



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (73) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.31-002.44-08:616-092

**ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДА ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИНИНГ
ЭКСУДАТИВ -ГИПЕРЕМИК ВА ЭРОЗИВ-ЯРАЛИ ШАКЛИНИ КОМПЛЕКС
ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

Собиров Шухрат Солижонович <https://orcid.org/0000-0001-6038-1720>

Иноятлов Амрилло Шодиевич <https://orcid.org/0000-0002-0900-3828>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Мазкур тадқиқотда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида қизил ясси темираткининг (ҚЯТ) эксудатив-гиперемик ва эрозив-ярали шакллари комплекс даволаш усуллари таҳлил қилинган. ҚЯТ – оғир кечувчи, даволашда қийинчиликлар туғдирувчи ва ёмон сифатли шаклга ўтиш эҳтимоли юқори бўлган касалликдир. Тадқиқотда турли ёшдаги беморлар ўртасида ҚЯТнинг турли шакллари тарқалиши, соматик касалликлар ва зарарли одатлар билан боғлиқлиги аниқланган. Натижаларга кўра, комплекс даволаш ҚЯТ симптомларини камайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилашда самарали экани кўрсатилган.

Калит сўзлар: оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, қизил ясси темиратки, эксудатив-гиперемик шакл, эрозив-ярали шакл, комплекс даволаш, соматик касалликлар, зарарли одатлар.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКССУДАТИВНО-ГИПЕРЕМИЧЕСКОЙ И
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Собиров Шухрат Салиджанович <https://orcid.org/0000-0001-6038-1720>

Иноятлов Амрилло Шадиевич <https://orcid.org/0000-0002-0900-3828>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

В данном исследовании анализируются методы комплексного лечения экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной форм красного плоского лишая (КПЛ) слизистой оболочки полости рта. КПЛ – это тяжело протекающее заболевание, которое сложно поддается лечению и имеет высокий риск перехода в злокачественную форму. В исследовании выявлено распространение различных форм КПЛ среди пациентов разного возраста, а также их связь с соматическими заболеваниями и вредными привычками. По результатам показано, что комплексное лечение эффективно в снижении симптомов КПЛ и улучшении качества жизни.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, красный плоский лишай, экссудативно-гиперемическая форма, эрозивно-язвенная форма, комплексное лечение, соматические заболевания, вредные привычки.

**COMPLEX TREATMENT IMPROVEMENT FOR THE EXUDATIVE-HYPEREMIC AND
EROSIVE-ULCERATIVE FORMS OF LICHEN PLANUS ON THE ORAL MUCOSA**

Sobirov Shukhrat Solijonovich <https://orcid.org/0000-0001-6038-1720>

Inoyatov Amrillo Shodievich <https://orcid.org/0000-0002-0900-3828>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Resume*

This study analyzes the complex treatment methods for the exudative-hyperemic and erosive-ulcerative forms of lichen planus (LP) on the oral mucosa. LP is a severe disease with difficult treatment challenges and a high risk of progression to a malignant form. The study identifies the prevalence of different forms of LP among patients of various ages and their association with somatic diseases and harmful habits. The results indicate that complex treatment is effective in reducing LP symptoms and improving quality of life.

Keywords: oral mucosa, lichen planus, exudative-hyperemic form, erosive-ulcerative form, complex treatment, somatic diseases, harmful habits.

Долзарблиги

Кизил ясси темиртки (ҚЯТ) – аниқланмаган этиопатогенези, оғир кечувчи шаклларининг мавжудлиги, белгиларининг турли-туманлиги, ёмон сифатли шаклга ўтиш эҳтимоли ва ўтказиладиган терапияга тез-тез резистентлиги билан фарқ қиладиган, оғиз бўшлиғи шиллик қаватида (ОБШҚ) энг кўп тарқалган касалликлардан бири бўлиб, бу муаммонинг катта тиббий-ижтимоий аҳамиятини аниқлаб беради [1]. ҚЯТ турли шакллари орасида эрозив-яралли шакли оғиз бўшлиғи шиллик қаватида ва лаб қизил ҳошиясининг шикастлашига, оғриқ туфайли овқатланишнинг бузилишига, бу эса беморларнинг ҳаёт сифати пасайишига олиб келади [2]. ҚЯТ ривожланишини кўзғатувчи омиллар оғиз бўшлиғи микробиоценозининг бузилиши, маҳаллий ва умумий иммунитетнинг пасайиши, стресслар, ёндош соматик касалликларнинг кучайиши, айрим дори воситаларининг қабул қилиниши оқибатида ривожланади. ОБШҚ ҚЯТ сини самарали даволаш масаласини ечиш стоматология амалиётида долзарб муаммо бўлиб қолмоқда [3].

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги қизил ясси темиртки (ҚЯТ) – кенг тарқалган, даволаш қийин бўлган, этиологияси ва патогенези тўлиқ аниқланмаган касалликлардан бири ҳисобланади. Илмий манбаларга кўра, ҚЯТ оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги яллиғланишли касалликлар қаторида муҳим аҳамият касб этади, чунки у оғриқ, номувофиқлик ва ёмон сифатли шаклга ўтиш эҳтимоли билан тавсифланади [4]. ҚЯТнинг оғир кечиши ва унинг даволашга нисбатан резистентлиги, шифокорлар ва тадқиқотчиларни ушбу касалликни чуқурроқ ўрганишга ундайди [5].

ҚЯТнинг турли шакллари мавжуд бўлиб, улар орасида эксудатив-гиперемик ва эрозив-яралли шакллари алоҳида аҳамиятга эга. Бу шакллар оғиз бўшлиғи шиллик қаватида яққол белгилар билан намоён бўлади ва беморлар учун оғриқли бўлиб, овқатланиш, гапириш ва қундалик фаолиятларга таъсир кўрсатади (Silverman, 2005). Касалликнинг оғир шакллари кам ҳолларда яман сифатли ўсимталарга ўтиш хавфига эга эканлиги, ҚЯТнинг муҳим тиббий муаммолардан бири сифатида ўрганилиши зарурлигини кўрсатади [6].

Сўнгги тадқиқотлар ҚЯТнинг ривожланишида турли омиллар, жумладан, генетик, иммунологик, ва психоген факторларнинг ўрни борлигини тасдиқламоқда. Стресс ҳолатлари ва ёндош соматик касалликлар ҳам ҚЯТнинг ривожланишига туртки берувчи омиллар сирасига киради [7]. Шундай экан, ҚЯТнинг даволаш самарадорлигини ошириш учун комплекс ёндашувлардан фойдаланиш муҳимдир.

Турли тадқиқотлар ҚЯТнинг патогенезида маҳаллий ва умумий иммунитетнинг пасайиши, оғиз бўшлиғидаги микробиоценознинг бузилиши, ҳамда айрим дори воситаларининг таъсири катта эканлигини кўрсатмоқда [8]. Шунга кўра, касалликнинг турли шакллари самарали даволаш учун терапия усулларини такомиллаштиришга эҳтиёж мавжуд.

Тадқиқотнинг долзарблиги шу билан белгиланадики, оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ҚЯТ билан боғлиқ патогенетик механизмларнинг мураккаблиги ушбу касалликни тўлиқ бартараф қилишда қийинчиликлар туғдиради. Шу сабабли, оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ҚЯТнинг эксудатив-гиперемик ва эрозив-яралли шакллари комплекс даволашнинг самарадорлигини ошириш ва беморлар ҳаёти сифатини яхшилаш масаласи стоматология амалиётида муҳим муаммо бўлиб қолмоқда.

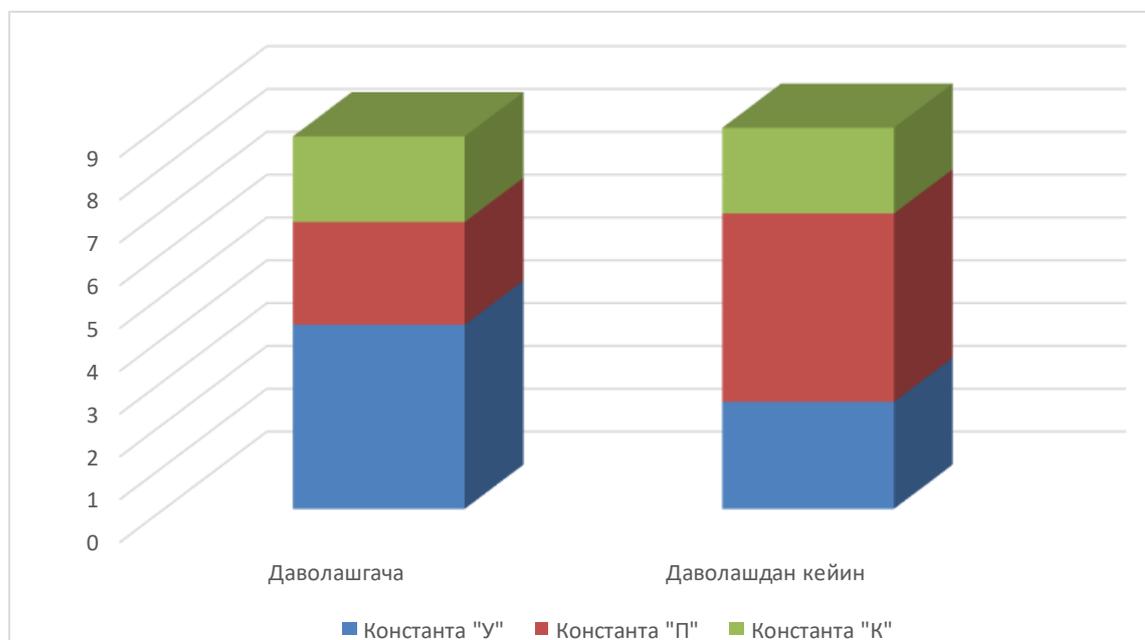
Тадқиқот мақсади: Оғиз бўшлиғи шиллик қаватида қизил ясси темирткининг эксудатив-гиперемик ва эрозив-яралли шакллари даволашнинг самарадорлигини оширишга қаратилган комплекс терапияни такомиллаштириш.

Тадқиқот материал ва текширув усуллари

Тадқиқотга оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг қизил ясси темиратки (экссудатив-гиперемик ва эрозив-яралли шакллари) ташхиси қўйилган 18 ёшдан 80 ёшгача бўлган 122 нафар жалб қилинди. Ўртача ёш $56,28 \pm 3,78$ ёшни ташкил этди. Эркакларнинг ($n=32$) ўртача ёши $58,09 \pm 5,12$ тенг бўлди, аёлларнинг ($n=90$) ўртача ёши эса $54,47 \pm 2,44$ ёшни ташкил этди. ОБШҚда қизил ясси темираткининг турли шакллари билан оғриган беморлар ёши қиёсий баҳоланди. Таҳлиллар шуни кўрсатдики, ОБШҚ ҚЯТнинг экссудатив-гиперемик шакли билан оғриган беморларнинг ўртача ёши, қизил ясси темираткининг эрозив-яралли шакли билан касалланган беморларга нисбатан сезиларли даражада паст эканлиги аниқланди: экссудатив-гиперемик шаклида $50,54 \pm 2,38$ ёш, эрозив-яралли шаклида эса $62,02 \pm 5,18$ ёш ($p < 0,05$) эга кўрсаткичлар мавжудлиги аниқланди. ОБШ ҚЯТда беморларнинг жинс бўйича тақсимланиши куйидаги кўрсаткичларни намоён қилди. Экссудатив-гиперемик шакли эркакларда 13 та (21,67%) ва аёлларда 47 та (78,33%), эрозив-яралли шакли эса эркакларда 19 та (30,65%) ва аёлларда 43 та (69,35%) ҳолда қайд этилди ($p > 0,05$).

Тадқиқот натижалари ва таҳлиллар

Тадқиқот давомида ОБШҚ ҚЯТнинг экссудатив-гиперемик ва эрозив-яралли шаклларида соматик касалликларнинг бир вақтнинг ўзида бир ёки иккитаси учраш ҳолати кузатилди. Ошқозон-ичак тракти (ОИТ) касалликлари (сурункали гастрит, холетсистопанкреатит, жигар касалликлари, колит) Юрак-қон томир тизими (ЮҚТ) патологияси (юрак ишемик касаллиги, атеросклероз), ҳамда асаб тизими касалликлари (энсефалопатия, мия қон айланишининг бузилиши) билан оғриган беморлар сони юқори даражада эканлиги аниқланди. Шу билан бирга, шуни таъкидлаш лозимки, юрак-қон томир тизими касалликлари билан оғриган беморларда қизил ясси темираткининг оғиз бўшлиғида эрозив-яралли шакли ишончли устунлиги муҳим аҳамият касб этди ($p < 0,05$). Бундан ташқари, соматик касалликларнинг бошса гуруҳлари ва турлари учраб, эндокрин тизим касалликлари (қандли диабет, гипотиреоз ва семизлик) ҳамда сийдик-таносил тизими (СТТ) касалликлари (нефротик синдром, буйрак тош касаллиги пиелонефрит, аёлларда эндометриоз, эркакларда эса сурункали простатит ва простата бези аденомаси) бор беморларда оғиз бўшлиғи қизил ясси темираткининг эрозив-яралли тури экссудатив-гиперемик шаклига нисбатан анча кўпроқ кузатилди ($p < 0,05$).



Расм. 1. ҚЯТ билан оғриган беморларда КПУ индексини даволашдан олдин ва кейинги кўрсаткичлари.

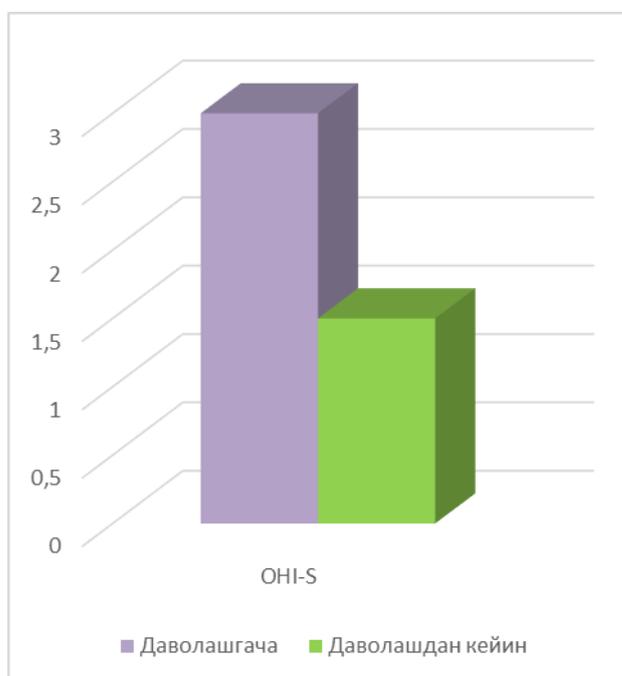
Оғиз бўшлиғини кўздан кечирилганда КЯТ юзага келиб чиқишида маҳаллий экзоген хавф омиллари аниқланди: тиш ва илдизларнинг ўткир қирралари мавжудлиги, пломбаларнинг қониқарсиз ҳолати беморларнинг 57 фоизида, бир хил бўлмаган металлдан ясалган металл протезларнинг мавжудлиги 27 фоизида, протезлаш учун рангли пластмассалардан фойдаланганлиги 8 фоиз беморларда аниқланди. Тишларда қариес интенсивлиги КПУ индекси $18,85 \pm 0,9$ шу кўрсаткични ташкил этди. Беморларда КПУ индексини таҳлил қилишда КЯТ билан оғриган беморларда даволашгача «К» тенг $3,77 \pm 0,6$ кўрсаткичга эга бўлиб 20% ни «П» тенг $5,63 \pm 0,6$, мос келадиган 30%ни, «У» тенг $9,37 \pm 1,04$, мос келадиган 50% ни ташкил этди. Даволашдан кейин «К» кўрсаткичи $97 \pm 0,38$, ташкил этди, «П» кўрсаткичи эса — $8,0 \pm 0,71$ ни «У» кўрсаткичи - $9,8 \pm 1,03$, мос ҳолда КПУ индекс қийматидан 5%, 43% ва 52% ташкил этди (расм. 1).

КЯТ билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва стоматологик статусни белгиловчи индексларни даволашдан олдин ва даволашдан кейинги кўрсаткичлари (1-жадвалда келтирилган).

Жадвал 1

КЯТ билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва стоматологик статусни белгиловчи индексларни даволашдан олдин ва даволашдан кейинги кўрсаткичлари

Индекси	Даволашгача	Даволашдан кейин	P
ОҲИ-С (балл)	$3,14 \pm 0,12$	$1,61 \pm 0,11$	$p < 0,001$
РМА (%)	$36,44 \pm 3,95$	$13,98 \pm 1,61$	$p < 0,001$
Н. Котзсчке га мувофиқ ўзгартирилган қон кетиш индекси (баллы)	$1,82 \pm 0,13$	$1,17 \pm 0,1$	$p < 0,05$



Расм. 2. Комплекс этиопатогенетик даволашдан кейин КЯТ билан оғриган беморларда ОҲИ-С индексининг динамикаси

Дастлабки анамнестик текширув вақтида КЯТ билан оғриган беморларнинг оғиз бўшлиғи шиллик қаватида ОҲИ-С ўртача гигиеник индекс қиймати $3,14 \pm 0,12$ баллни ташкил этди,

назорат гуруҳидаги ушбу индекс қийматидан сезиларли даражада юқори $1,01 \pm 0,02$ балла ($p < 0,001$). КЯТнинг эрозив ва буллез шакли билан оғриган беморларда ОҲИ-С гигиеник индекс $4,12 \pm 0,15$ баллни ташкил этди, қизил ясси темирткининг папулез ва ясси (типик) шаклидан беморларда ушбу кўрсаткич қийматидан 2 баравар юқори - $2,23 \pm 0,14$ балла, фарқлар статистик аҳамиятга эга ($p < 0,001$).

Мураккаб этиопатогенетик даволаш курсидан сўнг ОҲИ-С гигиена индекси сезиларли даражада $1,61 \pm 0,11$ баллгача камайди ($p < 0,001$), периодонтал тўқималарда яллиғланиш ҳодисалари камайди, бу сезиларли пасайиш билан тасдиқланди. ПМА индекси ($p < 0,001$) $36,44 \pm 3,95\%$ дан $13,98 \pm 1,61\%$ гача ва бизнинг ўзгартирилган қон кетиш индексимиз Н. Котзсчке буйича $1,82 \pm 0,13$ дан $1,17 \pm 0,1$ гача ($p < 0,05$). Индекслардаги ўзгаришлар динамикаси 2-3 расмда келтирилган.

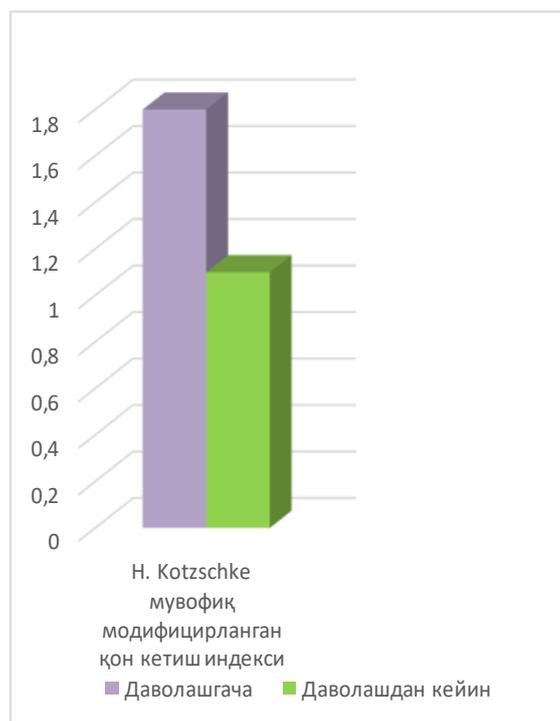
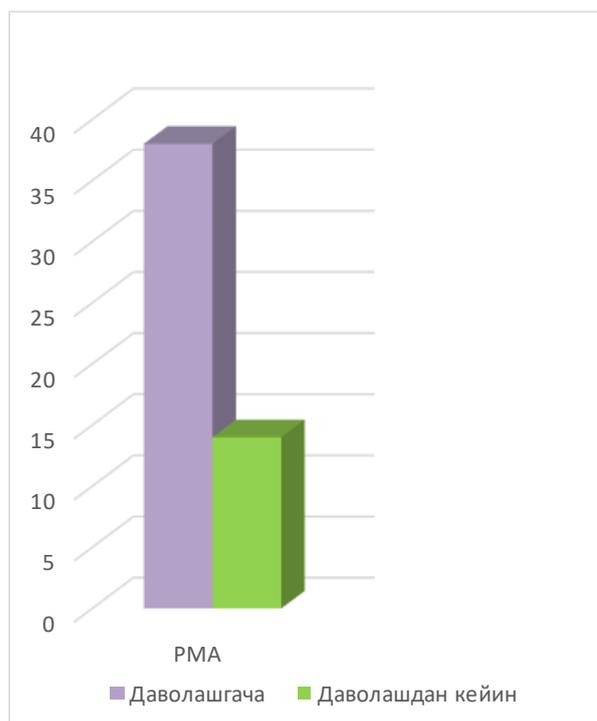


Рис. 3. Комплекс этиопатогенетик даволашдан кейин КЯТ билан оғриган беморларда РМА индексининг динамикаси
Расм 4. Комплекс этиопатогенетик

даволашдан кейин КЯТ билан оғриган беморларда Н.Котзсчке мувофиқ модифицирланган қон кетиш

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватида қизил ясси темирткининг келиб чиқишида муҳим омиллардан бири тамаки чекиш, беморларнинг овқатланишидаги зарарли одатлар (аччиқ ва шўр, зираворли таомларни истеъмол қилиш) ҳамда спиртли ичимликларни қабул қилиш ҳисобланади.

ОБШҚда қизил ясси темирткининг келиб чиқишидаги ушбу предиктор факторларни (зарарли одатлар ва овқатланиш рациони) таъсирини ўрганиш беморлар ва соғлом кишилар орасида қиёсий ўрганиб чиқиш кераклиги зарур эканлигини кўрсатди (2-жадвал)

Шундай қилиб, оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг қизил ясси темирткини кечишига таъсир кўрсатадиган умумий ва маҳаллий патологик ҳолатларнинг юқори даражада учраши аниқланди.

Қиёсий таҳлил шуни кўрсатдики, тамаки чекиш, аччиқ ва шўр овқатларни истеъмол қилиш, шунингдек углеводларга бой маҳсулотларни кўп миқдорда истеъмол қилиш оғиз бўшлиғи шиллик қаватида қизил ясси темиртки ва унинг оғир кўриниши бўлган (эрозив-яралли шакли) пайдо бўлишига мутлақ башоратловчи (предиктор) омиллар ҳисобланади. Жадвалдан кўриниб турибдики, ОБШҚ КЯТ нинг экссудатив-гиперемик шаклига чалинган беморлар нозорат гуруҳидаги "соғлом" кишиларга нисбатан анча доимий равишда тамаки чеккан ва аччиқ ҳамда шўр озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилишни афзал кўрган. ($p < 0,05$).

2-жадвал. Зарарли одатларнинг тарқалиши ва овқатланиш тартибига риоя қилиш таҳлили

	ОБШҚ ҚЯТ Экссудатив гиперемик(н=60) ШАКЛИ	ОБШҚ ҚЯТ Эрозив- яралли шакли КПЛ (н=62)	Назорат гуруҳи (н=34)
Ҳозирги вақтда тамаки чекиш	11/18,33%#	26/41,94%*	7/20,59%
Ўтмишда чекилган тамаки	28/46,67%*	39/62,90%*	9/26,47%
Ҳозирги вақтда алкоголь истеъмолли	12/20,00%	17/27,42%	6/17,65%
Ўтмишдаги алкоголь истеъмол қилинганлиги	19/31,67%	24/38,71%	9/26,47%
Аччиқ ва шўр таомларга мойиллик	32/53,33%*	41/66,13%*	11/32,35%
Углеводларга бой озиқ- овқатга мойиллик	21/35,00%#	48/77,42%*	13/38,24%
Ёғларга бой таомга	32/53,33%	35/56,45%	18/52,94%

* $p < 0,05$ бўлганда таққослаш гуруҳидаги кўрсаткичларга нисбатан фарқлар ишончли

$p < 0,05$ бўлганда ОБШҚ ҚЯТнинг эрозив-яралли шакли билан касалланган беморлардаги кўрсаткичларга нисбатан фарқлар ишончли

Таъдқиқотга жалб этилган беморларни чуқур таҳлили шуни кўрсатадики, касалланганлар орасида аччиқ ва шўр маҳсулотларни, углеводларга бой озиқ-овқатларни истеъмол қилиш одат тусига кирган. Шунингдек, кизил ясси темирткининг экссудатив-гиперемик шаклига чалинган беморларда, тамаки чекиш ва углеводли озиқ-овқат маҳсулотларини камроқ истеъмол қилинганлиги аниқланди ($p < 0,05$).

Хулоса

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги кизил ясси темирткининг экссудатив-гиперемик ва эрозив-яралли шакллари самарали даволаш усуллари такомиллаштириш зарурлиги, касалликнинг турли шакллари тарқалиши, гендер ва ёш бўйича тафовутлар, ҳамда касалликнинг турли хавф омиллари билан боғлиқлиги аниқланди. Тадқиқот натижаларига кўра, комплекс даволашнинг самаралилиги юқори бўлиб, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги яллиғланиш аломатларини камайтириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам бериши маълум бўлди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Shuxratovna S.D. Improving Complex Therapy of Lichen Planus of the Oral Mucosa //International Journal of Integrative and Modern Medicine. 2024;2(5):134-136.
2. Paiziyeva Z., Puriene A. The effectiveness of the combined use of a polysaccharide film with photodynamic action in complex therapy of oral lichen planus in the oral cavity //Drug Invention Today. 2018;10(12).
3. Al-Hashimi, I., Schifter, M., Lockhart, P. B., Wray, D., Brennan, M., Migliorati, C. A., Axéll, T., Bruce, A. J., Carpenter, W., Eisen, D., Epstein, J. B., Holmstrup, P., Jontell, M., Nair, R., Silverman, S., Thongprasom, K., Thornhill, M., van der Waal, I., Wray, D. (2007). Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: Diagnostic and therapeutic considerations. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, 2007;103(S1):25.e1–S25.e12.
4. Regezi, J. A., Sciubba, J. J., Jordan, R. C. (2016). Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. Elsevier Health Sciences.
5. Silverman, S. (2005). Oral Cancer: Complications of Therapy. Wiley.
6. Kumar, V., Abbas, A. K., Aster, J. C. (2015). Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. Elsevier Health Sciences.
7. Rhodus, N. L., Myers, S. (2002). The diagnosis and management of oral lichen planus. //Journal of the American Dental Association, 2002;133(3):361-367.
8. Akintoye S.O., Greenberg M.S. (2005). Recurrent aphthous stomatitis. Dental Clinics of North America, 2005;49(1):31-47.

Қабул қилинган сана 20.10.2024