались в 1,8 раз ($p < 0,005$).

2. Клинически через 2-3 дня после начала лечения (1 день наблюдения) у больных с синдромом Гриншпана-Потекаева в основной группе наступало начало эпителизации эрозивно-язвенного очага, где диаметр его составлял $0,99 \pm 0,04$ см, что в 1,4 раза меньше, чем исходные данные ($p < 0,001$). Через 7-10 дней (2 день наблюдения) диаметр эрозивной поверхности $0,73 \pm 0,01$ см, т.е. снизился в 1,9 раза, чем исходные данные ($p < 0,001$); через 12-14 дней - $0,54 \pm 0,02$ (3 день наблюдения) диаметра эрозивно-язвенного очага снизился в 2,5 раза ($p < 0,001$). Клинически к 180 дням (4 день наблюдения) у больных в основной группе мы наблюдали полноценную эпителизацию, что соответствовало снижению диаметра эрозивно-язвенного очага $0,11 \pm 0,07$ - в 12,7 раза ($p < 0,001$). В группе сравнения в эти сроки еще этот показатель был снижен в 3,7 раза, по сравнению с исходными данными ($p < 0,001$).

3. При оценке площади эрозивного поражения СОПР у пациентов с синдромом Гриншпана - Потекаева величина эрозий достоверно снижалась после проводимого лечения в основной группе. Так, через 2-3 дня (1 день наблюдения) $13,1 \pm 1,6$ - снижение в 1,16 раза; через 7-10 дней (2 день наблюдения) площадь поражения $12,3 \pm 2,1$ - снижение в 1,2 раза; через 12-14 дней (3 день наблюдения) площадь поражения $10,8 \pm 2,3$ - снижение в 1,4 раза; через 180 дней (4 день наблюдения) площадь эрозивного поражения $1,2 \pm 2,1$ - снижение в 12,66 раза ($p < 0,001$).

4. При микробиологическом исследовании у пациентов с синдромом Гриншпана-Потекаева обнаруживается *Candida albicans* в 83% случаев. Средний уровень адгезии штаммов *Candida albicans* у пациентов с КПЛ, отягощенным ХГП, составил $16,78 \pm 1,64\%$. У пациентов с КПЛ, не отягощенным ХГП, данный показатель составил $26,28 \pm 4,44\%$ ($p < 0,05$). Штаммы с высоким уровнем адгезии обладали высокой скоростью роста и активно формировали трубки прорастания (способность к диморфизму) от 10% до 65%. После проведения комплексного патогенетического лечения препаратом Пимофуцин - по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 20 дней и местного использования тоника «Fatiderm-plus» наблюдался сдвиг явлений патологического нарушения микробиоценоза в сторону нормобиоза, что в 98,83% заканчивается эпителизацией эрозивно-язвенных образований слизистой оболочки полости рта и переход в типичную форму заболевания.

5. После проведения комплексного патогенетического лечения больных с синдромом Гриншпана-Потекаева с применением плаквинала, триавита, десенсибилизирующего лечения и лазерного облучения крови - являющийся уникальным методом фотобиологического воздействия на кровь аппаратом «Лазмик-ВЛОК» с помощью маточной лазерной излучающей головки

наблюдалась полноценная эпителизация эрозий и язв на СОПР, отпала необходимость патоморфологического исследования после лечения.

6. Аутофлуоресцентная стоматоскопия, проведенная всем 48 больным с синдромом Гриншпана-Потекаева в обеих группах (основной и сравнения) показывает, что эрозии и язвы визуализируются в виде темного пятна с неровными краями на фоне ярко-зеленой флуоресценции здоровой слизистой оболочки полости рта, осложнений и малигнизации не определялись. У одного пациента группы сравнения (4,16%) появилось подозрение на малигнизацию, в этом случае очаг поражения визуализировался в виде темного пятна («эффект темного пятна») на фоне зеленой флуоресценции.

7. Эффективность лечения оценивали по срокам ремиссии. Так, в основной группе длительность ремиссии составила $4,5 \pm 0,09$ месяцев в 95,83% (23) и 4,16% (1) после 6 месяцев лечения, наблюдался переход эрозивно-язвенной формы КПЛ, сочетанный сахарным диабетом и гипертонией в типичную форму заболевания. Таким образом, по сравнению с исходным показателем у больных основной группы ремиссия удлинилась в 1,98 раза ($p < 0,001$). Эффективность лечения в группе сравнения оценивали по срокам ремиссии. Так, длительность ремиссии у 17 пациентов в группе сравнения составила $3,6 \pm 0,6$ месяцев в 70,83%, у 5 пациентов (20,83%) после 8 месяцев, у 2 пациентов в 8,33%—после 9 месяцев лечения. Таким образом, в среднем в 1,25 раза удлинилась ремиссия у больных группы сравнения, по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,001$).

8. Используемый в работе тоник Fatiderm-plus состоит из комплексов кремнистых минералов и элементов Узбекистана, активизирует процессы регенерации клеток кожи и слизистых оболочек, оказывает омолаживающее и противовоспалительное действие, подавляет рост условно-патогенных микроорганизмов (*Stafilococcus spp.*, *E. Coli*, *candida spp.*), восстанавливает естественный Ph кожи (Мавлянова Ш.З., 2019).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES
AT THE SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE

ADILKHODJAEVA ZILOLA KHAYDAROVNA

**OPTIMIZATION OF THE TREATMENT OF
GRINSHPAN-POTEKAEV'S SYNDROME
WITH ORAL MUCOSA LESION**

14.00.21 – Stomatology

**DISSERTATION ABSTRACT
DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCE**

SAMARKAND - 2021

The theme of doctor of philosophy dissertation (PhD) was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of Republic of Uzbekistan under number B2019.1.PhD/Tib762

The dissertation has been prepared at the Samarkand State Medical Institute.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of Scientific Council (www.sammi.uz) and on the website of «ZiyoNet» information and educational portal (www.ziynet.uz)

Scientific leader:

Rizaev Jasur Alimjanovich

Doctor of medical sciences, professor

Azizov Bakhodir Sadikovich

Doctor of medical sciences, associate professor

Official opponents:

Tishenko Andrey Leonidovich

Doctor of medical sciences, professor

(Russian Federation)

Zoyirov Tulkin Elnazarovich

Doctor of medical sciences, associate professor

Leading organization:

**Higher State Educational Institution of Ukraine
"Ukrainian Medical Dental Academy",
(Ukraine))**

Defense will take place « _____ » _____ 2021 at _____ at the meeting of Scientific Council PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01 at the Samarkand state medical institute at address: (Address: 140100, Samarkand, Amir Temur street, 18. Phone/fax: (+99866) 233-07-66; fax: 66233775 (366); e-mail: sammi@sammi.uz

Doctor of philosophy (PhD) dissertation is registered in Informational-resource center of Samarkand state medical institute, registration number № _____, the text of the dissertation is available at the Information Research Center at the following address: ((Address: 140100, Samarkand, Amir Temur street, 18. Phone/fax: (+99866) 233-07-66; fax: 66233775 (366).

Abstract of dissertation sent out on « _____ » _____ 2021 year.

(mailing report № _____ on « _____ » _____ 2021 year).

G.U. Lutfullaev

Chairman of the once scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

G.U. Samieva

Scientific secretary of the once scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences

K.E. Shomurodov

Chairman of the once scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences

INTRODUCTION (abstract of doctoral dissertation PhD)

The aim of research work was the improvement of the treatment of Grinshpan-Potekaev's syndrome in lichen planus with lesions of the oral mucosa.

The object of the scientific research were 133 patients 25-70 years old who applied to the Department of Therapeutic Dentistry of the Tashkent State Institute of Dentistry and the Republican Dermatovenerologic Clinical Hospital.

The scientific novelty of the research work consists of the following:

on the basis of the change in the color of the reflected radiation upon irradiation of the oral mucosa with blue light, the system of oncological alertness of lichen planus was identified by assessing cellular atypism;

the system for predicting and optimal treatment of pathological processes of the Grinshpan-Potekaev's syndrome with lesions of the oral mucosa by the method of autofluorescence has been substantiated;

for the first time the effect of a unique non-invasive photobiological effect on blood with the help of the "Lazmik-VLOK" device by laser irradiation of blood was proved in the general pathogenetic treatment of patients with Grinshpan-Potekaev's syndrome;

for the first time, on the basis of clinical and laboratory studies, the use of a drug that increases the adhesion of drugs to the surface of the oral mucosa, and ensures the activation of local anti-inflammatory processes, high efficiency of complex treatment of Grinshpan-Potekaev's syndrome has been demonstrated.

Implementation of research results. Based on the scientific results obtained on the diagnosis and treatment of Grinshpan-Potekaev's syndrome:

approved methodological recommendations "Optimization of the treatment of Grinshpan-Potekaev's syndrome" (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-d / 190 of November 24, 2020). Methodical recommendations made it possible to justify the improvement of the treatment of Grinshpan-Potekaev's syndrome on the oral mucosa

approved methodological recommendations "Criteria for the diagnosis of Grinshpan-Potekaev's syndrome" (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-d / 190 of November 24, 2020). Methodical recommendations made it possible to substantiate the diagnosis of Grinshpan-Potekaev's syndrome on the basis of clinical, microbiological and pathomorphological criteria;

the results obtained on the diagnosis and treatment of Grinshpan-Potekaev's syndrome have been introduced into health care practice, in particular, in the clinic of the Tashkent State Dental Institute, the 4-dental clinic (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08.04 / 4267 dated 27.05.2021). The implementation of the results obtained allowed us to obtain results in the form in the main group, the duration of remission was 4.5 ± 0.09 months in 95.83% of cases and 4.16 months after 6 months of treatment of the erosive-ulcerative form of LP on the background of diabetes mellitus, remission was in 1.98 times more in the main group and 1.25 times longer than the comparative group.

The structure and volume of the dissertation. The thesis consists of an introduction, four chapters, a conclusion, a list of used literature. The volume of the thesis is 119 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть, I part)

1. Камиллов Х.П., Ибрагимова М.Х., Адилходжаева З.Х. Особенности клинического течения синдрома Гриншпана-Потекаева на слизистой оболочки полости рта.// Узбекистон тиббиёт журнали. – Ташкент. – 2015. - № 2. – с8.
2. Камиллов Х.П., Ибрагимова М.Х., Адилходжаева З.Х. Изменения слизистой оболочки полости рта при буллезных дерматозах.// Узбекистон тиббиёт журнали. – Ташкент. – 2017. - № 4. – с48.
3. Ризаев Ж.А., Азизов Б.С., Адилходжаева З.Х. Изменения иммунологических показателей при развитии КПЛ и синдрома Гриншпана-Потекаева.// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2019. - №1 – с 28.
4. Камиллов Х.П., Адилходжаева З.Х. Патоморфология красного плоского лишая с поражением слизистых оболочек полости рта. Особенности патоморфологических изменений слизистой оболочки полости рта при синдроме Гриншпана-Потекаева. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2019. - №2 – с 60-63.
5. Адилходжаева З.Х., Самадова.Ш.И. Эффективность медицинского озона в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. // Наука и инновации современные концепции. – Москва. – 2020. - с 66-68.
6. Ж.А.Ризаев, Б.С.Азизов., Адилходжаева З.Х. Новые подходы к лечению синдрома Гриншпана-Потекаева с использованием отечественного препарата «Фатидерм». / Узбекистон тиббиёт журнали. – Ташкент. – 2019. - № 4. – с25-30.
7. Х.П.Камиллов., М.Х.Ибрагимова., Адилходжаева З.Х., Ш.И.Самадова. Этиопатогенетическое и клиническро обоснование лечения красного плоского лишая. // Узбекистон тиббиёт журнали. – Ташкент. – 2020. - № 2. – с71-77.
8. Х.П.Камиллов., М.Х.Ибрагимова., Адилходжаева З.Х., Ш.И.Самадова. Retrospective analysis of the frequence of the occurrence of the lichen ruber planus and the it is various forms under the conditions of Uzbekistan. //American Journal of Research. - 7-8 July-August 2020.

II бўлим (II часть; part II)

9. Адилходжаева З.Х., Кадырбаева А.А. Красный плоский лишай в стоматологической практике.// Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт илимий амалий журнали.,№3-4/2017. с 32.
10. Камиллов Х.П., Кадырбаева А.А., Адилходжаева З.Х. Ранняя диагностика предраковых процессов слизистой оболочки полости рта. // 1 Международная конференция стоматологов, Ташкент, 4-5 май 2017г.

11. Камилов Э.Х., Адилходжаева З.Х., Кадырбаева А.А., Асильбекова Н.О. Красный плоский лишай в стоматологической практике. // 1 Международная конференция стоматологов, Ташкент, 4-5 май 2017г.
12. Азизов Б.С., Адилходжаева З.Х., Ибрагимов О.Д. Тактика диагностики и лечения больных с синдромом Гриншпана-Потекаева. // Международная научно-практическая конференция. “ Актуальные вопросы дерматовенерологии и эстетической медицины” 7-8 сентябрь, 2018
13. Адилходжаева З.Х., Ибрагимов О.Д. Оптимизация диагностики красного плоского лишая полости рта в отдаленных регионах. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья., №3-4/2018, с 79
14. Ризаев Ж.А., Ибрагимов О.Д., Адилходжаева З.Х. Проявление красного плоского лишая в слизистой оболочке полости рта с синдромом Гриншпана-Потекаева. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья., №3-4/2018, с 91
15. Ризаев Ж.А., Азизов Б.С., Адилходжаева З.Х. Особенности течения красного плоского лишая у больных с другими заболеваниями. // Республиканская научно-практическая конференция с международным участием. «Актуальные проблемы стоматологии» (Бухара) 2019., с 78-79
16. Ризаев Ж.А. Адилходжаева З.Х. Тактика диагностики и лечения больных с синдромом Гриншпана-Потекаева. // Сборник постерных докладов 3го Международного конгресса стоматологов. с 45.
17. Адилходжаева З.Х. Оптимизация лечения синдрома Гриншпана-Потекаева// Стоматолог-шифокорлари учун мўлжалланган услубий тавсиянома. Ташкент, 2020.
18. Адилходжаева З.Х. Критерии диагностики синдрома Гриншпана-Потекаева// Стоматолог-шифокорлари учун мўлжалланган услубий тавсиянома. Ташкент, 2020.