

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 2 (22)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.

Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Халлоков Ф.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

КЎП ШАКЛЛИ ЭКСУДАТИВ ЭРИТЕМАНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ЗАМИРИДА ОГИЗ БЎШЛИГИДАГИ КЛИНИК-ТИББИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА ҲАЁТ СИФАТИ ДИНАМИКАСИ

Хайитова М.А.¹, Ражабов О.А.²

¹Термиз давлат иқтисодий ва сервис университети, Термиз ш., Ўзбекистон

²Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

Резюме. *Кириш:* Оғиз бўшлигининг кўп шаклли эксудатив эритемаси (КШЭЭ) оғир оғриқли эрозиялар, оғиз гигиенасининг ёмонлашуви ва бемор ҳаёт сифатининг пасайиши билан кечади. Ушбу ишда КШЭЭни даволашда таклиф этилган комплекс ёндашувнинг беморларнинг стоматологик ҳолати ва ҳаёт сифати кўрсаткичларига таъсири ўрганилди. Материаллар ва усуллар: Оғиз бўшлиги КШЭЭ билан оғриган 123 бемор кузатилди; асосий гуруҳ ($n=74$) беморлари комплекс маҳаллий даволаш (антисептик билан тозалаш, эрозияларни даволаш, регенерацияни тезлаштириш) олди, назорат гуруҳи ($n=49$) эса стандарт муолажа олди. Даволаш самарадорлиги клиник стоматологик кўрсаткичлар (оғриқ борлиги, эрозиялар сони ва эпителизация мuddати, гигиена индекси, пародонт ҳолати) ва ҳаёт сифати (ОНН-14-РУ сўровномаси) ўзгаришлари орқали баҳоланди. Натижалар: Беморларнинг барчасида даволаш бошланишидан олдин оғиз шиллиқ қаватида кўп рақамли эрозиялар ва яллиғланиш белгилари аниқланди; 40,7% беморларда оғриқ тинч ҳолатда ҳам кузатилган, 69,9% беморлар оғизда доимий ноқулайликдан шикоят қилган. Комплекс муолажа биринчи ҳафталарданоқ ижобий натижа берди: асосий гуруҳда 7-кунга оғриқ ҳисси 2 мартадан кўпроққа камайди, 14-кунга беморларнинг 81% ида фақат 1 зона шикастланиш сақланиб, кўпчилик эрозиялар битди (назорат гуруҳида бу кўрсаткич 38,8% эди). 28-кун охирида асосий гуруҳ беморларининг оғиз бўшлиги соғлиги интеграллашган баҳоси (ОНН-14-РУ) $24,0\pm 0,9$ дан $8,9\pm 0,4$ баллгача яхшиланди, назоратда эса $23,6\pm 0,8$ дан $14,3\pm 0,7$ баллгача ($p<0,001$). Даволаш жараёнида асосий гуруҳда тиш милки яллиғланиш кўрсаткичи (РМА индекси) 61% дан 15% гача, оғиз гигиена индекси (ОНН-5) 3,61 дан 1,2 гача сезиларли тушди, бу эса пародонт ҳолатининг яхшиланишини кўрсатади. Хулоса: КШЭЭни комплекс даволаш нафақат эрозияларни тезда битказиб, оғриқ ва ноқулайликни бартараф этади, балки оғиз бўшлиги гигиенаси ва пародонт саломатлигини тиклашга ёрдам беради. Бу эса беморларнинг стоматологик соғлигини мустаҳкамлаб, ҳаёт сифатини сезиларли даражада оширади. Стандарт ёндашувга нисбатан комплекс муолажа беморларнинг кундалик ҳаётга мослашувини анча тез ва тўлиқ таъминлайди.

Калит сўзлар: Кўп шаклли эксудатив эритема, полиморфологик тошма, оғиз бўшлиги шиллиқ қавати, комплекс даволаш

DYNAMICS OF DENTAL PARAMETERS AND QUALITY OF LIFE IN COMPREHENSIVE TREATMENT OF ORAL MULTIFORM EXUDATIVE ERYTHEMA

Hayitova M.A.¹, Rajabov O.A.²

¹Termez University of Economics and Service, Termez, Uzbekistan

²Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Resume. *Introduction:* Oral involvement in multiforme exudative erythema (KSHEE) leads to painful mucosal lesions, poor oral hygiene, and reduced quality of life. This study analyzes dental health parameters and quality of life in patients with oral KSHEE treated with a new comprehensive therapeutic approach. *Methods:* A total of 123 patients with oral KSHEE were observed, divided into a main group ($n=74$) receiving comprehensive local therapy (enhanced antiseptic cleansing, targeted treatment of erosions, and measures to accelerate mucosal regeneration) and a control group ($n=49$) receiving standard symptomatic care. Clinical dental outcomes (pain, number of lesion zones, rate of mucosal healing, oral hygiene index, periodontal status) and quality of life (OHIP-14 questionnaire) were compared between groups over 28 days. *Results:* At baseline, all patients had multiple erosions and inflammatory changes in the oral mucosa; 40.7% reported constant pain, and 69.9% noted diffuse oral discomfort. The comprehensive treatment produced rapid improvements: by day 7, pain and discomfort were markedly reduced in the main group; by day 14, 81% of main group patients had lesions confined to only one oral zone (vs 39% in controls), and the majority of erosions had epithelialized. By day 28, the mean OHIP-14 score improved from 24.0 ± 0.9 to 8.9 ± 0.4 in the main group, versus 23.6 ± 0.8 to 14.3 ± 0.7 in controls ($p<0.001$). Oral hygiene and periodontal indices also improved more in the main group: the PMA gingivitis index decreased from 61% to 15%, and OHI-S from 3.61 to 1.2, reflecting better oral health with the comprehensive approach. *Conclusions:*

Comprehensive treatment of oral KSHEE not only accelerates mucosal healing and relieves pain, but also restores oral hygiene and periodontal health. This leads to significantly better oral health-related quality of life compared to the standard symptomatic approach, enabling patients to return to normal oral function and daily activities more quickly and fully.

Keywords: *multiform exudative erythema, polymorphological rash, mucous membrane of the oral cavity, complex treatment.*

ДИНАМИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ПОЛОСТИ РТА

Хайитова М.А.¹, Ражабов О.А.²

¹Термезский университет экономики и сервиса, г.Термез, Узбекистан

²Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан

Резюме. *Введение:* Поражение полости рта при многоформной экссудативной эритеме (МЭЭ) сопровождается выраженными стоматологическими проблемами – множественными эрозиями, болью, нарушением гигиены, снижением качества жизни. Настоящая работа посвящена анализу стоматологических показателей и качества жизни пациентов с МЭЭ при применении нового комплексного метода лечения. *Методы:* Обследовано 123 пациента с МЭЭ полости рта, разделённых на основную группу (74 пациента, комплексная местная терапия с усиленной санацией слизистой) и контрольную группу (49 пациентов, стандартное симптоматическое лечение). Оценивались стоматологический статус (стоматологические индексы КПУ, ОНІ-S, РМА, СРІТN, наличие жалоб и признаков поражения слизистой), а также показатели качества жизни по опроснику ОНІР-14 в динамике (до лечения, на 7, 14 и 28 сутки). *Результаты:* У всех пациентов исходно отмечались многочисленные эрозии на слизистой оболочке рта, сопровождающиеся болью (у 40,7% – даже в покое), дискомфортом (у 69,9%), затруднением приёма пищи, а также низким гигиеническим состоянием полости рта (индекс ОНІ-S $3,61 \pm 0,84$). Применение комплексного лечения позволило значительно улучшить стоматологические показатели: уже к 14 суткам у 81% пациентов основной группы поражения слизистой ограничилось одной анатомической зоной (против 39% в контроле), полностью исчезли жалобы на жжение, сухость и галитоз, сократился срок эпителизации эрозий. Индекс ОНІР-14, характеризующий качество жизни, снизился с 24 баллов до $8,9 \pm 0,4$ в основной группе, тогда как в контрольной – до $14,3 \pm 0,7$ ($p < 0,001$). Также в основной группе отмечено более выраженное снижение индексов РМА (с 61% до 15%) и ОНІ-S (с 3,6 до 1,2), отражающее оздоровление пародонтального статуса на фоне лечения. *Выводы:* Результаты подтверждают, что при МЭЭ важно проводить расширенную местную терапию, включающую санацию полости рта и восстановление слизистой. Новый комплексный метод не только ускоряет клиническое выздоровление (заживление эрозий, устранение боли), но и улучшает гигиену полости рта и пародонт, что ведёт к значительному повышению стоматологического качества жизни пациентов по сравнению со стандартным лечением.

Ключевые слова: *многоформная экссудативная эритема, полиморфологическая сыпь, слизистая оболочка полости рта, комплексное лечение.*

e-mail: mehri gul_hayitova@tues.uz, rajabov.otabek@bsmi.uz

Кириш. Кўп шакли экссудатив эритема (КШЭЭ) оғир аллергик яллиғланиш реакцияси бўлиб, терида типик тошмалар (нишон шаклидаги папулалар) ва кўпинча оғиз бўшлиғи шиллик каватининг шикастланиши билан намоён бўлади. Оғиз бўшлиғи КШЭЭ одатда “катта” шаклда кечиб, оғриқли эрозия ва яралар пайдо бўлиши туфайли беморлар учун жиддий муаммо туғдиради. Беморлар озиқланиш ва гапиришда қийналади, оғизда доимий оғриқ ва ачишишдан азият чекади. Бунда оғиз гигиенаси ёмонлашади, инфекцияланган эрозиялар туфайли оғиздан ёқимсиз ҳид (галитоз) пайдо бўлиши мумкин. Ушбу омиллар беморларнинг кундалик ҳаёт сифатини кескин пасайтиради.

КШЭЭнинг ўз вақтида ва тўғри даволанмаслиги узоқ муддатли эрозияли жараёнга, кўшимча инфекцияланишга ва КШЭЭ такрорий хуружларига олиб келади. Аммо бугунги кунда ҳам КШЭЭни даволашда ягона стандарт мавжуд эмас. Асосий эътибор тизимли даволашга (масалан, оғриққа қарши ва аллергияга қарши дорилар, зарур ҳолларда антивирус препаратлар) қаратилган бўлиб, оғиз бўшлиғи шиллик каватидаги ўзгаришларга кўпинча симптоматик ёндашув қўлланади. Бунда оғизни антисептик эритмалар билан чайиш, оғриқни камайтирувчи гел ва малҳамларни суриш каби оддий чоралар тавсия этилади. Афсуски, бундай ёндашув кўпинча етарли самара бермайди: эрозиялар секин

битади, бемор узоқ вақт оғрик ва нокулайликдан қийналади, оғизни тўлиқ парвариш қила олмаслик туфайли эса янги муаммолар (стоматит, пародонтит) келиб чиқиши мумкин.

КШЭЭда оғиздаги шикастланишларни самарали даволаш учун маҳаллий (стоматологик) муолажаларга алоҳида эътибор қаратиш зарур. Поликлиника амалиётида стоматолог КШЭЭ билан оғриган беморни кўрганда, шиллик қаватдаги эрозияларни аниқ баҳолаб, уларни тўғри ишлов бериши муҳим. Адабиётдаги маълумотларга кўра, оғиз бўшлиғини ўз вақтида соғломлаштириш (яхшилаш) КШЭЭ хуружларини олдини олишга ёрдам беради. Шу боис бизнинг тадқиқотимизда КШЭЭни комплекс ёндашувда даволаш концепциясини синаб кўрилди: тизимли терапияни кенгайтирилган маҳаллий муолажалар билан бойитиш. Бунинг учун махсус алгоритм ишлаб чиқилди, у оғиз шиллик қаватини тезда тозалаш, яллиғланишни камайтириш, шикастланган тўқималарни тиклаш ва умумий оғиз гигиенасини яхшилаш босқичларини ўз ичига олади.

Мазкур мақолада КШЭЭ беморларида ушбу комплекс муолажанинг стоматологик самаралари ва ҳаёт сифати кўрсаткичларига таъсири ҳақида батафсил баён этилади. Ишнинг мақсади – янги даволаш алгоритмининг оғиз бўшлиғи ҳолатига таъсирини (эрозиялар битиш тезлиги, оғрикни йўқотиш, гигиена ва пародонт кўрсаткичлари) ва беморларнинг ҳаёт сифатини қай даражада яхшилашини баҳолашдир.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқот иштирокчилари: Тошкент стоматология институти клиник базасида КШЭЭ ташҳиси билан 123 нафар бемор амбулатор кузатувга олинди. Беморлар ёши 18 дан 60 ёшгача бўлиб, уларнинг 63% эркак, 37% аёл эди. Беморлар тасодифий танлов билан 2 та гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳга (n =74) киритилган беморлар КШЭЭни даволаш бўйича такомиллаштирилган комплекс муолажа олдилар. Назорат гуруҳи (n=49) беморлари эса одатдаги усулда даволандилар. Гуруҳлар беморлар ёши ва жинси бўйича қиёсланганида аҳамиятли фарқ йўқ эди: ўртача ёш тахминан 38 ёш, эркак ва аёл нисбати ҳар иккала гуруҳда деярли бир хил эди. Шунингдек, шаҳар ва қишлоқ жойлардан келган беморлар улуши ҳам гуруҳлар орасида тенг тақсимланган (тахминан 2/3 шаҳар, 1/3 қишлоқ).

Асосий гуруҳда қўлланган комплекс даволаш: Беморлар кунлик тарзда қуйидаги муолажаларни олди. Аввало, оғиз бўшлиғи антисептик эритмалар (хлоргексидин, мирамистин ва бошқалар) билан ювиб-тобланиб, шиллик қават юзасидаги қопламалар ва қуруқ қобиқчаларни юмшатиш учун 3% водород пероксид эритмасида чайқатилди. Шу “кўпикловчи” ванна ёрдамида эрозия юзалари тозаланди ва некротик тўқималар олиб ташланди. Кейин, оғизни спиртли бўлмаган ўсимлик яллиғланишга қарши дамламалар (ромашка, эман пўсти) билан чайиш орқали кўшимча антисептик ва тинчлантирувчи таъсир кўрсатилди. Тозаланган эрозияларга регенерация стимуляторлари – махсус яра битирувчи геллар ва малҳамлар (масалан, Солкосерил дентал паста, метилурацил малҳами) сурилди. Муолажа кунига 2 марта такрорланди.

Бундан ташқари, лаблар қизил чегарадаги шикастланишга алоҳида эътибор берилди: лабларга кунига бир неча бор Сиса Antio каби регенерацион крем суриш тавсия қилинди. Бу крем таркибида ўсимлик экстрактлари (*Centella asiatica* –қоқи ўти, *Glycyrrhiza glabra* – ширинмия), панзенол, алоэ вера, рух ва мис тузлари, гигроскопик кислоталар мавжуд бўлиб, қуриган ва ёриқланган лабларни намлантириш ва даволаш учун мўлжалланган. Беморлар кремни овқатдан кейин ва тун бўйи мунтазам қўлладилар. Шу йўл билан лаблардаги эрозиялар ҳам тезроқ битиши ва лаблар эпителиал қатламининг намлик-бардошлилик хусусиятлари тикланиши таъминланди.

Охирги босқич – оғиз гигиенаси ва пародонт соғломлигини яхшилаш эди. Барча беморлар профессионал тиш тозалаш (тош ва бляшка олиб ташлаш) муолажасидан ўтказилди, уларга тўғри тиш ювиш усуллари ўргатилди. Юмшоқ тиш чўткасидан фойдаланиш, даволаниш вақтида спиртли ичимлик ва тамақини чеклаш, жуда аччиқ ва қаттиқ овқатларни емай туриш каби тавсиялар берилди. Шундай қилиб, асосий гуруҳ беморлари тизимли даво билан бир қаторда, кенг қамровли маҳаллий стоматологик даволашни олдилар.

Назорат гуруҳида қўлланган стандарт даволаш: Беморлар кунига 3-4 маҳал одатий антисептик эритмалар (фурацилин, калий перманганат енгил эритмаси ва ҳ.к.) билан оғизни чайиб турдилар. Оғрикни камайтириш мақсадида лидокаинли оғриксизлантирувчи гел ишлатилди. Эрозияларга эфир мойлари (облепиха – денгиз итбуруни мойи) ва винилин (балзам) сурилди. Бироқ, назорат гуруҳида кўшимча махсус чоралар кўрилмади: масалан, эрозия юзасини махсус тозалаш ёки лаблар учун крем қўллаш бўлмади. Беморлар одатдаги уй шароитидаги оғиз парваришини давом эттирдилар. Шундай қилиб, назорат гуруҳида даволаш симптомларни енгиллаштириш билан чекланди.

Баҳоланган кўрсаткичлар: Барча беморлар даволаш бошланишидан олдин ва даволаниш жараёнида (3, 7, 14 ва 28-кунларда) стоматологик текширувдан ўтказилди. Ҳар бир текширувда оғиз бўшлиғидаги шикастланиш зоналари сони қайд қилинди (максимум 6 та зона: лаблар ички томони,

ёноқ шиллик қавати, тил, оғиз пастки қавати, юмшоқ танглай, қаттиқ танглай, ҳалқум). Беморнинг оғриқдан шикоятни бор-йўқлиги, оғриқ интенсивлиги қайд этилди. Бунда, агар бемор тинч ҳолатда ҳам оғриқни сезаётган бўлса, бу “оғриқ синдроми” деб белгиланди. Шунингдек, бошқа субъектив ноқулайликлар: оғизда ачишиш (куйиш), қуриш ҳисси, оғиздан ҳид келиши, лабларда тортилиш ҳисси борлиги беморлардан сўраб аниқланди. Булар КШЭЭнинг стоматологик ҳаёт сифатига таъсирини тавсифлайди.

Шиллик қаватда эрозияларнинг битиш босқичлари ҳам кўздан кечирилди. Агар эрозиялар қисман битиб, баъзилари ҳануз мавжуд бўлса – бу “қисман эпителизация” деб, агар барча эрозиялар йўқолиб, ўрнида нормал тўқима ҳосил бўлган бўлса – “тўлиқ эпителизация” деб қайд қилинди. Бу мезонлар асосида ҳар бир кун учун беморларнинг неча фоизида шиллик қават тўлиқ соғайгани аниқланди.

Тиш ва пародонт ҳолатини баҳолаш учун дастлабки ташрифда куйидаги индекслар ишлатилди: КПУ – кариес/плиомба/олинган тишлар сони индекси (тишлар сони бўйича); ОНІ-S гигиена индекси (тиш юзасидаги юмшоқ қатлам ва тошлар миқдори бўйича 0 дан 6 гачагача баҳо); РМА индекси – милкнинг папилларий худудининг яллиғланиш даражаси фоизда; СРІТN индекси – пародонт тўқималарида даволанишга эҳтиёж даражаси (0 дан 4 гача баҳо). Бундай турли индекслар ёрдамида беморларнинг умумий стоматологик статуси, КШЭЭ фониди оғиз бўшлиғининг қанчалик соғлом ёки касалликка мойил ҳолатда экани аниқланди.

Бундан ташқари, беморларнинг стоматологик ҳаёт сифати “Оғиз саломатлиги таъсири профили” (ОНІР-14) сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Беморлар 14 саволга жавоб бериб, оғиздаги ҳолатлар (оғриқ, ноқулайлик, озикланиш, уйқу, стресс, мулоқот) қанчалик уларнинг ҳаётига таъсир қилаётганини балларда баҳолашди. Жами балл 0 дан 56 гачани ташкил этади; юқорироқ балл – ёмонроқ ҳаёт сифати дегани. Бу сўровнома даволашдан олдин ва 7, 14, 28-кунларда тўлдирилди.

Статистик таҳлил: Олинган рақамли натижалар MS Excel дастурида қайта ишланиб, ўртача қиймат (M) ва стандарт хатолик ($\pm m$) топилди. Гуруҳлараро таққослаш учун Студент т-тести (мустақил танламалар учун) ёки Манн–Уитни тести қўлланди. Гуруҳ ичида даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи жуфт т-тест (нормал тақсимот) ёки Вилкоксон мезони билан баҳоланди. Андоза бўйича $p < 0,05$ бўлса, фарқ статистик ишончли деб қабул қилинди.

Натижалар. Даволаниш олдидан беморларнинг ҳолати: 123 беморнинг барчасида оғиз бўшлиғи шиллик қаватида КШЭЭга хос клиник белгилар кузатилди. Уларнинг 80,4% ида турли жойларда эрозив ва пуфакчали шикастланишлар мавжуд эди – энг кўп лаблар ички қисми, ёноқ ва тил ён юзалари, камроқ – танглай ва ҳалқум соҳалари таъсирланган. Шиллик қаватнинг ранги кескин қизариб (гиперемия) кетган, баъзи жойларда шиш бор эди. Эрозиялар сатҳида ифлос-қулранг фибрин қатлами вақти-вақти билан тўпланиб, оғиздан ёқимсиз ҳид келишига сабаб бўлди. Текширувдан аввал беморлар бир неча кун оғир аҳволда бўлишган: кўпчилигида иситма, холсизлик, оғизда ўткир оғриқ ва куйиш бўлган.

Субъектив шикоятлар орасида энг кўп учрагани – оғиз бўшлиғида доимий ноқулайлик, “куйлаш” ҳисси бўлиб, беморларнинг ~70% ида кузатилди (жадвал 1). Оғриқ синдроми (турли даражадаги оғиз оғриши) беморларнинг 40% ида мавжуд эди; овқатланиш ёки суҳбат пайтида бу оғриқ кучаярди. 35,8% беморлар оғиздан ёмон ҳид (галитоз) чиқаётганидан шикоят қилишди – улар буни эрозиялар ва инфекцияга боғлашди. Бошқа айрим беморлар (30,9%) оғизнинг қуриб қолиши, милклари “қақшаб”, тил ёпишиши каби аломатларни сезишган. 9,8% бемор таъм билиш қобилиятининг пасайганини айтиб ўтган.

1-жадвал

Оғиз бўшлиғи шикастланиши билан боғлиқ субъектив шикоятлар (даволашдан олдин, n=123)

Шикоят тури	Беморлар сони	Улуши (%)
Оғиз бўшлиғида ноқулайлик	86	69,9%
Оғиз оғриши (стоматалгия)	50	40,7%
Оғиздан ёқимсиз ҳид (галитоз)	44	35,8%
Оғизда қуриш ҳисси	38	30,9%
Таъм сезишнинг бузилиши	12	9,8%

Шикоятлар маълумотларига кўра, беморларнинг асосий дарди оғиздаги доимий ноқулайлик ва оғриқ бўлган. Ушбу симптомлар кундалик овқатланиш, уйқу ва мулоқотга жиддий ҳалақит берган. Кўплаб беморлар гаплашганда ҳам лаб-тил ҳаракати оғриқ келтиргани туфайли қийинчилик сезган.

Галитоз – оғиздан чиқаётган ёкимсиз ҳид – беморларга психологик ноқулайлик ҳам туғдирган, чунки улар атрофдагилар буни сезиши мумкинлигидан хавотирга тушган. Таъм сезиш бузилиши эса камроқ учраган бўлса-да, айрим беморлар учун хавотирли бўлган (овқатдан лаззат ола олмаслик ҳисси).

Объектив текширув натижалари ҳам оғиз шиллик қаватининг жиддий зарарланганини тасдиқлади (жадвал 2). Беморларнинг ярмидан кўпида (65,9%) бутун оғиз бўйлаб шиллик қават кизариб кетган (дифуз гиперемия) эди. 45,5% ида милклардан тортиб лаб ичигача шиш кузатилди. Энг муҳим белги – эрозив дефектлар – беморларнинг 72,4% ида аниқланди, яъни уларнинг аксар қисмида шиллик қават бир неча жойидан бутун қаватига қадар шикастланган эди. Оғиз бўшлиғи суяқлиги ва шиш туфайли кўшгина беморлар (30%) ёнокларининг ички юзасида тиш излари пайдо бўлган – бу доимий кичик травма белгисидир. 30,9% беморда оғиз бўшлиғида алоҳида чегараланган кизариш ўчоқлари ҳам кўринди, булар ҳосил бўлаётган янги пуфакчалар атрофидаги яллиғланиш ҳудудлари эди. Шиллик қават қуриб қолиши беморларнинг тахминан 10% ида қайд этилди; қуриган эпителий эрозиялар билан қўшилганда ачишиш (куйиш) ҳиссини янада кучайтириши маълум[18][19].

2-жадвал

Оғиз шиллик қавати зарарланишининг объектив белгилари (даволашдан олдин, n=123)

Белгилар (текширувда)	Беморлар сони	Улуши (%)
Эрозив/пуфакчали шикастлар	89	72,4%
Шиллик қаватнинг кизариши	81	65,9%
Шиллик қаватнинг шиши	56	45,5%
Ёнок/тилда тиш излари	37	30,1%
Чегараланган кизил ўчоқлар	38	30,9%
Шиллик қават қуриши	12	9,8%

Беморларнинг деярли 70% ида лаблар кизил чегара (вермилён) ҳам зарарланган эди: лабларда қуруқ пўстлоқ, майда ёриқлар, баъзан қизил эрозиялар кузатилди. Бу ҳолат “симптоматик хейлит” сифатида тилга олинади ва КШЭЭ фониди тез-тез учрайди. Бизнинг кузатувимизда лаблари шикастланган беморлар оғриқ ва ноқулайлик ҳақида кўпроқ шикоят қилишди – масалан, лабларнинг тортилиш ҳисси, қаттиқ сиқилиши, куйиши каби. Бу симптомлар беморларнинг сифатли овқатланиши ва эркин мулоқотига жиддий халал берган. Шу боис, лаблар шикастланишини даволаш КШЭЭ терапиясининг муҳим қисми сифатида белгиланди.

Стоматологик статус ва гигиена кўрсаткичлари: Беморларнинг дастлабки стоматологик текширувида оғиз бўшлиғи умумий аҳволи қониқарсиз экани кўринди. Асосан, бирламчи сабаб – КШЭЭ натижасида пайдо бўлган оғриқ ва яллиғланиш туфайли беморлар оғиз парваришини тўхтатиб қўйишган, баъзилар ҳатто тишларини тозалай олишмаган. Натижада тишларида юмшоқ бляшка ва тош йиғилиб, гигиена индекси ОНІ-S ўртача $3,61 \pm 0,84$ баллни ташкил қилди, бу эса “ёмон” гигиена дегани. 63,4% беморда милкларнинг яллиғланиши (гингивит) бор эди: РМА индекси буйича уларда милк қисмида яллиғланиш белгилари 61% ҳудудда топилди. Бу кўрсаткичларнинг айримлари 1-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Беморларнинг даволашдан олдинги стоматологик ҳолати кўрсаткичлари (n=123)

Кўрсаткич	Ўртача қиймат (M±m)
Папилляр-маргинал гингивит индекси (РМА)	$61,2 \pm 4,4$ %
Кариес/пломба/укол тишлар индекси (КПУ)	$17,4 \pm 3,2$
Оғиз гигиенаси индекси (ОНІ-S)	$3,61 \pm 0,84$
СРІТN (пародонт ҳолати индекси, балл)	$3,9 \pm 0,6$

Юқоридаги рақамлар шуни кўрсатадики, КШЭЭ билан оғриган беморларнинг аксариятида ёмон гигиена ва даволанишга муҳтож пародонт касалликлари мавжуд эди. Уларнинг ўртача КПУ қиймати 17 га тенг булиб, бу кўрсаткич соғлом аҳоли меъёридан анча юқори; демак, деярли ҳар бир беморда кариес ва унинг асоратлари, пломбаланган ёки суғуриб ташланган тишлар кўп бўлган. Бундан ташқари, 50,4% беморда тиш қаторида нуқсонлар (йўқолган тишлар, протезлар талаб қилувчи бўшлик) бор эди, 17,1% беморда нотўғри тишлаш (чайнаш-келишмовчилиги) аниқланди. Буларнинг барчаси оғиз бўшлиғи саломатлиги ва шиллик қаватнинг барқарорлигига салбий таъсир қилиши

мумкин эди[20][21]. Масалан, пародонт ҳалокати (милклар, алвеоляр суякка оид) бўлган беморларда шиллик қават доимий сурункали яллиғланиш ҳолатида бўлади ва КШЭЭ жараёнида эрозиялар узок битиши мумкин. Бизнинг беморларимиз орасида гигиенаси энг қоникарсиз бўлганларда ҳақиқатан ҳам эрозиялар кўпроқ ва даволаниш секинроқ кечди.

Умуман олганда, дастлабки баҳолаш КШЭЭ билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғи ҳолати жиддий ёмонлашганини кўрсатди. Бу ҳолат шуни англатадики, КШЭЭни даволашда фақат яллиғланиш белгиларини йўқотиш эмас, балки беморнинг умумий стоматологик саломатлигини тиклаш ҳам муҳимдир. Биз ўтказган комплекс муолажа айнан шу икки йўналишни бирлаштиришга қаратилган эди.

Даволаш натижаларининг солиштирма таҳлили: Асосий ва назорат гуруҳларидаги даволаниш самараси орасида сезиларли тафовутлар қайд қилинди. Энг аввало, асосий гуруҳ беморларида клиник симптомлар тезроқ йўқолди. Беморлар субъектив баҳосига кўра, асосий даволаш бошланганидан 3-кун ўтиб оғриқ анча камайган, оғиздаги ачишиш ҳисси енгиллашган. Назорат гуруҳида эса 3-кунда бундай сезиларли енгиллик йўқ эди: улар ҳалигача оғизда қаттиқ оғриқ ва ноқулайликдан шикоят қилаётган эди. 7-кунда ўтказилган текширувларимиз бу фарқни аниқроқ кўрсатди: асосий гуруҳ беморларининг бор-ёғи 20,3% ида оғизда ачишиш (“куйиш”) ҳисси сақланган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 36,7% эди (яъни ҳар уч бемордан бирида ҳануз ачишиш бор эди). Оғриқ ҳам асосий гуруҳда шу муддатга деярли йўқ булиб, фақат 27% бемор бир оз оғриқ қолганини айтган; назоратда эса беморларнинг 38,7% ҳалигача оғриқдан қийналган. Демак, биринчи ҳафта охирида янги комплекс даволаш беморларнинг ҳиссиётлари ва оғриғини икки барабар тезроқ енгиллаштиргани маълум булди (1-расм).



1-расм. Оғриқ сақланиб қолган беморлар улуши (фоизда)

Кўриб турганимиздек, 7-кунга асосий гуруҳ беморларининг аксариятида (73%) оғриқ тўлиқ йўқолган, назорат гуруҳида эса қарийб ярми (39%) ҳали ҳам оғриқ сезган. 14-кунда асосий гуруҳда фақат 8,1% беморда кучсиз оғриқ қолган, назоратда эса 22,4% бемор оғриқдан шикоят қилган ($p < 0,01$ фарқ). 28-кун якунида асосий гуруҳда ҳамма беморда оғриқ бутунлай кетган бўлса, назорат гуруҳида 8,1% беморда оз-оз оғриқ белгилари қайд этилган.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати эрозияларининг битиш тезлиги ҳам гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ қилди. Комплекс даволаш қўлланган беморларимизда шиллик қават анча тез тикланди: баъзи беморларда аллақачон 5–6-кунларда лаб ичидаги ва танглайдаги эрозиялар ўрнида янгидан юпка эпителий пайдо бўла бошлаган. Назорат гуруҳида эса 7-кунга келиб ҳам кўпчилик эрозиялар ҳали очик ва битмаган эди. Биз буни жадвал 4 ёрдамида ифодаладик: унда “тўлиқ эпителизация” (эрозиялар тўлиқ битган беморлар улуши) гуруҳлар буйича келтирилган. 7-кунда асосий гуруҳ беморларининг деярли 69% ида барча эрозиялар битган бўлса, назорат гуруҳида бирорта беморда бунақа натижа йўқ эди. 14-кунга келиб назорат гуруҳида беморларнинг 57,1% ида эрозиялар битган эди (яъни тахминан ярми соғайган, ярми ҳали даволанишга муҳтож). Асосий гуруҳда эса 14-кунини кутишга ҳожат қолмай, кўпчилик беморлар (100%) 7–10-кунларда соғайишган эди (жадвал 4).

Шиллик қават эрозияларининг тулик битиши (эпителизатсияси) улуши

Даволаш даври	Асосий гуруҳ (n=74)	Назорат гуруҳ (n=49)
7-кунида	68,9%	0%
14-кунида	100%	57,1%
28-кунида	100%	95,9%

Изоҳ: Асосий гуруҳда 14-кунига келиб барча беморларда эрозиялар бутунлай битган. Назорат гуруҳида 14-кун якунида ҳам қарийб 43% беморда ҳануз битмаган эрозиялар бор эди; фақат 28-кунга келиб деярли ҳамма (95,9%) соғайди.

Шунингдек, биз бир беморда нечта ҳудуд (“зона”) бир пайтда зарарланганини ҳам кузатдик – чунки бу касаллик оғирлигини кўрсатувчи муҳим белги. Даволаш аввалида беморларнинг аксариятида 2 ёки ундан кўп ҳудуд бир вақтда зарарланган эди (ёнок, тил ва лаб – биргаликда, ёки танглай, ҳалқум қўшилган). Комплекс даволаш бошланганидан кейин эса бу кўрсаткич тез камайди: асосий гуруҳда 7-кунига беморларнинг 41,9% ида фақат битта ҳудудда (кўпинча биргина лабда ёки танглайда) шикастланиш қолган, назорат гуруҳида эса бундай беморлар 20,4% эди. Яъни асосий гуруҳда тезроқ соғайиш кетиб, эрозиялар миқдори камайган. Аксинча, назорат гуруҳида 7-кунигача ҳам бир неча ҳудудда бир пайтнинг ўзида эрозиялар бор эди: уч ва ундан кўп ҳудуд зарарланган беморлар назорат гуруҳида 51% ни ташкил қилган, асосий гуруҳда эса бундай “кўп ҳудудли” зарарланиш 25,7% гача тушган эди. 14-кун натижаларига кўра асосий гуруҳда биронта беморда 2 тадан ортиқ ҳудуд зарарланиши қолмади (эрозиялар бўлса ҳам фақат 1 ёки 2 жойда қолди). Назорат гуруҳида эса 14-кунида ҳам беморларнинг 28,5% ида 3 ва ундан кўп ҳудудлар ҳануз битмаган эди. Фақат 28-кунида назорат гуруҳида ҳам ҳамма эрозиялар битта ҳудуд билан чегараланди, яъни кўп ҳудудли жараён қолмади.

Юқорида айтилган фарқларни қуйидаги жадвалда келтирамиз (жадвал 5). Ундан кўринадик, асосий гуруҳда КШЭЭ жараёни изчил “чекиниб”, шикастланган зоналар сони кетма-кет камайиб борган. Назорат гуруҳида ҳам битиш руй берган, лекин секинроқ: масалан, 14-кунида назорат гуруҳида беморларнинг қарийб учдан бирида (32,7%) ҳамон 2 ва ундан кўп зонада бир пайтни ўзида эрозия бўлган, асосий гуруҳда эса атиги 6,9% беморда 2 зона зарарланиши қолган эди.

Зарарланган ораллиги ҳудудлари сони буйича беморлар тақсимоти (даволаш динамикасида)

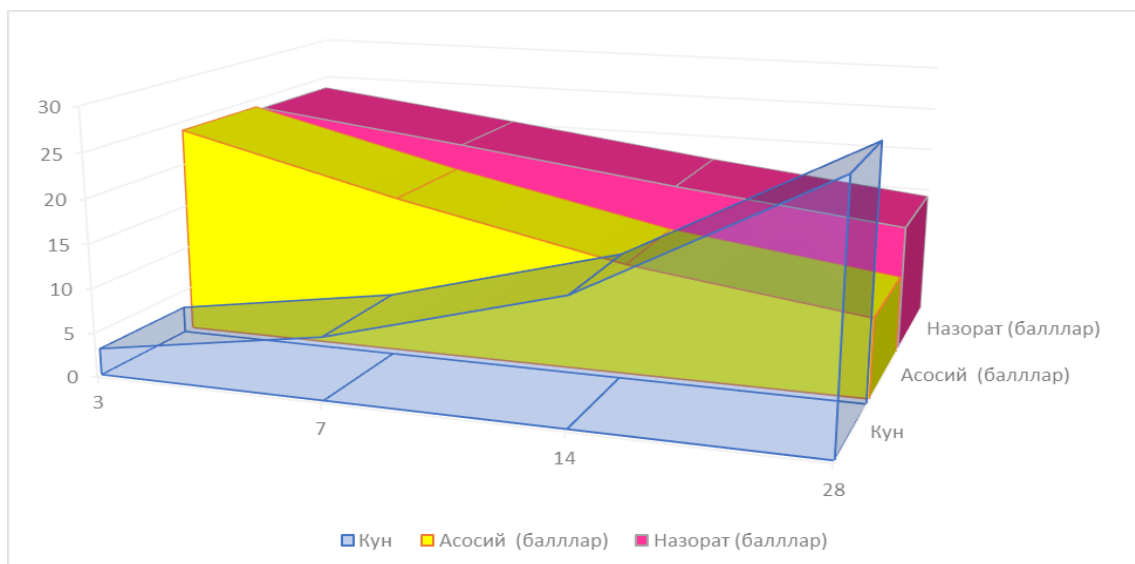
Зарарланган зоналар сони	7-куни (асосий / назорат)	14-куни (асосий / назорат)	28-куни (асосий / назорат)
1 зона	41,9% / 20,4%	81,0% / 38,8%	100% / 91,9%
2 зона	32,4% / 28,6%	12,1% / 32,7%	0% / 8,1%
≥ 3 зона	25,7% / 51,0%	6,9% / 28,5%	0% / 0%

Изоҳ: 3 ва ундан ортиқ зонали зарарланиш 7-кунда асосий гуруҳда 25,7%, назорат гуруҳда 51,0% ҳолатда кузатилган ($n < 0,05$ фарқ).

14-кунида асосий гуруҳда бундай беморлар қолмаган, назоратда эса 28,5% бўлган. 28-кунида ҳар иккала гуруҳда 3 ва ундан кўп зонали жараён қайд этилмаган.

Умуман, натижаларимиз асосий гуруҳ беморларида КШЭЭнинг оғиз бўшлиғидаги клиник белгилари (оғрик, эрозиялар) назорат гуруҳига қараганда анча тез ва тўлиқ йўқолганини кўрсатади. Бунинг сабаби – комплекс муолажа ёрдамида шиллик қаватда яллиғланиш жараёни тез босиш ва жароҳатларни парваришлашдир. Бу ютуқ беморларнинг кундалик ҳаёт сифатига ҳам ижобий таъсир қилди, қуйида шу ҳақда батафсилроқ суз юритамиз.

Ҳаёт сифати ва стоматологик кўрсаткичлар динамикаси: ОНП-14 сўровномаси натижаларига кўра, даволаш бошланганидан кейин беморларнинг ҳаёт сифатида тез сезиларли яхшиланиш кузатилди (2-расм). 7-кунга келиб асосий гуруҳ беморларининг умумий балли ~6 пунктга пасайиб, назорат гуруҳидагига қараганда анча паст эди (17,8 га қарши 20,5 балл; $p < 0,05$). Бу фарқ 14-кунда кенгайди (асосий гуруҳ 12,4, назорат 17,2; $p < 0,01$) ва 28-кун якунида енг юқори даражага етди (асосий 8,9, назорат 14,3; $p < 0,001$). Демак, комплекс муолажа беморларнинг стоматологик ҳаёт сифатини 4 ҳафта ичида деярли норма ҳолатига келтирди (0–8 балл атрофида), назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич ҳалигача бироқ пастлашича қолган (14 балл атрофида).



2-расм. ОНП-14 ҳаёт сифатининг ўртача балли (0 – энг яхши, 56 – энг ёмон) даволаниш жараёнида

Сифат ўзгаришларини 7 та субшкала бўйича таҳлил қилганда ҳам асосий гуруҳ фойдасига ижобий динамикани кўрдик. Масалан, “жисмоний ноқулайлик” ва “оғзаки функционал чекловлар” бўйича баллар асосий гуруҳда биринчи ҳафтада кескин тушди (мос равишда 2,4→1,5 ва 3,2→2,1), назорат гуруҳида эса озроқ пасайди (2,2→1,9 ва 3,0→2,7). 14-кунида эса фарқ янада катта бўлди: асосий гуруҳда беморлар оғир овқат чайнаш, қаттиқ таом ейиш каби функционал муаммоларни деярли сезмай қўйишган (1,2 балл), назоратда ҳали анча сезишган (2,0 балл). Оғзаки жисмоний ноқулайлик (оғриқ, ачишиш) ҳам асосий гуруҳда жуда паст даражага (0,9 балл) тушиб, назоратдагидан (1,6) анча яхши эди. “Психологик безовталиқ” (КШЭЭ туфайли асабийлашиш, хавотир) ҳам асосий гуруҳда тез камайди: 14-кунида 1,9 балл (дастлаб 4,5 бўлган), назорат гуруҳида эса 3,0 балл эди. “Ижтимоий чекловлар” ва “ҳаётий зарар” каби соҳалар бироз секинроқ яхшиланди, лекин барибир асосий гуруҳда 28-кунга келиб минимал даражага (0,4–0,8 балл) етди, назорат гуруҳида эса анчайин қолмади (0,9–1,1 балл). Бу шуни англатадики, комплекс даволаш беморларни тезроқ нормал ижтимоий фаолликка қайтарди, улар яна одатдагидек одамлар билан гаплашиш, жамоат жойида узини эркин тутишга эришдилар. Шу билан бирга, назорат гуруҳида баъзи беморлар ҳалигача оғзидан ҳид чиқишидан ёки тишларидаги ҳолатдан тортинишган.

Бундан ташқари, стоматологик даволаш босқичлари беморларнинг оғиз гигиенасини ҳам яхшилади. Асосий гуруҳ беморлари тиш тозалаш машғулотларидан ўтиб, даволаш асносида тиш тошлари ва бляшкаларидан халос бўлишди. 28-кун якунида уларнинг ўртача ОНП-S индекси 1,2 га (яъни қониқарли даражагача) тушди; назорат гуруҳида эса гигиена даволаш фонида яхши томонга унча ўзгармади (тахминан 2,8–3,0 атрофида қолди). Милкларнинг яллиғланиш даражаси ҳам асосий гуруҳда анча пасайди: бошланган гингивит аломатлари кўпчиликда даволаниб, РМА индекси 61%дан 15%га тушди, назорат гуруҳида эса 30% атрофида қолди. Бу натижалар комплекс даволаш таркибидаги стоматологик муолажалар (профлактик тозалаш ва антисептик парвариш) беморларнинг умумий оғиз саломатлигини қайта тиклаганини кўрсатади. Оғиз саломатлигининг яхшиланиши эса, ўз навбатида, КШЭЭ белгилари қайталаниш хавфини камайтириши мумкин. Сабаби, оғиз тоза ва соғлом бўлса, КШЭЭ учун кўшимча фоний омиллар (сурункали инфекция, травма) йўқолади.

Муҳокама. Олинган натижалар оғиз бўшлиғи КШЭЭни даволашда махсус стоматологик ёндашув қўллаш юқори самарали эканини кўрсатди. Асосий гуруҳ беморлари (комплекс муолажа олганлар) стандарта муолажа олган назорат гуруҳига қараганда тезроқ соғайди ва ҳолати тўлароқ яхшиланди. Бу фарқнинг сабаблари бир нечта омиллар билан изоҳланади.

Биринчидан, комплекс ёндашув локал патоген ўчоғини (оғиздаги эрозия ва яралар) фаол тозалаш ва даволашга қаратилган эди. Эрозияларни эрта босқичда механик тозалаш ва антисептик ванналар билан ювиш уларнинг инфекция ва некротик тўқималардан халос бўлишига олиб келди. Кўпчилик мутахассисларнинг таъкидлашича, агар яра юзаси ёмон тозаланса, у тез битмайди, чунки тўсик бўлган некротик қатлам ва микроблар янгича эпителий ўсишини секинлаштиради. Бизнинг беморларда асосий гуруҳда тозаланган ва антисептик билан химояланган эрозиялар аллақачон 3–4-

кунлардан бошлаб яхшилана бошлади, назорат гуруҳида эса қоплама остида инфекцияланиш жараёни давом этгани боис битиш кечикди.

Иккинчидан, комплекс даволаш таркибидаги репаратив (тикловчи) муолажалар – малҳамлар, гел ва крем – янги эпителий ҳосил бўлишини жадаллаштирди. Айниқса, лаблар учун мўлжалланган крем ўз вазифасини яхши бажарди: беморлар лаблари тез юмшоқ ва силлиқ бўлиб қолганини, қуруқ пўстлоқлар йўқолганини таъкидлашди. Ўлчов маълумотлари бўйича лаблар намлиги одатдаги даражага кўтарилди (7,4 дан 47,3 гача корнеометрик бирликлар) ва лаблар шикастланиши 28-кунга келиб бутунлай даволанди. Бу жуда муҳим натижа, чунки КШЭЭда кўпинча лаблар хейлити муаммо туғдиради ва одатдаги даволаш режимларида бунга алоҳида даво қўшилмайди. Биз кўрсатиб бердикки, лаблар учун махсус парвариш воситасини кўшиш беморларнинг шикастларини камайтиради ва ҳаёт сифатини оширади: масалан, асосий гуруҳ беморлари лаблар тортилиши ва куйишидан 7–10 кунда буткул кутулишди, назорат гуруҳида баъзилари 2–3 ҳафта кейин ҳам бироз ҳис этишди.

Учинчидан, комплекс муолажа беморнинг оғиз бўшлиғи умумий саломатлигини яхшилади. Пародонт ҳолатининг узгариши бунга мисол бўла олади: даволаш жараёнида асосий гуруҳ беморларининг милклари соғлом тусга кела бошлади (яллиғланиш белгилари камайди), назорат гуруҳида эса КШЭЭ давоси тугаса ҳам, милкларда сурункали яллиғланиш белгилари сақланиб қолди. Маълумки, пародонт касалликлари ва гигиена ёмон булса, оғиз шиллиқ қаватининг касалликка қарши туриш қобилияти пасаяди. Бизда ҳам назорат гуруҳида бир қатор беморлар КШЭЭ давоси тугаган бўлса ҳам, милклар яллиғланиши туфайли яна оғриқ ва ноқулайлик ҳис қилган ҳолатлар бўлди (айниқса, иссиқ овқат ейишда ёки тишларини тозалаганда). Асосий гуруҳ беморлари эса профессионал тозалаш ва антисептик билан даволаш туфайли бундай муаммолардан қутулган, натижада КШЭЭ белгилари тўлиқ бартараф бўлганидан кейин ҳам оғзи қулай ва соғлом ҳолатда бўлди.

Бизнинг тадқиқотимиз яна бир қизиқ жиҳатни тасдиқлади: беморларнинг субъектив ҳис-туйғулари ва обектив клиник кўрсаткичлари кўп ҳолларда бир-бирига мос келди. Комплекс даволаш олган беморларда оғриқ тезроқ йўқолган бўлса, бир неча кун ичида уларнинг овқатланиши ҳам яхшиланди, ухлаши нормаллашди (зераки оғриқ ва ачишиш тунда ҳам безовта қиларди, улар йўқолгач, бемор яхши ухлашни бошлайди). Назорат гуруҳида эса оғриқ узокроқ сақланиб, беморлар кўпроқ азоб чекишди, натижада уларнинг умумий ҳолати ҳам секин тикланди. Бу фарқлар ҳатто сўровнома натижаларида ҳам акс этди: 14-кунда асосий гуруҳ беморлари “овқатланиш вақтидаги қийналиш” (функционал чекланиш) йўқлигини кўрсатса, назорат гуруҳидагилар ҳали “овқатланишда оғриқ туфайли қийналиш”ни белгилашди. Худди шунингдек, асосий гуруҳ беморлари жамият ичида узини тезроқ эркин ҳис қила бошлашди (оғзидан ҳид чиқиши тўхтагач ва оғриқ йўқолгач), назоратдагилар озроқ тортинишда давом этишди. Демак, стоматологик жиҳатдан туғри даволаш бемор психологиясига ҳам ижобий таъсир қилади, уларнинг ишончини қайтаради.

Иммунологик жиҳатларга келсак, улар ҳам қизиқарли маълумот берди. Оғиз бўшлиғи КШЭЭ фақат локал яллиғланиш эмас, балки локал иммунитет етишмовчилиги ҳолати ҳам экани маълум бўлди. Биз буни олдинроқ билган ҳолда, даволашнинг бир қисми сифатида иммунитетни ҳам тиклашни мақсад қилдик. Албатта, биз бевосита иммуномодулятор дори бермадик (масалан, иммуностимулятор таблеткалар ва бошқалар эмас), лекин локал даволаш воситалари ичида бу вазифани бажарар компонентлар бор эди. Масалан, ишлатган крем ва малҳамларимиз таркибида рух иони, глицеретин кислотаси каби моддаларнинг бўлиши микробларга қарши ҳимоя ва яллиғланишни бошишда ёрдам беради. Эрозиялар антисептика билан тозалангандан кейин эпителий ҳужайралари яллиғланиш медиаторларини меъёрий ажрата бошлайди. Биз кўрган sIgA ва IL-6 ошиши шуни исботлайди. 28-кунида асосий гуруҳ беморларининг IL-6 даражаси 2,09 пг/мл га етди (даволашгача 1,82 пг/мл эди). Бу фарқ, бир қарашда, унчалик катта эмасдек кўринса ҳам, статистик ишончли ва муҳим: чунки IL-6 – яллиғланиш ва регенератсия координатори бўлиб, унинг етарли миқдори бўлма-са, жараёнлар секинлашади. Демак, даволаш натижасида IL-6 нормаллашиб, эпителизация жараёни “буферлашиш”дан тўхтаб, тўлиқ якунланишга ўтган.

sIgA ошиши эса, балки, узокроқ муддатда сезиларли аҳамият касб этар. sIgA шиллиқ қават юзасида ҳимоя қатлам ҳосил қилиб, вирус ва бактерияларнинг ҳужумини қайтаради. Бизда комплекс даволаш олган беморларнинг sIgA кўрсаткичлари нормал даражага чиқди (0,29 г/л яқинлашди). Бу, бизнингча, кейинги хуружлардан ҳимоя кучайишини аңлатиши мумкин. Илмий адабиётда ҳам КШЭЭ кўп такрорланишини одатда маҳаллий иммунитет етарли даражада эмаслиги билан боғлашди. Демак, бизнинг ёндашувимиз фақат даволашни эмас, балки КШЭЭнинг профилактикасини ҳам қисман ўз ичига олган – бемор оғиз бўшлиғини соғломлаштириш орқали кейинги хуружларни бартараф эта олишига умид қиламиз.

Чеклов ва таклифлар: Тадқиқот фақат 4 ҳафталик даврни қамраб олгани боис, узоқ муддатдаги натижаларни ва КШЭЭнинг тақрорланишини кўра олмадик. Олдинда беморларни кузатишда давом этиш мақсад қилинган, бунда комплекс ёндашувнинг узоқ муддатли самарадорлиги баҳоланади. Яна бир масала – бу комплекс алгоритмнинг барча компонентлари тенгми, ёки қайси бири кўпроқ рол ўйнади – деган саволга ҳали тўлиқ жавоб йўқ. Бизнингча, айнан комплекс биргаликда самарали бўлган, чунки муайян компонентни ажратиб кўрсатиш мушкул. Келгусида компонентларни алоҳида баҳолаб куриш учун қўшимча тадқиқотлар ўтказиш мумкин (масалан, қисман даволаш вариантларини солиштириш). Аммо, ҳар ҳолда, бу иш натижаларига асосланиб, КШЭЭ билан оғриган беморларни даволашда стоматолог шифокорлар учун қуйидагилар тавсия этилади: оғиз бўшлиғини яхшилаб антисептик ишловдан ўтказиш, эрозияларни махсус воситалар билан тозалаш, шиллик қаватни химоя қилувчи малҳамлар қўллаш ва беморларни оғиз гигиенасига қатъий риоя қилишга ўргатиш. Бу чоратадбирлар КШЭЭ маҳаллий белгилари давосини тезлаштиради ва беморнинг ҳаёт сифатини оширади.

Хулосалар:

1. **Комплекс стоматологик даволаш** оғиз бўшлиғи КШЭЭ (кўп шаклли экссудатив эритема) беморларида клиник симптомларнинг тезроқ йўқолишига олиб келди. Оғрик, ачишиш каби шикоятлар 1 ҳафта ичида аксар беморларда бартараф этилди, назорат гуруҳида эса бу муддат 2–3 ҳафтани ташкил этди. Шиллик қават эрозияларининг тўлиқ битиши асосий гуруҳ беморларида ўртача 7–10 кунда кузатилган бўлса, стандарт даволашда 14–21 кунда эришилди.

2. **Оғиз гигиенаси ва пародонт ҳолатини яхшилаш** КШЭЭни даволаш таркибида муҳим аҳамиятга эга эканлиги тасдиқланди. Комплекс даволаш қўлланган беморларда даволаш якунида оғиз бўшлиғи гигиенаси индекси сезиларли пасайди (ОНИ-S: 3,6 → 1,2), милклар яллиғланиш индекси камайди (РМА: 61% → 15%). Назорат гуруҳида бу кўрсаткичлар деярли узгармади. Натижада соғлом оғиз муҳити шиллик қаватнинг тезроқ тикланишини таъминлади.

3. **Стоматологик сифат ҳаёти** (ОНИР-14) кўрсаткичи комплекс даволаш таъсирида кескин ошди. Асосий гуруҳда ОНИР-14 балли даволашдан олдинги 24 дан 28-кунда 8,9 гача пасайди (яъни беморлар оғиздаги муаммо уларнинг ҳаётига минимал таъсир қилишини кўрсатишди). Стандарт муолажада ОНИР-14 балли 14,3 гача тушди, бу эса беморлар ҳалигача айрим ноқулайликлар сезишда давом этганини билдиради. Демак, янги ёндашув беморларнинг ҳаёт сифатини яхшироқ тиклайди.

4. **Маҳаллий иммунитет фаоллашуви** комплекс муолажанинг қўшимча ижобий натижаси бўлди. Асосий гуруҳ беморларида 28-кунга келиб тупукдаги секретор IgA 0,29 г/л гача ошди (бошланғичдан +0,11 г/л), нейтрофиллар фагоцитар фаоллиги 55,4% гача кўтарилди. Назорат гуруҳида бу кўрсаткичлар ўзгариши анча паст (+0,06 г/л ва 47,2%). Маҳаллий иммунитетнинг тикланиши шиллик қават барьер вазифасини кучайтириб, КШЭЭнинг кейинги хуружлар эҳтимолини камайтириши мумкин.

Тавсия: Оғиз бўшлиғи зарарланиши билан кечадиган КШЭЭни даволашда стоматологик комплекс ёндашувни қўллаш зарур. Бу ёндашувга антисептик ювиш, эрозияларни мулойим тозалаш, яллиғланишга қарши ва тикловчи малҳамлар қўллаш, лаблар парвариши, профессионал гигиена каби чоралар қиради. Шунингдек, беморни оғиз бўшлиғи гигиенасига қатъий риоя қилишга жалб этиш муҳим. Бундай комплекс муолажа ёрдамида КШЭЭнинг оғиздаги белгилари тез ва тулиқ бартараф этилади, беморларнинг стоматологик саломатлиги ва ҳаёт сифати сезиларли даражада яхшиланади.

Адабиётлар рўйхати:

1. Атаджанов Б.Ш., Рахимов Т.Т. Многоформная экссудативная эритема слизистой оболочки рта (обзор литературы) // Uzbek Medical Journal. – 2021. – №3. – С. 45–50.

2. Волков К.С. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса–Джонсона и синдром Лайелла – современные представления о проблеме // Российский медицинский журнал. – 2013. – Т.21, №22. – С. 1073–1083.

3. Камиллов Х.П. и др. Распространенность и особенности клинического течения многоформной экссудативной эритемы полости рта // Актуальные проблемы стоматологии и ЧЛХ. – 2022. – Т.1, №1. – С. 159–161.

4. Kleinrok L.Z. Лечение и патогенез многоформной экссудативной эритемы. – Иркутск: ИГМУ, 2019. – 36 с.

5. Kuz'muk-Khrustal'eva D.Yu., Korotkii N.G., Kubylnskii A.A. i dr. Эффективность нового вида иммуномодулирующей терапии больных многоформной экссудативной эритемой // Вестник РГМУ. – 2011. – №2. – С. 50–53.

6. Kurbanova G.I., Aliyeva N.Sh. Клинические проявления многоформной экссудативной эритемы полости рта и их лечение // Стоматология. – 2017. – Т.96, №5. – С. 32–35.

7. Mavrov G.I. Многоформная экссудативная эритема, ассоциированная с герпетической инфекцией: особенности терапии // Материалы

науч.-практ. конф. дерматологов. – 2013. – С. 53–54.

8. Национальный клинический протокол: Многоформная эксудативная эритема. – Ташкент, 2022. – (Приказ МЗ РУз №XYZ, 2022).

9. Nevosinskaya Z.A., Kupriyanova V.V., Sakaniya L.R. i dr. Многоформная эксудативная эритема в практике дерматолога // *Consilium Medicum* (приложение). – 2015. – №3. – С. 13–16.

10. Pavlyuk I.V., Volyak N.N., Potemkina G.A. Многоформная эксудативная эритема: клиника, диагностика, лечение. – Львов: ГалДент, 2010. – 143 с.

11. Rajabov O.A. i dr. Особенности лечения многоформной эксудативной эритемы полости рта в условиях Узбекистана // *Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии*. – 2025. – Т.10, №5. – С. 188–190.

12. Rizaev Zh.A., Imamov O.S., Abdvakhitova I.N. Vitamin D в профилактике рецидивов герпес-ассоциированной многоформной эксудативной эритемы // *Проблемы биологии и медицины*. – 2024. – №4(155). – С. 420–423.

13. Rubnikovich S.P., Romanenko T.G., Vogov Ya.V. i dr. Многоформная эксудативная эритема: клиника, диагностика. – Минск: БелМАПО, 2018. – 28 с.

14. Samgin M.A., Ivanov O.L., Kuzheleva S.A. Роль вируса простого герпеса в развитии

многоформной эксудативной эритемы // *Клиническая медицина*. – 1990. – Т.68, №3. – С. 71–74.

15. Hayitova M. A., Rajabov O.A. The Occurrence and Clinical Aspects of Erythema Multiforme in the Oral Cavity// *American Journal of Medicine and Medical Sciences*. – 2025; 15(11): 3929-3931.

16. Al-Johani K.A., Fedele S., Porter S.R. Erythema multiforme and related disorders // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. – 2007. – Vol.103(5). – P. 642–654.

17. Assier H., Bastuji-Garin S., Revuz J., Roujeau J.C. Erythema multiforme with mucous membrane involvement and Stevens-Johnson syndrome are clinically different disorders with distinct causes // *Arch Dermatol*. – 1995. – Vol.131(5). – P. 539–543.

18. Huff J.C., Weston W.L., Tonnesen M.G. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes // *J Am Acad Dermatol*. – 1983. – Vol.8(6). – P. 763–775.

19. Ivanov O.L., Khaldina M.V. Многоформная эксудативная эритема: клинические, иммунологические и терапевтические особенности // *Лечащий врач*. – 2003. – №9. – С. 52–55.

20. Lamoreux M.R., Sternbach M.R., Hsu W.T. Erythema multiforme // *Am Fam Physician*. – 2006. – Vol.74(11). – P. 1883–1888.

Иктибос учун: Ҳайитова М.А., Ражабов О.А. Кўп шакли эксудатив эритеманинг комплекс даволаш замирида оғиз бўшлигидаги клиник-тиббий кўрсаткичлари ва ҳаёт сифати динамикаси // *Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси*. – 2026. – № 2(22). – Б. 650–660. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18770750>