

**И. К. АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**Б. Н. ЕЛЬЦИН атындагы
КЫРГЫЗ-РОССИЯ СЛАВЯН УНИВЕРСИТЕТИ**

Д 14.22.645 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.31:616.516-07-085

ИСКАКОВА МАРЬЯМ КОЗБАЕВНА

**ООЗ КӨНДӨЙҮНҮН БЫЛЖЫР ЧЕЛИНИН ЖАЛПАК ЧАКАЛАЙ
ООРУСУН ДИАГНОСТИКАЛООНУН ЖАНА ДАРЫЛООНУН
ЗАМАНБАП АСПЕКТИЛЕРИ**

14.01.14 – стоматология

Медициналык илимдердин доктору
окумуштуу даражасын алуу үчүн жазылган диссертацияга
автореферат

Бишкек- 2023

Иш И. К. Анунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын терапевттик стоматология кафедрасында аткарылды.

Илимий консультант:

Куттубаева Клара Бейшеновна

медицина илимдеринин доктору, профессор,
И. К. Акунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиянын терапевттик
стоматология кафедрасынын башчысы

Расмий оппоненттер:

Чолокова Гульнар Сатаркуловна

медицина илимдеринин доктору, профессор,
И. К. Акунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясынын балдар
стоматология кафедрасынын профессору

Замураева Алма Уахитовна

медицина илимдеринин доктору, профессор,
Астана медициналык университетинин
ортопедиялык жана балдар стоматологиясынын
профессору

Григорьев Сергей Сергеевич

медицина илимдеринин доктору, профессор,
Урал мамлекеттик медициналык университетинин
терапевтикалык стоматологиясы жана
пропедевтикалык стоматологиясынын оорулары
кафедрасынын башчысы


Жетектөөчү уюм: Россиянын Саламаттык сактоо министрлигинин стоматология жана жаак-бет хирургиясынын борбордук илимий-изилдөө институту, терапиялык стоматология бөлүмү (119021, Россия Федерациясы, Москва, Тимур Фрунзе көч., 16).

Диссертацияны коргоо 2024-жылдын 09-январында саат 13.00до медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Акунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетине караштуу Д 14.22.645 диссертациялык кеңештин отурумунда өткөрүлөт. Дареги: 720020, Бишкек ш., Акунбаев көч., 92, конференц-зал. Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференциянын сылкасы <https://vc1.vak.kg/b/142-1m6-ncc-pik>

Диссертация менен И. К. Акунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Акунбаев көч., 92), жана Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин (720000, Бишкек шаары, Киев көч., 44) китепканаларынан жана <https://vak.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2023-жылдын 08-декабрында таратылды.

**Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы,
медицина илиминин кандидаты, доцент**

 **П. Д. Абасканова**

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Акыркы жылдары, бир катар изилдөөчүлөр, чакалайды изилдөөдө, териде пайда болгондо, папула көтөрүлбөйт деп эсептеп, чакалайдын классификациясына өтүштү, бирок бул олуттуу фундаменталдуу мааниге ээ эмес, айрыкча ооз көңдөйүндө локализацияланган учурда. Ооздун былжыр челинин жалпак чакалай оорусу, олуттуу жумуш көлөмүнө карабастан, азыркы стоматологияда актуалдуу көйгөй бойдон калууда. Биринчиден, бул оорунун оор клиникалык формаларынын болушуна, агымынын торпиддүүлүгүнө, көрүнүштөрдүн полиморфизмине, диагностиканын татаалдыгына, дарылоонун төмөн натыйжалуулугуна жана тез-тез кайталануусуна байланыштуу [Е. В. Боровский, А. Л. Машкиллейсон, 1984; А. В. Шумский, Л. П. Трунина, 2004; С. Е. McCreary, В. Е. McCartan, 2001]. Ошол эле учурда эмгекке жарамдуулукту жоготууга алып келген тез-тез рецидивдер көйгөйдү бир катар социалдык көйгөйлөрдүн катарына коет. Көптөгөн изилдөөчүлөр оорунун жогорку өсүшүн белгилешет, ал ооздун былжыр челинин бардык патологиясынын 30% дан 75% ке чейин жетет [Д. С. Силин, А. И. Конопля, Д. С. Тишков, 2012; К. Ю. Федотова, О. В. Жукова, Л. С. Круглова, Р. И. Пташинский, 2014; Ю. А. Македонова, 2018]. Анын үстүнө бул оору 40 жаштан ашкан аялдарда көбүрөөк кездешет, бирок акыркы жылдары чакалайдын “жашаруусу” тенденциясы байкалган [А. В. Шумский, Л. П. Трунина, 2004; М. К. Искакова, 2007; Р. Ү. Basak, 2000]. Оорунун этиологиясынын жана патогенезинин белгисиздиги диагностика жана дарылоо жагынан көптөгөн талаштуу жана чечилбеген маселелерди жаратат. Айрыкча ооздун былжыр челинин обочолонгон жаралары менен жалпак чакалайдын диагностикасын аныктап табуу өтө кыйын [Н. Г. Баранник, 1995; И. В. Безрукова, 1997; J. Katz, J. Goultschin, R. Benolie, I. Rotstein et al., 1988]. Бул мүнөздүү типтүү папулёздуу элементтер көбүнчө экссудативдик-гиперемиялык жана эрозиялык-жаралуу формаларда байкалбайт. Бирок оорунун клиникалык көрүнүштөрүн өнүктүрүү менен да, бейтаптар, эреже катары, медициналык жардамга кайрылышпайт жана өзүн-өзү дарылоо (сода же туздуу эритмеси менен чайкоо, ар кандай чөптөр, ж.б.) менен алектене башташат. Ушуга байланыштуу кеч дарылоо көйгөйү келип чыгат, ал татаалдашуу менен коштолот: тез-тез рецидивдер, патологиялык процесстин зыяндуулугу, стресске тенденция, раккофобия, организмдин жалпы абалынын бузулушу. Бирок, бейтаптар өз убагында медициналык жардамга кайрылганда да, оору көп учурда аныкталбаган бойдон калууда, ал эми белгиленген дарылоо курсу узак жана натыйжасыз.

Ооздун былжырлуу челинин жалпак чакалай оорусун диагностикалоо жана сапаттуу дарылоо актуалдуу маселе жана өтө татаал дисциплиналар аралык милдет, аны чечүүгө стоматолог менен бирге башка адистиктеги

дарыгерлер: дерматолог, эндокринолог, невропатолог жана башкалар катышышы керек. Бул патологияны дарылоонун өзгөчөлүгү - дары-дармектерди узак мөөнөттүү колдонуу жана аллергиялык реакциялардын жана организмден башка терс таасирлердин пайда болуу коркунучу, бул жергиликтүү дары-дармек менен дарылоонун мүмкүнчүлүктөрүн чектейт. Ошол эле учурда, бир гана жергиликтүү терапия көпчүлүк учурларда канааттандыруу натыйжа бербейт. Ооздун былжыр челиндеги чакалайдын патогенетикалык терапиясы бир катар өзгөчөлүктөргө негизделиши керек: соматикалык патологиянын болушу, оорунун клиникалык жүрүшү, патологиялык процесстин узактыгы, организмдин жалпы абалы, анын ичинде психозмоционалдык абалын тактоо керек [Е. В. Боровский, А. Л. Машкиллейсон, 1984; B. G. C. Hampf, V. J. Malmstrom, V. A. Aalberg, J. A. Hannula, J. Vikkula, 1987]. Бирок, ички дары-дармектерди колдонуу көбүнчө жалпак чакалай менен ооруган бейтаптарда оор коштолгон патологиянын болушуна, ошондой эле аларды колдонуу менен байланышкан олуттуу терс реакциялардын пайда болушуна байланыштуу чектелет. Жалпак чакалайды дарылоодо колдонулган дарылардын көбү симптоматикалык болуп саналат.

Жогоруда айтылгандарга байланыштуу жалпак чакалайлар менен ооругандарды өз убагында диагностикалоо жана комплекстүү дарылоо, оорунун өнүгүшүндөгү айрым факторлорду эске алуу жана рецидивге каршы дарылоо курсун иштеп чыгуу зарыл. Бул изилдөөлөр практикалык саламаттыкты сактоо үчүн актуалдуу жана келечектүү болуп саналат жана бул изилдөөнүн максатын аныктайт, диагностикалык жана дарылоо ыкмаларын өркүндөтүү үчүн андан ары изилдөөнү талап кылат.

Изилдөөнүн максаты. Ооздун былжыр челинин жалпак чакалай оорусу бар бейтаптарды диагностикалоо жана дарылоо ыкмаларын оптималдаштыруу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Ооздун былжыр челинин жалпак чакалайларын локалдык дарылоо үчүн метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышкан гиалурон кислотасы бар полимер пленкасын иштеп чыгуу жана клиникага чейинки изилдөөлөрдү жүргүзүү.

2. Ооздун былжыр челинин жалпак чакалайларынын оорусунун структурасын статистикалык документтерге жана жолдомо көрсөткүчтөрүнө ылайык изилдөө.

3. Ооздун былжыр челинин жалпак чакалайларынын өнүгүшүнө жана жүрүшүнө коркунучтун экзогендик жана эндогендик факторлорунун таасирин аныктоо жана баалоо.

4. Ооздун былжыр челинин жалпак чакалайы менен ооруган бейтаптардын стоматологиялык абалын комплекстүү баалоо жана алардын стоматологиялык жардамдын ар кандай түрлөрүнө болгон муктаждыгын баалоо.

5. Комплекстүү этиопатогенетикалык дарылоого чейинки жана андан кийинки "Стресс-симптом" тестин колдонуу менен ооздун былжыр челинин жалпак чакалайлары менен ооругандардын психоэмоционалдык абалын изилдөө.

6. Комплекстүү этиопатогенетикалык дарылоого чейин жана андан кийин ооздун былжыр челинин жалпак чакалай оорусу бар пациенттерде эпителий клеткаларынын дифференциациясынын индекси боюнча цитологиялык көрсөткүчтөрдүн динамикасын изилдөө.

7. Ооздун былжыр челинин жалпак чакалай оорусу менен ооруган бейтаптарды локалдык терапияда гиалурон кислотасы менен полимердик пленканы колдонуу менен комплекстүү этиопатогенетикалык дарылоонун натыйжалуулугун баалоо.

8. Ооздун былжыр челинин жалпак чакалайларын дарылоо боюнча практикалык сунуштарды иштеп чыгуу.

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы:

1. Ооздун былжыр челинин патологиясынын башка нозологиялык формаларынын арасында референттик көрсөткүчтөр боюнча (33,3%) ооздун былжыр челинин жалпак чакалайларынын жогорку таралышы аныкталган. Эң көп диагноз коюлган эрозиялык-жаралуу (46,7%) жана типтүү формалары (31,7%). Экссудациялык-гиперемиялык жана гиперкератоздук формалар тиешелүүлүгүнө жараша 13,3 жана 8,3% учурларда аныкталган. Архивдик материалга ылайык, ЖЧнын таралышы КазНИКВИ стационардык дарыланууга кабыл алынган бардык пациенттердин жалпы санынын 5,7% түзгөн.

2. «Стресс-симптом» тестинин негизинде оорунун өнүгүшүнүн фактору болуп саналган психоэмоционалдык абалдын бузулушу аныкталып, оорунун себептери жана аны күчөтүүчү (провокациялоочу) факторлорду эске алуу менен диагностикалык алгоритм иштелип чыккан. Фотоактивациялоо методунун негизинде ооздун былжыр челинин жабыркоосунун чыныгы чеги аныкталат, бул ооздун былжыр челиндеги патологиялык процесстин масштабын аныктоого мүмкүндүк берет жана дарылоонун натыйжалуулугунун критерийи катары колдонулушу мүмкүн.

3. Психодиагностикалык жана цитологиялык изилдөө методдорунун маалыматтары изилденүүчү популяцияда чакалайдын өнүгүү механизмдеги жеке байланыштарды аныктоого мүмкүндүк берди.

4. ЖЧ менен ооруган бейтаптарды комплекстүү патогенетикалык дарылоо методу локалдык терапияда метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасы бар полимер пленканы колдонуу менен жакшыртылды.

5. Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасы бар полимердик пленканы колдонуу менен жалпак чакалай менен ооруган бейтаптарды дарылоонун натыйжалуулугун баалоо негизделген.

Алынган натыйжалардын практикалык мааниси:

1. Жалпак чакалай оорусу бар бейтапты комплекстүү текшерүү үчүн патологиялык элементтин локализациясын көрсөтүү үчүн ооз көңдөйүнүн тиркелген схемасы менен иштелип чыккан карта колдонулган.

2. Иштелип чыккан диагностикалык алгоритм ЖЧнын өнүгүшүндө себепчи жана күчөтүүчү (провокациялоочу) факторлордун ролун аныктоого мүмкүндүк берет. Оорунун өнүгүшүнө шарт түзгөн абалды баалоо үчүн дарылоодо жана рецидивге каршы дарылоодо прогностикалык мааниге ээ болгон "Стресс Симптому" психодиагностикалык тести колдонулган. Модификацияланган фотоактивация ыкмасы патологиялык фокустун чыныгы чегин белгилейт, патологиялык процесстин масштабын аныктайт жана дарылоонун натыйжалуулугунун критерийи катары кызмат кылат.

3. Жергиликтүү терапияда метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасы бар полимердик пленканы колдонуу менен жалпак чакалай менен ооругандарды комплекстүү патогенетикалык дарылоонун алгоритми сунушталган.

4. Жалпак чакалай оорусу бар бейтаптарды дарылоонун натыйжалуулугунун критерийлери аныкталган.

5. Полимердик гиалурон кислотасын метронидазол жана хлоргексидин менен айкалыштыруу менен ЖЧ диагностикалоонун жана дарылоонун сунуш кылынган методдору Алматыдагы стоматологиялык клиникалардын жана стоматологиялык клиникалардын иштерине киргизилди. Изилдөөнүн натыйжалары Казак-Орус Медицина Университетинин окуу процессинде колдонулат, ошондой эле Бишкек шаарындагы №3 жана №5 шаардык стоматологиялык клиникаларында (2023-жылдын 23-апрелиндеги ишке ашыруу сертификаттары) ишке ашырылууда.

Коргоо үчүн берилген диссертациянын негизги жоболору:

1. Өзүбүздүн изилдөөлөрүбүздүн натыйжалары жана клиникалык жана статистикалык талдоолордун маалыматтары боюнча ЖЧнын жогорку таралышы оорунун өнөкөткө айланып кетишине, тез-тез кайталанышына жана мүмкүн болгон кыйынчылыктарга (андан да оор клиникалык формаларыны өтүүсү, малигнизация) алып келүүчү диагностиканын жана дарылоонун жеткилең эместиги менен шартталган.

2. Иштелип чыккан диагностикалык алгоритм тобокелдик факторлорун жана стресс факторлорун аныктоону эске алуу менен бул ооруну диагностикалоо, дарылоонун эффективдүүлүгүн жана рецидивге каршы курсту өткөрүү мүмкүнчүлүгүн жогорулатат. Фотоактивация ыкмасы визуалдык текшерүү учурунда көрүнбөгөн патологиялык процесстин чектерин жана аянтын аныктоого жардам берет, бул дарылоонун натыйжалуулугунун критерийи катары колдонулат.

3. ЖЧнын өнүгүүсүнүн негизги факторлору болуп психоэмоционалдык бузулуулар, организмдин туруктуулугунун төмөндөшү, былжыр челдин экзогендик

жана эндогендик факторлорго сезгичтигинин жогорулашы (позитивдүү Кобнер феномени, Гриншпан синдрому) саналат. Цитологиялык изилдөөлөрдүн негизинде ооздун былжыр челинин эпителийинин пролиферация процессинин күчөшү аныкталган.

4. Ар кандай формалардын көрүнүшүнүн өзгөчөлүктөрүн, психоэмоционалдык абалды жана өнүгүү механизмдерин эске алуу менен ЖЧ менен ооруган бейтаптарды комплекстүү дарылоо салттуу дарылоого салыштырмалуу гиалурон кислотасы менен полимердик пленканы метронидазол жана хлоргексидин менен айкалыштыруу менен натыйжалуураак болуп чыкты. Татаал патогенетикалык дарылоонун клиникалык эффективдүүлүгү ЖЧнын ар кандай клиникалык формаларына дифференцияланган мамилени эске алуу менен сезгенүү көрүнүштөрүн жеңилдетүү, жабыркоо элементтеринин эпителизациясынын убактысын кыскартуу, жалпы абалды жакшыртуу жана психоэмоционалдык стресстен арылтуу менен көрсөтүлөт. Иштелип чыккан рецидивге каршы дарылоо курсу ремиссиянын мөөнөтүн узартууга, психоэмоционалдык абалын жакшыртууга жана коштолгон патологиялардын күчөшүнүн санын азайтууга жардам берет.

Талапкердин жеке салымы илимий изилдөө планын, анын максаттарын жана милдеттерин иштеп чыгуу, диссертациялык иштин негизги этаптарын аткаруу, өз изилдөөлөрүнүн маалыматтарын жалпылоо жана чечмелөө, макала жазуу жана диссертациялык ишти жыйынтыктоо болуп саналат.

Диссертациянын жыйынтыктарын апробациялоо. Изилдөөнүн негизги натыйжалары жөнүндө маалымат берилди: Өзбекстандын стоматологдорунун I, II съездери (Өзбекстан, Ташкент, 2018, 2019); «Евродент» ЖШС медициналык конференциясында (Алматы, 2018-жыл); V Улуттук украин стоматологиялык конгрессинде (Украина, Киев, 2019); профессор Д.Кыяшевдин жаркын элесине арналган “Фармациянын жана стоматологиянын артыкчылыктары: теориядан практикага” аттуу IX Эл аралык илимий-практикалык конференцияда талкууланды. Ал конференция “С.Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук медицина университетинин 90 жылдыгынын” алкагында өткөрүлдү. (Казакстан, Алматы, 27-ноябрь, 2020-жыл); Казакстан Республикасынын стоматологдорунун I Эл аралык конгресси (Актөбө, 2022-ж.); КРМУнун Терапиялык жана педиатриялык стоматология кафедрасынын отурумдары (Алматы, 2019, 2020, 2021, 2022); Стоматолог окумуштуу С.Э.Кубаевдин элесине арналган “Заманбап стоматологиянын жана жаак-бет хирургиясынын инновациялык мамилеси жана келечеги” аттуу эл аралык илимий-практикалык конференция. (Өзбекстан, Самарканд, 2022); Стоматология факультетинин 60 жылдыгына жана Кыргыз Республикасынын Стоматология Ассоциациясынын Президенти С. Б. Орозобековдун жаркын элесине арналган «Кыргызстандын стоматологиясы-2022» XV Эл аралык конгресси (Кыргызстан, Бишкек, 2022-ж.); V Инновациялык Санкт-

Петербург медициналык форуму (Россия, Санкт-Петербург, 2022-жылдын 18–21-майы); Казакстан Республикасында биологиялык коопсуздук чөйрөсүндөгү билим берүүнү, илимди жана практиканы координациялоого жана билим берүү, илимий-изилдөө жана практикалык маселелердин коммуникацияларына арналган «Фармация жана стоматологиянын артыкчылыктары: теориядан практикага» XI Эл аралык практикалык конференциясында фармацевтика жана стоматология өнөр жайы» (Казакстан, Алматы, 4-ноябрь, 2022-жыл); КРМУнун терапевттик жана балдар стоматологиясы, хирургиялык жана ортопедиялык стоматология, «Жаак-бет хирургиясы» кафедраларынын биргелешкен жыйынында (Казакстан, Алматы, 2022-ж.); И.К. Акунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын стоматология факультетинин кафедраларынын кошмо жыйыны (Кыргызстан, Бишкек, 2023-жыл, январь); Эл аралык илимий-практикалык конференция “Стоматологияда жана жаак-бет хирургиясында билимге, илимге жана клиникалык практикага заманбап мамиле” (Өзбекстан, Самарканд, 14-15-апрель, 2023-ж.).

Диссертациянын толук чагылдырылышы басылмаларда.

Диссертациялык изилдөөнүн темасы боюнча 15 илимий макала жарыяланган, анын ичинен 4 макала Scopus тарабынан индекстелген мезгилдүү илимий басылмаларда; 6 – Казакстан Республикасынын Билим берүү жана илим министрлигинин Билим берүү жана илим чөйрөсүндөгү контролдоо комитети жана Кыргыз Республикасынын Билим берүү жана илим министрлиги тарабынан сунушталган басылмаларда жарыяланган; 3 макаласы - Россиянын илимий цитаталар индекси боюнча индекстелген мезгилдүү илимий басылмаларда жарыяланган. Алынган: патент №97425 «Медициналык жана биологиялык буюмдарга антибактериалдык жабууларды көп катмарлуу чогултуу ыкмасы менен колдонуу ыкмасы» (Казакстан, Астана, 02.07. 2015-жыл); № 101575 «Гиалурон кислотасы бар полимердик композициялардын негизиндеги стоматологиялык пленка» патенти, Казакстан, Астана, 02.07.2017); № 7506 пайдалуу моделге патент (Казакстан, Астана, 14.10. 2022-жыл); № 26339 "Эрозиялуу жана жаралуу жараларды дарылоо үчүн мунай плиталары" ойлоп табууга автордук күбөлүк (Казакстан, Астана, 20-май 2022-ж.); Студенттер жана практиктер үчүн 1 окуу китеби жарык көрдү.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү. Диссертация кириш сөздөн жана 5 бөлүмдөн турат: адабияттарга баядама, методология жана изилдөө ыкмалары жана 3 бөлүм өздүк изилдөөнүн жыйынтыгы, корутунду, практикалык сунуштар, колдонулган булактардын жана колдонмолордун тизмеси. Иш 240 беттен турат, 80 чийме (анын ичинде фото, схема, диаграмма) чийилип, 20 таблица менен иллюстрацияланган. Библиографиялык көрсөткүч орус тилдүү жана чет элдик авторлордун 312 булактарын, анын ичинде өтүнмө ээсинин жеке басылмаларын камтыйт.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Диссертацияга киришүү изилдөө темасынын актуалдуулугун жана анын зарылдыгын негиздейт, максатын, милдеттерин көрсөтөт, илимий жаңылыкты, алынган натыйжалардын практикалык маанисин жана коргоого берилген диссертациянын негизги жоболорун баяндайт.

1-бап. «Адабияттарга сереп» адабий маалыматтардын анализин жана синтезин сунуштайт, бул психологиялык жана цитологиялык изилдөө ыкмаларын колдонуу менен чакалайдын өнүгүүсүнүн баштапкы механизмдерин издөө жана организмдин спецификалык эмес реактивдүүлүгүн камсыз кылуучу факторлорду изилдөө актуалдуу бойдон калууда. Мындан тышкары, бул ооруну дарылоодо орун алган көйгөйлөр чакалайдын патогенетикалык терапиясына комплекстүү мамилени иштеп чыгууну талап кылат, анын ичинде төмөнкү бөлүмчөлөр: 1.1 Жалпак чакалайдын таралышы, этиологиясы, патогенези жана жалпак чакалайды дарылоонун заманбап диагностикалык ыкмалары жөнүндө эпидемиологиялык маалыматтар; 1.2. Ооздун былжыр челинин ооруларынын патогенезинде гиалурон кислотасынын ролу; 1.3. Жалпак чакалайды диагностикалонун жана дарылоонун заманбап ыкмалары.

2-бап. «Методология жана изилдөө ыкмалары»

Изилдөөнүн объекттери болуп 29 жаштан 60 жашка чейинки жана андан жогорку жаштагы ооздун былжыр челинин э жалпак чакалай оорусунун ар кандай клиникалык формалары менен ооруган бейтаптар алынды, алардын 13ү эркектер жана 47си аялдар болгон.

Изилдөөнүн предмети: ооздун былжыр челинин жалпак чакалайлар оорусунун диагностикасынын өзгөчөлүктөрү, курстары жана патогенетикалык терапиясы.

2.1 Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизинде полимердик пленканы түзүүнүн фармацевтикалык аспекти. Стоматологияда Хлоргексидинди жана метронидазолду медициналык практикада практикалык колдонуунун натыйжаларына ылайык, метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышкан ГК негизиндеги полимер пленкасынын активдүү фармацевтикалык заттарынын рационалдуу курамы жана сандык курамы иштелип чыккан. Пленка алуу процесси төмөнкү технологиялык этаптардан турат: ингредиенттерди даярдоо, концентратты даярдоо, пленкалык негизди даярдоо, натрий гиалуронат 3% түрүндөгү ГК эритмесин даярдоо, целлюлозаны даярдоо, матрицаны алуу, пленканы алуу, кесүү жана штамптоо, таңгактоо, маркировкалоо жана таңгактарда таңгактоо, кутуларга (гофрленген идиштерге) таңгактоо.

2.2 Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын коопсуздугун жана эффективдүүлүгүн негиздөө үчүн эксперименталдык методдор. Курч уулуулугун изилдөө салмагы 180-220 г болгон 6 ак түстөгү эркек келемиштерге жүргүзүлгөн. Полимердик пленка жакшы адгезияга ээ жана былжыр челге оңой бекитилет. Жаныбарларды байкоонун жалпы узактыгы 14 күндү түздү, ал эми берилгенден кийинки биринчи күнү жаныбарлар үзгүлтүксүз байкоодо болушту. Төмөнкүлөр үзгүлтүксүз катталып турат: жаныбарлардын жалпы абалы, жүрүм-турумунун өзгөчөлүктөрү, кыймыл аракетинин интенсивдүүлүгү жана мүнөзү, кыймылдардын координациясы, скелет булчуңдарынын тонусу, тактиль, оору, үн жана жарык дүүлүктүрүүчүлөргө реакциясы; дем алуу кыймылдарынын жыштыгы жана тереңдиги, жүрөктүн кагышы, жүнүнүн жана теринин абалы, былжыр челдин түсү, каректин өлчөмү, куйруктун абалы, тамак-аш жана сууну колдонуу, дене салмагынын өзгөрүшү. 14-күнү эксперименталдык жаныбарларды колдонуу менен иштерди жүргүзүү эрежелерине ылайык эфирдик наркоздун астында жаныбарлардын башын кесүү жолу менен өлтүрүлүп, ички органдардын ткандары гистологиялык изилдөөгө алынган (2.1-сүрөт).



2.1-сүрөт - Курч уулуулугун аныктоо үчүн ички органдардын үлгүлөрүн алуу.

Ар бир кыртыш үлгүсү топтун жана жаныбарлардын номери менен маркировкаланган жана 10% нейтралдуу формальдегидде бекитилген.

2.2.1 Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын курч уулуулугун изилдөө. Эксперименталдык жаныбарларга байкоо жүргүзүүдө эч кандай

мыйзам бузуулар аныкталган эмес. Кадимки жүрүм-турум реакциясы, кыймыл аракетинин мүнөзү жана кыймылдарды координациялоо курчуулануунун жоктугунун далили болду. Тактиль, оору, үн жана жарык стимулдарына реакциясы адекваттуу болгон. Дем алуу кыймылдарынын тереңдиги жана жүрөктүн кагышы нормадан эч кандай четтөө жок.

2.2.2 Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын аллергендик таасирин аныктоо. Аллергендик таасирди изилдөө үчүн 6 деңиз чочкосу колдонулган. 2.2-сүрөттө көрсөтүлгөндөй, эксперименталдык жаныбарлардын (эркектердин жана ургаачылардын) дене терисинин кесилген жерине 3 тамчы сыналуучу заттын эритмеси колдонулат.



2.2-сүрөт – Аллергендик таасирди аныктоо ыкмасы.

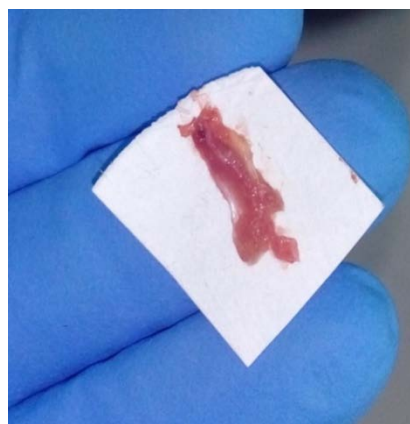
Изилденген эритме 2 жума бою кесилген жерине сүйкөлүп, күнүнө бир жолу колдонулат. 14-күнү негизги компоненттердин эки эселенген концентрациясы менен эритме колдонулган. Тери реакциясы күн сайын тери тестинин рейтинг шкаласын колдонуу менен бааланган.

2.2.3 Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын өзгөчө фармакологиялык активдүүлүгүн изилдөө. Өзгөчө фармакологиялык активдүүлүктү аныктоо үчүн жаныбарлардын 2 тобу аныкталган: 1-топ (контролдоо) - ак келемиштер (саламат былжыр чел); 2-топ (эксперименталдык) - дарылоо стадиясында былжыр челинин сезгениши бар ак келемиштер. Бардык жаныбарлар 14 күн бою таңдайына полимер пленкаларын күн сайын фиксациялоодон өткөрүштү (2.3-сүрөт).



2.3-сүрөт – Полимердик пленканын лабораториялык жаныбарга адгезиясы.

Натыйжалуулугун баалоо үчүн 3, 7, 10 жана 14-күндө ар бир топтогу жаныбарлар эфирдик наркоз астында башын кесүү жолу менен союлган жана былжыр челдин гистологиялык материалы патоморфологиялык изилдөөлөр үчүн алынган (2.4-сүрөт).



2.4-сүрөт – Лабораториялык жаныбардын ткандарын чогултуу.

Изилдөөнүн объектиси болуп – спецификалык эмес сезгенүү клеткалары (нейтрофилдер, моноциттер, лимфоциттер) саналат. Изилдөө үчүн алынган ткандардын көлөмү 0,5 гдан 1 г га чейин. Биопсия материалы 10% нейтралдуу формалин менен өзүнчө маркаланган идишке салынган.

2.2.4 Гистологиялык изилдөө ыкмалары. Морфологиялык изилдөө үчүн ар бир кыртыш үлгүсү топтун жана жаныбарлардын номери менен маркировкаланган жана 10% нейтралдуу формалин эритмесинде бекитилген. Ткань блоктору парафинге салынып, микротомдун жардамы менен кесилиштер даярдалып, Майер жана Ван Гисон методу боюнча гематоксилин-эозин менен боёлгон. Изилдөөчү препараттарды изилдөө жана микрофотография видео тиркеме жана Biovisionversion 5 видео сүрөттөрүн иштетүү программасы менен LEICA микроскобу астында жүргүзүлдү.

2.3 Бейтаптарды текшерүүнүн клиникалык ыкмалары. Клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөрдү, ошондой эле дарылоонун маалыматтарын каттоо үчүн ДСУнун сунуштарын эске алуу менен «Ооз көңдөйүнүн былжыр чел оорусу менен патологиясы бар пациентти текшерүүнүн жана дарылоонун схемасы» атайын медициналык китепчеси иштелип чыккан (5-тиркеме), анда оорунун саны, оорунун тарыхы, пациенттин паспорттук маалыматтары (курагы, кесиби, экологиялык жана социалдык жашоо шарттары) көрсөтүлгөн. Сурамжылоо учурунда, даттануулар мүмкүн болушунча толук берилгендиги маанилүү жагдай болду. Пациенттин бейтаптары ар түрдүү болгондуктан, алардын көбү айкын канцерофобиядан жапа чеккен (аларда рак патологиясы бар деп эсептелген), ал эми башка бейтаптар депрессиялык абалда болгон, андыктан сурамжылоо активдүү формада жүргүзүлгөн. Мында оорулуунун психоэмоционалдык абалын эске алуу менен медициналык деонтологиянын эрежелери катуу сакталган.

2.3.1 Психоэмоционалдык абалды аныктоо (Р. Фрестер боюнча). "Стресс-симптом" тести оорунун өнүгүшүндө стресс факторун аныктоого жана стресс факторунун оорунун жүрүшүнө тийгизген таасирин аныктоого, жашыруун же ачык канцерофобияны аныктоого мүмкүндүк берди. Тест 15 стресс факторун камтыйт; Оорунун жүрүшүнө стресс факторунун таасири канчалык күчтүү болсо, балл ошончолук жогору болот. Оорунун өнүгүшүнө жана жүрүшүнө стресс факторунун таасирин баалоо үчүн беш баллдык шкала колдонулган.

2.4. Лабораториялык методдор. Грин-Вермиллион боюнча оозеки гигиеналык абалынын индекси, КПУ индекси, Russel пародонтолдук индекси, кандын жалпы анализи, кандагы глюкозанын анализи, цитологиялык жана статистикалык методдор аткарылган.

2.4.1 Манжа изинин цитограммаларын изилдөө. Цитологиялык материал соо ооздун былжырлуу катмары бар адамдардан - контролдоо тобунан (20 адам) жана дарылоого чейин жана андан кийин ооздун былжырлуу катмарынын эрозиялык-жаралуу түрү менен ооруган 28 пациенттен алынган. Даярдыктар 2 этапта боёлгон: 1-этап – эозин-метилен көк май-Грюнвальд боюнча фиксатор-боёк 15 мүнөт. Бул этапта клетканын ядролору боёлот; 2-этап – Романовский боюнча 30 мүнөткө азур-эозин менен боёо.

Манжа изиндеги мазоктордо I, II, III жана IV типтеги эпителий клеткалары, булганган, фаг клеткалары, моноклеардык клеткалар, анын ичинде голонуклеардык клеткалар, нейтрофилдер, ошондой эле дистрофиялык өзгөргөн клеткалар 1000 клеткага эсептелген.

2.4.2. Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасына негизделген полимер пленкасынын микробго каршы активдүүлүгү. Метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышкан ГК негизиндеги полимер пленкасынын микробго каршы активдүүлүгүн изилдөө үчүн бир катар шарттарда азык чөйрөсү колдонулган: абанын температурасы 18-23°C,

салыштырмалуу нымдуулук 40-44%.

Полимердик пленкалардын микробго каршы активдүүлүгүн аныктоо алардын микроорганизмдердин өсүшүн токтотуу жөндөмдүүлүгүнө негизделет. Аныктоо белгилүү бир концентрациядагы эритмелерди сыноодо пайда болгон сыноочу микробдордун өсүшүнө бөгөт коюу зоналарынын өлчөмдөрүн салыштыруу жолу менен катуу азык чөйрөсүндө агарга диффузия жолу менен ишке ашырылды. Микробдордун өсүшүн токтотуу зоналары миллиметрдик сызгыч менен өлчөнгөн.

2.5 Эңилчек менен ооругандарды дарылоо алгоритми, дарылоонун натыйжалуулугун баалоо. Кесиптик гигиеналык ыкмаларды колдонуу менен ооз көңдөйүн санитардык тазалоого багытталган жалпы иш-чараларды жүргүзүү, жергиликтүү дүүлүктүрүүчү факторлорду жок кылуу, диетаны кармоо (диетадан ачуу, ысык, кычкыл тамактарды кошпогондо), мүмкүн болсо, жаман адаттардан баш тартуу, жок кылуу сунуш кылынат. окшош эмес металл ортопедиялык конструкциялардын жана бир тектүү материалдарды же металлсыз керамикадан жасалган ортопедиялык конструкцияларды пайдалануу менен рационалдуу протездөө. Зарылчылыкка жараша, оорулуулар дененин туруктуулугун жогорулатуу жана стресстик кырдаалды жоюу үчүн жалпы практикалык дарыгер, гастроэнтеролог, эндокринолог жана башка адистер тарабынан байкоого алынган. Жалпы дарылоо субъективдүү жана объективдүү маалыматтардын негизинде жөнгө салынды. Жергиликтүү терапия: сезгенүүгө каршы, антисептикалык, жараатты айыктыруучу жана антибактериалдык таасирге ээ хлоргексидин жана метронидазол менен гиалурон кислотасы менен полимердик пленканы колдонуу.

2.6. Статистикалык изилдөө методдору. Санариптик материалды иштетүүдө төмөнкү көрсөткүчтөр колдонулган: сапаттык мүнөздөмөлөр жана сандык мүнөздөмөлөр. Изилденген көрсөткүчтөрдөгү аныкталган айырмачылыктардын ишенимдүүлүгү көз карандысыз үлгүлөр үчүн Манна-Уитни тестинин жардамы менен бааланган. Бул критерий тандалып алынган, анткени ал бизге кичинекей үлгүлөр боюнча жыштык бөлүштүрүүнү салыштырууга мүмкүндүк берет, алар кадимкидей бөлүштүрүлгөнбү же жокпу аныктайт. Алынган маалыматтар $p < 0,05$ боюнча ишенимдүү деп эсептелген. Бардык пациенттердин маалыматтары Excel таблицасына киргизилди; MS Excel 2016 жана SPSS программасы бардык статистикалык маалыматтарды эсептөө үчүн колдонулган.

3-бап «Клиникага чейинки изилдөөлөрдүн өздүк жыйынтыктары». **3.1 Полимердик пленканын компоненттери жана таасир этүү механизми. Сактоо шарттары жана мөөнөттөрү.** Изилдөөлөрдүн жыйынтыгында метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышкан гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын рационалдуу курамы иштелип чыкты.

Метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышкан гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын рационалдуу курамы 3.1.1-таблицада келтирилген, анда лабораториялык шарттарда продукциянын 100 г

өндүрүү үчүн өндүрүш рецепти сүрөттөлгөн. Колдонулуучу (активдүү жана көмөкчү) фармацевтикалык заттардын сапатына талаптар жана алардын функционалдык максаттары аныкталган.

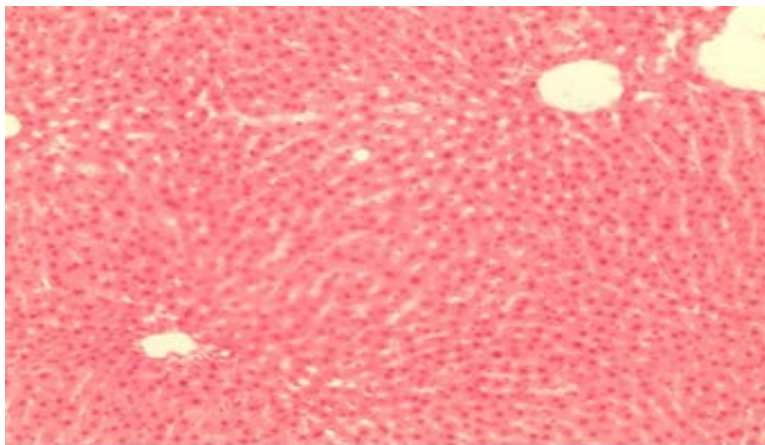
3.1.1-таблица – 100 г продукцияга өндүрүш формуласы

Ингредиенттин аты	Саны, г	Саны, сериясы/кг 1000 даана.	НД	Максаты
Хлоргексидин биглюконат эритмеси (20%)	0,25	0,25	ЕФ	Колдонуудагы зат
Метронидазол	1,00	1,00	Казакстан Республикасынын МФ I, 2-том	Колдонуудагы зат
Зизифора Бунге эфир майы	0,20	0,20	СП-фирмалар	Корригациялоочу агент жана консервант
Натрий гиалуронаты/гиалурон кислотасы	0,09	0,09	ЕФ	Пластификатор
Нипагин (метилпарагидроксибензоат)	0,10	0,10	Казакстан Республикасынын МФ I, 2-том	Консервант
Нипазол (пропил парагидроксибензоат)	0,03	0,03	Казакстан Республикасынын МФ I, 2-том	Консервант
Твин-80 (полисорбат 80)	1,00	1,00	Казакстан Республикасынын МФ I, 2-том	Эмульгатор
Глицерин	8,00	8,00	Казакстан Республикасынын МФ I, 2-том	Пластификатор
Желатин	6,00	6,00	Казакстан Республикасынын МФ I, 2-том	Пленканын негизи
Тазаланган суу	83,33	83,33	Казакстан Республикасынын МФ I, 2-том	Эриткич
Бардыгы	100,00	100,00		

3.2 Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын курч уулуулугун изилдөөлөрдүн натыйжалары. 14 күн бою байкоо жүргүзүүнүн жүрүшүндө эксперименталдык малдын жалпы абалы бузулган эмес. Жүрүм-туруму кадимки, физикалык активдүүлүктүн интенсивдүүлүгү жана мүнөзү өзгөрбөйт. Титирөө

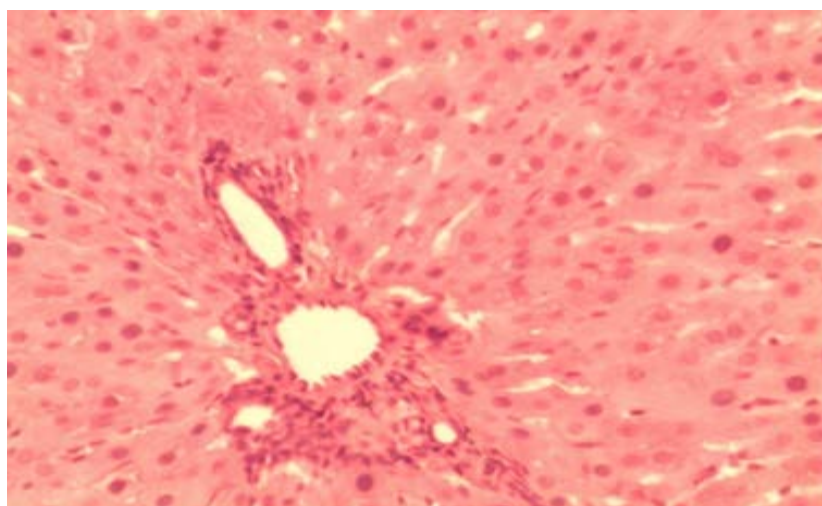
жана конвульсиялар аныкталган эмес, кыймылдардын координациясы бузулган эмес. Тактиль, оору, үн жана жарык дүүлүктүрүүчүлөргө реакциясы адекваттуу. Дем алуу кыймылдарынын тереңдиги жана жүрөктүн кагышы нормадан эч кандай четтөө жок. Жүн катмары жана териси көрүнгөн өзгөрүүсүз, патологиялык элементтери жок. Көздүн былжыр челинин жана конъюнктивасынын түсү ачык кызгылтым, каректин жарыкка реакциясы оң, заңдын саны жана консистенциясы, заара чыгаруунун жыштыгы жана зааранын түсү нормалдуу, дене температурасы өзгөргөн жок, тамак-аш менен сууну керектөө полимер пленкаларын бекитүүдөн мурункудай эле, дене салмагы өзгөргөн жок.

3.3 Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын патоморфологиялык изилдөөлөрүнүн натыйжалары. Жаныбарлардын ички органдарын микроскопиялык изилдөө жолу менен төмөнкү органдардагы курч уулануу жана патоморфологиялык өзгөрүүлөр изилденген. Боору. Боорду микроскопиялык изилдөө микропрепараттарда келемиштердин бооруна мүнөздүү ар кандай компенсациялык-калыбына келтирүүчү жана башка морфологиялык процесстер бузулбаган абалда аныкталган. Порталдык жолго дароо жанаша турган гепатоциттердин катмары акыркы пластинка деп аталат. Боор клеткалары эндотелий клеткалары менен капталган синусоиддер жана жергиликтүү макрофагдардын милдетин аткарган Купфер клеткалары менен бөлүнөт. Борбордук веналар, ошондой эле терминалдык боор венулалары деп аталат, боор бөлүкчөлөрү аркылуу агып жаткан канды чогултуп, аны чоңураак боор веналарына алып барат (3.1-сүрөт).



3.1-сүрөт - Жаныбарлардын контролдук тобу. Боор. Боор кыртышынын гистоархитектурасы сакталган. Кеңейген тешиктери бар үч борбордук веналар, кадимки тинкториялдык касиеттери бар гепатоциттердин жиптери жана жалгыз эритроциттер менен жеке кеңейген синусоиддер көрүнөт. Гематоксилин-эозин. Чоңойтуу x100.

Жаныбарлардын эксперименталдык тобунда «ГКиМХ» полимердик пленкасынын курч уулуулугу аныкталып, ар кандай морфологиялык өзгөрүүлөр аныкталган. Порталдык тракттардын, жылдыз сымал макрофагдардын, гепатоциттердин тамырларынын дубалдарында, боордун перипорталдык жана борбордук зоналарында клеткалык жана кан тамыр элементтеринин функциясы менен байланышкан фокалдык регенеративдик физиологиялык өзгөрүүлөрдүн гистологиялык сүрөтү биротоло ачылган. Боордун кан тамыр системасында классикалык боор бөлүкчөсүнөн кандын кириш, айлануу жана агып чыгуу системасындагы өзгөрүүлөр аныкталган эмес. Дарбазалык тракттардын тамырларынын тешиктеринде жалгыз эритроциттер жана лейкоцит-моноцит тектүү клеткалар бар. Порталдык тракттарда спорадический орточо лимфомоноцитардык периваскулярдык инфильтрация белгиленет. Соңку пластинкасынын перипорталдык гепатоциттеринин патологиялык белгилери жок, цитоплазмасы оксифилдик боёк менен боёлгон, гипертрофияланган (3.2-сүрөт).



3.2-сүрөт – Жаныбарлардын эксперименталдык тобу. Боор. Порталдык тракт. Орточо лимфомоноцитардык периваскулярдык инфильтрация. Патологиянын белгилери жок туюкталган перипорталдык гепатоциттер. Гематоксилин-эозин. Чоңойтуу x 220.

Бөйрөктөр. Чычкандын бөйрөктөрү жылмакай, бир папиллярдуу, буурчак сымал түзүлүштө, кызыл-күрөң түстө. Бөйрөктөрдүн лобуляциясы начар чагылдырылат. Органдын баш сөөгү жана каудалдык четтери бүдөмүк. Бөйрөктүн томпок латералдык жана бир аз ийилип турган медиалдык чекеси байкалып турат. Бөйрөк жыш жипчелүү тутумдаштыргыч ткань жана начар экспрессияланган май кабыкчалары, ошондой эле органдын вентралдык бетинде жаткан сероздук кабыкча менен капталган.

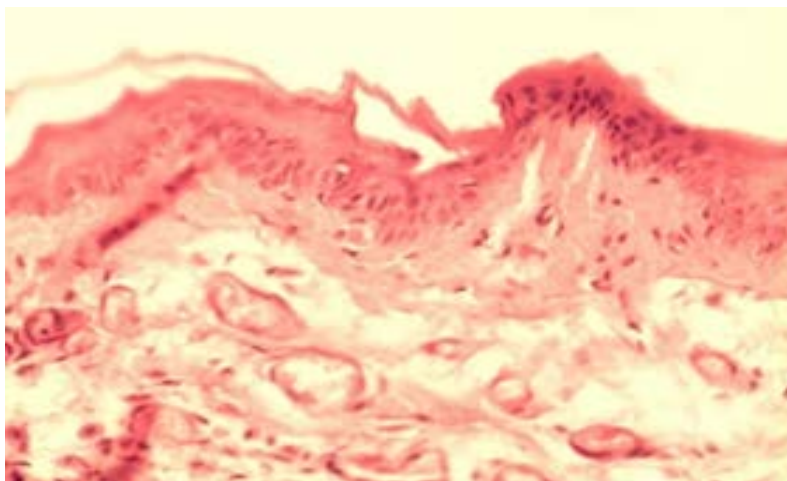
Бул эксперименталдык топтун бөйрөк препараттарынын микроскопиясы нормалдуу юктагломерулярдык түйдөктөрдү аныктайт, кээде мезангиянын туура эмес кеңейүүсү, түйүлдүк капсуланын фокалдык калыңдоосу, гиперклеткалуу мезаниум аймактары жана эндотелийдик пролиферация көрүнүшү байкалат. Ошол эле учурда субкапсулярдык түйдөктөрү өзгөрүүсүз пайда болуп, кадимки түзүлүшүн сактап калат. Сезгенүү жана сезгенүү-деструктивдүү пародонт оорулары, сезгенүү-дистрофиялык процесстер, кан айлануу бузулуулары жана башка патологиялык өзгөрүүлөр боор жана бөйрөк ткандарында эксперименталдык модели бар жаныбарлардын тобунда табылган эмес. Ошентип, тиштин былжыр челине пленка жабышып калганда, текшерилүүчү заттар жаныбардын организмине жалпы уулуу таасирин тийгизген эмес, б.а. иштелип чыккан продукциялар организмге зыянсыз. Бул текшерилип жаткан дары-дармектердин курч уулуулугун изилдөөдө боордо микроскопиялык өзгөрүүлөр байкалганы менен, аларды боор клеткаларынын жана өт жолдорунун, паренхиманын жана боордун бөлүкчөлөрүнүн бузулушунун учурдагы түрлөрүнө, жогорку ыктымалдуулук менен байланыштыруу мүмкүн эмес экенин көрсөтүп турат. Ошондуктан боордун жана бөйрөктүн гистологиялык бузулушунун маркерлери катары квалификацияланышы мүмкүн эмес.

3.4 Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын аллергендик таасирин изилдөөнүн натыйжалары. Аллергендик эффектти изилдөөдө теринин реакциясы күн сайын тери тестинин рейтинг шкаласын колдонуу менен байкалган. Байкоо мезгилинде теринин кыжырдануу белгилери (гиперемия ж.б.) жана шишик байкалган эмес, бул изилденүүчү заттын аллергендик таасиринин жоктугун көрсөткөн.

3.5 Метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышкан гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын өзгөчө фармакологиялык активдүүлүгүн жана жергиликтүү дүүлүктүрүүчү таасирин аныктоонун натыйжалары.

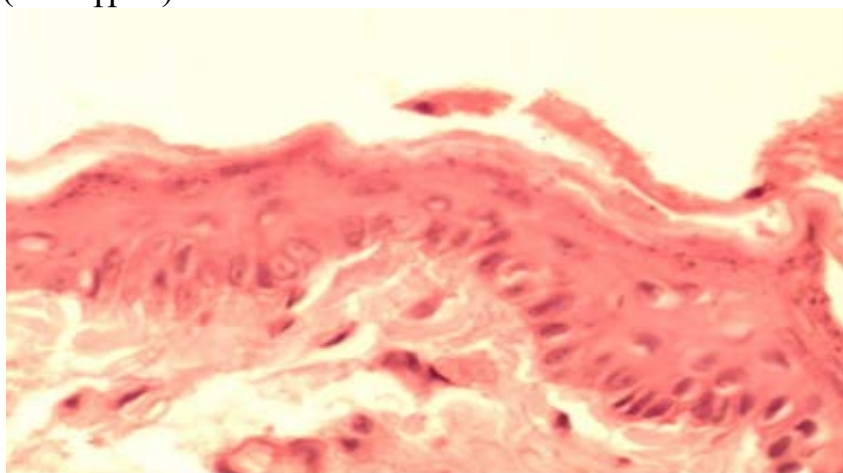
3.5.1 Патоморфологиялык изилдөөлөрдүн жыйынтыгы. Контролдук топтогу ооздун былжыр челинин препараттарын микроскопиялык изилдөө кабыкчанын кадимки гистологиялык түзүлүшүн көрсөттү.

Эксперименталдык изилдөөлөр келемиштердин былжыр челинин морфологиялык сүрөтүнүн өзгөргөнүн көрсөттү: жүлүн катмарынын эпителий клеткалары бири-биринен кыйла алыс жайгашкан. Периваскулярдык мейкиндиктин шишиги байкалган, интерстицийде коллаген талчаларынын дезорганизациясы, кан жана лимфа капиллярларынын эндотелийинин ичкериши, микротамырларда эритроциттердин стазасы байкалган (3.3-сүрөт).



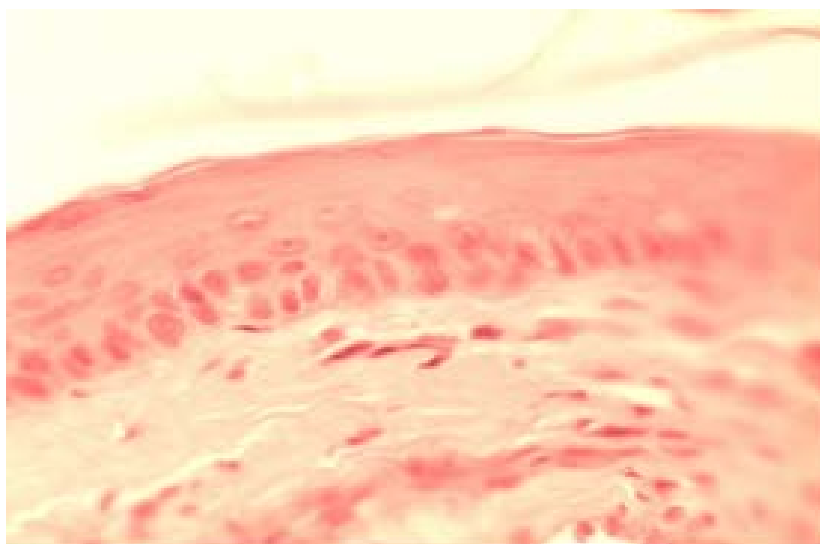
3.3-сүрөт – Жаныбарлардын эксперименталдык тобу. Мүйүздүү катмардын десквамациясы, эпителийдин ортоңку жана базалдык катмарынын бузулушу, ичкериши жана шишип кетиши клеткалык инфильтрация жана ооз көңдөйүнүн эпителийине жеке капиллярлардын өнүп чыгышы менен коштолот. Талчалардын бошоп кетиши менен бириктирүүчү ткандын негизинин катуу шишип, стромадагы кан капиллярларынын очок пролифериясы. Гематоксилин-эозин. Чоңойтуу x 100.

Гистологиялык препараттарда 3-күнү метронидазол жана хлоргексидин менен гиалурон кислотасынын негизиндеги полимердик пленкалар менен дарыланган жаныбарлардын тобунда кан айлануунун оор бузулушу, эпителийдин десквамацияланышы жана көп сандагы сезгенүү инфильтраттары пайда болгон (3.4-сүрөт).



3.4-сүрөт – Жаныбарлардын эксперименталдык тобу. Эксперимент башталгандан 3 күндөн кийин. Кератиндин гранулдар жана бүртүкчөлөр түрүндө диссоциацияланышы, эпителийдин базалдык катмарларынын дегенерациясы жана шишиги, стромадагы жипчелердин бошоп кетиши менен бириктирүүчү ткандын негизинин шишиги менен мүйүздүү катмардын катуу десквамациясы. Гематоксилин-эозин. Чоңойтуу x 100.

Эксперименттин аягында, 14-күнү жаныбарлардын былжыр челинин кыртышын микроскопиялык изилдөөлөр көрсөткөндөй, каптоочу эпителийдин эпителий катмары бүтүндүгүн сактап, толугу менен калыбына келтирилген, патологиялык өзгөрүүлөрдүн белгилери жок, базалдык катмар ири ядролуу клеткалар менен берилген, тамыр тармагы да калыбына келтирилген жана жука капиллярлуу капиллярлар менен берилген (3.5-сүрөт).



3.5-сүрөт – Жаныбарлардын эксперименталдык тобу. Эксперимент башталгандан 14 күндөн кийин. Эпителий катмары толугу менен калыбына келтирилген, патологиялык өзгөрүүлөрдүн белгилери жок, базалдык катмар чоң ядролуу клеткалар менен, ылдыйда жаңыдан пайда болгон жука капиллярлуу капиллярлар менен чагылдырылган. Гематоксилин-эозин. Чоңойтуу x 100.

Ошентип, ооздун былжыр челинин сезгенүү процессинин эксперименталдык модели метронидазол жана хлоргексидин менен гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын жергиликтүү таасири астында ткандардын компоненттеринин өзгөрүшүнүн морфологиялык сүрөтүн динамикалык түрдө көрсөтүүгө мүмкүндүк берди.

Эксперименттин динамикасындагы морфологиялык өзгөрүүлөр компенсациялык жана регенеративдик процесстердин прогрессиясын ырастады, бул эксперименттин аягына (14-күн) жаныбарлардын толук калыбына келишине алып келди.

3.5.2 Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын микробго каршы активдүүлүгүн изилдөө. Микробго каршы активдүүлүк изилденген жана метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышкан гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын эффективдүүлүгү бааланган.

Изилдөөнүн жүрүшүндө полимердик пленкалардын 2 үлгүсү колдонулган (3.1.2-таблица).

3.1.2-таблица - Диффузия ыкмасы боюнча микробго каршы активдүүлүктүн натыйжалары

Изилденген материал	<i>E. coli</i> ATCC25922	<i>S. aureus</i> ATCC29213	<i>Staph. epid.</i>	<i>C. albicans</i>	<i>Str. viridans</i>
1, 2, 3 (Тажрыйба луу топ)	17,3±0,4 мм	16,3±0,08 мм	20±1,2 мм	14±0,5 мм	37,75±0,08 мм
1X, 2X, 3X (Салыштырма тоб)	7,3±0,33 мм	11,3±0,06 мм	12±0,5 мм	0	19,25±0,04 мм

Изилдөөгө *E. coli* ATCC25922, *S. aureus* ATCC29213, *Staph. epid.*, *Str. Viridans* жана *C. albicans* микроорганизмдердин жапайы штаммдары бактерияларынын музей штаммдары кирген.

Метронидазол жана хлоргексидин менен гиалурон кислотасынын негизинде жасалган стоматологиялык пленка үлгүлөрүнүн эксперименталдык тобунда *E. coli*ге каршы ингибациялоо зонасы 17,3 мм, *C. Aureus* - 16,3 мм, *Staph. epid.* - 20 мм, *Str. viridans* 37,75 мм, *C. albicans* 14 мм.

Хлоргексидинге негизделген стоматологиялык пленкалардын салыштыруу тобунда өсүүнү токтотуу зонасы *E. coli* үчүн 7,3 мм, *S. aureus* үчүн 11,3 мм, *Staph. epid.*- 12 мм, *Str. viridans* 19,25 мм, *C. albicans* ингибациялоочу зонасы болгон эмес.

Микробиологиялык изилдөөлөр антибактериалдык компонентти камтыган дарылардын сапатын баалоо үчүн маанилүү жана ажырагыс бөлүгү экенин эске алуу керек. Бул изилдөөлөр гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасынын метронидазол жана хлоргексидин менен айкалыштырууда, аларды даярдоодо, изилдөөдө жана сактоодо бактерияга каршы активдүүлүгүнүн спектрин жана күчүн аныктоого мүмкүндүк берди.

Ошентип, изилденген полимер пленкасы *E. coli* ATCC25922 музейдик штаммына жана *C. Albicans* жапайы штаммына каршы антибактериалдык таасирге ээ болгон. Изилденген музейдик жана бактериялардын жапайы штаммдары боюнча эң эффективдүү (бактериялардын өсүшүнө бөгөт коюунун чоң зонасы менен) метронидазол жана хлоргексидин (негизги топ) менен бирге гиалурон кислотасы бар полимердик композициялардын негизиндеги полимер пленкасы болгон. Изилдеп жаткан пленка аллергиялык же дүүлүктүрүүчү

таасири жок коопсуз жана эффективдүү дары экени аныкталган, бул патоморфологиялык изилдөөлөрдүн жыйынтыгы менен тастыкталган.

Негизги активдүү ингредиенттер - гиалурон кислотасы, метронидазол жана хлоргексидин, полимердик пленканын өзгөчө фармакологиялык активдүүлүгүн камсыз кылат: сезгенүүгө каршы, антисептикалык, жараатты айыктыруучу, антибактериалдык эффект, эпителий клеткаларынын жана былжыр челдин базалдык катмарынын капиллярлардын көбөйүшүнө байланыштуу регенеративдик процесстерди активдештирүү.

Метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышкан гиалурон кислотасынын негизиндеги полимер пленкасын клиникага чейинки изилдөөнүн алынган натыйжалары аны оозеки былжырлуу ооруну комплекстүү дарылоодо колдонуу убадасын көрсөттү жана андан аркы клиникалык изилдөөлөр үчүн негиз болду.

4-бап. Клиникалык изилдөөлөрдүн өз натыйжалары

4.1 Архивдик материалдын жана кайрылуулар боюнча чакалайдын оорусунун структурасын талдоо. Жалпак чакалай оорусунун түзүмүн аныктоо үчүн расмий статистикалык документтердин маалыматтарына жана жүгүртүү жөнүндө маалыматтарга талдоо жүргүзүлгөн. Бул максатта 15 жыл бою Казак тери-венерологиялык илим-изилдөө институтунда ооруканада жаткан оорулуулардын оору тарыхы изилденип, талдоого алынган (форма №056/у), 2002-2016-жылдар аралыгында 13290 архивдик оору тарыхы талдоого алынган. Бул институт чарбалык башкарууга өткөндүктөн, башка жылдардагы медицина тарыхын талдоо мүмкүн болгон эмес.

Генодерматоздор жана тери оорулары бөлүмдөрүндө дарылоо учурунда 142 бейтапка төмөнкү диагноз коюлган: Кызыл жалпак чакалай, анын ичинен 45и эркектер, 89у аялдар жана 8и балдар. Бейтаптардын жаш курагы 5 жаштан 60 жашка чейин жана андан жогору болгон. Ооруга чалдыккандардын эң көп саны 40тан 60 жашка чейинки куракта байкалган, эркектер менен аялдардын катышы 1:3; анда эркектер менен аялдардын катышы 2:1 болгон 31 жаштан 39 жашка чейинки куракта; улуу курактагы топтордо гендердик катыш бирдей болгон. Клиникалык жана статистикалык талдоо көрсөткөндөй, КЖЧ - тез-тез кайталануучу өнөкөт оору болуп саналат, ал эми көбүнчө 40 жаштан 60 жашка чейинки аялдар жабыркайт, б.а. эмгекке жарамдуу курактагы адамдар, ушуга байланыштуу бул оору коомдук мааниге ээ болот. Алматыда чакалайдын таралышы 5,7%ды түздү, бирок бул көрсөткүч келишимдик маалыматтарга салыштырмалуу реалдуу көрсөткүчтөн төмөн.

Клиникалык жана статистикалык талдоо маалыматтарынын негизинде оорунун негизги патогенетикалык фактору стресс жана аны менен коштолгон патологиялар (себептүү жана предрасполоздук факторлор) болгон. Бул «жынысы, жашы, ооруу» проблемасын чечүү жолу менен бул ооруну кароого мүмкүндүк

берди жана оорунун пайда болушуна себепчи жана предраспоздук (провокациялоочу) факторлорду изилдөөнү, ошондой эле диагностика, дарылоо жана реабилитациялоо ыкмаларын өркүндөтүүнү талап кылды. оорулуулардын.

2018-2022-жылдар аралыгында терапиялык жана педиатриялык стоматология кафедрасына консультация алуу үчүн 468 адам кайрылышкан, анын ичинен 127 бейтапка оозеки былжырлуу патологиясы, 60 бейтапка ЖЧ диагнозу коюлган. Бул маалыматтар ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жана, атап айтканда, ЖЧ таасир этүүчү оорулардын жогорку таралышын көрсөтүп турат. Жолдомо боюнча ЖЧ оорусунун деңгээли 40,4%ды түздү, оорунун негизги туу чокусу 50-59 жашта болгон, бирок суралган калктын арасында оорунун “жашаруусу” байкалган, анткени биз байкаган бейтаптар, 17 бейтап (28,3%) 20 жаштан 39 жашка чейинкилер болгон.

4.2 Ооздун былжыр челинин жалпак чакалайлары менен ооругандардын стоматологиялык ден соолугунун деңгээли. Ооздун былжыр челинин ЖЧ менен ооруган жана ооздун былжырлуу челинин жана теринин биргелешкен жабыркашы менен ооруган бейтаптарда стоматологиялык ден соолугунун деңгээлин (СДСД) аныктоо бизге ооз көңдөйүнүн, тиштин, пародонттун гигиеналык абалы жөнүндө маалыматтарды алууга мүмкүндүк берди жана инфекциянын одонтогендик очокторунун болушу, ортопедиялык түзүлүштөрдүн абалы аныкталды. Ооздун былжыр челинде локализациялуу ЖЧнын ар кандай клиникалык формалары менен ооруган бейтаптарда жана ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жана теринин биргелешкен жабыркашы менен ооруган бейтаптарда СДСД аныктоодо, жаракаттардын жана реабилитацияны талап кылган операциялардын кесепеттери, жаак-бет аймагынын сезгенүү оорулары сыяктуу оорулардын топтору бар адамдар болгон эмес.

СДСД изилдөөлөрүнүн маалыматтарынын негизинде, ЖЧ клиникалык формаларына карабастан, ооз көңдөйүнүн эң кеңири таралган оорусу пародонтологиялык патология болгон. Экссудативдик-гиперемиялык жана гиперкератоздук формалары менен ооругандарда пародонт патологиясы бардык пациенттерде (100% учурларда), эрозиялык-жаралуу формасы менен ооругандарда да пародонтологиялык патологиянын (95,8%) жогору болгондугу байкалган; типтүү формасы менен ооругандарда – 68,1%. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жана терисинин биргелешкен жабыркашы менен ЖЧ менен ооруган бейтаптарда пародонттук ткандардын оорусунун жогорку деңгээли аныкталган - 91,9%. Экинчи орунда стоматологиялык патологиянын жыштыгы боюнча кариес жана анын татаалдашы болгон. Типтүү түрү менен ооруган бейтаптарда 75% учурларда, экссудациялык-гиперемиялык жана эрозиялык-жаралуу формалары менен ооругандарда - тиешелүүлүгүнө жараша 70,8% жана 81,2%; гиперкератоздук түрү менен ооругандарда - 68,7% учурларда. Ооздун

былжыр челинин жана теринин биргелешкен жабыркашы менен ЖЧ менен ооруган бейтаптарда тиштин катуу ткандарынын оорусу да бир топ жогору болгон жана 86,5%ды түзгөн. Белгилей кетчү нерсе, ЖЧ менен ооругандардын ооз көндөйүндө гетерогендүү металл конструкцияларынын болушу. Эрозиялуу-жаралуу түрү менен ооруган бейтаптарда (15 пациент же 31,2%) жана ооз көндөйүнүн былжыр челинин жана теринин биргелешкен жабыркоосунда (13 пациент же 35,1%) жогору пайыздык көрсөткүч байкалган. Ооз көндөйүндө гетерогендүү металл конструкцияларынын болушу шартсыз түрдө оорунун өнүгүшүндө патогенетикалык ролду ойногон. Амальгамдык толтуруунун жогорку көрсөткүчү табылган. Тактап айтканда, эрозиялык-жаралуу түрү менен ооругандардын 25% ооздорунда металл пломбалары болгон. Мындан тышкары, оорунун клиникалык формасына карабастан, дээрлик бардык бейтаптар ооздун гигиеналык индексинин жогорку деңгээлине ээ болушкан, бул ооздун гигиенасынын төмөн (начар) абалын көрсөтүп турат. ЖЧнын гиперкератотикалык түрү менен ооруган бейтаптарда (100%) жана былжыр челдин жана теринин биргелешкен жабыркоосунда (78,4%) протездөөгө болгон муктаждыктын жогорку деңгээли белгиленген. КПУ структурасында чакалайдын планы менен ооруган бардык бейтаптарда дарыланбаган кариес жана “жуулган тиштер” көрсөткүчү басымдуулук кылган. Айырма чакалайдын ар кандай клиникалык формалары менен ооругандардын көрсөткүчтөрүн салыштырганда олуттуу болгон. Типтүү түрү менен ооругандардын тобунда дарыланбаган кариес басымдуулук кылган, орточо эсеп менен бир тайпада дарылоого муктаж 4 тиш бар. Экссудациялык-гиперемиялык жана эрозиялык-жаралуу формалары менен ооруган бейтаптарда тазаланбаган кариес жана жуулган тиштердин үлүшү жогору болгон. Ооздун былжыр челинин жана теринин аралаш жабыркашы менен ооругандардын кариес жана анын татаалдануу көрсөткүчү да кыйла жогору болгон - 86,5%. Биздин изилдөөлөр көрсөткөндөй, дээрлик бардык пациенттерде СДСД төмөн, айрыкча ооз көндөйүнүн былжырлуу катмарында эрозиялык-жаралуу жана гиперкератоздук формалар менен локализацияланган ЖЧ менен ооруган бейтаптарда жана ооздун былжырлуу челинин жана теринин биргелешкен жабыркашы менен ооруган бейтаптарда төмөн болгон(ооз гигиенасынын жогорку индекси, кариестин интенсивдүүлүгү жана анын татаалдашы , пародонттук көрсөткүч, санитария жана протездөө муктаждыгы).

4.3 Ооздун былжыр челинин обочолонгон жабыркашы менен жалпак чакалай менен ооруган бейтаптардын клиникалык маалыматтары. Кайрылуулар боюнча “Ооздун былжыр челинин жалпак чакалайы” диагнозу 60 оорулууга коюлду, аларга байкоо жүргүзүү жана дарылоо КРМУнун Терапиялык жана балдар стоматологиясы кафедрасынын базасында жүргүзүлгөн. Оорунун узактыгын изилдөөдө жыл ичинде оорулуулардын

24,2%ы ооруганы аныкталган, анын ичинен оорулуулардын 7,5%ында биринчи жолу жалпак чакалай пайда болгон; Ооругандардын 39,2%ы бир жылдан 5 жылга чейин ооруган; 5 жаштан 10 жашка чейин – бейтаптардын 26,7%; 10 жылдан ашык - бейтаптардын 10%. Мындан тышкары, көпчүлүк бейтаптар клиникага кеч кайрылгандыгы менен мүнөздөлөт. 45,6% учурларда бейтапты консультацияга жибергенде жана акыркы клиникалык диагнозду коюуда коюлган диагноздун ортосунда дал келбестик аныкталган, анын ичинен 9 бейтап акыркы диагнозсуз дарыланган, бейтаптардын айтымында, дарылоо узак мөөнөттүү (орточо 3,2 ай) жана натыйжасыз болгон.

Бейтаптардын дээрлик бардыгына соматикалык патология диагнозу коюлган, алардын олуттуу бөлүгүн ичеги-карын оорулары, эндокриндик оорулар, нерв системасынын оорулары, жүрөк-кан тамыр оорулары түзөт. Сурамжыланган калктын кесиптик тарыхы билим кызматкерлеринин (кызматкерлеринин) басымдуу экендигин аныктады. Эки бейтапта тукум куучулук (эки учурда тең бул патологиясы бар адамдар эне тарабынан белгиленген) аныкталган.

Ооздун былжыр челине локализацияланган ЖЧнын ар бир клиникалык формасы так клиникалык мүнөздөмөлөргө ээ болгон. Дифференциалдык диагностика жагынан оорунун экссудациялык-гиперемиялык, эрозиялык-жаралуу жана гиперкератоздук формаларын диагностикалоодо кыйынчылыктар пайда болот, муну стоматолог эстеп калуусу керек, ооз көңдөйүнүн былжыр челинин башка оорулары менен окшош клиникалык белгилер да бар. Оорулуулардын 21,8%ында типтүү түрү кокустан, тиш жана пародонт ооруларын дарылоо учурунда табылган. Бул факт стоматологиялык кабыл алууда бейтаптын толук текшерүү, анын ичинде былжыр челинин абалын кылдат текшерүү жүргүзүү зарылдыгын көрсөтүп турат. Биздин изилдөөлөрүбүздө катуу жана жумшак таңдайдын былжыр челинде экссудациялык-гиперемиялык форма локализацияланган. Бул клиникалык форманын десквамативдик гингивит менен айкалышы байкалган.

Биздин изилдөөлөрүбүздө ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги ЖЧ оорусунун эрозиялык-жаралуу формасы оорунун эң кеңири таралган клиникалык түрү болуп саналат жана бардык изилденген калктын арасында бейтаптардын 46,7%ында байкалган. Ооз көңдөйүндөгү дисфункциядан тышкары, бейтаптардын жалпы абалы (алсыздык, уйкунун бузулушу, аппетит, психоэмоционалдык стресс), көптөгөн бейтаптар раккофобиядан жапа чеккен. Бул клиникалык формасы патологиялык процесстин рецидивине жана мүмкүн болгон кыйынчылыктарга эң жакын. Одонтогендик мүнөздөгү (санитизацияланбаган ооз көңдөйү, ооздун былжыр челинин травмасы, гальванизм), коштолгон оорулардын болушу, үй-бүлө тарыхы, жаман адаттар жана кесиптик зыяндуулук факторлору бар улгайган пациенттерде рак

оорусунун ыктымалдуулугу байкалышы мүмкүн.

Ооз көндөйүнүн былжыр челинин өнөкөт жаракатында ЖЧнын тигил же бул клиникалык формасынын (оң Кебнер белгиси) өнүгүшү менен анын лихенификациясы үчүн шарттар түзүлөт. Бул ЧЖда жабыркоо элементинин локализациясын түшүндүрөт - жаактын былжыр челинде тиштердин жабылуу сызыгында, ретромоллярдык мейкиндикте, тилдин каптал бетинде, анткени "сүйүктүү" локализациянын топографиялык зоналары реактивдүү өзгөрүүлөргө көбүрөөк кабылышат. Анын үстүнө, суроо "чечилбеген" бойдон калууда: эмне үчүн кыбырчыканып, чор боло элек жалпак эпителий менен капталган ооз көндөйүнүн былжыр челдеринин аймактарында кыбырчыктанып, катууланган чор папулалар пайда болот? Өзүбүздүн клиникалык жана лабораториялык изилдөөлөрүбүздүн негизинде бул организмдин гуморалдык, эндокриндик жана нерв системаларынын жөнгө салынышынын жана кабылдоосунун бузулушуна байланыштуу деп эсептейбиз.

Ошентип, ЖЧ менен ооругандардын жалпы абалын талдоо организмдин спецификалык эмес реактивдүүлүгүнүн төмөндөшү ЖЧнын клиникалык жүрүшү менен тыгыз байланышта деген тыянак чыгарууга мүмкүндүк берди. Клиникалык анализ тиш доктурдун ишинде практикалык мааниге ээ боло турган ЖЧ менен ооругандардын жергиликтүү жана жалпы факторлорун эске алуу менен себепчи жана күчөтүүчү факторлордун алгоритмин түзүүгө мүмкүндүк берди. Жалпак чакалай оорусу бир эле учурда же ырааттуу түрдө ооздун былжыр челинде жана териде пайда болушу мүмкүн, муну стоматолог дайыма эстеп жүрүшү керек, анткени бул патологиялык процессти аныктоого жардам берет.

Оорунун өз убагында диагностикалоо үчүн, ал тургай, оорунун өнүгүшүнүн баштапкы этаптарында ооздун былжыр челинин абалын аныктоого мүмкүндүк берген концептуалдык мамилеге ээ болуу маанилүү. Толкун узундугу 443 нм болгон фотоактивация ыкмасы жана оорунун диагностикасында колдонулган 1% фуксин эритмесин колдонуу нормалдуу жана патологиялык шарттарда ооздун былжыр челинин абалын баалоого мүмкүндүк берди. Бул диагностикалык ыкма визуалдык текшерүү учурунда көрүнбөгөн патологиялык процесстин чыныгы чектерин аныктоого мүмкүндүк берди, б.а. "жашыруун жаралар" аныктай алды. Бул диагностикалык ыкманы колдонуу локалдык дарылоонун жаңы ыкмасын киргизүүгө өбөлгө түздү: аппликацияны жабыркаган жердин көзгө көрүнгөн элементтерине гана эмес, ошондой эле жаранын айланасындагы былжыр челге да колдонуу мүмкүн экенин көргөздү.

ЖЧ менен ооругандарды башкаруунун өзгөчөлүктөрүнүн бири психоэмоционалдык абалын изилдөө болгон, анткени Оорунун өнүгүшүнүн негизги теорияларынын бири нейрогендик теория болуп саналат. Дээрлик

бардык бейтаптарда нерв системасынын бузулушу байкалган, айрыкча оорунун ачык клиникалык көрүнүштөрү бар пациенттерде – эрозиялык-жаралуу жана экссудациялык-гиперемиялык формалары менен ооругандар (тиешелүүлүгүнө жараша 38,2 жана 37,6 балл).

4.4 Ооздун былжыр челинин жана теринин айкалышып жабыркашы менен жалпак чакалай менен ооруган бейтаптардын клиникалык маалыматтары. Жалпак чакалай оорусу бир убакта же ырааттуу түрдө былжыр челдерде жана териде пайда болушу мүмкүн, муну стоматолог дайыма эстеп жүрүшү керек, анткени бул патологиялык процессти аныктоого жардам берет. Былжыр челинде жана терисинде бириккен жаралары бар ЖЧ менен ооругандардын тобу изилденген. Биздин байкоолорубузда, биз жабыркоонун биринчилигин аныктоого жана айкалышкан жаралардын өнүгүшүнө өбөлгө болгон себептерди табууга аракет кылдык. Биз бул топтогу бейтаптардагы фон патологиясын жана анын ЖЧнын клиникалык көрүнүштөрү менен байланышын изилдедик. Изилдөөнүн жүрүшүндө төмөнкү факторлор аныкталды: ЖЧ (айкалшкан формасы) менен ооруган бардык бейтаптар арасында 50-59 жаш курактык топтун жабыркашы эң көп болгон, ал эми аялдар эркектерге караганда кыйла көп жабыркаган. Бул маалыматтар адабият маалыматтарын жана жалпак чакалай оорусу орто жаштагы оору экенин жана көбүнчө аялдарды жабыркатат деген клиникалык жана статистикалык анализдин маалыматтарын тастыктайт. Бейтаптар оорунун себебин стресстик кырдаалдар менен байланыштырышкан (9 адам); коштолгон патологиясы болушу менен (11 адам); курч респиратордук вирустук инфекциянын тарыхы менен (3 адам); гипотермия менен (2 адам); 12 бейтап оорунун себебин түшүндүрө алган эмес.

Бардык бейтаптар тукум куучулук, оору жугузуу ыктымалдыгы жогору факторлор же жаман адаттар бар экенин четке кагышкан. Жашоосундагы таржымалдардан улам, 17 бейтап (45,9%) алкогольдук ичимдиктерди жана тамеки чегүүлөрдү кыянаттык менен пайдалангандыгы аныкталган, бирок бул факторлор ден соолукка зыяндуу экенин эске албаганда.

Анамнестикалык маалыматтарды чогултуу жана тийиштүү адистер менен консультацияларды өткөрүү коштогон патологияларды аныкташты: 24 бейтапта – Өтө таштын болушу, 12 бейтапта – жүрөк-кан тамыр системасы тарабынан жабыркоо (гипертониялык оору, ЖИО), 19 бейтапта – эндокриндик бузулуулар (эутироид богот, гипотиреоз, кант диабети), 9 оорулууда – заара – жыныс системасынын бузулушу (өнөкөт пиелонефрит, уролития, энелик бездин функциясынын бузулушу), 29 бейтапта-ичеги-карын системасынын айкалышкан жабыркоосу, эндокриндик бузулуулар, жүрөк-кан тамыр оорулары, нейропсихиатриялык бузулуулар. Бардык бейтаптар ооз көңдөйүн санациялоого муктаж, пародонттун сезгенүү жана сезгенүү-деструктивдүү

өзгөрүүлөрү, ошондой эле бүйлөнүн астындагы жана бүйлөнүн үстүндөгү стоматологиялык катмарлардын көптүгү байкалган. Гигиеналык көрсөткүч $2,89 \pm 0,01$; КПУ индекси $= 13,54 \pm 1,22$; негизги компоненти "у" болгон. Russel боюнча пародонттук индекси $5,6 \pm 0,08$ түздү, бул генеризацияланган парадонтиттин оордугунун орточо даражасынын клиникалык сүрөтүнө туура келет. Көптөгөн бейтаптар ооз көңдөйүндө травматикалык факторлорду баштан кечиришкен (бузулган тиштердин курч четтери, пломбалар, сапатсыз ортопедиялык түзүлүштөр), протездөөгө болгон муктаждык 78,4%ды түзгөн.

Каралып жаткан калктын клиникалык байкоолорунун негизинде ЖЧ менен ооругандар текшерүүгө жана дарылоо тактикасына жеке мамилени талап кылат. Бул кыйынчылыктар алгоритмди түзүү зарылчылыгын талап кылат, анда ооруп калуу ыктымалдуулугу жогору (провокациялоочу) факторлор кылдаттык менен тандалып алынышы, изилдениши жана клиникалык көрүнүш менен салыштырылышы керек. Бирок, клиникалык көрүнүш да себептүү, ооруп калуу ыктымалдуулугу жогору (провокациялоочу) факторду аныктоого жардам берет, аны жоюу кээде калыбына келтирүүгө алып келет. Алгоритм патологиялык процесс менен анын көрүнүшүнүн ортосундагы себеп-натыйжа байланыштарын билүүнүн негизинде диагностикалык ой жүгүртүүнүн белгилүү эрежелеринин негизинде курулган. Мындай алгоритмдин эң табигый формалдуу аппараты формалдуу логиканын аппараты болуп саналат (Dahmer, 1969). Диагностикалык процесс - бул үзгүлтүксүз дифференциалдык диагностикалык серия жана клиникалык белгилерди белгилүү бир патологиялык процесске таандык кылуу жөндөмү бар дарыгердин квалификациясы. Демек, формалдуу логиканын аппаратын колдонуу жалпак чакалайдын (себеби, шарттары, кесепети) өнүгүшүнүн жергиликтүү жана жалпы ооруп калуу ыктымалдуулугу жогору (провокациялоочу) факторлорун көрсөтүүчү ооруп калуу ыктымалдуулугу жогору факторлордун алгоритмин түзүүгө мүмкүндүк берди. Жалпак чакалайдын клиникалык көрүнүшүнүн өзгөчөлүгүн эске алуу менен, бул практикалык саламаттыкты сактоого пациентти башкаруу тактикасынын схемасын киргизүүгө түрткү болгон.

4.5 Жалпак чакалай менен ооруган оорулуулардын психоэмоционалдык абалы

Ыктыярдуу студенттерди (контролдоо тобу) сурамжылоо учуруда 1,6 балл эсептелген, ал психоэмоционалдык абалдын бузулушунун өтө төмөн деңгээлине туура келген. Контролдук топко сурамжылоо жүргүзгөндө, ызалануунун жана чарчоонун айрым учурлары кездешти. Анкетанын калган суроолору боюнча негизги балл "0" баллды түздү.

Салыштырмалуу аспектиде ооздун былжыр челинин башка патологиялары бар бейтаптарды изилдөөдө 11,9 баллга туура келген психоэмоционалдык абалдын бузулушунун төмөн деңгээли аныкталган.

Сурамжылоонун жүрүшүндө бейтаптар инсандык бузулууларга байланыштуу суроолорго оң жооп беришти: ачуусу чукул, көңүлү чөккөндүк, толкундануу. Обочолонгон жабыркашы менен ЖЧ менен ооруган бейтаптарды дарылоо учурунда сурамжылоочу маалыматтар бейтаптардын 43,3% дайыма кыжырдануу жана уйку жоготууга же начар уйкуга нааразы болгон; Бейтаптардын 30%ы көбүнчө жаман маанай, чарчоо, депрессия, бат-баттан баш оору, баш айлануу, апатия жана летаргия басымдуулук кылган, эреже катары, мындай бейтаптар менен байланышта болуу кыйын болгон. Оорулуулардын 25%ы өтө ачуулуу жана кыңылдап ыйлаак болушкан, кээде агрессивдүүлүктү көрсөткөн. Бейтаптардын 3% өтө агрессивдүү болгон. Алар алардын оорусу белгилүү стоматологиялык процедуралар (дарылоо же тиш сууруу) менен байланыштуу деп эсептешкен. Бейтаптардын 29,2% обсессивдүү коркуу сезимине ээ болгон, б.а. алар рак патологиясы (ачык рак фобиясы) бар деп ишенишкен. Бейтаптардын 1,7% туруктуу психоэмоционалдык статуска ээ болгон. 10,8% былжыр челинин жана теринин биргелешкен жабыркашы менен ооругандардын депрессия, баш оору жана депрессияга белгиледи. Бейтаптардын 18,9% ыйлап, баш айлануу, уйкунун бузулушу (уктап калуу же уйкусуздук) байкалган. Оорулуулардын 10%ы тоскоол болгон, алар менен байланышты табуу кыйын болгон. Бейтаптардын 8,1%инде тез чаалыгып калуу, чарчоо жана баш айлануу сезилген. Бейтаптардын 18,9%ы обсессивдүү коркуу сезимине ээ болгон жана бейтаптардын 33,3%ында гана туруктуу психоэмоционалдык абал болгон. Алынган маалыматтар ЖЧ менен ооругандардын психоэмоционалдык абалынын бузулушун көрсөтөт, айрыкча оорунун ачык клиникалык көрүнүштөрү бар пациенттерде - ЖЧ ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги эрозиялык-жаралуу жана экссудациялык-гиперемиялык формалары менен ооругандарда психоэмоционалдык абалынын бузулушу байкалат. Психоэмоционалдык абалдын бузулушу дээрлик бардык пациенттерде аныкталган, бул, албетте, оорунун өнүгүшүндөгү патогенетикалык байланыштардын бири болгон жана дарылоодо оңдоолорду талап кылган, ал эми оор учурларда консультацияларды жана зарыл болгон учурда тийиштүү адистин дарылоосун талап кылган.

4.6. Мазок-издердин программасы Ооздун былжыр челинин эпителийинин клеткалык курамын изилдөөдө ЖЧнын эрозиялык-жаралуу формасы менен ооруган бейтаптарда көп сандагы сегменттелген нейтрофилдер аныкталган, кээде уюп калган (бляшка чөкмө) - $66,2 \pm 3,2\%$ (салыштырган). нормага - $60,0 \pm 3,6$), моноклеардык клеткалардын саны олуттуу өскөн - $136,0 \pm 21,0\%$ (нормалдуу түрдө $15,0 \pm 1,4$). Цитограммада сегменттелген нейтрофилдердин жана моноклеардык клеткалардын санынын бир кыйла көбөйүшү тиштин былжыр челинин жабыркоосунда сезгенүү-деструктивдүү реакциялардын өнүгүшүн көрсөтөт. Цитограммадагы гоноклеардык клеткалардын —

цитоплазмасы жок моноклеардык клеткалардын санынын көбөйүшү да жаралануунун жогорку даражада өзгөргөндүгүн көрсөтүп турат. Ошол эле учурда цитограммада 1 жана 2 типтеги клеткалардын санынын 3 жана 4-типтеги клеткалардын санына болгон катышы көбөйүп, $0,33 \pm 0,07$ мааниге жеткен, бул сезгенүү учурунда байкалат жана пролиферация процесстеринин процесстердин дифференциациясынан басымдуулугу байкалган. Көп клеткалуу эпителийдик комплекстердин, атап айтканда, экстенсивдүү комплекстердин - 10дон ашык клеткалардын санынын көбөйүшү десквамация процесстеринин көбөйгөнүн көрсөтүп турат жана эпителий катмарынын бошондошу менен эпителийдеги айкын кыйратуучу өзгөрүүлөр менен коштолот, клеткалар аралык контакттардын алсырашы жана үзүлүшү байкалат. Дистрофиялык өзгөргөн клеткалардын пайда болушу, 3-типтеги клеткаларга окшош, бирок айкын базофилдик цитоплазмага ээ болгон "кыжырдануучу клеткалардын" пайда болушу жаактын былжыр челиндеги патологиялык процесстин олуттуу таасириЭ анын кыртыш структураларындагы патоморфологиялык өзгөрүүлөр менен коштолгон зыяндуу таасиринин көрүнүшү катары каралышы керек. 2-типтеги жаш эпителий клеткаларынын микробдук булганышынын күчөшү жаак былжыр челинин эпителийинде айкын дистрофиялык өзгөрүүлөрдүн натыйжасында клетка аралык байланыштардын алсырашы жана үзүлүшү менен байланышкан эпителий катмарынын жалпы бошондошун көрсөтөт. Цитограммада фагирациялоочу клеткаларынын болушу ($44,2 \pm 2,2$) сезгенүү процессинин активдүүлүгүн жана инфильтрат клеткаларынын агрессивдүүлүгүн көрсөтөт.

Клиникалык изилдөөлөрдөгү цитологиялык ыкманы тандоо анын жөнөкөйлүгү жана жеткиликтүүлүгү менен түшүндүрүлөт, ал ишенимдүү жана кыйла натыйжалуу. Цитологиялык материалды алууда өзгөчөлүктөрдүн бири "коркунучтуу аймак" деп аталган жерди колдонуу болгон. "Коркунучтуу аймак" - бул жабыркоо элементинин эң кеңири таралган локализациясы жана патологиялык элементтен материалды алуунун көрсөткүчү. Биздин клиникалык изилдөөлөрүбүздө - жаактын былжыр челинин тиштерин жабуу сызыгын бойлото жана жабыркаган жердин эрозиялык элементи.

5-бап. Дарылоо режимин иштеп чыгуу жана жалпак чакалайдын клиникалык эффективдүүлүгүн изилдөө

5.1.1 Ооз көндөйүнүн былжыр челинин обочолонгон жабыркашы менен жаалпак чакалай менен ооругандарды дарылоонун натыйжаларынын салыштырмалуу мүнөздөмөсү. Негизги топтогу жана салыштырмалуу тобунда бейтаптарды салыштырып дарылоо боюнча маалыматтар келтирилген. 1-топто, негизги топто (39 бейтап) комплекстүү дарылоо жергиликтүү терапияда метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизиндеги полимердик пленканы колдонуу менен

жүргүзүлгөн. 2-группада, салыштыруу тобунда (21 бейтап), жергиликтүү терапияда метилурацил майын жана А витаминин колдонуу менен комплекстүү дарылоо жүргүзүлдү. Оорулууларды дарылоодо татаалдык принциби колдонулган: жалпы жана жергиликтүү. Изилдөө метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышкан гиалурон кислотасы бар полимердик пленканын ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жалпак чакалайы оорусу менен ооруган бейтаптарды дарылоодо клиникалык натыйжалуулугун далилдеди. Жергиликтүү терапияда гиалурон кислотасы бар полимердик пленканы метронидазол жана хлоргексидин менен айкалыштырып колдонууда, айрыкча экссудациялык-гиперемиялык жана эрозиялык-жаралуу формалар сыяктуу эң оор клиникалык формаларда оозеки былжырлуу челдин абалынын олуттуу өзгөрүүлөрүн белгилеп кетүү зарыл: Негизги симптомдордун кыскарышы (ооруу, күйүү, кургактык, былжыр челдин шишиги) экссудативдик-гиперемиялык формада дарылоонун $5 \pm 1,0$ күнүндө, дарылоонун $7 \pm 1,0$ күнүндө - оорунун, оорунун жоголушу байкалган. дүүлүктүрүүчү тамак жегенде гана пайда болгон. Гиперемиялык былжыр челдин аймактарынын азайышы байкалган, б.а. сезгенүү кубулуштарынын басаңдатуу тенденциясы. Дарылоонун $12 \pm 2,0$ күнүндө былжыр челдин гиперемияланган жерлери толугу менен жоголуп, ооруу симптому жеңил жана иш жүзүндө пациенттерди тынчсыздандырган эмес. Бүтүндөй клиникалык айыгуунун сүрөтү $14 \pm 1,0$ күнү байкалган.

Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасы бар полимер пленкасы сезгенүүгө каршы, микробго каршы жана жараатты айыктыруучу таасирге ээ. Цитологиялык изилдөөлөр эрозиялардын эпителизациясынын мезгилинин кыскаргандыгын далилдеди. Жергиликтүү дүүлүктүрүүчү таасирлердин, жалпы уулуулуктун жана аллергиялык касиеттеринин жоктугу далилденген. Пленканын дозалык формасы колдонууга ыңгайлуу, ал узакка созулган таасирге ээ, оозеки суюктуктун таасири астында өзү эрийт, бейтаптар аны үй шартында өздөрү эле колдонсо болмок.

Эпителизация жана ремиссия мезгилинин динамикасы жөнүндө маалыматтарга таянсак, анын ар кандай варианттары боюнча дарылоонун эффективдүүлүгү бирдей болгон эмес ($P < 0,009$). Бардык жагынан эң жакшы натыйжа гиалурон кислотасы бар полимердик пленканы метронидазол жана хлоргексидин менен айкалыштырып колдонууда алынган ($P < 0,001$). Бул дарылоонун узактыгынын кыскарышы (оорунун субъективдүү жана сезгенүү белгилерин жоюу) жана дарылоонун натыйжасы менен тастыкталат. Дал ушул топто бардык бейтаптар жалпы абалын жакшыртууга жетише алышты, анын ичинде психоэмоционалдык, ремиссия мезгилинин узартылышы жана эңилчекти дарылоо учурунда гана эмес, ошондой эле терапия курсунан кийин да кыйынчылыктардын жок болушу байкалды. Алынган натыйжалар гиалурон

кислотасы бар полимердик пленканы метронидазол жана хлоргексидин менен бирге практикалык ден соолукту сактоо үчүн сунуш кылууга мүмкүндүк берет.

5.2 Ооздун былжыр челинин жана теринин биргелешкен жаралары менен жалпак чакалай менен ооругандарды дарылоонун натыйжаларынын салыштырма мүнөздөмөсү. ЖЧ менен ооругандарды жалпы дарылоодо салыштырмалуу эки топко (айкалышкан жабыркоолор) синтетикалык А витамининин туундусу, неотигазон (37 пациент) дайындалган. Ретиноиддердин дайындоосу теринин жарасынын табиятына жана аянтына жараша болот, неотигазон төмөнкү схема боюнча оозеки түрдө дайындалат: Теринин жалпыланган жабыркашы менен 3 пациент: 60 мг биринчи 4 күн, 5-күндөн баштап - 25 мг; Теринин 50%ке чейин бузулушу менен жабыркаган 9 пациентке - биринчи беш күндө 60 мг дозада, кийинки күндөрү $12 \pm 3,0$ күн бою 25 мг; Теринин 25%га чейин бузулушу бар 25 пациентке - 3 күн бою 50 мг, 4-күндөн баштап - 25 мг $10 \pm 2,0$ күн. Негизги байкоо тобунда (20 бейтап) жергиликтүү терапия сезгенүү белгилерин басандатуу үчүн метронидазол жана хлоргексидин менен бирге НА менен полимердик пленканы колдонуудан турган. Оорулууларда ооз көңдөйүндөгү айыктыруу процесстери салыштыруу тобуна салыштырмалуу кыйла эффективдүү болгон: типтүү формасы бар бардык пациенттерде папулярдуу элементтердин жоголушу байкалган, экссудациялык-гиперемиялык жана эрозиялык-жаралуу формалары менен ооругандардын сезгенүү белгилери тез эле токтогон. ($12 \pm 2,0$ күн жана дарылоонун $16 \pm 1,0$ күнүндө), эрозиялык элементтердин эпителизациясы дарылоонун $22 \pm 2,0$ күнүндө байкалган. Үч пациентте эрозиялык элементтер ооз көңдөйүндө калган, б.а. дарылоо натыйжалары өзгөргөн жок. Экссудативдик-гиперемиялык формадагы эки пациентте ооздун былжыр челинин аймактарында папулярдуу элементтер калган, алар бейтаптарды тынчсыздандырган эмес, б.а. клиникалык формадан оорунун жагымдуу формасына: типтүү түрүнө өтүү болгон. Дарылоонун алгачкы күндөрү теринин аймактарында олуттуу өзгөрүүлөр байкалган эмес. Дээрлик бардык пациенттерде теринин кургактыгы дарылоонун 3-күнүндө азайган, дарылоонун 5-күнүндө теринин кургактыгы байкалган эмес, папулалар жалпакталган, жаңы исиркектер байкалган эмес, бирок теринин интенсивдүү пилинги байкалган, бул дарынын терс таасиринен улам болгон. Теринин куудурап кургаган очогу жок болуп, дары-дармектер кабыл алынгандан кийин, тери жылмакай жана дени сак бетке ээ болду.

Ооздун былжыр челинин жана терисинин бириккен жабыркаган 17 бейтап (салыштыруу тобу) салттуу ыкма менен дарыланган. Жалпы дарылоонун узактыгы түздөн-түз оорунун клиникалык жүрүшүнө жана теринин жабыркаган чөйрөсүнө жараша жогоруда көрсөтүлгөн схемага жараша болот. Жергиликтүү терапияда типтүү түрү менен ооруган бейтаптарга

антисептикалык дарылоо жүргүзүлүп, андан кийин 20 мүнөттүк экспозиция менен метилуракил майы жана А витамини колдонулат.

Алынган клиникалык маалыматтарга караганда, стационар шартында ооз көңдөйүн санитардык тазалоо бейтаптар үчүн, өзгөчө аны менен байланышкан жабыркагандар, периодонтолдук патологияны дарылоо жана рационалдуу протездөө зарыл экени көрүнүп турат. Ооз көңдөйүндө ден соолукту чыңдоо чаралары менен бир эле учурда антисептикалык дарылоону жүргүзүү, анальгетиктерди, сезгенүүгө каршы жана жараатты айыктыруучу каражаттарды колдонуу керек. Бул иш-чараларды эки топко тең жүргүзүү бейтаптардагы интоксикация симптомдорун жоюуга, аш болумдуу тамак-ашты колдонууга көмөктөшүүгө, уйкуну жана аппетитти нормалдаштырууга, алардын жалпы абалын жакшыртууга мүмкүндүк берди. Бирок, бул топтордо айырмачылыктар бар эле: жергиликтүү дарылоо учурунда метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышкан гиагурон кислотасы менен полимердик пленканы алган бейтаптар кыйла жакшыраак болушкан. Клиникалык изилдөөлөр синтетикалык А витамининин туундусун жалпы терапияда колдонуу анын бир катар терс таасирлерине карабастан натыйжалуу деген тыянакка келди. Бул дары теридеги сезгенүү процессин жоюуга жардам берет, бул топтун башка дарыларына караганда организмден тезирээк чыгарылат, мисалы, тигасон. Дары-дармектин дозалык формасы (оозеки кабыл алуу үчүн капсулалар) абдан ыңгайлуу жана пациенттерге жалпы терапияда бир гана дары-дармек дайындалган, б.а. монотерапия колдонулат.

5.3 Жалпак чакалай оорусу бар бейтаптардын психоэмоционалдык абалынын натыйжалуулугун баалоо. Бул изилдөөнүн жүрүшүндө, ЖЧ менен ооругандардын психоэмоционалдык абалынын бузулушунун бар экендиги тастыкталды. ЖЧ өнүктүрүүдө нерв системасынын бузулушу учурда жалпы кабыл алынган теория болуп саналат. Ошондуктан, метронидазол жана хлоргексидин менен айкалыштырылган ГК менен текшерилген полимердик пленканын ЖЧ менен ооругандардын психоэмоционалдык абалына таасирин изилдөө зарыл болгон. Бейтаптар дарылоо вариантына жараша упайлардын санынын азайгандыгын көрсөтүштү. Бардык топтордо баллдардын саны азайган, бирок айырмачылыктар бейтаптардын негизги тобунда гана олуттуу болгон. Дарылоо вариантына жараша типтүү формадагы бейтаптар психоэмоционалдык абалдын индексинин төмөндөшүн көрсөтүшкөн. Бирок, дарылоонун салттуу ыкмасын метронидазол жана хлоргексидин менен бирге ГК менен полимердик пленканы колдонгон негизги топ менен салыштырганда пациенттердин психоэмоционалдык абалынын деңгээлин баалоодо айырмачылыктар байкалган. Метронидазол жана хлоргексидин менен айкалышта ГК менен полимердик пленканы колдонгон пациенттердин тобунда психоэмоционалдык абалдын индекси 17,5 баллга туура келген, бул практикалык түрдө психоэмоционалдык абалдын нормалдашуусуна

өбөлгө түзгөн, салттуу дарылоо ыкмасынан айырмаланып - 21,6 балл. Негизги топто психоэмоционалдык абалдын көрсөткүчү дарылоо учурунда жана дарылоодон кийин жакшырган, муну биз полимердик пленканы колдонуу пациенттердин абалына, анын ичинде психоэмоционалдык абалына да таасирин тийгизгендиги менен түшүндүрүүгө болот. Пленканын өзүн колдонуунун жөнөкөйлүгү, жагымсыз даамдын жоктугу, оозеки суюктуктун топтолбошу, колдонуунун узактыгы (болжол менен бир саат) жана үйдө өз алдынча колдонуу мүмкүнчүлүгү, дарылоонун эффективдүүлүгү - мунун баары жалпысынан, бейтаптардын психоэмоционалдык абалына таасир эткен.

5.4 Цитограмманын маалыматтарын колдонуу менен жалпак чакалай менен ооругандарды дарылоонун натыйжалуулугун баалоо. Жүргүзүлгөн дарылоо ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жалпак чакалайынын эрозиялык-жаралуу формасы менен ооругандардын мазынын цитологиялык сүрөтүн өзгөртүүнү шарттады. Баштапкы көрсөткүчтөр менен салыштырганда бардык көрсөткүчтөр боюнча оң динамика комплекстүү дарылоонун варианттарына карабастан статистикалык маанилүү болгон ($P < 0,001$). Салттуу түрдө дарыланган оорулуулардын тобунда цитограмма параметрлеринин төмөндөшү бир аз өзгөргөн: дистрофиялык өзгөргөн эпителий клеткаларынын, фаг клеткаларынын, сегменттелген нейтрофилдердин жана мононуклеардык клеткалардын саны 1,2 эсеге азайган. 1 жана 2 типтеги эпителий клеткаларынын жалпы саны бир аз азайып, 3 жана 4 типтеги эпителий клеткаларынын саны бир аз көбөйгөн. Цитограмманын көрсөткүчтөрү 1 жана 2 типтеги эпителий клеткаларынын азайышынын фонунда, 3 жана 4 типтеги эпителий клеткаларынын көбөйүшүн белгиледи. Фагациялоочу клеткалардын, мононуклеардык клеткалардын жана хоннуклеардык моноциттердин саны азайган. Бирок эң маанилүүсү сегменттелген нейтрофилдердин санынын азайышы болду - дээрлик 2 эсе, бул дарылоонун оң динамикасын көрсөтүп турат. Негизги топтун бейтаптарында цитограммалардын оң динамикасы байкалды: сегменттелген нейтрофилдердин, мононуклеардык клеткалардын, фаг клеткаларынын жана 2, 3 жана 4-типтеги булганган эпителий клеткаларынын саны кескин азайган, бирок алар нормага жеткен эмес. "Эпителий өсүү индекси" төмөндөдү, бирок контролдук баалуулуктардын деңгээлине жеткен жок. 3 жана 4 типтеги эпителий клеткаларынын көбөйүү тенденциясы байкалган. Цитограммаларды салыштырганда, бейтаптардын ушул тобунда чоң оң өзгөрүүлөргө тенденция байкалган. Бирок сегменттелген нейтрофилдерди жана мононуклеардык клеткаларды салыштырганда гана айырма статистикалык жактан маанилүү болгон ($P < 0.01$). 3 жана 4-типтеги эпителий клеткаларынын жалпы саны кыйла көбөйдү - 2 эседен ашык, ал эми 1 жана 2-типтеги эпителий клеткаларынын саны дээрлик 2 эсеге кыскарды, бул терапиянын натыйжалуулугун көрсөтөт.

5.5 Рецидивге каршы дарылоо курсун иштеп чыгуу. ЖЧ менен ооругандарды башкарууда, реабилитация олуттуу мааниге ээ болгон, б.а. терапия курсунан кийин дененин иштешин калыбына келтирүү. Дарылангандан кийин пациенттин организмнин функциясын калыбына келтирүүнүн мааниси медициналык-профилактикалык гана эмес, ошондой эле бейтаптардын текшерилип жаткан калкынын: орто жана улгайган адамдардын өзгөчөлүгүнөн улам социалдык аспектиге ээ болгон. Оорулууну дарылоонун алгачкы күндөрүнөн тартып эле реабилитациялоо чаралары жүргүзүлдү. Бул биринчи кезекте медициналык деонтологиянын эрежелерин сактоо менен стресс факторлорун жана тобокелдик факторлорун (предиспозиция) жоюуга тиешелүү. Кылдат изилдөө жана экспертиза себепчи факторду аныктоого жана ар кандай агенттерге (тиричилик, кесиптик) жогорку сезгичтикти аныктоого мүмкүндүк берди. Былжыр челди жана терини изоморфтук реакцияны (оң Коэбнер белгиси) пайда кылуучу жаракаттардан жана микротравмалардан коргоо зарылчылыгы жөнүндө баарлашуу болду. Өзгөчө көңүл тиштердин абалына, ооз көңдөйүнүн санитариясына, калыбына келтирүүгө мүмкүн болбогон бузулган тиштерди өз убагында алуу, пародонттогу сезгенүү жана сезгенүү-деструктивдүү процесстерди дарылоо, былжыр челди жабыркатуучу протездерди алуу, окшош эмес металл кошулмаларынан жасалган протездер жана аларды рационалдуу ортопедиялык түзүлүштөр менен алмаштырууга бурулду. Эмгекти жана эс алууну уюштуруу, нейроэмоционалдык стрессти жана стресстик кырдаалдарды жоюу маанилүү болгон. Нерв системасынын функционалдык бузулушун жана ички органдардын ооруларын дарылоого өзгөчө маани берилди. ЖЧ менен ооругандар, айрыкча, кант диабети жана гипертония боюнча тобокелдик тобун билдирет. Ошондуктан, бул бейтаптар кан глюкоза көлөмүн жана кан басымын дайыма мониторинг жүргүзүү талап кылынат. Бул факторлордун бардыгы реабилитациялык иш-чараларды жүргүзүүдө жана оорунун кайталанышын алдын алууда чечүүчү мааниге ээ болгон. Рецидивдин алдын алуу, ошондой эле реабилитациялык иш-чаралар пациентти дарылоонун алгачкы күндөрүнөн тартып жүргүзүлө баштаган жана ооз көңдөйүн санитариялоо, рационалдуу протездөө, медициналык көрсөтмөлөрдү аткаруу, анын ичинде диетаны сактоо, эс алуу жана ден соолукту бекемдөө процедураларынан турат. Оорулуунун учурдагы абалы, анын ичинде психоэмоционалдык абалынын элементтери жана калыбына келтирүү этаптары жөнүндө үзгүлтүксүз сүйлөшүүлөр жүргүзүлдү. Рецидивге каршы дарылоо курсунун көрсөткүчү болуп бейтаптар кийинки текшерүүгө келгенде даттануунун жоктугу жана оорунун ачык клиникалык көрүнүштөрүнүн жоктугу болгон. Биздин изилдөөлөр көрсөткөндөй, типтүү формасы бар бейтаптар үчүн дарылоо курсу аяктагандан кийин (оорунун жагымдуу курсу, туруктуу ремиссия болгон учурда) бир рецидивге каршы дарылоо курсу жетиштүү - 12 айдан кийин; экссудативдик-гиперемиялык түрү менен ооругандар үчүн – 5,5-6 ай аралыгы менен 2 курс;

эрозиялык-жаралуу түрү менен ооруган бейтаптар үчүн – 3,5-4 ай аралыгы менен 3 курс; гиперкератоздук түрү менен ооруган бейтаптар үчүн - 6 ай аралыгы менен рецидивге каршы дарылоонун 2 курсу.

Бирок, ар бир бейтапка эскертилген: эгерде оорунун белгилери пайда болсо (кайталанса), дарылоонун экинчи курсун өткөрүү үчүн стоматологго кайрылыңыз. Кошулуп жаткан патологиянын күчөшүндө, стресстик кырдаалда же ооздун былжыр челинин жаракатында, рецидивге каршы дарылоо курсуна жекече мамиле жасоо мүмкүн. Рецидивге каршы дарылоо курсунан өткөн бейтаптар (71,6%) жалпы абалынын (анын ичинде психоэмоционалдык) олуттуу жакшыргандыгын белгилешти, чарчоо, кыжырдануу, баш оору жана сасык тумоо сыяктуу жагдайлар, ошондой эле коштолгон патологиялар тарабынан оорунун күчөшү байкалган. Биз тандап алган рецидивге каршы дарылоонун коопсуз жана жеткиликтүү ыкмасы ремиссия мезгилин көбөйтүүгө, татаалдашууларды азайтууга жана организмдин спецификалык жана спецификалык эмес каршылыгын жакшыртууга жардам берди.

Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жалпак чакалай оорусунун типтүү түрү менен ооруган бейтаптарга каршы дарылоо курсунан кийин, ремиссия мезгили 2,5 жылды түзгөн. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жалпак чакалай оорусунун экссудативдик-гиперемиялык түрү менен ооругандар оорулууларда - рецидивге каршы дарылоонун биринчи курсунан кийин үч оорулууда типтүү формага өтүү байкалган. Ремиссия мезгили орточо 1,9 жылды түздү. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жалпак чакалай оорусунун эрозиялык-жаралуу формасы менен ооруган оорулууларда рецидивге каршы дарылоонун биринчи курсунан кийин клиникалык форманын трансформациясы бир оорулууда экссудациялык-гиперемиялык формага жана 5 оорулууда типтүү формага өткөнү байкалган. Ремиссия мезгили болжол менен 1,2 жыл болду. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жалпак чакалай оорусунун гиперкератоздук формасы менен ооругандарда 5 бейтап рецидивге каршы бир курстук дарылоону алышкан, ремиссия мезгили 1,5 жылды түзгөн.

Ошентип, жалпак чакалай менен ооругандар дарыгердин көзөмөлүндө (диспансердик кароодо) болуп, оорунун кайталанышына жол бербөө үчүн кийинки текшерүүлөргө келиши керек. Ошондуктан, эгерде оорунун агымы жагымдуу болсо, бейтаптар дарылоочу дарыгердин көзөмөлүндө төмөнкүдөй жыштык менен текшерүүдөн өтүшү керек: оорунун типтүү формасы менен ооругандар жылына 2 жолу; экссудативдик-гиперемиялык түрү менен ооругандар - жылына 3 жолу; эрозиялык-жаралуу формасы менен ооругандар - жылына 4 жолу жана гиперкератоздук түрү менен ооругандар - жылына 3 жолу. Оорулууларды мониторингдөө схемасы жана рецидивге каршы дарылоо курсун жүргүзүү энчилчек менен ооруган бейтаптарды диспансердик байкоо жүргүзүү принцибинин негизинде негизделет.

КОРУТУНДУ:

1. Ооздун былжыр челинин ооруларынын жалпы структурасынын 33,3% оорулуулугу боюнча эңилчектерди түзөт. Негизги оорунун эң жогорку чеги 40-49 жаш (22,5%) жана 50-59 жаш (42,5%) жаш топторунда, аялдар 2 эсе көп (76,6%) ооруйт. Жалпак чакалай оорусу бар бейтаптар үчүн клиникага кеч кайрылуу мүнөздүү – бейтаптардын 39,2%ы клиникага оорунун башталышынан 5 жылдан ашык убакыт өткөн. 45,6% учурларда диагностикада (жолдомо жана клиникалык) айырмачылыктар аныкталган. 12,8% учурларда оорунун өнүгүшү ятрогендик жана стоматологдун ишиндеги каталар менен байланышкан.

2. "Стресс Симптому" психодиагностикалык тести диагностика үчүн маалыматтык болуп саналат, калк арасында эңилчектин пайда болуу коркунучу бар топту аныктоо, ошондой эле дарылоонун натыйжалуулугун баалоо. Жалпак чакалайдын экссудациялык-гиперемиялык жана эрозиялык-жаралуу формалары менен ооруган бейтаптарда депрессияга тенденция байкалган, психоэмоционалдык абалдын бузулушунун жогорку деңгээли аныкталган (тиешелүүлүгүнө жараша 33,8 жана 37,2 балл), типтүү жана гиперкератоздук формалары менен ооругандарда. - контролдук топко (1,6 балл) салыштырмалуу бузулуунун орточо деңгээли (21,3 жана 25,7 балл).

3. Патологиялык фокустун чегин аныктоо үчүн жана дарылоонун эффективдүүлүгүнүн критерийи катары модификацияланган фотоактивация ыкмасы колдонулган, көк жарык агымында 443 нм толкун узундугунда, жабыркоонун чыныгы чегин эсептөө жана дарылоонун натыйжалуулугун баалоо үчүн математикалык модель колдонулган.

4. Оорунун өнүгүшүндө олуттуу тобокелдик факторлору болуп тез-тез стресстик кырдаалдар, коштолгон патологиялардын болушу, өзүн-өзү дарылоо, тиш доктурга кеч кайрылуу. Оорунун өнүгүшүнө алып келген жергиликтүү себептердин ичинен чириген тиштердин курч жээктери, сапатсыз пломбалар жана ортопедиялык түзүлүштөр, амальгама пломбалары, ламинардык протездердин мономерине өтө сезгичтик, ортопедиялык түзүлүштөрдөгү гетерогендүү металл кошулмалар аныкталган.

5. Жалпак чакалай менен ооруган бейтаптарды гиалурон кислотасы менен полимердик пленканы колдонуу менен жергиликтүү терапияда метронидазол жана хлоргексидин менен айкалыштыруу жана фототерапия ыкмасы эпителиализация мөөнөттөрүндө (10,2 күн жана 20,6 күн, тиешелүүлүгүнө жараша), ремиссия мезгилинин узартылышы (тиешелүүлүгүнө жараша 5,6 жана 11 ай), психоэмоционалдык абалдын олуттуу жакшыруусу (тиешелүүлүгүнө жараша 15,3 жана 29,8 балл.) көрсөтүлгөндөй, салттуу дарылоо режимине салыштырмалуу эң натыйжалуу болуп саналат.

6. Оорунун клиникалык формасына, патологиялык процесстин оордугуна, провокациялоочу факторлордун жана коштолгон патологиянын болушуна негизделип, организмдин спецификалык жана спецификалык эмес каршылыгын жогорулатууга жардам берүү менен ооругандарды дарылоого мамилени дифференциялоо керек.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

1. Стоматологияда эсепке алуунун жана отчеттуулуктун документтеринин стандарттары нозологиялык формалар боюнча оозеки былжырлуу патологиясы бар оорулууларды милдеттүү түрдө каттоону камтыйт. Медициналык мекеменин штатында ооздун былжыр челинин оорулары боюнча адистиги бар жалпы стоматологдун кызмат орду камсыз кылынсын. Оорулуулардын бул категориясын дарылоодо оорунун клиникалык өзгөчөлүктөрүн жана жаш аспектилерин эске алуу менен медициналык кабыл алуу жана байкоо жүргүзүү үчүн күндүзгү стационар болушу зарыл. Стационар тибиндеги медициналык мекемелерде, өзгөчө ооз көңдөйүнүн былжыр чели жана теринин айкалышкан аралаш жабыркашы менен ооруган учурда жалпы стоматологдун штаттык бирдигин киргизүү зарыл.

2. Практикалык иште, иштелип чыккан картаны ооздун былжыр челинин патологиясы бар пациентти комплекстүү текшерүү үчүн ооз көңдөйүнүн схемасын колдонуу менен жабыркоо элементин көрсөтүү керек. Оорунун өнүгүшүнө себепчи факторду аныктоо үчүн диагностикалык алгоритмди колдонуу керек.

3. Диагноз коюуда жана жалпак чакалай оорусу менен ооруган бейтаптарды дарылоонун натыйжалуулугун баалоо үчүн, 443 нм толкун узундугу менен көк жарык агымында фотоактивациялоонун биздин модификацияланган диагностикалык ыкмасын колдонуу керек, цитологиялык изилдөөлөр, айрыкча бүтүндүгүн бузуу менен клиникалык формаларда эпителий аныкталышы керек.

4. Жалпак чакалай оорусу менен ооругандарды дарылоо үчүн эң ылайыктуусу метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасынын негизиндеги полимердик пленканы колдонуу болуп саналат. Полимердик пленкалар жакшы адгезияга ээ жана алар күнүнө 2 жолу толугу менен сиңгенге чейин жаралары бар ооздун былжырлуу катмарына колдонулат. Физикалык фактор катары 20 мВт чыгуучу кубаттуулуктагы гелий-неондук лазердин нурлануусун колдонуңуз, декубиталдык венанын проекциясында теринин беттик аянтына жарык берүүчүнү (экстракорпоралдык кан нурлануу ыкмасы) 1-3% метилен көк эритмеси менен тери аймагын алдын

ала көлөкө түшүрүү менен) 30-40 мүнөттүк экспозиция менен, бир күндөн кийин колдонуу керек. Процедуранын саны – дарылоо курсуна 5.

5. Дарылоо учурунда ремиссияны узартуу, оорунун күчөп кетүүсүн азайтуу жана патологиялык процессти турукташтыруу үчүн чөптөрдүн негизинде дарылоонун рецидивге каршы курсун өткөрүү керек. Өсүмдүк каражаттар катары тегерек баш чөп, календула гүлдөрү, чалкан жалбырактары, мия тамыры, ит мурундун мөмөлөрүн дары катары колдонушкан. Даярдалган инфузия 1:30 суюлтууда оорунун клиникалык формасына жараша оозеки кабыл алынат: типтүү формасы менен ооругандар - 0,25 стакан (эртең менен жакшыраак) 10 күн бою; экссудативдик-гиперемиялык түрү менен ооругандар - 0,25 стакан (эртең менен жана кечинде) 20 күн; ошол эле режим боюнча эрозиялык-жаралуу түрү менен ооругандар 30 күн жана гиперкератоздук түрү менен ооругандар 14 күн.

6. Изилдөөлөр көрсөткөндөй, оорунун типтүү формасы менен ооруган бейтаптар үчүн дарылоо курсун аяктагандан кийин 12 айдан кийин бир рецидивге каршы курс жетиштүү; экссудативдик-гиперемиялык түрү менен ооругандар үчүн - 5,5-6 ай аралыгы менен 2 курс, эрозиялык-жаралуу түрү менен ооруган бейтаптар үчүн - 3,5-4 ай аралык менен 3 курс жана гиперкератоздук түрү менен ооругандар үчүн - 2 курс 6 ай аралыгы талап кылынат. Бирок, ар бир бейтапка эскертүү керек: оорунун белгилери пайда болсо (кайталанса), дарылоонун экинчи курсун өткөрүү үчүн стоматологго кайрылыңыз.

7. Күнүмдүк практикада стоматологдор ооз көңдөйүндөгү дүүлүктүрүүчү (провокациялоочу) факторлорду жок кылышы жана ооз көңдөйүндө эңилчектин пайда болушуна өбөлгө түзүүчү стоматологиялык патологияларды дарылоосу керек.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Искакова, М. К.** Способ лечения эрозивных поражений слизистой оболочки полости рта с применением гелий-неонового лазера [Текст] / М.К. Искакова // Инновационный патент на изобретение Республики Казахстан № 2536 от 27.03.2012 года

2. **Искакова, М. К.** Способ определения размеров очага поражения при воспалительных заболеваниях слизистой полости рта [Текст] / М. К. Искакова, Л. Я. Зазулевская // Инновационный патент на изобретение Республики Казахстан № 25628 от 27.03.2012 года

3. **Ospanova, A. K.** Obtaining Thin-Films Based on Chitosan and Carboxymethylcellulose with Antibacterial Properties for Biomedical Devices

[Text] / A.K. Ospanova, B.E. Savdanbekova, M.K. Iskakova and etc. // IOP Conf. Series: Materials Science and Engineering. – Barcelona, 14-16 августа, 2017; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=31052928>

4. **Искакова, М. К.** Поиски новых решений диагностики и лечения больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта [Текст] / М. К. Искакова, Г.М. Саякова, К.О. Шарипов // Здоровье семьи – 21 век. - № 1 (1). – Пермь, 2017. – С. 72-76; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32651206>

5. **Парманкулова, Т. Н.** Разработка стоматологического геля с противовоспалительным и ранозаживляющим действием [Текст] / Т.Н. Парманкулова, С.Е. Келимханова, М.К. Искакова и др. // Вестник Казахского национального университета. - № 2 . – Алматы, 2017. – С. 308-310; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32485025>

6. **Искакова, М.К.** Микробиологические исследования при разработке стоматологической пленки антибактериального действия [Текст] / М.К. Искакова, Е.А. Соловьева, У.А. Куватбаева, Д.Ж. Батырханова // Вестник Казахского национального университета. - № 3 . – Алматы, 2017. – С. 173-178

7. **Искакова, М. К.** Удельный вес заболеваний слизистой оболочки полости рта среди часто встречающихся стоматологических заболеваний [Текст] / М.К. Искакова, А.Е. Заркумова, Г.К. Нурмухамбетова // Вестник Казахского национального университета. - № 1. – Алматы, 2018. – С. 161-166; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=34989841>

8. **Savdanbekova, B.E.** Quantum-chemical substantiation of the structure and properties of chlorhexidine and its boron derivatives as antibacterial additives for nanofilms of medical purposes [Text] / A.K. Ospanova, B.E. Savdanbekova, M.K. Iskakova and etc. // Journal of Chemical Technology and Metallurgy. – Т.54. - № 3. – Болгария, 2019. - С.496-502; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=39001715>

9. **Искакова, М.К.** Амилоидоз слизистой оболочки полости рта [Текст] / М.К. Искакова, А.А. Акжигитов // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. - № 1. – 2020. - С. 59-65; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://inlibrary.uz/index.php/oral_medicine

10. **Искакова, М.К.** Изучение фармакологической активности дентальных пленок на основе гиалуроновой кислоты (экспериментальное исследование) [Текст] / М.К. Искакова, Е.А. Соловьева, У.А. Куватбаева //

Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, 2022. - № 3. – С. 144-151; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49806554>

11. **Масакбаев, А.Д.** Полезная модель [Текст] / А.Д. Масакбаев, А.К. Бошкаева, М.Т. Телман, М.К. Исакова // Патент Республики Казахстан № 7506 от 14.10.2022 года

12. **Исакова, М.К.** Лечение эрозивно-язвенной формы плоского лишая слизистой оболочки рта (по данным обзора литературы) [Текст] / М. К. Исакова, М.Ж. Рахимбаева // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. - № 2 (40). – Алматы, 2023. – С. 59-70; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://kazrosmedjournal.krmu.edu.kz/jour/article/view/325/282>

13. **Исакова, М. К.** Клинические особенности течения плоского лишая слизистой оболочки рта [Текст] / М.К. Исакова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - № 4. – 2023. – С. 76-84; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=54791079>

14. **Исакова, М. К.** Практические случаи проявления плоского лишая слизистой оболочки рта [Текст] / М.К. Исакова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - № 4. – 2023. – С. 85-89; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=54791080>

15. **Исакова, М. К.** Характеристика цитологического состояния полости рта у больных эрозивно-язвенной формой плоского лишая [Текст] / М.К. Исакова, К.Б. Куттубаева, П.Д. Абасканова // Alatoo Academic Studies № 3. - 2023. – С. 471-480; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=54881672>

Исакова Марьям Козбаевнанын «Ооз көндөйүнүн былжыр челинин жалпак чакалай оорусун диагностикалоонун жана дарылоонун заманбап аспекти» деген темада 14.01.14 – стоматология адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: жалпак чакалай, изилдөө, себеби, дарылоо

Изилдөөнүн объектиси: 29 жаштан 60 жашка чейинки жана андан жогорку жаштагы ооздун былжыр челинин э жалпак чакалай оорусунун ар кандай клиникалык формалары менен ооруган бейтаптар алынды, алардын 13ү эркектер жана 47си аялдар болгон.

Изилдөөнүн предметтери: ооздун былжыр челинин жалпак чакалайлар оорусунун диагностикасынын өзгөчөлүктөрү, курстары жана патогенетикалык терапиясы.

Изилдөөнүн максаты: ооздун былжыр челинин жалпак чакалай оорусу бар бейтаптарды диагностикалоо жана дарылоо ыкмаларын оптималдаштыруу.

Изилдөөнүн методдору жана аппараты: ретроспективдүү, перспективдүү, лабораториялык, статистикалык. Эксперименталдык изилдөөлөрдү жана цитологиялык изилдөөлөрдү жүргүзүү үчүн жабдуу.

Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыгы. Ооздун былжыр челинин патологиясынын башка нозологиялык формаларынын арасында кайрылуулар боюнча (33,3%) ооздун былжыр челинин жалпак чакалайларынын жогорку таралышы аныкталган. Эң көп диагноз коюлган эрозиялык-жаралуу (46,7%) жана типтүү формалары (31,7%). Экссудациялык-гиперемиялык жана гиперкератоздук формалар тиешелүүлүгүнө жараша 13,3 жана 8,3% учурларда аныкталган. «Стресс-симптом» тестинин негизинде психоэмоционалдык абалдын бузулушу аныкталып, оорунун себептери жана аны күчөтүүчү (провокациялоочу) факторлорду эске алуу менен диагностикалык алгоритм иштелип чыккан. Фотоактивдештирүү ыкмасынын негизинде ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жабыркоосунун чыныгы чеги аныкталат. Метронидазол жана хлоргексидин менен бирге гиалурон кислотасы бар полимердик пленканы колдонуу менен жалпак чакалай менен ооруган бейтаптарды дарылоонун натыйжалуулугун баалоо негизделген.

Колдонуу боюнча сунуштар. Гиалурон кислотасынын негизиндеги полимердик пленкалар Метронидазол жана Хлоргексидин менен айкалышып, толук айыкканга чейин күнүнө 2 жолу толук сиңгенге чейин ооз көңдөйүнүн оорунун байкалган очогу бар былжыр челине сүйкөлөт.

Колдонуу тармагы: стоматология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Искаковой Марьям Козбаевны на тему: «Современные аспекты диагностики и лечения плоского лишая слизистой оболочки рта» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.14 – стоматология

Ключевые слова: плоский лишай, исследование, причина, лечение.

Объект исследования: пациенты с различными клиническими формами плоского лишая слизистой оболочки рта в возрасте от 29 до 60 лет и старше, из них 13 мужчин и 47 женщин.

Предмет исследования: особенности диагностики, форм течения и патогенетической терапии плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования: оптимизация методов диагностики и лечения больных плоским лишаем слизистой оболочки рта.

Методы исследования и аппаратура: ретроспективный проспективный, лабораторный, статистический. Оборудование для экспериментальных исследований и цитологических исследований.

Полученные результаты и их новизна. Выявлена высокая распространенность плоского лишая слизистой оболочки рта по обращаемости (33,3%) среди других нозологических форм патологии. Наиболее часто диагностируются эрозивно-язвенная (46,7%) и типичная формы (31,7%). Экссудативно-гиперемическая и гиперкератотическая формы выявлены в 13,3 и в 8,3% случаях соответственно. На основании теста «Стресс-симптом» определено нарушение психоэмоционального состояния и разработан диагностический алгоритм с учетом причинных и предрасполагающих (провоцирующих) факторов. На основе метода фотоактивации определяется истинная граница поражения слизистой оболочки полости рта. Данные психодиагностического, цитологического методов исследования позволили определить отдельные звенья механизма развития плоского лишая у обследованного контингента. Обоснована оценка эффективности лечения больных плоским лишаем с применением полимерной плёнки с гиалуроновой кислотой в сочетании с метронидазолом и хлоргексидином.

Рекомендации по использованию. Полимерные плёнки на основе гиалуроновой кислоты в сочетании с метронидазолом и хлоргексидином накладывают на слизистую оболочку полости рта с очагами поражения до полного их рассасывания 2 раза в день до полного выздоровления.

Область применения: стоматология.

SUMMARY

of the dissertation work by Iskakova Mariam Kozbaevna on the topic "Modern aspects of diagnosis and treatment of oral mucosal lichen planus" for the degree of doctor of medical sciences in the specialty 14.01.14 - dentistry

Key words: lichen planus, study, cause, treatment.

Research object: patients with various clinical forms of oral mucosal lichen planus aged 29 to 60 years and older, including 13 men and 47 women.

Subject of the study: features of diagnosis, course forms, and pathogenetic therapy of oral mucosal lichen planus.

The purpose of the study: optimization of diagnostic methods and treatment

of patients with oral mucosal lichen planus.

Research methods and equipment: retrospective prospective, laboratory, statistical. Equipment for experimental and cytological research.

Results obtained and their novelty: A high prevalence of oral mucosal lichen planus was detected based on patient referrals (33.3%) among other nosological forms of pathology. The erosive-ulcerative form (46.7%) and typical form (31.7%) are most frequently diagnosed. Exudative-hyperemic and hyperkeratotic forms were found in 13.3% and 8.3% of cases, respectively. Based on the "Stress Symptom" test, a disturbance in the psychoemotional state was determined, and a diagnostic algorithm was developed considering causal and predisposing (provoking) factors. The true boundary of oral mucosal lesions is determined using the photoactivation method. The data from psychodiagnostic and cytological research methods allowed identifying individual links in the mechanism of lichen planus development in the examined population. The effectiveness of treatment for patients with lichen planus using a polymer film with hyaluronic acid in combination with metronidazole and chlorhexidine is justified.

Recommendations for use: Polymer films based on hyaluronic acid in combination with metronidazole and chlorhexidine are applied to the oral mucosa with affected areas until complete resolution, twice a day until full recovery.

Scope: dentistry.



Кагаздын форматы 60 х 90/16. Көлөмү 1,5 п. л.
Офсеттик кагаз.Нускасы 50 даана.
“Софбасмасы” ЖЧК да басылып чыкты
720020, Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92.