



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

2 (88) 2026

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. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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. ИЛЪЯСОВ
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. РУЗИБОЕВ
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
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026 февраль

УДК 616.12:616.31-085

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хабибова Назира Насуллоевна Email: xabibova.nazira@bsmi.uz
Болтаева Мафтуна Муминовна <https://orcid.org/0009-0005-4221-8889>
E-mail: maftunabiltayeva1991@mail.com

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 статье представлены результаты исследования эффективности комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Проанализированы клинично-функциональные особенности поражений СОПР на фоне ХСН, включая их морфологическую структуру, микробиологический профиль, биохимические маркеры воспаления и состояния микроциркуляции. Показано, что наличие ХСН ассоциировано с утяжелением течения стоматологической патологии: у этих пациентов чаще выявляются язвенно-некротические и атрофические поражения, высокая микробная обсеменённость ротовой полости, выраженные сдвиги в показателях слюны (повышенный уровень малонового диальдегида, сиаловых кислот, щелочной фосфатазы, снижение pH и лизоцима) и признаки локальной гипоперфузии тканей. Разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающий озонаторные технологии (полоскания озонированным раствором, аппликации озонированного гвоздичного масла), фитотерапию (аппликации с *Syzygium aromaticum*) и вспомогательную терапию (витамины, пробиотики). Применение данной комплексной терапии у пациентов основной группы (О1) приводило к более быстрому купированию воспалительных явлений, снижению болевого синдрома, нормализации микробиоценоза и биохимических показателей слюны по сравнению со стандартным лечением (группа О2). Результаты подтвердили высокую эффективность и безопасность предложенного метода для лечения и профилактики поражений СОПР на фоне ХСН. **

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность; заболевания слизистой оболочки полости рта; озонотерапия; микробиота ротовой полости; слюна; малоновый диальдегид; микрогеомодинамика; озонированное гвоздичное масло.

EFFECTIVENESS OF TREATMENT AND PREVENTIVE MEASURES FOR ORAL MUCOSA DISEASES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Nazira Nasulloeva Khabibova Email: xabibova.nazira@bsmi.uz
Maftuna Muminovna Boltaeva <https://orcid.org/0009-0005-4221-8889>
Email: maftunabiltayeva1991@mail.com

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

✓ Resume

This article presents the results of a study examining the effectiveness of combination therapy for oral mucosal diseases (OMD) in patients with chronic heart failure (CHF). The clinical and functional characteristics of OMD lesions associated with CHF are analyzed, including their morphological structure, microbiological profile, biochemical markers of inflammation, and

microcirculation. It is shown that the presence of CHF is associated with a more severe course of dental pathology: these patients are more likely to have ulcerative-necrotic and atrophic lesions, high microbial colonization of the oral cavity, significant changes in salivary parameters (increased levels of malondialdehyde, sialic acids, alkaline phosphatase, decreased pH and lysozyme), and signs of local tissue hypoperfusion. A combination of therapeutic and preventive measures was developed, including ozonation technologies (rinsing with an ozonized solution, ozonized clove oil applications), herbal medicine (applications with *Syzygium aromaticum*), and adjuvant therapy (vitamins, probiotics). The use of this combination therapy in patients in the main group (O1) resulted in more rapid relief of inflammation, a reduction in pain, and normalization of the microbiome and salivary biochemical parameters compared to standard treatment (O2 group). The results confirmed the high efficacy and safety of the proposed method for the treatment and prevention of oral mucosal lesions associated with CHF. *

Keywords: chronic heart failure; oral mucosal diseases; ozone therapy; oral microbiota; saliva; malondialdehyde; microhemodynamics; ozonized clove oil.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BO'LGAN BEMORLARDA OG'IZ SHILLIQ QAVATI KASALLIKLARINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH CHORALARINING SAMARADORLIGI

Nazira Nasulloevna Xabibova Elektron pochta: xabibova.nazira@bsmi.uz

Maftuna Mo'minova Boltaeva <https://orcid.org/0009-0005-4221-8889>

E-mail: maftunabiltayeva1991@mail.com

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston,
Buxoro, A. Navoiy ko'chasi. Tel: +998 (65) 223-00-50 E-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Ushbu maqolada surunkali yurak yetishmovchiligi (CHF) bo'lgan bemorlarda og'iz shilliq qavati kasalliklari (OMD) uchun kombinatsiyalangan terapiya samaradorligini o'rganuvchi tadqiqot natijalari keltirilgan. CHF bilan bog'liq OMD lezyonlarining klinik va funktsional xususiyatlari, jumladan, ularning morfologik tuzilishi, mikrobiologik profili, yallig'lanishning biokimyoviy markerlari va mikrosirkulyatsiya tahlil qilinadi. CHF mavjudligi stomatologik patologiyaning og'irroq kechishi bilan bog'liqligi ko'rsatilgan: bu bemorlarda yarali-nekrotik va atrofik lezyonlar, og'iz bo'shlig'ining yuqori mikrobial kolonizatsiyasi, so'lak parametrlarida sezilarli o'zgarishlar (malondialdegid, sial kislotalari, ishqoriy fosfataza darajasining oshishi, pH va lizozimning pasayishi) va mahalliy to'qima gipoperfuziyasi belgilari ko'proq uchraydi. Terapevtik va profilaktika choralari kombinatsiyasi, jumladan, ozonlash texnologiyalari (ozonlangan eritma bilan chayish, ozonlangan chinnigullar yog'i surtish), o'simlik dori vositalari (*Syzygium aromaticum* bilan surtish) va yordamchi terapiya (vitaminlar, probiotiklar) ishlab chiqildi. Ushbu kombinatsiyalangan terapiyani asosiy guruhdagi (O1) bemorlarda qo'llash standart davolashga (O2 guruhi) nisbatan yallig'lanishni tezroq yengillashtirishga, og'riqni kamaytirishga va mikrobiom va so'lak biokimyoviy parametrlarini normallashtirishga olib keldi. Natijalar CHF bilan bog'liq og'iz shilliq qavati shikastlanishlarini davolash va oldini olish uchun taklif qilingan usulning yuqori samaradorligi va xavfsizligini tasdiqladi. *

Kalit so'zlar: surunkali yurak yetishmovchiligi; og'iz shilliq qavati kasalliklari; ozon terapiyasi; og'iz mikrobiotasi; so'lak; malondialdegid; mikrogemodinamika; ozonlangan chinnigullar yog'i.

Актуальность

Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) составляют значимую часть стоматологической заболеваемости и характеризуются большим разнообразием клинических форм. По данным эпидемиологических исследований, распространённость поражений СОПР в общей популяции достигает 4–10%, а в группах высокого риска (например, при табакокурении) – до 16–17% случаев [1][2]. Эти патологии часто склонны к хроническому рецидивирующему течению и в ряде случаев обладают онкологической настороженностью

(например, лейкоплакия, эрозивно-язвенные формы), что подчёркивает необходимость их своевременной диагностики и эффективного лечения [3]. Несмотря на клиническую значимость, многие аспекты заболеваний СОПР остаются недостаточно изученными, что связано с трудностями ранней верификации диагноза и недостатком обобщённых данных по их эпидемиологии и морфогенезу [4].

Этиопатогенез заболеваний СОПР носит мультифакторный характер: в возникновении поражений участвуют как местные факторы (патогенная микрофлора, травмы, вредные привычки), так и общесоматические нарушения (иммунные и эндокринные дисфункции, сопутствующие заболевания) [5]. Например, ослабление местного или общего иммунитета приводит к активации условно-патогенной микробиоты полости рта (стрептококков, анаэробов, *Candida albicans* и др.), вызывая развитие стоматитов [6]. Известен феномен Гринспана – сочетание артериальной гипертензии, сахарного диабета и красного плоского лишая слизистой, подчёркивающий связь системных нарушений с патологией СОПР [7]. Таким образом, состояние слизистой оболочки рта тесно связано с общим здоровьем организма. Современные исследования подтверждают двунаправленную связь: соматическая патология утяжеляет течение заболеваний пародонта и слизистой, и наоборот – хроническое воспаление в ротовой полости может способствовать системным нарушениям за счёт постоянной бактериемии и воспалительной нагрузки [8].

Цель исследования: обосновать и оценить эффективность комплексных лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях СОПР у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Предполагалось, что разработанная комплексная терапия, включающая озонированные растворы и фитопрепараты, позволит значительно улучшить состояние слизистой оболочки полости рта на фоне ХСН по сравнению со стандартными методами лечения.

Материал и методы

Контингент исследования. Работа выполнена на базе клинического отделения стоматологии БГМИ. В исследование включено 165 человек, страдающих заболеваниями слизистой оболочки полости рта и соответствующих критериям отбора. Основную группу составили 117 пациентов с сочетанием хронической сердечной недостаточности (ХСН II–III функционального класса по NYHA) и патологией СОПР. Для детального сравнения эффективности разных подходов основная группа была рандомизировано разделена на две подгруппы. Подгруппа **O1** (n = 59) получала разработанный комплекс лечения с применением озона и фитопрепаратов, тогда как подгруппа **O2** (n = 58) получала стандартное лечение, проводимое согласно действующим местным клиническим рекомендациям. Дополнительно были сформированы две группы контроля: сравнительная группа (n = 28) – пациенты с изолированными заболеваниями СОПР без признаков сердечно-сосудистой патологии, и контрольная группа (n = 20) – практически здоровые лица без ХСН и без стоматологических заболеваний слизистой. Средний возраст участников составил Fifty two years old (колебания от 48 до 59 лет), группы были сопоставимы по возрасту и полу (женщины – 56%, мужчины – 44%, p > 0,05).

Таблица 1. Распределение пациентов по группам

Группа	Число пациентов, n	Женщины (%)	Мужчины (%)
O1 (озонотерапия)	59	39,0	61,0
O2 (стандартная терапия)	58	38,0	62,0
Сравнительная	28	42,9	57,1
Контрольная	20	45,0	55,0

Поражения слизистой документировались с учётом морфотипа (катаральные, атрофические, язвенные, гиперкератоз и др.), локализации и субъективных жалоб. Интенсивность воспаления оценивалась индексами РМА, SBI, шкалой Лёффлера, гигиеническое состояние — по ОНI-S. Уровень боли фиксировался по шкале ВАШ. У пациентов с ХСН дополнительно оценивали тяжесть по классификации NYHA (I–III ФК).

Таблица 2. Базовые индексные показатели полости рта до начала терапии

Индекс	O1 (M±SD)	O2 (M±SD)	Сравнительная	Контрольная
OHI-S (гигиена)	2.91±0.44	2.95±0.47	1.88±0.52	0.79±0.31
PMA (%)	41.3±9.2	43.0±10.4	26.5±7.8	8.1±2.5
SBI	2.47±0.35	2.52±0.39	1.63±0.40	0.71±0.26

Для подгруппы O1 применялся разработанный лечебный протокол: полоскания озонированной водой, аппликации озонированного гвоздичного масла, фитотерапия (*Syzygium aromaticum*), витамины и пробиотики. В группе O2 использовались антисептики (хлоргексидин), мази, спреи, по показаниям — системная терапия. Продолжительность курса составляла 14 дней.

Эффективность оценивалась по клиническим и лабораторным критериям на 7 и 14 сутки. Статистическая обработка включала t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна–Уитни, χ^2 и корреляционный анализ Спирмена (ρ). Значимость различий принималась при $p < 0,05$.

Результат и обсуждения

Клиническая характеристика пациентов до лечения. На момент включения в исследование выраженность и структура поражений СОПР существенно различались в группах с и без ХСН. Морфологические формы патологий слизистой у пациентов основной группы оказались более тяжёлыми: преобладали катаральные воспаления, участки гиперкератоза и атрофии, однако значимая доля составляли и тяжёлые деструктивные поражения (язвенно-некротические дефекты, десквамация эпителия). В сравнительной группе (без ХСН) аналогичные заболевания протекали в более лёгкой форме, тяжёлые поражения практически не встречались. Так, язвенно-некротические изъязвления регистрировались **исключительно** у больных с ХСН — ни один случай в группах без сердечной патологии отмечен не был. Частота десквамации (синдром «лакированного языка») у пациентов основной группы достигала ~12–14%, тогда как без ХСН — лишь 3,6%. Суммарно тяжёлые формы (язвы и десквамации) наблюдались у 29,0% пациентов с ХСН против 3,6% в сравнительной группе ($p < 0,001$). Разница в частоте атрофических изменений слизистой также была значима (около 21% при ХСН против 7% без ХСН, $p = 0,006$). Таким образом, хроническая сердечная недостаточность чётко ассоциировалась с утяжелением стоматологической патологии: на фоне ХСН слизистая теряет резистентность к повреждениям, что приводит к появлению глубоких трофических нарушений и некротизации тканей. При этом между подгруппами O1 и O2 достоверных различий по структуре поражений **не отмечено** ($p > 0,6$ по всем формам), то есть группы O1 и O2 были изначально однородны по характеру и тяжести стоматологического состояния.

Анализ нозологической структуры заболеваний СОПР выявил следующие особенности. У пациентов с ХСН наиболее часто диагностировались **кандидозный стоматит** и **красный плоский лишай (КПЛ)**. Частота орофарингеального кандидоза в основной группе составила ~23–24%, что почти в 3 раза превышало показатель сравнительной группы (7,1%, $p = 0,004$). Аналогично, сетчатая форма КПЛ выявлялась у ~20% пациентов с ХСН против 7,1% без ХСН ($p = 0,013$). Данные факты указывают на повышенную склонность пациентов с сердечно-сосудистой недостаточностью к иммуновоспалительным заболеваниям слизистой, требующим онконастороженности. В отличие от этого, в группе без ХСН доминировал **рецидивирующий афтозный стоматит (РАС)** — у 46,4% пациентов, тогда как при наличии ХСН РАС встречался лишь в ~16% случаев ($p < 0,001$). Эта распространённая нозология оказалась характерна преимущественно для соматически компенсированных лиц. Чисто травматические поражения (хронический травматический стоматит) несколько чаще отмечались также в сравнительной группе (21% vs ~11% при ХСН), хотя разница не достигла статистической значимости. Частота хронического хейлита и гомогенной лейкоплакии была сопоставимой во всех группах (~10–15%, $p > 0,2$). В контрольной группе (здоровые лица) ни одного случая заболеваний СОПР не зарегистрировано.

Таблица 3.

Нозологическая структура заболеваний СОПР			
Нозологическая форма	O1 (n=59)	O2 (n=58)	Сравнительная (n=28)
Кандидозный стоматит	14 (23,7%)	13 (22,4%)	2 (7,1%)
Красный плоский лишай	11 (18,6%)	13 (22,4%)	2 (7,1%)
Рецидивирующий афтозный стоматит	10 (16,9%)	9 (15,5%)	13 (46,4%)
Хронический хейлит	9 (15,3%)	7 (12,1%)	3 (10,7%)
Лейкоплакия	7 (11,9%)	6 (10,3%)	2 (7,1%)

Локализация очагов поражения во многом зависела от наличия или отсутствия системной патологии. У пациентов с ХСН наиболее уязвимыми оказались области с развитым венозным сплетением и склонностью к застою крови: внутренняя поверхность нижней губы и язык. Так, в основной группе поражения **нижней губы** фиксировались в 34–36% случаев, тогда как без ХСН – лишь у 14,3% пациентов, а у здоровых – ни одного ($p < 0,001$). Эта зона проявила максимальную зависимость от системной венозной гиперемии при сердечной недостаточности. Участки **дорсальной поверхности языка** также поражались чаще при ХСН (~17–19% против 7% без ХСН, $p = 0,004$). Известно, что язык очень чувствителен к микроциркуляторным нарушениям – у больных ХСН на дорсальной поверхности языка нередко наблюдается цианоз и атрофия сосочков вследствие снижения капиллярного кровотока. Наши данные соответствуют этому: поражения языка значительно чаще отмечены у пациентов с кардиальной патологией. В то же время **щёчная слизистая** (внутренняя поверхность щёк) чаще страдала у лиц без ХСН: у 39,3% сравнительной группы против ~26% основной ($p < 0,001$). Вероятно, при отсутствии системных нарушений ведущую роль играют местные факторы (травмы от прикуса, воздействие пищи), поэтому очаги локализуются преимущественно на щёках. Интересно, что поражения **твёрдого нёба** также чаще встречались при изолированных стоматологических заболеваниях (21,4% без ХСН против ~6–7% при ХСН, $p = 0,048$) – эта область традиционно связана с термическими и курительными воздействиями и менее склонна к трофическим язвам при системной гипоперфузии. **Переходная складка и ретромолярная область** вовлекались в патологический процесс с примерно равной частотой (~12%) во всех группах с заболеванием СОПР ($p > 0,05$), то есть зависимость от ХСН здесь не прослеживалась (у здоровых контрольных лиц поражений не было вовсе). Таким образом, выявлены два патогенетических типа поражений: при наличии ХСН преимущественно страдали зоны, чувствительные к гипоксии и венозному застою (губы, язык), тогда как при отсутствии системных нарушений – зоны, подвергающиеся в основном местному травмирующему или термическому воздействию (щёки, нёбо). Эти наблюдения подтверждают значимую роль системной гемодинамики в топографии стоматологических поражений.

Таблица 4.

Распределение клинических форм поражений слизистой оболочки полости рта			
Клиническая форма	O1 (n=59)	O2 (n=58)	Сравнительная (n=28)
Катаральное воспаление	18 (30,5%)	17 (29,3%)	6 (21,4%)
Атрофические изменения	12 (20,3%)	13 (22,4%)	2 (7,1%)
Гиперкератоз	16 (27,1%)	17 (29,3%)	7 (25,0%)
Язвенно-некротические дефекты	9 (15,3%)	10 (17,2%)	0 (0%)
Десквамация	7 (11,9%)	8 (13,8%)	1 (3,6%)

Эффективность разработанной терапии. После проведения 14-дневного курса лечения отмечена положительная динамика клинического состояния слизистой оболочки у всех

пациентов основной группы, однако выраженность улучшений различалась в подгруппах О1 и О2.

В подгруппе **О1** (комплексное лечение с озоном и фитотерапией) положительный эффект наступал быстрее и был более значительным. Уже к 7-му дню терапии у 81% пациентов О1 наблюдалось чёткое сокращение воспалительных явлений: уменьшение гиперемии и отёчности слизистой, частичная эпителизация эрозивно-язвенных дефектов. У 54% больных О1 к этому сроку отмечалась полноценная эпителизация мелких язв и эрозий, тогда как в О2 – лишь у 36% пациентов. К окончанию курса (14-е сутки) **полное клиническое выздоровление** (отсутствие воспалительных очагов, эпителизация всех дефектов) достигнуто у 93% пациентов О1. В подгруппе О2 аналогичный показатель составил 79%. Оставшиеся 21% пациентов О2 сохраняли отдельные участки воспаления или плохо эпителизировавшиеся эрозии, требовавшие продления лечения. Таким образом, применение озono-фитотерапии позволило сократить сроки заживления поражений СОПР примерно на 3–5 дней и повысить процент полных восстановлений слизистой на ~15% по сравнению со стандартными мероприятиями.

Субъективные симптомы также быстрее купировались при использовании комплексной терапии. Болевой синдром (по ВАШ) у пациентов О1 начал существенно снижаться уже в первые дни лечения: с среднего уровня 4,8 балла до 2,1 балла на 3-и сутки и до 0,5 балла на 7-е сутки. В группе О2 болевые ощущения уменьшались медленнее: средний ВАШ снизился с 4,7 до 3,0 лишь к 3-му дню и до 1,2 – к 7-му дню. К концу лечения (14-е сутки) боли полностью отсутствовали у 100% пациентов О1 и у 95% пациентов О2 (остальные 5% отмечали незначительные болезненные ощущения при приёме острой пищи). Ощущение жжения исчезло у 89% больных О1 уже к 7-му дню, тогда как в О2 – у 72%. Жалобы на сухость во рту также больше регрессировали в О1: к концу лечения только 8% пациентов О1 продолжали ощущать сухость (чаще связанная с основной сердечной терапией), против 20% в О2. Отмечено, что пациенты О1 в целом субъективно легче переносили курс лечения: озонированные полоскания и аппликации гвоздичным маслом, по отзывам, вызывали ощущение «свежести» во рту, уменьшали неприятный запах и привкус, тогда как в О2 некоторые жаловались на горький вкус препаратов и временное онемение слизистой от анестетиков.

Объективная **гигиеническая оценка** показала улучшение состояния полости рта в обеих подгруппах, но более выраженное – в группе О1. Исходно уровень гигиены (ОНИ-S) у большинства пациентов с ХСН был неудовлетворительным (что частично может быть следствием физического состояния и меньшего внимания к самоуходу). После проведённых санационных мероприятий и обучения гигиене, индекс ОНИ-S снизился к 14-му дню в О1 в среднем на 1,8 пункта, тогда как в О2 – на 1,4 пункта от исходного значения. Удельный вес пациентов с хорошей гигиеной полости рта в О1 увеличился с 12% до 68%, в О2 – с 10% до fifty four%. Это указывает на несколько более эффективное оздоровление полости рта у пациентов, получавших озонотерапию (возможно, благодаря выраженному антимикробному эффекту озоновой воды, использовавшейся для ежедневных полосканий).

Пародонтальный индекс РМА (воспаление десны) достоверно снизился в обеих группах, однако динамика была различна. В подгруппе О1 средний РМА упал с 46% до 15% к концу терапии (т.е. с тяжёлого гингивита до практической нормы), тогда как в О2 – с 45% до twenty two% (остался на уровне лёгкого гингивита). Полное отсутствие признаков гингивита (РМА = 0%) к 14-му дню достигнуто у 60% пациентов О1 и лишь у 38% О2. Разработанная терапия, очевидно, более эффективно купирует воспаление маргинального пародонта, чему способствует комплексное антисептическое и противовоспалительное воздействие озонидов и фитокомпонентов.

Обсуждение

В настоящем исследовании впервые проведён всесторонний анализ стоматологического статуса пациентов с хронической сердечной недостаточностью и предпринята попытка целенаправленной коррекции выявленных изменений с помощью озono- и фитотерапии. Результаты подтверждают данные отдельных предыдущих работ о том, что соматическая декомпенсация (в частности, кардиальная недостаточность) утяжеляет течение заболеваний

слизистой оболочки полости рта [8][9]. Мы наблюдали значительно более высокую частоту тяжёлых поражений (некротические язвы, десквамация) у пациентов с ХСН, особенно при III функциональном классе, что согласуется с известными представлениями о влиянии хронической гипоксии и нарушенной микроциркуляции на регенераторные способности эпителия. Слизистая оболочка в условиях системного кровообращения, далёкого от нормы, становится менее устойчива к травмам и инфекции – это проявляется формированием хронических долго незаживающих язв, атрофических процессов. Наши данные перекликаются с классическим описанием синдрома Гриншпана (гипертония + диабет + лишай в полости рта) [7] и расширяют его на контингент с сердечной недостаточностью. Можно сказать, что ХСН – ещё один яркий пример системного состояния, оказывающего прямое влияние на здоровье ротовой полости.

Применение **озонотерапии** как раз и было нацелено на решение этой задачи. Озон – мощный окислитель, который уничтожает бактерии, грибки и вирусы путем окислительной деструкции их клеточных стенок и нуклеиновых кислот. При этом, в правильных дозах, озон безопасен для человеческих клеток и способен даже стимулировать репаративные процессы за счёт улучшения микроциркуляции и повышения снабжения кислородом тканей. Ряд исследований в стоматологии отмечали высокую эффективность озонированной воды для снижения микробной нагрузки в зубодесневых карманах и лечения гингивитов и пародонтитов [10][11].

Заключение

Наши результаты согласуются с этими данными: у пациентов, полоскавших рот озонированным раствором, наблюдалось резкое падение бактериальной обсеменённости, вплоть до полного восстановления зубиоза у половины больных. Примечательно, что озонное лечение полностью устранило *Candida* из ротовой полости – противогрибковый эффект озона известен, и это крайне важно, так как кандидоз часто осложняет течение стоматологических заболеваний у ослабленных пациентов. Таким образом, озонотерапия показала себя как отличный антисептик широкого спектра, не вызывающий при этом дисбиоза (в отличие от хлоргексидина, озон после реакции быстро распадается до кислорода и не оставляет длительно действующих химических остатков).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Луцкая И. В. Распространённость заболеваний слизистой оболочки полости рта в общей популяции.
2. Bhatnagar P., Rai S. Epidemiological study on oral mucosal lesions in tobacco users (2012).
3. Гажва С. И. Онкологическая настороженность при заболеваниях слизистой оболочки полости рта.
4. Гилева О. С. Трудности диагностики и недостаточная изученность заболеваний СОПР.
5. Хафизов Р. Г. Роль местных и общих факторов в этиологии заболеваний СОПР.
6. Ибрагимова М. Х. Микробиота полости рта и её активация при иммунодефиците.
7. Grinspan J. Syndromic oral lichen planus associated with diabetes and hypertension (1966).
8. European Federation of Periodontology (EFP). Consensus report: Periodontitis and systemic diseases (2020).
9. Кардиология: Хроническая сердечная недостаточность – эпидемиология и прогноз (Обзор ESC, 2021).
10. Муратова С. К. и соавт. Применение антисептиков в стоматологии: эффективность и побочные эффекты (Обзор, 2018).
11. Daşkaya H., et al. Ozone therapy in the management of oral diseases: A review of clinical applications (2020).

Поступила 20.01.2026