



можно увидеть даже при наличии артефактов и скудном материале. У 6% пациентов с признаками малигнизации цитологическое обследование показало дисплазию слизистой оболочки полости рта, ДСЧ при этом были выявлены как внутри клеток, так и в межклеточном пространстве. У 53.33% - 15 пациентов с лейкоплакией и у 9 пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ выявились межклеточные ДСЧ. Однако, цитология не выявила клеточной метаплазии, из чего следует, что эти случаи можно считать потенциальным риском озлокачествления. У 7 (14%) пациентов с КПЛ ДСЧ выявлены были единично, однако при цитологическом исследовании была обнаружена картина воспаления. У 5 (10%) пациентов с лейкоплакией ДСЧ отсутствовали.

ВЫВОДЫ

Прибор «АФС-Д» может быть рекомендован для первичного приема в стоматологии для обнаружения предраков СОПР, а также для оценки эффективности результатов лечения и динамического наблюдения пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки ротовой полости.

Экспресс-метод определения ДСЧ позволяет проводить выявление предраковой патологии слизистой полости рта без применения дорогостоящих химических красителей. Раннее же выявление потенциальных предраковых процессов позволяет избежать интервенционных методов диагностики, а также снизить риск развития рака слизистой полости рта.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology classification and present concepts of management. *Oral Oncol.* 2009;45:317-323. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.05.016>
2. Vlkovct B, Stanko P, Minctrik G, Tothova L, Szemes T, Bahasovct L, Novothakovci D, Hodosy J, (elec P. Salivary> markers of oxidative stress in patients with oral premalignant lesions. *Arch Oral Biol.* 2012;57:1651-1656. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2012.09.003>
3. Steele TO, Meyers A. Early detection of premalignant lesions and oral cancer. *Otolaryngol Clin North Am.* 2011;44:221-229, vii. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2010.10.002>
4. Krahl D, Altenburg A, Zouhoulis CC. Reactive hyperplasias, precancerous and malignant lesions of the oral mucosa. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2008; 6:217-232. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2007.06625.x>
5. Nico MM, Fernandes JD, Lourenço SV Oral lichen planus. *An Bras Dermatol.* 2011;86:633-641; quiz 642-643. <https://doi.org/10.1590/s0365-05962011000400002>
6. Isaac U, Issac JS, Ahmed Khoso N. Histopathologic features of oral submucous fibrosis: a study of 35 biopsy specimens. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;106:556-560. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2006.11.045>
7. Angadi PV, Rao S. Management of oral submucous fibrosis: an overview. *Oral Maxillofac Surg.* 2010;14:133-
8. 142. O. Sudarshan R Annigeri RG, Sree Vijayabala G. Aloe vera in the treatment for oral submucous fibrosis - a preliminary study *J Oral Pathol Med.* 2012;41:755-761. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2012.01168.x>
9. Kamilov Kh.P, Kadirbaeva A.A., Musaeva KA. Screening diagnostics of oral precancerous diseases. // *American Journal of Medicine and Medical Sciences, USA - 2019. - 9(6) -p. 194-196.*

УДК: 616.21/22 -616.28-616.23/25

ЛИМФОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТАХ

У.Н. Вохидов, Н.К. Хайдаров, УС. Хасанов, Х.Н. Нуриддино

Ташкентский государственный стоматологический институт

Бухарский государственный стоматологический институт

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явилось оценка иммуногистохимической картины различных форм полипов на антитела к CD45+, CD138+, CD68+, CD34+. Для иммуногистохимического исследования использовали парафиновые блоки, подготовленные из носовых полипов, удалённых у

45 пациентов с хроническим полипозным риносинуситом. Исследование показало формирование трудно обратимых изменений в слизистой оболочке носа, ведущей к утрате её функциональной активности и созданию предпосылок к частым рецидивам хронического полипозного риносинусита.



Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, иммуногистохимическое исследование, лимфоциты, морфологическое исследование.

ABSTRACT

The purpose was to evaluate the immunohistochemical picture of various forms of polyps for antibodies to CD45 +, CD 138 +, CD68 +, CD34 +. For immunohistochemical studies, paraffin blocks prepared from nasal polyps removed in 45 patients with chronic polypoid rhinosinusitis were used. The study showed the formation of difficult reversible changes in the nasal mucosa, leading to the loss of its functional activity and the creation of prerequisites for frequent relapses of chronic polypoid rhinosinusitis.

Key words: chronic polypoid rhinosinusitis, immunohistochemical study, lymphocytes, morphological study.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1-4% населения земли страдает полипозным риносинуситом [1, 3, 6, 8, 11, 13, 17, 18, 19]. В настоящее время заболеваемость хроническим полипозным риносинуситом среди всех больных, обращающихся к ЛОР врачу, составляет 15,4% [2, 4, 5], а среди больных синуситами 15- 20% [9, 12], и несмотря на усовершенствование хирургической техники и наличия многих лекарственных средств, применяемых для лечения, рецидивы заболевания наблюдаются в 5-60% случаев [7, 10, 15]. Необходимо отметить, что показатель заболеваемости хроническим полипозным риносинуситом составляет 5,2% трудоспособного населения [5, 9, 14, 16]. Это заболевание приводит к временной нетрудоспособности больного и повышению экономических затрат, что определяет социальную значимость и актуальность проблемы эффективного лечения хронического полипозного риносинусита.

Целью данного исследования явилось оценка иммуногистохимической картины различных форм полипов на антитела к CD45+, CD138+, CD68+, CD34+.

Материал и методы исследования. Материалом данного исследования послужили парафиновые срезы операционного материала, удалённого во время эндоскопической операции на носу и околоносовых пазухах 45 больных в возрасте 18-77 лет, которые находились на стационарном лечении в 3-ей клинике Ташкентской медицинской академии в 2013 году. Морфологическое исследование проводилось с окраской на гематоксилин- эозин. Для иммуногистохимического исследования использовали парафиновые блоки. Из каждого блока готовили серийные срезы толщиной 3-4 мкм. Иммуногистохимические исследования проводили иммунопероксидазным методом (Петров С. В., Райхлин И. Т, 2000; Dabbs D. I., 2002). Парафиновые срезы депарафинизировали по стандартной методике. «Демаскировку» антигена проводили в течение 45 ми-

нут, используя водяную баню с цитратным буфером, нагретым до 95-99 °С. Стекла охлаждали при комнатной температуре в течение 15-20 минут и ополаскивали в фосфатном буфере 5 минут. Эндогенную пероксидазу блокировали 20-минутной инкубацией в темноте с 3% перекисью водорода, после чего промывали срезы в фосфатном буфере. Инкубацию с первичными антителами проводили при комнатной температуре в течение 30 минут. В качестве первичных антител использовали мышинные моноклональные антитела к CD45+ (разведение 1:50, DAKO, Германия), мышинные моноклональные антитела к CD 13 8+ (разведение 1:50, "DAKO". Германия), мышинные моноклональные антитела к CD68+ (разведение 1:100, DAKO, Германия), мышинные моноклональные антитела к CD34+ (разведение 1:50, DAKO, Германия).

После первичных антител стекла промывали 2 раза по 5 минут в фосфатном буфере. Инкубацию с антителами, меченными стрептавидином (LSAB2 System-HRP, Dako Cytomation), проводили при комнатной температуре. Для визуализации ИГХ-реакции использовали систему Emission REAL (DAKO). Срезы докрашивали гематоксином и заключали в канадский бальзам. Результаты оценивали на световом микроскопе "Leica" (Германия) под увеличением в 400 раз. Анализировали локализацию маркера и характер окрашивания различных структур клетки (ядро, цитоплазма, мембрана). Применяли следующие критерии оценки ИГХ-реакции:

- отрицательная реакция (-) - отсутствие специфического окрашивания;
- слабоположительная реакция (1+) - окрашивание (экспрессия маркера) от 10 до 30% клеток;
- средняя (умеренно) положительная реакция (2+) - экспрессия маркера от 30 до 75% клеток;
- сильная (выраженная) реакция (3+) - экспрессия маркера более 75% клеток.

Результаты проведённых исследований оценивали при увеличении 40* 10 на световом микроскопе. Статистическая обработка данных исследования проводилась на программе Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corp., США).

Результаты исследования. Проведённое нами патогистологическое исследование с последующей морфологической оценкой удалённых полипов при хирургическом вмешательстве у 142 больных с ХПРС показало, что полипы имели разнообразную форму: округлую, пальцеобразную, грушевидную. Они выглядели как полупрозрачные массы с гладкой блестящей поверхностью сероватого или серовато-жёлтого цвета и имели мягкую консистенцию. При макроскопическом исследовании на гистологических срезах представляли собой грибовидную или облаковидную развитую широкопетлистую сеть коллагеновых и эластических волокон, соединительнотканые клетки, немногочисленные сосуды и железы, клеточную инфильтрацию.

У больных ХПРС при морфологическом исследовании слизистой оболочки констатировали десквамацию мерцательного эпителия вплоть до базального слоя (полное отсутствие цилий); собственная пластинка слизистой оболочки при этом была отечной, густо инфильтрированной эозинофилами, плазматическими, бокаловидными клетками; сосуды собственной пластинки кровенаполнены.

При изучении результатов гистологического исследования у 88 (54,3%) больных выявлено преобладание эозинофильной инфильтрации стромы слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, у 74 (45,7%) отмечалось преобладание нейтрофильной инфильтрации стромы слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.

Поверхность полипов была покрыта реснитчатым эпителием, который на одних участках был представлен многоядным эпителием, снабжённым многочисленными ресничками, а других - слизеобразующими призматическими клетками, большей частью с луцеными или подвергшимися метаплазии.

При обширных (тотальных) экссудативно-гиперпластических (полипозных и полипозно-гнойных) процессах в верхнечелюстной пазухе изменения слизистой оболочки носят трудно обратимый характер. При данных состояниях вмешательства в области латеральной стенки полости носа мы рекомендуем дополнять частичным удалением слизистой оболочки пазухи. Неизменная слизистая оболочка при этом не удаляется.

Скорее всего, трудно обратимые деструктивно-дистрофические изменения слизистой оболочки, развивающиеся на протяжении многих лет, затрагивают все слои слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, а не отдельные ее участки. В связи с этим мы считаем, что слизистая оболочка с явлениями выраженного фиброза базальной мембраны и отсутствием мерцательного эпителия, на фоне очаговой лейкоцитарной инфильтрации и гиалинизации сосудов абсолютно не выполняет своих основных функций. Это создает предпосылки для развития рецидивирующего воспаления в верхнечелюстной пазухе.

Выявленный полиморфизм строения реснитчатого эпителия, кроме теоретического, имеет и большое практическое значение. В настоящее время

Таблица 1. Частота встречаемости больных в зависимости от гистологического строения полипов и экспрессии кластеров дифференцировки (CD)

Мар-керы	Форма, (n=79)					
	Эозинофильная, % (n=48)			Нейтрофильная, % (n= 31)		
	уровень экспрессии гена в клетках			уровень экспрессии гена в клетках		
	< 10% слабая	>10% умеренная	>50% высокая	< 10% слабая	>10% умеренная	>50% высокая
138	0	60,4±7,1	39,6±7,1	0	51,6*9,1	0
	0	60,4±7,1	39,6±7,1	0	0	51,6*9,1
34	0	0	39,6*7,1	16,1*6,7	0	16,1*6,7
	0	60,4±7,1	39,6*7,1	16,1*6,7	0	51,6*9,1
45	39,6±7,1	39,6±7,1	0	32,2*8,5	16,1*6,7	0
	0	39,6±7,1	60,4*7,1	16,1*6,7	16,1*6,7	16,1*6,7
68	0	81,2*5,7	0	51,6*9,1	0	0
	39,6±7,1	39,6±7,1	0	32,2*8,5	16,1*6,7	0

Примечание: в числителе - экспрессия маркера в слизистой, в знаменателе - в строме.

многочисленными ресничками, а других - слизеобразующими призматическими клетками, большей частью с луцеными или подвергшимися метаплазии. Большинство эндоназальных операций выполняется без учета особенностей морфологического строения слизистой оболочки полости носа. Достаточно часто с целью создания широкого сообщения пораженной пазухи с полостью носа удаляется большой объем важных в функциональном отношении участков мерцательного эпителия.

В препаратах с выявлением маркера CD68 наблюдается его низкая и умеренная экспрессия, что может означать низкое участие макрофагов в формировании носовых полипов обеих форм (рис. 1,2) (таблица 1). Наличие единичных окрашенных клеток в мезенхимальных скоплениях свидетельствует о низкой фагоцитарной активности.

На рисунках 3 и 4 представлена высокая и умеренная экспрессия CD45 в мезенхимальных скоплениях, расположенных в «эозинофильных» полипах (от 39,6% до 60,4% образцов), что подтверждает наше предположение о том, что эти мезенхимальные скопления являются «зоной роста» образований (таблица 1). При «нейтрофильных» формах количество образцов с положительной окраской этого маркера было меньше (от 16,1% до 32,2%).

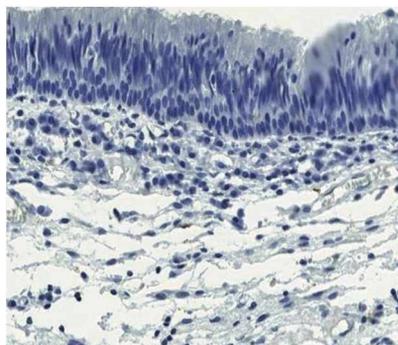


Рис. 1. Больной Ч., 69 лет, и/б №14850/754. Д/з: Хронический полипозный риносинусит «эозинофильная» форма. Низкая экспрессия CD68 (+). Иммуногистохимическая окраска. Ув. ок. 10х, об. 40х.

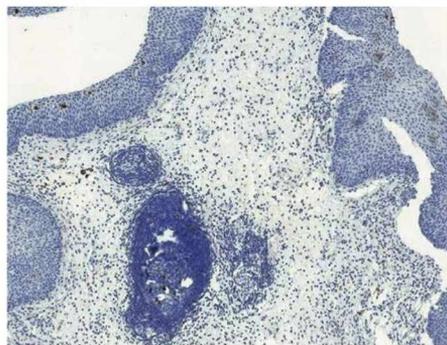


Рис. 2. Больной З., 54 лет, и/б №7945/359. Д/з: Полипозный риносинусит «нейтрофильная» форма. Низкая экспрессия CD68 (+). Иммуногистохимическая окраска. Ув. ок. 10х, об. 20х



Рис. 3. Больной Ч., 69 лет, и/б №14850/754. Д/з: Хронический полипозный риносинусит «эозинофильная» форма. Высокая экспрессия CD45 (+++). Иммуногистохимическая окраска. Ув. ок. 10х, об. 40х.

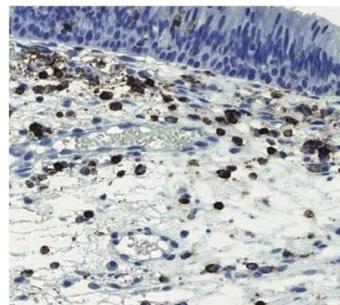


Рис. 4. Больной З., 54 лет, и/б №7945/359. Д/з: Полипозный риносинусит «нейтрофильная» форма. Высокая экспрессия CD45 (+++). Иммуногистохимическая окраска. Ув. ок. 10х, об. 20х



Рис. 5. Больной Ч., 69 лет, и/б №14850/754. Д/з: Хронический полипозный риносинусит «эозинофильная» форма. Высокая экспрессия CD138 (+++). Иммуногистохимическая окраска. Ув. ок. 10х, об. 40х.

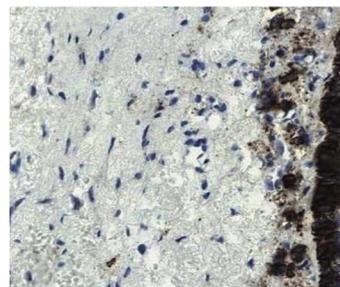


Рис. 6. Больной З., 54 лет, и/б №7945/359. Д/з: Полипозный риносинусит «нейтрофильная» форма. Высокая экспрессия CD138 (+++). Иммуногистохимическая окраска. Ув. ок. 10х, об. 20х.

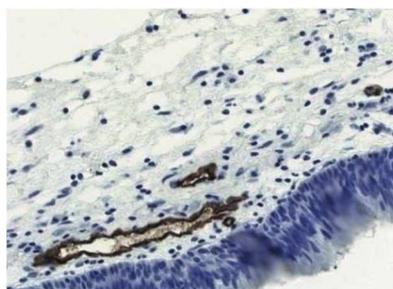


Рис. 7. Больной Ч., 69 лет, и/б №14850/754. Д/з: Хронический полипозный риносинусит «эозинофильная» форма. Умеренная экспрессия CD34 (+++). Иммуногистохимическая окраска. Ув. ок. Юх, об. 40х.

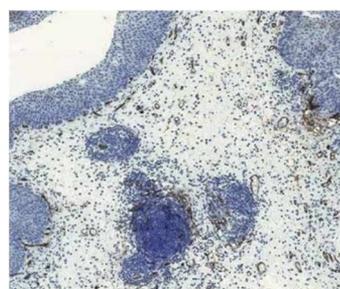


Рис. 8. Больной З., 54 лет, и/б №7945/359. Д/з: Полипозный риносинусит «нейтрофильная» форма. Высокая экспрессия CD34(+++). Иммуногистохимическая окраска. Ув. ок. Юх, об. 20х.

На рисунках 5 и 6 представлены результаты выявления высокой и умеренной экспрессии CD 138 в зрелых эпителиальных клетках во всех образцах ткани обеих форм полипов и отсутствие экспрессии данного маркера в скоплениях мезенхимальных образований, а также средняя экспрессия в клетках, расположенных в строме, возможно это свидетельствует о происхождении последних из активных мезенхимальных клеток (таблица 1).

Определение количества сосудов в одном поле зрения является прогностическим признаком скорости рецидивирования, так как увеличение количества вновь образованных сосудов при росте опухоли является прогностически неблагоприятным и указывает на скорое возникновение рецидива.

На рисунках 7 и 8 показано, что при «эозинофильной форме» полипов выявляется умеренная и высокая экспрессия CD34 (от 39,6% до 60,4% образцов) (таблица 1). Эти результаты подтвер-

ждают наше предположение о формировании новой сосудистой системы в мезенхимальных скоплениях. Вблизи эпителия и в строме также наблюдается хорошо развитая сосудистая система. При «нейтрофильной» форме полипов высокая экспрессия данного маркера была выявлена только в строме полипов у 51,0% больных. Слабая экспрессия CD34 (16,7%) выявлялась и в слизистой, и в строме.

ВЫВОДЫ:

Слизистая ткань, так и строма полипов различается по форме ХПРС. что подразумевает разную тактику ведения больных с данной патологией.

Проведенное иммуногистохимическое исследование выявило формирование трудно обратимых изменений в слизистой оболочке носа, ведущей к утрате её функциональной активности и созданию предпосылок к частым рецидивам ХПРС.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Боева В. И. и др. Влияние уровня витамина D3 в сыворотке крови и полиморфизма гена лактазы на развитие хронического риносинусита с полипами //Вестник оториноларингологии. - 2018. - Т. 83. -№. 5. - С. 49-54. DOI: 10.17116/otorino20188305149
2. Вахидов У. Н. Данные сравнения ретроспективных и проспективных групп больных с хро-



- ническим полипозным риносинуситом //Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae. - 2014. - Т. 20. -№. 3. - С. 10-16. http://foliaopr.spb.ru/wp-content/uploads/2016/05/Folia_contents.pdf
3. Вохидов У. Н. Показатели цитокинов IL-2, IL-4, IL-8 в сыворотке крови при различных формах хронических полипозных риносинуситов //Russian otorhinolaryngology. Медицинский научно-практический журнал. - 2014. - С. 30. <http://www.entm.org/2014-1.html>
 4. Вохидов У. Н. Роль метода импрегнирования серебром при иммуногистохимическом исследовании полипов носа //Российская оториноларингология. 2018. № 1. С. 34-37. <http://www.entru.org/2018-1.html>
 5. Вохидов У. Н. Хасанов У. С. Аспекты комплексного лечения хронического полипозного риносинусита //Российская ринология. - 2013. - Т. 21. - №. 2. - С. 63-63. <https://www.elibrarv.ru> [item.asp?id=22996734](https://www.elibrarv.ru/item.asp?id=22996734)
 6. Вохидов У. Н. Хасанов У. С. Цитокиновый статус при хроническом полипозном риносинусите //Российская ринология. - 2013. -Т. 21. -№. 2. -С. 69-69. <https://www.elibrarv.ru/item.asp?id=22996744>
 7. Левченко А. С. и др. Генетические аспекты хронического риносинусита //Генетика. - 2018. - Т. 54. -№. 8. - С. 904-914. DOI 10.1134/S0016675818080088
 8. Павлуш Д. Г, Матвеева Н. Ю., Дюйзен И. В. Морфологические особенности хронического полипозного риносинусита //Журнал «Медицина» №. - 2019. Т. 1. (/ 70. <https://docplayer.ru/154083320-Morfologicheskie-osobennosti-hronicheskogo-polipoznogo-rinosinusita.html>
 9. Савлевич Е. Л. и др. Лечебно-диагностический алгоритм при разных фенотипах полипозного риносинусита //Российский аллергологический журнал". - 2019. - Т. 16. - №. 2.- С. 50-60. DOI: 16.36691/RAJ. 2019.2.42288
 10. Хасанов У. С., Вохидов У. Н. Оптимизация комплексного лечения больных с хроническим полипозным риносинуситом //Врач-аспирант. - 2011. - Т. 45. -№. 2.3. - С. 501-505. <https://www.elibrarv.ru/item.asp?id=16537120>
 11. Fokkens WJ, Lund V.J, MullolJ. etal. EPOS2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists // Rhinology: - 2012. - Vol. 50, №1. - P.1-298. DOI 10.4193/Rhino50E2
 12. Mohamad R. Chaaban, Erika M. Walsh, Bradford A. Woodworth. Epidemiology and differential diagnosis of nasal polyps. Am J Rhinol Allergy 27, 2013, P. 473-478. DOI: 10.2500/ajra.2013.27.3981
 13. Nuridinovich V. U, Obidovich A. N. Features of mesenchymal formations of chronic polypoid rhinosinusitis //European science review. - 2015. - №. 11 -12. <https://cyberleninka.ru/article/n/features-of-mesenchymal-formations-of-chronic-polypoid-rhinosinusitis>
 14. Pezato R, Voegels RL, Pinto Bezerra TF, Perez-Novo C., Stamm A.C., Gregorio LC. Mechanical disfunction in the mucosal oedema formation of patients with nasal polyps //Rhinology. - 2014. - Vol. 52, №2. -P. 162-166. DOI: 10.4193/Rhin13.066
 15. Shin S.n, Ye M.K., Kim J.K., Cho C.H. Histological characteristics of chronic rhinosinusitis with nasal polyps: Recent 10-year experience of a single center in Daegu, Korea //Am er. J. Rhinol. Allergy. - 2014. - Vol. 28, №2. -P. 95.DOI: 10.2500/ajra.2014.28.4003.
 16. TecimerS.H, KasapogluF, Demir U.L., Ozmen O.A., Coskun H, Basut O. Correlation between clinical-findings and eosinophil/neutrophil ratio in patients with nasal polyps //Europ. Arch. Otorhinolarvngol. - 2015. - Vol. 272. -№4. -P.915-921. DOI: 16.1007/s00405-014-3174-4
 17. Van Zele T. Holtappels G., Gevaert P, Bachert C. Differences in initial immunoprofiles between recurrent and nonrecurrent chronic rhinosinusitis with nasal polyps // Amer. J. Rhinol. Allergy>. -2014. - Vol. 28. №3. - P. 192- 19. DOI: 10.2500/ajra. 2014.28.4033
 18. Vokhidov U. N. State of reticular fibers in various forms of polypoid rhinosinusitis //European science review. - 2015. - №. 7-8. - С. 39-40. <https://cyberleninke.ru/article/n/state-of-reticular-fibers-in-various-forms-of-polypoid-rhinosinusitis>
 19. Yan Y, Gordon W M, Wang D.Y. Nasal epithelial-repair and remodeling inphysical injury, infection, and inflammatory diseases. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 21. 2013: P. 263-270. DOI: 10.1186/1097/MO. ObOl 3e32835/80a0
- References:**
1. Boeva V. I. et al. Effect of serum vitamin D3 level and lactase gene polymorphism on the development of chronic rhinosinusitis with polyps // Bulletin of Otorhinolaryngology. - 2018. - Т. 83. -№. 5. -S. 49-54. (in Russ.) DOI: 10.17116/otorino20188305149
 2. Vokhidov U. N. Comparison data of retrospective and prospective groups of patients with chronic polypous rhinosinusitis // Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae. - 2014. - Т. 20. - No. 3. - S. 10-16. (in Russ.) http://Joliaoprspb.ru/wp-content/uploads/2016/05/Folia_contents.pdf
 3. Vokhidov U. N. Indicators of the cytokines ID 2, IL-4, IL-8 in blood serum in various forms of chronic polypous rhinosinusitis // Russian otorhinolaryngology. Medical scientific andpractical journal. - 2014. — S. 30. (in Russ.) <http://www.eniru.org/2014-1.html>
 4. Vokhidov U. N. The role of the method of silver impregnation in the immunohistochemical study of nasal polyps



5. //Russian Otorhinolaryngology. -2018. - No. 1. - S. 34-37. (in Russ.) <http://www.entni.org/2018-1.html>
6. Vokhidov U. N., Khasanov U.S. Aspects of the complex treatment of chronic polypous rhinosinusitis // Russian rhinology. - 2013. - T. 21. - No. 2. - S. 63-63. (in Russ.) hups: www.elihrrarv.ru Hem. asp?id=22996734
7. Vokhidov U. N., Khasanov U.S. Cytokine status in chronic polypous rhinosinusitis //Russian rhinology>. - 2013. - T. 21. - No. 2. - S. 69-69. (in Russ.) <https://www.elihrrarv.ru/item.asp?id=22996744>
9. Levchenko A. S. et al. Genetic aspects of chronic rhinosinusitis // Genetics. - 2018. - T. 54. - No. 8. - S. 904-914. (in Russ.) DOI: 10.1134/S0016675818080088
10. Pavlush D. G., Matveeva N. Yu., Duyzen I. V. Morphological features of chronic polypous rhinosinusitis Journal 'Medicine "No. - 2019.- T. 1.-S. 70. (in Russ.) <https://docplayer.ru/154083320-Morfologicheskie-osobennosti-hronicheskogo-polipoznogo-rinosinuita.html>
11. Savlevich E. L. et al. The treatment and diagnostic algorithm for different phenotypes of polypous rhinosinusitis // Russian Allergological Journal. - 2019 ,-T. 16. - No. 2. - S. 50-60. (in Russ.) DOI: 10.36691 RAJ. 2019.2.42288
12. Khasanov U.S., Vokhidov U. N. Optimization of the complex treatment of patients with chronic polypous rhinosinusitis // Doctoral student. - 2011. - T. 45. - No. 2.3. -S. 501-505. (in Russ.) <https://www.elihrrarv.ru/item.asp?id=16537120>
13. Fokkens W.J., Lund VJ, MullolJ. etal. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summan: for otorhinolaryngologists //Rhinology. - 2012. - Vol. 50. No. 1. -P. 1-298. DOI: 10.4193/Rhino50E2
14. Mohamad R Chaaban, Erika M. Walsh, Bradford A. Woodworth. Epidemiology: and di fferential diagnosis of nasal polyps. Am J Rhinol Allergy: 27, 2013, P. 473-478. DOI: 10.2500/ajra.2013.27.3981
15. Nuridinovich V. U, Obidovich A. N. Features of mesenchymal formations of chronic polypoid rhinosinusitis European science review. - 2015. - No. 11-12. hups: cyberleninka.ru article n jealures-of-mesenchymal- formations-of-chronic-polypoid-rhinosinusitis
16. Pezato R, Voegels RL, Pinto Bezerra TF, Perez-Novo C., Stamm A.C., Gregorio EC. Mechanical disfunction in the mucosal oedema formation of patients with nasal polyps // Rhinology. - 2014 .- Vol. 52. No. 2. - P. 162- 166. DOI: 10.4193/Rhin13.066
17. Shin S.H., YeMK, KimJK, Cho C.H. Histological characteristics of chronic rhinosinusitis with nasal polyps: Recent 10-year experience of a single center in Daegu, Korea //Am er. J. Rhinol. Allergy:.. - 2014 .- Vol. 28. No. 2. - P. 95. DOI: 10.2500/ajra. 2014.28.4003
18. TecimerS.H, KasapogluE, Demir U.L, Ozmen O.A., Coskun H, Basut O. Correlation between clinical findings and eosinophil / neutrophil ratio in patients with nasal polyps // Europ. Arch. Otorhinolarvngol. - 2015. - Vol. 272. -№4. - P.915-921. DOI: 10.1007/S00405-014-3174-4
19. Van Zele T, Holtappels G, Gevaert P, Bachert C. Differences in initial immunoprofiles between recurrent and nonrecurrent chronic rhinosinusitis with nasal polyps // Amer. J. Rhinol. Allergy:.. 2014. - Vol. 28'No. 3. - P. 192-19. DOI: 10.2500/ajra. 2014.28.4033
20. Vokhidov U. N. State of reticular fibers in various forms of polypoid rhinosinusitis // European science review. -2015. - No. 7-8. -S. 39-40. <https://cyberleninka.ru/article/n/state-of-reticular-fibers-in-various-forms-of-polypoid-rhinosinusitis>
21. Yan Y, Gordon W. M, Wang D.Y. Nasal epithelial-repair and remodeling inphysical injury:, infection, and inflammatory diseases. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 21. 2013: P 263-270. DOI: 10J097/MOO. ObOl 3e32835f80a0

УДК: 616.314.17-008.1-071]-616.527

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Н.Р. Даминова, Ш.Ш. Шорасулов, Х.З. Ганиева, А.Т. Бобоев

Ташкентский Государственный стоматологический институт

ABSTRACT

Cooperative investigations into widely spreaded parodontitis and other inner deceases in these days , interferes changes in cells of paradontitis corresponding to pathogenesis of various body deceases, as well as full remission.Mouth virus is severe autoimmune illness appur-

tenant the group bubble wrap dermatosis, which its main photomorphologic cue is akontolisis.

With the purpose of diagnostic, reaching and recieving the effectiveness prophylaxis of paradontitis in ill mouth virases. There are a number of ongoing scientific investigations .The major thing of investigation is substantiating