

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**
**MINISTRY OF HEALTH
OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN**

Turkiston tibbiyot jurnali (1922yy.), O'rta Osiyo tibbiyot jurnali (1925yy.)



O'zbekiston tibbiyot jurnali



O‘ZBEKISTON TIBBIYOT JURNALI

Медицинский журнал Узбекистана

Medical journal of Uzbekistan

ILMIY AMALIY JURNALI

2024 №1

ISSN: 0025- 830X

1922 yilning yanvaridan chiqa boshlagan

Ta’sischi – O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi

Jurnal O‘zbekiston Respublikasi matbuot va axborot agentligi tomonidan

2011 yil 12 mayda ro‘yxatga olingan (№138)

DUK “O‘zbekiston tibbiyot jurnali ”

Toshkent 2024

BOSH MUHARRIR

Khudoyarov Asilbek Anvarovich

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI

Kamilov Haydar Pazilovich

MAS'UL KOTIB

Niyazova Zebiniso Anvarovna

TAHRIR HAY'ATI

Abdusamatov B.Z. (O'zbekiston)	Mammadbayli A. (Azerbaijan)
Akilov X.A. (O'zbekiston)	Maxkamov K.E. (O'zbekiston)
Alimov A.V. (O'zbekiston)	Musabaev E.I. (O'zbekiston)
Alyavi B.A. (O'zbekiston)	Muxtorov Sh.T. (O'zbekiston)
Aripova T.U. (O'zbekiston)	Nadirqanova N.S. (O'zbekiston)
Axmedova D.I. (O'zbekiston)	Najmutdinova D.K. (O'zbekiston)
Basitxanova E.I. (O'zbekiston)	Norvapalo K. (Finland)
Bassi F. (Italy)	Nazirov F.G. (O'zbekiston)
Baxromov S.M. (O'zbekiston)	Parpieva N.N. (O'zbekiston)
Carrasco D.G. (Spain)	Pulatova D.Sh. (O'zbekiston)
Choi Jae Wook (Korea)	Raivo P. (Finland)
Daminov B.T. (O'zbekiston)	Riskiev U.R. (O'zbekiston)
Ermatov N.J. (O'zbekiston)	Rizaev J.A. (O'zbekiston)
Fazilov X.G. (O'zbekiston)	Rizaev K.S. (O'zbekiston)
Gaffarov S.A. (O'zbekiston)	Sabirov U.Yu. (O'zbekiston)
Gafurov G.G. (O'zbekiston)	Safoev B.B. (O'zbekiston)
Gavrilova T.V. (Rossiya)	Sergeeva N. (Rossiya)
Gerasimova L.P. (Rossiya)	Shadmanov A.K. (O'zbekiston)
Hufnagel M. (Germany)	Shayxova G.I. (O'zbekiston)
Inoyatov A.Sh. (O'zbekiston)	Sidikov A.A. (O'zbekiston)
Inoyatova F.I. (O'zbekiston)	Soatov T.S. (O'zbekiston)
Irismetov M.E. (O'zbekiston)	Sobirov J.M. (O'zbekiston)
Iskandarov A.I. (O'zbekiston)	Sokolovich N.A. (Rossiya)
Iskandarov T.I. (O'zbekiston)	Tadjiev B.M. (O'zbekiston)
Islomov M.S. (O'zbekiston)	Teshaev Sh.J. (O'zbekiston)
Ismailov U.S. (O'zbekiston)	Tillyashayxov M.N. (O'zbekiston)
Ismoilov S.I. (O'zbekiston)	Tulyaganov D.B. (O'zbekiston)
Isroilov R.I. (O'zbekiston)	Turaev F.F. (O'zbekiston)
Kariev G'M. (O'zbekiston)	Tuychiev L.N. (O'zbekiston)
Karimov Sh.I. (O'zbekiston)	Ubaydullaev A.M. (O'zbekiston)
Karimov X.Ya. (O'zbekiston)	Xakimov M.Sh. (O'zbekiston)
Kim Chen Wo (Korea)	Xaydarov N.Q. (O'zbekiston)
Komilov X.M. (O'zbekiston)	Xodjibaev A.M. (O'zbekiston)
Kostadinov D. (England)	Xodjibekov M.X. (O'zbekiston)
Kramer M. (Germany)	Yüksel Özkan (Turkey)
Kuldjanov D. (USA)	Yusupaliyev B.K. (O'zbekiston)
Kurbanov R.D. (O'zbekiston)	Yusupov A.F. (O'zbekiston)
Madazimov M.M. (O'zbekiston)	Zuccotti G.V. (Italy)
Makieva K.B. (Kыргызстан)	



DUK "O'zbekiston tibbiyot jurnali"

100047, Toshkent shahri, Mahtumkuli ko'chasi 103, 4.

Tel.: +99871 289 14 57

www.medjournal.uz

Камилов Хайдар Пазирович-д.м.н., профессор
Усманова Лаззат Баходировна-ассистент

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ АФТЕ СЕТТОНА

Ташкентский государственный стоматологический институт
Кафедра госпитальной терапевтической стоматологии

Kamilov Haydar Pazilovich- t.f.d., professor
Usmanova Lazzat Baxodirovna-assistent

AFTA SETTONDA OG'IZ BO'SHLIGI SHILLIQ QAVATINING KLINIK-MIKROBIOLOGIK O'ZGARISHI

Toshkent davlat stomatologiya instituti
Gospital terepevtik stomatologiya kafedras

Kamilov Khaydar Pazilovich-D.M.Sc., professor
Usmanova Lazzat Baxodirovna-assistant

CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL CHANGES IN THE ORAL MUCOSA DURING IN SETTON APHTHA

Tashkent state dental institute
Department of hospital therapeutic dentistry

Резюме. В статье приведены клинические сведения при афте Сеттона, в 1 группе сравнения уровень боли у 31,8% пациентов средний уровень болевой чувствительности соответствовал 3,64 баллам, во 2 основной группе у 23,9% пациентов средний уровень боли соответствовал 5,33 баллам. При микробиологическом исследовании количество лактобактерий в 1 группе сравнения и во 2 основной группе значительно снижены, в ротовой жидкости отмечался дисбиоз с достоверным увеличением количества стафилококков.

Ключевые слова: стафилококк, L-формы стрептококка, лактобактерии, ротовая жидкость.

Xulosa. Maqolada 1-qiyoslash guruhida Setton aftasi bo'yicha klinik ma'lumotlar berilgan, bemorlarning 31,8 foizida og'riq darajasi, og'riq sezuvchanligining o'rtacha darajasi 3,64 ballga to'g'ri kelgan, 2-asosiy guruhda, bemorlarning 23,9 foizida, o'rtacha daraja. og'riq 5,33 ballga to'g'ri keldi. Mikrobiologik tadqiqot davomida 1-qiyoslash guruhida va 2-asosiy guruhda laktobakteriyalar soni sezilarli darajada kamaydi, stafilokokklar sonining sezilarli o'sishi bilan og'iz suyuqligida disbiyoz qayd etildi.

Kalit so'zlar: stafilokokk, streptokokkning L-shakllari, laktobakteriyalar, og'iz suyuqligi.

Summary. The article provides clinical information for Setton's aphthae in the 1st comparison group, the level of pain in 31.8% of patients, the average level of pain sensitivity corresponded to 3.64 points, in the 2nd main group, in 23.9% of patients, the average level of pain corresponded to 5.33 points. During a microbiological study, the number of lactobacilli in the 1st comparison group and in the 2nd main group was significantly reduced; dysbiosis was noted in the oral fluid with a significant increase in the number of staphylococci.

Key words: staphylococcus, L-form streptococcus, lactobacilli, oral fluid.

Актуальность: Рецидивирующий афтозный стоматит - хроническое заболевание, характеризующееся образованием на подвижной слизистой оболочки полости рта болезненных афт, которые рецидивируют с различной частотой и является одним из самых распространенных стоматологических заболеваний. По данным ВОЗ, обнаруживается примерно у каждого пятого жителя планеты распространенность ХРАС варьируется от 3,6% до 60%. Существует

две клинические формы заболевания: 1. легкая; 2. тяжелая (рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты Сеттона) [2,3,4,9].

Ведущее место в этиопатогенезе афты Сеттона, отводится инфекционно-аллергическому фактору, при этом наблюдается сенсибилизация организма, выражающаяся в повышенной чувствительности как к вирусам, так и к стафилококку, протее, L-формам стрептококка, кишечной палочке [1,4,6]. Выявлена прямая корреляционная зависи-

мость между длительностью течения патологического процесса и количеством вирулентных микроорганизмов, что, в свою очередь, отражает снижение резистентности слизистой оболочки полости рта [7].

Согласно современным представлениям, микрофлора в микробиоме организма, в целом может способствовать формированию воспалительно-деструктивных процессов в полости рта и утяжелять клинические проявления многих соматических заболеваний, в том числе афты Сеттона [5,8]. С учетом степени нарушений видового состава микробиомы полости рта при афте Сеттона, появляется возможность поиска адекватных диагностических подходов в ведении таких пациентов.

Цель исследования: изучить клинические и количественные и качественные показатели микробиоценоза полости рта у пациентов с афтой Сеттона.

Материал и методы. Было обследовано 112 пациентов с афтой Сеттона (АС), находящихся на амбулаторном лечении в поликлинике терапевтической стоматологии клиники ТГСИ. Из них женщин было 67 человек, мужчин – 45 человек. (Таблица 2.2). Сроки исследования составили 6 месяцев. Были сформированы 2 групп больных в зависимости от метода лечения: 1 группа (сравнения – традиционное лечение) вошли 53 человека, 2 группа (основная – комплексное лечение) – 59 человек.

У всех больных на слизистой оболочке полости рта наблюдались глубокие, кратерообразные резко болезненные язвы, имеющие длительной срок эпителизации (25-30 сут. и более). Обострение заболевания наблюдались - 5-6 раз в течение года. Общее состояние больных в период обострения нарушено, температура тела в пределах субфебрильных значений, регионарные лимфатические узлы увеличены в размерах, болезненны при пальпации, подвижны, афтозные элементы одиночные, в количестве от трех и более, резко болезненные при пальпации.

У всех этих пациентов забирали ротовую жидкость методом смыва со слизистой оболочки полости рта (путем полоскания), для этого предварительно были подготовлены пробирки с 9 мл стерильно-

го физиологического раствора по методу О. И. Ефимович (2002). Из этого материала в лаборатории готовили ряд серийных разведений, в последующем из них проводили посев секторальным способом на поверхность высоко селективных питательных средах. Для этого нами использованы питательные среды производства индийской фирмы «HeiMedia», такие как: среда Эндо, молочно-солевой агар, Сабуро агар, МРС-4, блаурока и др.

Посевы на кровяном агаре, Эндо, молочно-солевом агаре, Сабуро культивировали в обычных условиях 18-24 часа при температуре 37°C, а культивирование посевов для выделения анаэроб осуществляли в анаэробном состоянии, путем использования газогенераторных патронов, в термостатных условиях в течение 3-5 суток. По истечении указанных сроков, все засеянные чашки Петри вынимали из термостата, производили подсчет выросших колоний, определяли групповую и видовую принадлежность изолированных колоний микробов на основе данных микроскопии мазков, окрашенных по Грамму, характера роста на селективных питательных средах.

Полученные результаты и обсуждение.

Больные с афтой Сеттона предъявляли жалобы на болевые ощущения и жжение в полости рта, затруднения при приеме пищи и разговорной речи. Пациенты были раздражительными, отмечалось снижение работоспособности и неустойчивость настроения. Кроме того, были жалобы, обусловленные общей интоксикацией субфебрильная температура, головные боли, усталость.

Болевой симптом оценивался с помощью визуальной аналоговой шкалы боли в градации от 1 до 10. У пациентов 1 группы сравнения, обратившихся за стоматологической помощью по поводу клинической манифестации АС, болевые ощущения были выражены по итогам оценки с помощью визуальной аналоговой шкалы боли. Большинство пациентов – 31,8% отметило уровень болевой чувствительности равный 3 баллам, по 22,7% приходится на отметки в «2 балла» и «4 балла». Средний уровень боли в данной группе пациентов составил 3,64 балла. В основной группе наиболее часто па-

циенты с АС обозначали уровень болевой чувствительности как соответствующий 6 баллам – 23,9%, «5 баллам» – 23,8% случаев и «4 баллам» – 21,9%. Средний уровень боли в данной группе составил 5,33 балла.

У всех обследованных больных АС нами проведено изучение количественных и ка-

чественных исследований микрофлоры ротовой жидкости. Общее количество факультативной группы микробов превышает количества анаэробных микробов. Среди грамположительных кокков доминирующее положение занимают стафилококки (Табл.1).

Таблица 1

Характеристика микрофлоры ротовой жидкости у больных АС ($Ig M \pm m$ КОЕ / мл)

Группы микробов	Количество микробов в 1 мл слюны	
	Контрольная группа (здоровые)	Больные с АС
Общее количество анаэробов	6,30±0,44	4,56±0,42
Лактобактерии	5,75±0,34	3,15±0,40
Пептострептококки	4,88±0,23	5,10±0,33
Общее количество аэробов	4,65±0,29	6,45±0,45
Стафилококк золотистый	0	5,60±0,33
Стафилококк эпидермальный	3,47±0,27	6,15±0,45
Стрептококк саливариус	3,66±0,43	4,15±0,34
Стрептококк мутанс	2,15±0,24	5,10±0,43
Стрептококк митис	2,15±0,12	4,62±0,39
Эшерихии ЛП	1,33±0,14	2,47±0,27
Эшерихии ЛН	0	3,15±0,29
Протей	1,15±0,15	4,15±0,32
Грибы рода Кандида	2,10±0,12	3,15±0,18

Из таблицы 1 видно, что достоверно увеличилось количество грамотрицательных микробов, относящихся к роду эшерихии (3,15±0,29 КОЕ / мл) и протей (4,15±0,32 КОЕ / мл). Среди анаэробной группы микробов, почти в 2 раза снизилось количество лактобактерий (3,15±0,40 КОЕ / мл). Таким образом, на основании проведенных микробиологических и иммунологических исследований ротовой жидкости у больных АС отмечается дисбиоз, характерной особенностью которой является достоверное возрастание количества стафилококков (5,60±0,33 КОЕ / мл) на фоне снижения стрептококков.

Заключение. Таким образом, клинически при афте Сеттона в 1 группе сравнения уровень боли у 31,8% пациентов средний уровень болевой чувствительности соответствовал 3,64 баллам, во 2 основной группе у 23,9% пациентов средний уровень боли соответствовал 5,33 баллам. При ми-

кробиологическом исследовании количество лактобактерий в 1 группе сравнения и во 2 основной группе значительно снижены, в ротовой жидкости отмечался дисбиоз с достоверным увеличением количества стафилококков.

Литература:

1. Бойко-Максимова Г.И. и др. Клинические аспекты кандидоза слизистой оболочки полости рта. / Ж. Современная стоматология • №4 2017. стр.37-40;
2. Галимова И.А., Усманова И.Н., Герасимова Л.П. и др. Диагностическая значимость некоторых представителей нормобиома полости рта в развитии рецидивирующего хронического парадонита у пациентов с кислотозависимыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта. / Ж. Проблемы стоматологии. 2019, том 15, № 4, стр.31-37.
3. Камилов Х.П., Лукина Г.И., Шукурова У.А. Клинико-микробиологические взаимосвязи хронического рецидивирующего стоматита и дисбиотических нарушений ротовой полости и кишечника у беременных // Safedra. – 2009. - №2(30). - С.66-70;

ISSN 2181-7812



9 772181 781009 >

www.medjournal.uz

