

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО
ЛИШАЯ**

*Самадова Шахзода Исаковна
Бухарский государственный медицинский институт*

Аннотация. Важным препятствием к изучению эпидемиологию КПЛ служит существенные различия не только в частоте обращаемости больных к стоматологам и дерматологам, но и в оценке частоты сочетанного поражения слизистой оболочки полости рта и кожи как стоматологами, так и дерматологами.

Ключевые слова. Красный плоский лишай, климакс, трансформаци.

Актуальность: Красный плоский лишай (КПЛ) – один из наиболее распространенных и клинически манифестных кожно-слизистых дерматозов. По данным разных авторов популяционная частота КПЛ (0,4-1,9%) отмечается варьирование в разных регионах мира и доли к другим дерматозам.

В то же время популяционная частота КПЛ поражения слизистой оболочки полости рта, достигающая 0,5-2,2 % в зависимости от региона мира, позволяет расценивать это заболевание как самое частое аутоиммунное поражение, раннее выявление которого врачами разных специальностей будет способствовать предотвращению его злокачественной трансформации.

КПЛ почти в два раза чаще поражает женщин, чем мужчин. Показательно, что мужчины чаще заболевают в молодом возрасте, а женщины болеют после 50 лет. Пик развития КПЛ слизистой оболочки полости рта приходится на 30-60 лет, из них 62-67% составляют женщины 40-60 лет, что может косвенно указывать на патогенетическую роль климакса и постклимактерических нарушений развития КПЛ.

Несмотря на то, что КПЛ чаще страдают взрослые люди 50-60 лет, однако этом его развитие в интервале 30-60 лет отмечается в 33%, 51-60 лет – в 19%, детей и у лиц старше 70 лет – в 3-4% случаев. В последние годы КПЛ с поражением слизистой оболочки полости рта стал все чаще встречаться в более молодом возрасте и у детей. Это связано с ухудшением экологической обстановки и усилением воздействия на человека стрессовых ситуаций.

Провоцирующими моментами развития КПЛ явились нарушения микробиоценоза полости рта, снижение локального и общего иммунитета, стрессы, обострение сопутствующего соматического заболевания, прием лекарственных препаратов и др.

КПЛ СОПР является мультифакториальным заболеванием, в настоящее время считается общепризнанной ведущая роль в развитии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и губ иммунологических сдвигов. Иммунные нарушения при КПЛ обусловлены нарушением клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также изменением функционального состояния регуляторных механизмов иммунной системы, контролирующей реакцию организма на антиген на молекулярном, клеточном, тканевом и органном уровнях [Лукиных Л. М, 2013].

Полость рта обладает не только общим иммунитетом, одинаково защищающим все органы и ткани организма, но и собственным местным иммунитетом, играющим основную роль в защите от инфекции патологических состояний, содержания защитных факторов (гуморальные IgA, IgM, IgG лактоферин др.) [Лукиных Л. М, 2013].

Целью исследования являются совершенствование критериев диагностики красного плоского лишая.

Материалы и методы: Объектом исследования явились 62 больных с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (ЭЯФ КПЛ СОПР), обратившихся в отделение терапевтической стоматологии клиники Ташкентского государственного стоматологического института за период с 2018г. по 2019 г, которые распределены на три группы, больные группы сравнения (30) и больные основной группы (32), 18 человек без патологии слизистой оболочки полости рта служили контролем.

Таблица 1

Распределение больных КПЛ по полу и возрасту

Пол	Возраст										Σ	
	20-29		30-39		40-49		50-59		60-69			
	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Муж.	5	8,06	7	11,3	6	9,7	2	3,2	1	1,6	21	33,8
Жен.	2	3,2	3	4,8	10	16,1	12	19,4	14	22,6	41	66,1
Всего	7	11,26	10	16,11	16	25,8	14	22,6	15	24,2	62	100

Под нашим наблюдением находились 62 пациента с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (ЭЯФ КПЛ СОПР) Из них мужчины составляли 21 (33,8%), женщины 41 (66,1%), в возрасте 20-29 лет - 5 мужчин (8,06%) и 2 женщины (3,2%); в возрасте 30-39 лет – 7

мужчин (11,3%) и 3 женщины (4,8%); в возрасте 40-49 лет – 6 мужчин (9,7%) и 10 женщин (16,1%); в возрасте 50 -59 лет -2(3,2%) мужчин и 12 женщин (19,4%); в возрасте 60 -69 лет1 (1,6%) мужчин и 14 женщин (22,6%) (таблица 1).

Контрольную группу составляли 18 человек, из них 11 (61,1%) женщин, 7 (38,8%)– мужчин без патологии СОПР. Группа сравнения (30) состояла из 11 (36,66%) мужчин и 19 (63,33%) женщины. Основная группа (32) пациента состояла из 10 (31,25%) мужчин и 22 (68,75%) женщин.

Обследование больных проводилось по единой схеме, на каждого пациента заполнялась стоматологическая амбулаторная карта (043-У) и индивидуальная, разработанная нами карта обследованиястоматологического больного, где отмечались результаты проведенных стоматологических, клинических и лабораторных исследований.

Сбор анамнеза жизни пациентов способствовал выявлению причин развития ЭЯФ КПЛ СОПР, наличие вредных привычек (курение, кусание губ, щек), сезонность, прием раздражающей пищи, характера питания, нервно-психическое напряжение, протезирование, прием лекарственных препаратов, смена зубных паст и других средств гигиены, определение длительности заболевания, аллергологического статуса, отягощенной наследственности, перенесенных и сопутствующих заболеваний, локализации очага поражения,наличие и состояние коронок, протезов, разнородных металлов.

Результаты исследования: Клинические данные вносили в карту исследования,с включенной схемой-топограммы, рекомендованные ВОЗ в модификацииО.С. Гилевой с соавт. в 2008 г. В соответствии с данной схемой были выявлены наиболее распространенные локализации очага поражений элементами КПЛ слизистой полости рта. Морфологические элементы наблюдались на разных участках СОПР.

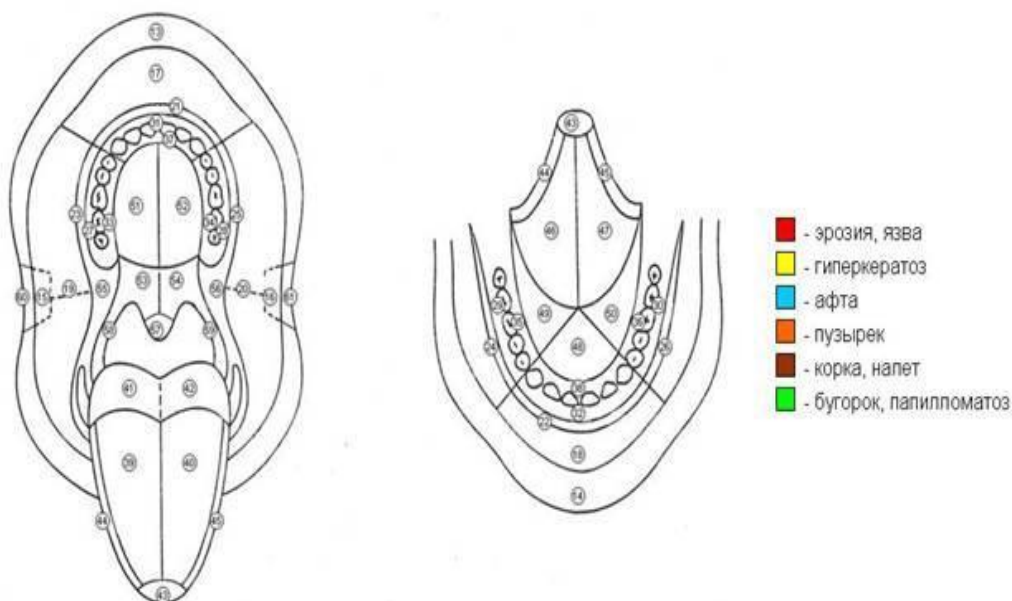


Рис. 2. Схема-топограмма СОПР по локализации элементов поражения в зонах в модификации О.С. Гилевой.

Клинические данные вносили в карту исследования, с включенной схемой-топограммы, рекомендованные ВОЗ в модификации О.С. Гилевой с соавт. в 2008 г. В соответствии с данной схемой были выявлены наиболее распространенные локализации очага поражений элементами КПЛ слизистой полости рта. Морфологические элементы наблюдались на разных участках СОПР.

Клиническое обследование было проведено у всех пациентов, осуществляли общепринятым методом - сбор анамнеза заболевания, клинический осмотр, определение оценки гигиенического состояния полости рта – ОНI-S индекса Грина – Вермильона, РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, индекс КПУ (К - кариозные, П - пломбированные, У – удаленные зубы).

Таблица 2.

Динамика изменений индексных показателей по срокам наблюдений(М±m)

Terms of treatment	GI (ОНI-S)		РМА (%)	
	Main .gr n=32	Comp gr. n=30	Main .gr n=32	Comp gr. n=30
Before treatment	2,46±0,22	2,89±0,24	41,32±2,05	38,21±0,05
3 day	2,44±0,11	2,51±9,23	22,66±2,13	32,42±2,18
Day 7	2,24±0,26	2,33±0,24	22,21±1,71	24,52±0,42
Day 30	1,03±0,25	1,73±0,05	14,69±2,66	17,33±1,44
Day 90	0,63±0,25	0,92±0,22	10,27±2,13	11,62±2,66
180 day	0,40±0,27	0,61±0,25	7,15±2,64	9,17±2,17
Control n=18	0,78±0,21		5,28±2,11	

При определении индексных показателей пациентов ЭЯФ КПЛ СОПР наши наблюдения показали, что уровень гигиены у данных пациентов был до лечения достоверно низким, по сравнению с контролем. Так до лечения в основной группе и группе сравнения показатели ГИ (ОНI-S) были равны соответственно 2,46±0,22 и 2,89±0,24 в контрольной группе – 0,78±0,21. Показатель РМА в основной группе и группе сравнения до лечения показатели были соответственно 41,32±2,05 и 38,21±0,05, в контроле - 5,28±2,11 (таблица 3.5.).

На 3 день от начала лечения озонированным кунжутным маслом гигиеническое состояние полости ГИ (ОНI-S) и показатель РМА индекса заметно улучшились, по сравнению с группой сравнения, значение данных

показателей регистрировались соответственно 21,65% (2,44±0,11) - 7,08% (2,51±9,23) и 50% (22,66±2,13) – 15,16% (32,42±2,18), что показывает снижение индексов ОНІ-S и РМА в 1,28 и 1,8 в основной группе, 1,08 и 1,1 – в группе сравнения ($p<0,001$).

На 7 день после проведенного лечения в основной группе и группе сравнения гигиенический индекс несколько снижался, по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 28,67% (2,24±0,26) -25,08% (2,33±0,24), что показывает снижение соответственно в 1,4 раза и 1,3 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,001$). Показатель РМА в основной группе и группе сравнения на 7 день лечения были соответственно 46,25% (22,21±1,7) и 35,83% (24,52±0,4), что показывает снижение воспалительного процесса соответственно в 1,86 раза и 1,55 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,001$).

На 30 день после проведенного лечения в основной группе и группе сравнения гигиенический индекс достоверно снижался, по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 61,2% (1,03±0,25) и 44,38% (1,73±0,05), что показывает снижение соответственно в 2,5 раза и 1,8 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,001$). Показатель РМА в основной группе и группе сравнения на 90 день лечения были соответственно 64,45% (14,69±2,66) и 54,65% (17,33±1,44), что показывает снижение воспалительного процесса соответственно в 2,81 раза и 2,2 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,001$).

На 90 день после лечения в основной группе и группе сравнения гигиенический индекс значительно снижался, по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 79,91% (0,63±0,25) и 70,42% (0,92±0,22), что показывает снижение соответственно в 4,9 раза и 3,4 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,001$). Показатель РМА в основной группе и группе сравнения на 90 день лечения были соответственно 75,15% (10,27±2,13) и 69,59% (11,62±2,66), что показывает снижение воспалительного процесса соответственно в 4,02 раза и 3,2 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,001$).

На 180 день после проведенного лечения в основной группе и группе сравнения гигиенический индекс достоверно снижался, по сравнению с показателями до лечения и соответствовали 87,27% (0,40±0,27) и 80,39% (0,61±0,25), что показывает снижение ГИ соответственно в 7,8 раза и 5,1 раза по сравнению с показателями до лечения ($p<0,001$). Показатель РМА в основной группе и группе сравнения на 180 день лечения были соответственно 82,7% (7,15±2,64) и 76,01% (9,17±2,17), что показывает снижение воспалительного

процесса соответственно в 5,77 раза и 4,16 раза по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,001$) (таблица 2).

Использование аппарата «Озонатор клинический О₃», разработанный в научно-производственным предприятием «Азия-Р» успешно применяется в различных отраслях медицины.

До лечения микрофлора полости рта характеризовалась наличием ассоциации различных патогенов. Из числа микроорганизмов в наиболее высоких титрах обнаруживались золотистые стафилококки и гемолитические стрептококки, реже – другие условные патогены, на фоне значительного снижения уровня обнаружения нормофлоры (таблица 3).

Так, средние титры золотистого стафилококка в сравниваемых группах колебались на уровне $4,50 \pm 0,16$ – $4,70 \pm 0,17$ lgKOE/мл, а титры обнаружения гемолитического стрептококка – $5,15 \pm 0,15$ – $5,30 \pm 0,20$ lgKOE/мл, в норме этих микроорганизмов в полости рта не бывает. Показатели условно- патогенных микроорганизмов ЛП и ЛН эшерихии в титрах $1,45 \pm 0,08$ – $2,10 \pm 0,10$ и $3,30 \pm 0,15$ – $3,35 \pm 0,15$ lgKOE/мл, также не присущие биотопу полости рта в норме. Значительно возрос уровень обнаружения протей: до $1,40 \pm 0,02$ – $1,45 \pm 0,07$ lgKOE/мл, при показателях нормы $1,10 \pm 0,10$ lgKOE/мл и грибов рода кандиды – до $3,60 \pm 0,17$ – $3,70 \pm 0,16$ lgKOE/мл при норме $2,10 \pm 0,10$ lgKOE/мл (таблица 3).

Таблица 3

Содержание микроорганизмов полости рта больных ЭЯФ КПЛ СОПР до и после лечения в Lg.KOE мл ($M \pm m$)

№	Группы микробов	Норма	Контроль		Группа сравнения		Основная группа	
			до леч.	после леч.	до леч.	после леч.	до леч.	после леч.
1	Общее количество микроорганизмов	$6,30 \pm 0,5$ 1	$8,22 \pm 0,3$ 4	$7,20 \pm 0,2$ 2	$8,30 \pm 0,4$ 1	$7,00 \pm 0,3$ 1	$8,20 \pm 0,36$	$6,40 \pm 0,30$
2	Лактобактерии	$3,20 \pm 0,1$ 5	$2,00 \pm 0,0$ 6	$2,60 \pm 0,1$ 1	$1,95 \pm 0,0$ 6	$2,95 \pm 0,1$ 1	$2,10 \pm 0,11$	$3,10 \pm 0,15$
3	Стаф.золотистый	-	$4,60 \pm 0,1$ 7	$2,30 \pm 0,1$ 2	$4,50 \pm 0,1$ 6	$1,20 \pm 0,0$ 3	$4,70 \pm 0,17$	-
4	Стаф.эпидерм.	$2,75 \pm 0,1$ 1	$2,00 \pm 0,0$ 7	$2,30 \pm 0,0$ 6	$2,15 \pm 0,0$ 7	$2,50 \pm 0,1$ 1	$2,10 \pm 0,06$	$2,70 \pm 0,12$

5	Стаф.сапрофиты	4,30±0,2 0	2,48±0,1 2	3,60±0,1 2	2,60±0,1 2	4,05±0,2 0	2,55± 0,12	4,10±0, 11
6	Стрепт.гемолити ч.	-	5,20±0,2 4	2,70±0,1 0	5,15±0,1 5	1,00±0,0 5	5,30± 0,20	-
7	Стрепт.негемоли т.	4,00±0,2 1	2,30±0,0 6	3,20±0,1 5	2,10±0,1 1	3,20±0,1 6	2,20± 0,10	4,10±0, 11
8	Эшерихии ЛП	1,30±0,1 1	2,00±0,0 9	1,20±0,0 3	1,45±0,0 8	1,00±0,0 2	2,10± 0,10	0,50±0, 02
9	Эшерихии ЛН	-	3,40±0,1 4	1,60±0,0 6	3,30±0,1 5	-	3,35± 0,15	-
10	Протей	1,10±0,1 0	1,50±0,0 6	0,80±0,0 3	1,40±0,0 2	0,70±0,0 8	1,45± 0,07	0,61±0, 12
11	Грибы рода Кандида	2,10±±0, 10	3,70±0,1 6	2,70±0,1 1	3,60±0,1 7	2,30±0,0 1	3,70± 0,16	2,00±0, 09

На фоне увеличения концентрации патогенной и условно-патогенной микрофлоры регистрировалось значительное снижение титров представителей нормальной микрофлоры. Так, уровни сапрофитного стафилококка и негемолитического стрептококка понизились более, чем в 1,5 раза и составили соответственно $2,60 \pm 0,12$ – $2,30 \pm 0,11$ и $2,55 \pm 0,12$ – $2,20 \pm 0,10$ lgКОЕ/мл при средних титрах в контроле $4,30 \pm 0,20$ и $4,00 \pm 0,21$ lgКОЕ/мл.

Естественно, сочетание патогенного гемолитического стрептококка и золотистого стафилококка с грибами рода кандида при ЭЯФ КПЛ СОПР является крайне неблагоприятным. Персистенция бактериальных патогенов формирует дисбиоз полости рта. Клинико-микробиологические проявления дисбиоза до начала лечения в сравниваемых группах были однородны и в 9,57 – 10,00% случаев соответствовали дисбиотическому сдвигу; у 46,66 – 50,00% больных изменения микробиоценоза оценивались как дисбактериоз I–II степени и в 40,62 – 43,33% – как дисбактериоз III степени.

Необходимо отметить, что в сравниваемых группах отсутствовали больные с нормоценозом, одновременно не регистрировались больные с тяжелыми проявления дисбактериоза IV степени. Использование озонированного кунжутного масла в лечение больных основной группы существенно изменило уровни обнаружения и соотношения микроорганизмов в полости рта. В результате разрушающего действие озона на цитоплазматические мембраны микробов, бактерий и вирусов удалось добиться снижения патогенных и

условно-патогенных микроорганизмов, как гемолитический стрептококк или золотистый стафилококк, кишечная палочка, грибы рода кандиды. (Дзагоева Д.К.,2014).

Одновременно существенно возрастали титры резидентной микрофлоры: сапрофитного стафилококка, негемолитического стрептококка, лактобактерий. Анализ применения озонированного кунжутного масла в полости рта в группе сравнения и основной группе показал ее высокую эффективность по сравнению с базисной терапией. Диагностически значимые изменения микробиоценоза у больных контрольной группы заключались в снижении общей микробной обсемененности на 12,52% ($P>0,05$). Соответствующие снижения в группе сравнения и основной группе составили 14,94% ($P<0,05$) и 22,24% ($P<0,01$).

Процент снижения титров таких патогенов, как золотистый стафилококк и гемолитический стрептококк составил в контрольной группе 50,0% ($P<0,01$) и 48,08% ($P<0,01$); в группе сравнения соответственно 73,34% ($P<0,001$) и 80,59% ($P<0,001$); в основной группе в конце курса лечения патогенные микроорганизмы отсутствовали. Уровни снижения условно-патогенных микроорганизмов, таких как эшерихии ЛП и ЛН, кишечная палочка, протей и грибы рода кандиды в контрольной группе составили соответственно 40,06% ($P<0,01$); 52,95% ($P<0,01$); 46,67% ($P<0,01$) и 27,03% ($P<0,01$) против 68,96% ($P<0,01$); 100%; 50,00 ($P<0,01$) и 36,12% в группе сравнения.

В основной группе средние титры эшерихии ЛП понизился на 76,24%, эшерихии ЛН –на 100%; протей –на 57,84% и грибов рода кандиды –на 45,95% ($P<0,01$) (рис.3.6). Таким образом, максимальная эффективность элиминации патогенных и условно-патогенных микроорганизмов регистрировалась в основной группе и минимальная –в контрольной. Элиминация условно и патогенной микрофлоры синхронизировалась с увеличением титров представителей нормоценоза.

Так, в контрольной группе титры лактобактерий, сапрофитного стафилококка и негемолитического стрептококка повысились на 30,0% ($P<0,01$); 45,16% ($P<0,01$) и 52,38% ($P<0,01$). Соответствующие увеличения в группе сравнения и основной группе были равны –51,28% ($P<0,01$); 55,77% ($P<0,01$); 52,38% ($P<0,01$) и 57,62% ($P<0,01$); 60,78% ($P<0,01$) и 86,36% ($P<0,01$)(таблица.3), (рис.3)

Таким образом, результаты проведенных микробиологических методов исследований показали, что при применении озонированного кунжутного масла наблюдается угнетение условно патогенной и патогенной микрофлоры с одновременным активированием представителей нормальной микрофлоры.

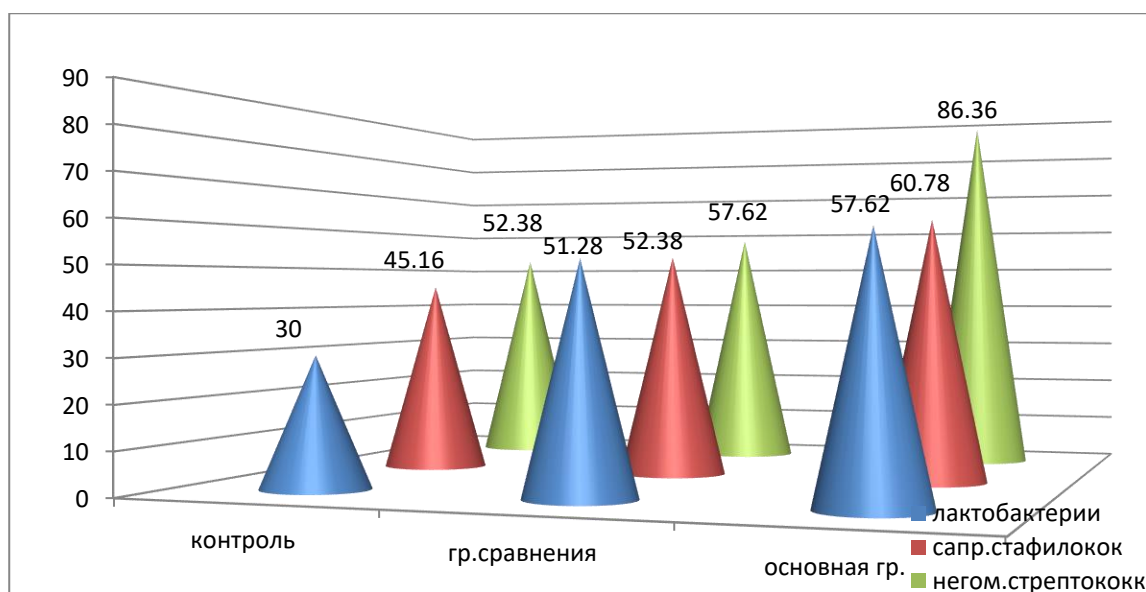


Рис.3. Возрастание титра резидентной микрофлоры после комплексного лечения

Таблица 4

Состояние микробиоценоза полости рта больных ЭЯФ КПЛ СОПР до и после лечения (M±m)

Dysbacteriosis	Control group n=18		Comparison group n=30		Main group n=32	
	before treatment	after	before treatment	after	before treatment	after
normocenosis	-	4 22,22±8,0	-	13 43,33±9,5	-	17 53,12±9,4
shift	1 5,53±5,04	7 38,88±9,4	3 10,00±6,2	11 36,66±9,4	3 9,57±5,8	15 46,87±9,5
I - II degree	9 50,01±9,6	7 38,88±9,4	14 46,66±9,7	6 20,00±7,7	16 50,00±9,4	
III - degree	8 44,44±9,5	-	13 43,33±9,6	-	13 40,62±9,5	-
IV - degree						

Примечание: в числителе – число больных; в знаменателе - в % от числа больных; • -P<0,05 по отношению к величине до лечения; ° -P<0,05 по отношению к контролю.

После окончания лечения в группе сравнения у 13 (43,33%) лиц установлен нормоценоз, дисбиотический сдвиг у 11 лиц (36,66%), у 6 лиц (20%) –

дисбактериоз I-степени. В основной группе результаты лечения с использованием озона оценены таким образом: нормоценоз у 17 лиц (53,12%) дисбиотический сдвиг у 15 лиц (46,87%), отсутствии дисбактериоза I-II, III и IV степени в основной группе (таблица 4).

Полученные результаты обнаружения более высоких титров условно и патогенных микроорганизмов в конце курса лечения в контрольной группе объясняется особенностями микрофлоры, появлением микроорганизмов, устойчивых к традиционному антисептику, каким является хлоргексидин. Очевидно, применение антисептиков чревато появлением устойчивых форм микроорганизмов, а такая ситуация благоприятна для персистенции хронического воспалительного процесса на слизистой оболочке.

Проведенные аппликации озонированного кунжутного масла оказались эффективными из-за разрушающего действия озона на цитоплазматические мембраны микробов и бактерий, в результате удалось добиться снижения количества условно-патогенных микроорганизмов в основной группе больных ЭЯФ КПЛ СОПР средние титры эшерихии ЛП понизился на 76,24%, эшерихии ЛН –на 100%; протей –на 57,84% и грибов рода кандиды –на 45,95% (P<0,01). Тогда как у пациентов в группе сравнения снижение эшерихии ЛП и ЛН, кишечной палочки, протей и грибов рода кандиды составило снижение соответственно 40,06% (P<0,01); 52,95% (P<0,01); 46,67% (P<0,01) 27,03% (P<0,01), против 68,96% (P<0,01); 100%; 50,00 (P<0,01) и 36,12% снижение составило соответственно в контрольной группе.

Таким образом, анализ микробиологических показателей в основной группе лиц ЭЯФ КПЛ СОПР после проведения комплексного лечения с включением озонированного кунжутного масла без предварительной антисептической обработки отличается отсутствием эффекта привыкания микроорганизмов. Вследствие этого, результаты озонотерапии оценены таким образом, что нормоценоз отмечен у 17 лиц (53,12%) дисбиотический сдвиг - у 15 (46,87%), а также отмечено отсутствие дисбактериоза I-II, III и IV степени пациентов основной группы, что подтверждает эффективность применения озона в комплексном лечении ЭЯФ КПЛ СОПР (таблица 5).

Таблица 5.

Эффективность озонотерапии больных основной группы ЭЯФ КПЛ при оценке микробиоценоза полости рта

Groups	normocenosis	Shift	dysbacteriosis I- II degree	dysbacteriosis III degree
Control n=18	4 (22,22%)	7 (38,88%)	7 (38,88%)	-

Comparisons n=30	13 (43,33%)	11 (36,66%)	6 (20%)	-
Main n=32	17 (53,12%)	15 лиц (46,87%)	-	-

После окончания лечения в группе сравнения у 13 (43,33%) лиц установлен нормоценоз, дисбиотический сдвиг у 11 лиц (36,66%), у 6 лиц (20%) – дисбактериоз I-II степени. В основной группе результаты лечения с использованием озона оценены таким образом: нормоценоз у 17 лиц (53,12%) дисбиотический сдвиг у 15 лиц (46,87%), отсутствии дисбактериоза I-II, III и IV степени в основной группе (таблица 5).

В основной группе применение озонированного кунжутного масла без предварительной антисептической обработки хлоргексидином, резко отличается отсутствием эффекта привыкания микроорганизмов, что обеспечивает более высокий результат стабилизации нормобиоценоза полости рта.

Добавление в комплексное лечение озонированного кунжутного масла способствовало нормализации микробиоценоза полости рта, в силу своих антибактериальных свойств, озон способствовал снижению патогенной микрофлоры и, наоборот, увеличение сапрофитов.

Выводы: Таким образом, анализ микробиологических показателей в основной группе лиц ЭЯФ КПЛ СОПР после проведения комплексного лечения с включением озонированного кунжутного масла без предварительной антисептической обработки резко отличается отсутствием эффекта привыкания микроорганизмов. Вследствие этого, результаты озонотерапии оценены таким образом, что нормоценоз отмечен у 17 лиц (53,12%) дисбиотический сдвиг - у 15 (46,87%), а также отмечено отсутствие дисбактериоза I-II, III и IV степени пациентов основной группы, что подтверждает эффективность применения озона в комплексном лечении ЭЯФ КПЛ СОПР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баязитова, Л. Т. Оценка микробной контаминации очагов поражения красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта / Л. Т. Баязитова, С. А. Лисовская [и др.] // Проблемы медицинской микологии.- 2015.-Том 17, N2. С.45-46.
2. Yu, Abdullayev Sh, and N. Yu Muratova. "Application of osteoplastic compositions in mandibular endoprosthetics." *Conferencea* (2022): 263-264.

3. Муратова Н., Абдуллаев Ш. Применение остеопластических материалов на основе гидроксиапатита и коллагена при восстановлении дефектов челюстных костей //Stomatologiya. – 2020. – Т. 1. – №. 1 (78). – С. 69-74.
4. Muratova, N. Yu, I. I. Khasanov, and Sh Yusupov. "Application of ultrasonic cavitation in treatment of the purification of wounds of the maximum-face region." (2017).
5. Дзагоева Д. К. Озонотерапия в комплексном лечении кандидоза СОПР в аспекте улучшения качества жизни. «Северо-осетинская государственная медицинская академия» МинЗДРаВа РОССИИ/автореф...канд.дисс. 2014, С.26.
6. Юсупова Д., Абдуллаев Ш., Халилов А. Prevention of the formation of postoperative hypertrophic scars on the face //in Library. – 2020. – Т. 20. – №. 4. – С. 24-26.
7. Юсупова Д., Джураев Б., Абдурахмонов С. Changes of hemostatic bed parameters in the healing process postoperative facial scar //in Library. – 2021. – Т. 21. – №. 4. – С. 477-483.
8. Ефанов О.И., Волков А.Г., Дикопова Н.Ж., Третьяков А.А. Исследование антибактериальной активности озона invitro.Сб.трудов 10-й Всерос.науч.-практ.конф. «Образование, наука и практика в стоматологии» по единой тематике «Стоматология и социально значимые заболевания». Москва,11-13 февраля 2013 г.М.,2013,с.86
9. Ефимович О.И. Клинико-лабораторное обоснование терапии дисбактериоза слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис.... канд. мед. наук. –М., 2002. –19 с.
- 10.Ganiev A. A., Abdullaev S. Y., Abdurahmonov S. Z. Combined treatment for early-stage skin cancer of the head and neck area //World Bulletin of Public Health. – 2021. – Т. 4. – С. 3-6.
- 11.Абдуллаев, Ш., Халилов, А., Адылов, З., & Алимжанов, К. (2021). Лечение осложнений, возникающих при переломах нижней челюсти. *Медицина и инновации*, 1(4), 140-148.
- 12.Юсупова Д., Абдуллаев Ш., Халилов А. Текст научной работы на тему «Современное состояние проблемы профилактики и лечения рубцов на лице различной этиологии (список литературы)» //in Library. – 2021. – Т. 21. – №. 2. – С. 420-424.
13. Ирсадиев Х.И Барьерно-защитные механизмы полости рта при пузырчатке и красном лишае / Х.И. Ирсадиев, О.Р. Салимов // Стоматология. - Ташкент, 2008. - №3-4. - С. 58-60.
- 14.Камилов Х. П. Состояние полости рта у больных красным плоским лишаем: научное издание / Х. П. Камилов, О. Е. Бекжанова, У. А. Шукурова, Ш. Ф.

- Шамсиева // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2013. - №3. - С. 47-49.
15. Камилов, Х. П. К вопросу лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая на слизистой полости рта. Х. П. Камилов, М. Х. Ибрагимов, Н. О. Асильбекова // Медицинский журнал Узбекистана. - 2015. - №6. - С. 15-18.
16. Леонтьева Е.С., Баязитова Л.Т., Лисовская С.А., Михеева Л.И., Мухамеджанова Л.Р., Кузнецова Р.Г. К вопросу о микробной обсемененности очагов поражения красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта // Практическая медицина - 2014. - № 4-1 (80). С. 59-64.
17. Лукиных, Л. М. Местные иммуномодуляторы в комплексном лечении эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. / Л. М. Лукиных, Н. В. Тиунова // Стоматология. - 2013. - Том 92, №6. - С. 26-28.
18. Молочкова, Ю. В. Ингибиторы кальциневрина и медиаторов воспаления в топической терапии эрозивного красного плоского лишая полости рта. / Ю. В. Молочкова // Клиническая дерматология и венерология. - 2015. - Том 14, №1. - С. 63-67.
19. Патрушева М. С., Родькина В. В., Бекеева Л. Ю., Филлюк Е. А. Комплексное лечение больных с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая / Волгоградский научно-медицинский журнал 1/2014. С. 50—52.
20. Akhrorovich O. A. Hygienic assessment of working conditions and prevention of reproductive pathology among workers of the poultry complex // ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2022. – Т. 12. – №. 1. – С. 161-166.
21. Потекаев, Н.Н., Круглова, Л.С., Федотова, К.Ю. и др. Красный плоский лишай в составе синдромов: случаи из практики. / Н.Н. Потекаев, Л.С. Круглова и др. // Клини. Дерм. и Вен. - 2016. - №3. - С. 17-23
22. Akhrorovich O. A. Poultry farm as a source of environmental pollution // ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2021. – Т. 11. – №. 11. – С. 554-558.
23. Imomjonovich I. I., Amirkulovna A. G. Current immunological problems in kidney transplantation // Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2021. – Т. 2. – №. 09. – С. 24-28.
24. Чуйкин, С. В. Характеристика микрофлоры полости рта у больных с красным плоским лишаем / С. В. Чуйкин, Г. М. Акмалова, Н. Д. Чернышева // Пародонтология. – 2014. – № 4 (73). – С. 41–43.