

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ МНОГОМОРФНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ

Очилова Лобар Шерали кизи

Ассистент кафедры медицинской химии и фармакологии университета Зармед, Самарканд,
Узбекистан

E-mail: lobarochilova94@gmail.com.

Мусурманов Фазлиддин Исамиддинович

Ассистент кафедры Стоматологии университета Зармед, Узбекистан

E-mail: dr.fazliddin89@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2863-3980>

Аннотация. В статье представлены результаты исследования клинического течения и цитоморфологических особенностей слизистой оболочки полости рта (СОПР) у 42 больных многоморфной экссудативной эритемой (МЭЭ) в условиях Бухарской области. Авторами выделены три группы пациентов по тяжести течения: легкая, среднетяжелая и тяжелая (синдром Стивенса-Джонсона). Установлено, что динамика клеточного состава (нейтрофилы, полибласты) напрямую зависит от тяжести патологии и наличия хронических очагов инфекции.

Ключевые слова: многоморфная экссудативная эритема, слизистая оболочка полости рта, цитология, синдром Стивенса-Джонсона, Самаркандская область.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE ORAL MUCOSA IN ERYTHEMA MULTIFORME

Ochilova Lobar Sherali kizi

Assistant of Department of Medical Chemistry and Pharmacology, Zarmed University, Samarkand,
Uzbekistan

E-mail: lobarochilova94@gmail.com.

Musurmanov Fazliddin Isamiddinovich

Assistant Department of Stomatology, Zarmed University, Samarkand, Uzbekistan

E-mail: dr.fazliddin89@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2863-3980>

Abstract. The article presents the results of a study of the clinical course and cytomorphological features of the oral mucosa in 42 patients with erythema multiforme (EM) in the Bukhara region. The authors identified three groups of patients according to the severity: mild, moderate, and severe (Stevens-Johnson syndrome). It was established that the dynamics of the cellular composition (neutrophils, polyblasts) directly depends on the severity of the pathology and the presence of chronic foci of infection.

Key words: erythema multiforme, oral mucosa, cytology, Stevens-Johnson syndrome, Samarkand region.

Введение. Многоморфная экссудативная эритема (МЭЭ) остается одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной стоматологии и дерматологии. Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез заболевания до конца не выяснены. Современная классификация выделяет две основные формы: классическую (инфекционно-аллергическую) и симптоматическую (токсико-аллергическую).

Особое значение в развитии МЭЭ придается аутоиммунным процессам и гиперергическим реакциям, направленным на кератиноциты, где триггерными факторами выступают вирусные и бактериальные инфекции. Заболевание характеризуется выраженной сезонностью (осень-весна) и склонностью к рецидивированию. Для Узбекистана, и в частности для Самаркандской области с её специфическими континентально-климатическими условиями, изучение региональных особенностей клиники МЭЭ проводится впервые, что определяет научную новизну работы.

Цель исследования. Целью данной научной работы является изучение особенностей клинической картины состояния полости рта при многоморфной экссудативной эритеме в специфических континентально-климатических условиях Самаркандской области.

Материалы и методы. В основу работы легли клинические наблюдения за 42 пациентами в возрасте от 40 до 65 лет. Среди обследованных было 17 мужчин и 8 женщин (в выборке детального анализа). Исследования проводились на базе областных стоматологических поликлиник №1 и №2, а также областного кожно-венерологического диспансера г. Бухары.

Методы исследования включали: Клинические: Сбор анамнеза, оценка общего статуса, осмотр СОПР и кожных покровов.

Инструментальные. Рентгенография зубов и альвеолярного отростка для выявления очагов одонтогенной инфекции.

Лабораторные. Цитологическое исследование мазков-отпечатков со дна эрозий (изучено 80 препаратов). Исследование желудочного сока проводилось по показаниям.

Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от тяжести клинического течения: легкое (10 чел.), среднетяжелое (9 чел.) и тяжелое (6 чел., включая синдром Стивенса-Джонсона).

Результаты. Клиническая характеристика групп.

Первая группа (Легкое течение). Характеризовалась субфебрильной температурой (до 37,5°C) и удовлетворительным общим состоянием. Поражения локализовались преимущественно в передних отделах преддверия рта и на красной кайме губ в виде эрозий, покрытых фибринозным налетом и кровянистыми корками. Рецидивы редкие (1-2 раза в год), длительностью 8-12 дней.

Вторая группа (Среднетяжелое течение). Отмечалось бурное начало, температура до 38,2°C, выраженная общая слабость, боли в суставах и нарушения со стороны ЖКТ. Высыпания охватывали всю СОПР, кожу конечностей, а у ряда больных – слизистую глаз и носа. Рецидивы участились до 4-7 раз в год, длительностью до 60 дней.

Третья группа (Тяжелое течение / Синдром Стивенса-Джонсона). Сопровождалась тяжелой интоксикацией, температурой до 38,6°C, поражением слизистых оболочек рта, носа, глаз и половых органов. Наблюдался пузырьный стоматит, массивные гнойно-кровянистые корки на губах, что делало прием пищи практически невозможным.

Цитологические и рентгенологические данные

Динамика цитологических показателей у больных МЭЭ (в поле зрения)

Показатель	Легкая форма (1-я группа)	Среднетяжелая форма (2-я группа)	Тяжелая форма (3-я группа)
Нейтрофилы (1–2 день)	20-25 клеток	20-25 клеток	20-25 клеток
Характер снижения нейтрофилов	Постепенное уменьшение	Постепенное уменьшение	Снижение начинается только к 10-му дню
Полное исчезновение нейтрофилов	К 9-му дню	К 9-му дню	На 13-й день
Полибласты (начало рецидива)	10-15 клеток	15-16 клеток	3-7 клеток
Пик количества полибластов	Наблюдается в первые дни	Наблюдается в первые дни	К 8-му дню (до 16 клеток)
Исчезновение полибластов	На 8-9 день	К 10-11 дню	На 13-14 день

Краткий аналитический комментарий к таблице:

Нейтрофильная фаза. **В первые двое суток количество нейтрофилов одинаково высоко при всех формах, что свидетельствует об остром неспецифическом ответе на триггерный фактор.**

Иммунный ответ. При тяжелой форме наблюдается «задержка» активации полибластов (всего 3-7 в начале против 10-16 при более легких формах). Это объясняет более длительный период очищения эрозий и риск присоединения вторичной инфекции.

Прогноз. Исчезновение нейтрофилов и полибластов четко коррелирует с моментом клинического выздоровления и эпителизации слизистой. Рентгенологическое обследование выявило высокую корреляцию МЭЭ с хронической одонтогенной инфекцией: у 10 больных обнаружены очаги хронического периодонтита и множественный кариес, у 15 – различные формы пародонтоза. Цитологическая картина (мазки-отпечатки) показала специфическую динамику клеточного состава:

Нейтрофилы. В первые 2 дня при всех формах их количество составляло 20-25 клеток в поле зрения. При легкой форме они исчезали к 9-му дню, при тяжелой – только к 13-му дню.

Полибласты. При легкой форме отмечалось 10-15 клеток, при тяжелой – их количество нарастало медленнее (с 3-7 в начале до 16 к 8-му дню), что свидетельствует о напряженности иммунного ответа.

Обсуждение. Полученные в ходе исследования данные подтверждают сложный мультифакторный характер патогенеза многоморфной экссудативной эритемы. У большинства обследованных пациентов (60%) выявлены очаги хронической одонтогенной инфекции: периодонтит, множественный кариес и заболевания пародонта. Это указывает на то, что персистирующая микрофлора полости рта выступает не только как локальный раздражитель, но и как постоянный источник сенсибилизации организма, запуская гиперергические

реакции. Особый интерес представляет анализ этих изменений через призму современной концепции оси «полость рта – кишечник» (oral-gut axis).

Наличие выраженного воспаления и деструктивных процессов в периодонте неизбежно ведет к качественному и количественному изменению микробиома ротовой полости. Дисбиотические сдвиги, характеризующиеся преобладанием патогенных видов (таких как *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella* spp. и *Fusobacterium nucleatum*), могут инициировать системный воспалительный ответ. Механизм влияния микробиома на развитие МЭЭ может быть представлен следующим образом: Бактериальная транслокация: Патогены полости рта и их метаболиты (эндотоксины) при глотании попадают в желудочно-кишечный тракт. В условиях нарушения секреторной функции желудка (что отмечалось у ряда больных при исследовании желудочного сока) эти микроорганизмы достигают кишечника, вызывая изменения его микробиоты и повышая проницаемость кишечного барьера.

Системная сенсбилизация: Попадание оральных патогенов в системный кровоток через поврежденную слизистую оболочку (эрозии при МЭЭ) или через кишечную стенку приводит к формированию циркулирующих иммунных комплексов. Иммунологический триггер: Продукты жизнедеятельности патогенной флоры могут выступать в роли триггеров, запускающих аутоиммунные атаки на кератиноциты, что клинически проявляется полиморфными высыпаниями и некрозом эпителия, зафиксированным при гистологическом и цитологическом исследовании.

Цитологическая динамика, выявленная в нашем исследовании, косвенно подтверждает теорию системного дисбаланса. Медленное исчезновение нейтрофилов при тяжелой форме заболевания (к 13-му дню против 9-го при легкой) свидетельствует о затяжной иммунной фазе, что может быть обусловлено непрерывным поступлением антигенов из хронических очагов инфекции и дисбиотического кишечника.

Высокое содержание полибластов и макрофагов (до 16 клеток в поле зрения) отражает напряженность защитных сил организма. Однако при синдроме Стивенса-Джонсона наблюдается наиболее выраженная декомпенсация, проявляющаяся не только эрозивно-язвенным стоматитом, но и системными расстройствами со стороны ЖКТ (рвота, расстройства стула), что лишний раз подчеркивает неразрывную связь патологии слизистых оболочек с состоянием микроэкологии организма. Таким образом, МЭЭ следует рассматривать не просто как изолированное поражение кожи и слизистых, а как системную реакцию, в развитии которой важную роль играет дисбиоз оси «полость рта – кишечник». Это открывает новые перспективы в лечении, предполагающие включение в протоколы не только этиотропной антибактериальной терапии, но и мер по коррекции микробиоценоза.

Выводы. Клиническое течение МЭЭ в регионе характеризуется высокой частотой вовлечения СОПР и склонностью к затяжному течению при наличии сопутствующей одонтогенной патологии.

Цитологическая картина заболевания специфична: для МЭЭ характерно обилие полибластов и макрофагов, а динамика исчезновения нейтрофилов служит маркером тяжести процесса.

Тяжелые формы (синдром Стивенса-Джонсона) требуют комплексного подхода с учетом поражения нескольких систем организма (глаза, ЖКТ, мочеполовая система).

Список литературы:

1. Yunusov YuKh, Taylakova DI, Sobirov ShS. Clinical and morphological changes in the oral mucosa in erythema multiforme. Bukhara Branch of the Tashkent State Dental Institute; 2026.
2. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatology. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.
3. Fitzpatrick TB. Clinical Dermatology. 9th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019.
4. Laskaris G. Color Atlas of Oral Diseases. 4th ed. Stuttgart: Thieme; 2017.
5. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.); 2022.
6. Samarkand State Medical University. Modern aspects of dentistry in Uzbekistan: regional features. Samarkand; 2025.
7. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
8. Musurmanov F. I. Relationship of clinical outcomes and indicators of microbiological status of patients with phlegmon of the maxillofacial region // International Journal of Medical Sciences. – 2024.
9. Salami A. et al. Metabolic Syndrome and its Impact on Postoperative Complications in Head and Neck Surgery // Laryngoscope. – 2022.
10. F.I. Musurmanov, B.J. Pulatova, S.S. Shodiev, F. Fayzullaev // Analysis of the incidence of purulous-inflammatory processes of the maxillofacial region with metabolic syndrome. // 4 all-russian scientific and practical conference "current issues of children's dentistry" Kazan, February 15, 2021 -p. 184-186
11. Мусурманов, Ф.И., & Шодиев, С.С. (2020). Случай перфорации дна гайморовой пазухи с двух сторон в области 26 и 15 зубов. Вестник науки и образования, (20-1), 66-69.
12. Мусурманов, Ф.И., Абдуллажонова, Ш.Ж., Пулатова, Б.Ж., & Маннанов, Ж.Ж. (2020). Входные ворота covid-19: челюстно-лицевая область. Значение использования средств защиты при оказании неотложной помощи у больных с флегмонами челюстно-лицевой области. Интернаука, (44), 57-59.
13. D.D.Maksudov, F.I Musurmanov, A.I. Khasanov, B.J. Pulatova Development of a comprehensive programme for the comprehensive treatment of patients with maxillofacial phlegmon with viral hepatitis b// novateur publications journalnx- a multidisciplinary peer reviewed journal issn no: 2581 - 4230 feb. -2021 development 7 (2), page 191-198.
14. Мусурманов, Ф. И., & Шодиев, С. С. (2020). Микробиологическая оценка эффективности фитотерапии при флегмонах челюстно-лицевой области. Проблемы биологии и медицины, 2(94), 143.
15. Мусурманов, Ф., Жумаев, Э., Тогайниязов, А. (2025). РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИИ ПРИ РАЗВИТИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. Journal of Science-Innovative Research in Uzbekistan, 3(1), 18-24. Retrieved from <https://inlibrary.uz/index.php/journal-science-innovative/article/view/64589>