



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

12(50)2022

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
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)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (50)

2022

декабрь



Received: 20.11.2022
Accepted: 29.11.2022
Published: 20.12.2022

УДК 616.31-002.2

ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ

Саидова Л.А., Хабибова Н. Н., Алиев Н.Х.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

✓ Резюме

Среди стоматологических заболеваний патология слизистой полости рта занимает особое место, поскольку возникновение и клинические проявления его зачастую связаны с влиянием многочисленных местных и общих причин. Отличительными особенностями появления афтозного стоматита у женщин фертильного возраста принимающих метотрексат явились наличие ярко выраженного болевого симптома, вялотекущее медленно прогрессирующее перманентное течение, затяжной период восстановительных процессов, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов.

Ключевые слова. афта, рецидив, стоматит, язва, заболевания слизистой оболочки рта, местная терапия, системная терапия.

SURUNKALI QAYTALANUVCHI AFTOZ STOMATIT

Saidova L.A., Xabibova N.N., Aliyev N.Kh.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti

✓ Rezume

Stomatologik kasalliklar orasida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining patologiyasi alohida o'rin tutadi, chunki uning paydo bo'lishi va klinik ko'rinishi ko'pincha ko'plab mahalliy va umumiy sabablarning ta'siri bilan bog'liq. Metotrexatni qabul qilgan fertil yoshidagi ayollarda aftoz stomatit paydo bo'lishining o'ziga xos xususiyatlari, aniq ifodalangan og'riq belgilarining mavjudligi, sust hamda sekin kechishi, tiklanish jarayonlarining uzoq davom etishi, mahalliy limfa tugunlarining ko'payishi va og'rig'i hisoblanadi.

Kalit so'zlar: afta, qaytalanish, stomatit, yara, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari, mahalliy davolash, umumiy davolash.

CHRONIC RECURRENT APHTHOSIS STOMATITIS

Saidova L.A., Khabibova N.N., Aliyev N.X.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino

✓ Resume

Pathology of the verbal mucosa has a special place among dental diseases because its occurrence and clinical manifestations are regularly related to the influence of numerous local and general causes. The distinctive features of aphthous stomatitis appearance in women of fertile age taking methotrexate were the accessibility of a pronounced painful symptom, a sluggish slowly progressing permanent course, prolonged period of recovery processes extension, and agonizing quality of regional lymph hubs

Keywords: aphtha, relapse, stomatitis, ulcer, diseases of the oral cavity, topical therapy, systemic therapy.

Актуальность

Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) остается наиболее частым язвенным заболеванием слизистой оболочки полости рта, проявляясь болезненными округлыми неглубокими язвами с четко очерченными эритематозными краями и желтовато-серым псевдомембранозным центром [1]. РАС имеет характерное продромальное ощущение жжения, которое длится от 2 до 48 часов до появления язвы. Он возникает у здоровых людей и обычно локализуется на слизистой оболочке щек, губ и языке. Вовлечение сильно ороговевших слизистых оболочек неба и десен встречается реже. Приступы язвы могут повторяться с интервалом от нескольких месяцев до нескольких дней, поражая в основном здоровых людей. Афтозные язвы обычно очень болезненны в течение первых 4-5 дней и могут мешать есть и говорить в этот период. Первые поражения возникают в детстве или подростковом возрасте, и, по оценкам, до 25% населения мира поражены РАС [2,3].

В качестве возможных возбудителей РАС было предложено несколько факторов, в том числе: местные факторы, такие как травма у лиц, генетически предрасположенных к РАС; микробные факторы; факторы питания, такие как дефицит фолиевой кислоты и витаминов группы В; иммунологические факторы; психосоциальный стресс; и аллергия на компоненты диеты [1]. Обширные исследования были сосредоточены преимущественно на иммунологических факторах, но окончательная этиология РАС еще не установлена [38].

РАС подразделяют на малые (MiraS), большие (MaraS) и герпетиформные язвы (HeraS). Более 85% ран представляют собой небольшие язвы (афта Микулича) диаметром менее 1 см, которые заживают без рубцов. Неороговевающие поверхности, в частности слизистая оболочка губ и щек, а также дно рта, наиболее восприимчивы к MiraS, в то время как появление на деснах, небе или спинке языка встречается редко. Язвы заживают в течение 10-14 дней без рубцов [4].

Язвы, классифицируемые как обширный РАС, также известные как болезнь Саттона или рецидивирующий некротический периаденит слизистой оболочки, имеют диаметр более 1 см. Представляет собой тяжелую форму РАС, поражающую около 10% пациентов с РАС. Язвы часто развиваются на губах, мягком небе и зеве, могут сохраняться до 6 недель или даже месяцев и часто заживают с рубцеванием [5]. Кроме того, может возникнуть сильная деформация слизистой оболочки полости рта и глотки. MaraS обычно носит хронический характер, может сохраняться до двадцати лет, с первыми проявлениями после полового созревания. MaraS чаще встречается у пациентов с ВИЧ-инфекцией [10].

Герпетиформные язвы является редкой формой РАС и встречается примерно у 1,1% пациентов с РАС, клинически различны, потому что они выглядят как скопления множественных язв, разбросанных по всей слизистой оболочке полости рта; несмотря на название, эти поражения не связаны с вирусом простого герпеса [10]. Обычно характерными симптомами являются множественные группы рецидивирующих небольших (> 5 мм) болезненных язв, которые обычно имеют размер 2-3 мм, хотя нередко встречается их слияние в более крупные язвы неправильной формы. Поражения часто располагаются на дне ротовой полости и вентральной поверхности языка. Начало HeraS обычно позже, чем у MiraS и MaraS, и, как сообщается, женщины более восприимчивы, чем мужчины.

Эпидемиология

Приблизительно 20% населения в целом поражены РАС, но заболеваемость колеблется от 5% до 50%. Такая существенная разница расчетной распространенности зависит от происхождения исследуемых групп и популяций, а также от дизайна и методологии исследований. Наличие афт непосредственно при диспансеризации выявляется у меньшего процента обследованных по сравнению с исследованиями, основанными на информации, собранной из историй болезни пациентов. Второе десятилетие жизни считается пиковым периодом возникновения РАС с первым эпизодом в детстве или на более поздних этапах жизни. Пик появления РАС приходится на возраст от 10 до 19 лет и становится менее частым с возрастом, географическим положением или полом [7, 37]. Если РАС начинается или значительно увеличивается в степени тяжести после третьего десятилетия жизни и во взрослом возрасте (см. Таблица 1), это должно усилить подозрение, что причина состояния может быть связана с основным заболеванием, таким как

гематологическая или иммунологическая аномалия, заболевание соединительной ткани или синдром Бехчета.

Таблица 1

Виды рецидивирующего афтозного стоматита			
Форма	Малые	Большие	Герпетиформные
Гендерная склонность	М=Ж	М=Ж	М<Ж
Возраст начала заболевания	5-19	10-19	20-29
Количество язв	1-5	1-10	1-100
Размер язв (мм)	<10	>10	1-2
Продолжительность (д)	4-14	>30	<30
Частота рецидивов (мес.)	1-4	<1	<1
Зоны	Губы, щеки, язык, дно полости рта	Губы, щеки, язык, нёб, глотка	Губы, щеки, язык, глотка, нёбо, десна, дно полости рта
Постоянные рубцы	Нет	постоянно	нет

Этиопатогенез

В этиопатогенезе РАС участвуют многие триггерные факторы: генетическая предрасположенность, вирусные и бактериальные инфекции, пищевая аллергия, дефицит витаминов и микроэлементов, системные заболевания, повышенный окислительный стресс, гормональные нарушения, механические повреждения. Роль генетических факторов основана на наблюдении за семьями, страдающими РАС, и подтверждена исследованиями однойцевых близнецов; риск развития заболевания у монозиготных близнецов выше, чем у дизиготных [6, 35]. Между конкретными гаплотипами HLA и RAS не было продемонстрировано последовательной связи [7].

Гематиновая недостаточность

У 20% больных с РАС встречается дефицит гематинов (железа, фолиевой кислоты, витамина В12) [8]; однако было доказано, что добавление недостающих микроэлементов влияет на течение болезни в очень немногих случаях [9].

Пищевые аллергии

По мнению некоторых исследователей, некоторые пищевые ингредиенты (шоколад, глютен, коровье молоко, орехи), консерванты и пищевые красители могут вызывать провоспалительный каскад, а у некоторых пациентов клинические улучшения наблюдались после введения элиминационной диеты. Однако эти выводы не были подтверждены последующими исследованиями [11].

Механические травмы

У многих пациентов поражения могут появиться вскоре после механического раздражения области. Механизм этой реакции остается неизвестным [12].

Системные заболевания и гормональный дисбаланс

Наиболее известным медицинским расстройством, связанным с РАС, является синдром Бехчета. Рецидивирующие афты чаще возникают у больных с желудочно-кишечными расстройствами, преимущественно из группы хронических воспалительных заболеваний кишечника [2]. Эта корреляция может частично быть следствием дефицита пищи и микроэлементов или быть связана с аутоиммунными реакциями. Обострение РАС наблюдается в лютеиновую фазу менструального цикла и в период менопаузы, тогда как ремиссия, по-видимому, часто наступает во время беременности и у женщин, принимающих контрацептивы [11].

Микробные инфекции

Роль многих вирусов и бактерий была подчеркнута, чтобы поддержать инфекционную этиологию РАС. Однако многочисленные исследования не предоставили доказательств. Оральный стрептококк

колонирует афтозные язвы, и было высказано предположение, что он может перекрестно реагировать с митохондриальными белками, вызывая повреждение слизистой оболочки полости рта [13]. Метаанализ поддерживает связь между РАС и Хеликобактер пилориинфекции, но наличие бактерий в очагах РАС вызывает споры.

Стресс

Считается, что стрессовые события усугубляют РАС, влияют на его продолжительность или вызывают начало заболевания [2].

Слизистая и слюнная микробиота

Подсчитано, что ротовая полость человека колонизирована примерно 700 различными основными видами бактерий, которые продуцируют огромное количество различных пептидов и полисахаридов молекулярного типа, ассоциированных с патогенами, которые могут взаимодействовать друг с другом и иммунной системой хозяина для поддержания стабильной симбиотической микросреды во время здоровья [15]. Если этот баланс нарушается, симбиотические отношения смещаются, позволяя колонизировать или чрезмерно разрастаться потенциально патогенным видам, вызывая патогенетический процесс, приводящий к симптомам, связанным с различными заболеваниями [16]. В целом во рту здорового человека обитают девять основных типов бактерий [17]. На уровне рода *Streptococcus*, как известно, является наиболее распространенным родом.

Клиническое проявление и патогенез

Пациенты с РАС обычно испытывают продромальные ощущения жжения, которые длятся от 2 до 48 часов до появления язвы. Язвы округлые, с четко очерченными эритематозными краями и неглубоким изъязвленным центром, покрытые желтовато-серой фибринозной псевдомембраной. Язвы обычно развиваются на неороговевающей слизистой оболочке полости рта, при этом наиболее частыми локализациями являются слизистая оболочка щек и губ, и сохраняются примерно от 10 до 14 дней без образования рубца (см. Таблица 1). Язвы в полости рта, наблюдаемые при болезни Бехчета, клинически сходны, но чаще представляют собой крупные афты [18]. Микроскопические характеристики РАС неспецифичны. Предъязвенное поражение демонстрирует субэпителиальные воспалительные мононуклеары с обильными тучными клетками, отеком соединительной ткани и выстилкой краев нейтрофилами [19]. Повреждение эпителия обычно начинается в базальном слое и распространяется через поверхностные слои, что в конечном итоге приводит к изъязвлению и поверхностному экссудату. Присутствие внесосудистых эритроцитов вокруг края язвы, субэпителиальные внесосудистые нейтрофилы, многочисленные макрофаги, нагруженные фаголизосомами, и неспецифическое связывание клеток шиповатого слоя с иммуноглобулинами и компонентами могут быть результатом просачивания из сосудов и пассивной диффузии белков сыворотки. Эти данные свидетельствуют о том, что патогенез РАС может быть опосредован иммунокомплексным васкулитом [20, 39]. Начало поражения РАС связано с клеточно-опосредованным иммунным ответом, образованием Т-клеток и продукцией TNF-а. Приведено, что мононуклеарные клетки периферической крови больных с РАС секретируют большое количество, TNF-а, указание на то, что, TNF-а играет ключевую роль в патогенезе РАС. [21-23]. Следовательно, TNF-а-опосредованная адгезия эндотелиальных клеток и хемотаксис нейтрофилов инициируют каскад воспалительных процессов, ведущих к изъязвлению [25]. Большинство TNF-а вырабатывается в ответ на активацию толл-подобных рецепторов (TLR), набора функциональных мембранных рецепторов, связанных с иммунным ответом и защитой эпителиального барьера. TLR обладают как провоспалительными, так и противовоспалительными свойствами. Принимая во внимание, что у некоторых пациентов было обнаружено, что провоспалительные TLR значительно увеличены в эпителии и собственной пластинке поражений РАС, [27] снижение уровня экспрессии TLR с противовоспалительной активностью также было обнаружено в другой группе пациентов с РАС [30]. Таким образом, роль TLR в патогенезе РАС все еще нуждается в более точном определении, но возможно, что дисбаланс провоспалительной и противовоспалительной активности TLR может повысить восприимчивость к RAS у некоторых людей.

Рекомендации:

Терапевтические цели включают уменьшение боли при язвах, ускорение заживления язв и предотвращение рецидивов [33-36]. Местная терапия и анестетики, такие как лидокаин и бензокаин, используются для кратковременного облегчения боли, особенно в случае крупных язв.



Кортикостероиды часто используются для ускорения заживления язв и уменьшения симптомов РАС. Предпочтение отдается сильнодействующим стероидам (дексаметазон, триамцинолон, флуоцинонид и клобазол) в ополаскивателях для рта. Хотя нет никаких доказательств бактериального происхождения РАС, местные противомикробные препараты, такие как хлоргексидин, тетрациклин и разбавленная перекись водорода, связаны с ускоренным заживлением язв РАС. Было показано, что препараты с противомикробным, противовоспалительным и обезболивающим действием вызывают некоторые положительные эффекты при использовании в качестве жидкости для полоскания рта. Второстепенное значение имеют покрывающие агенты, которые защищают и укрепляют естественный барьер слизистой оболочки: сукральфат, субсалицилат висмута, биоадгезивные средства для перорального применения.

Особо тяжелые случаи РАС лечат системной терапией: системные стероиды, колхицин, талидомид:

— системные стероиды: короткий курс. Системные стероиды могут иногда использоваться для лечения особенно тяжелого эпизода обширного РАС;

— колхицин: в дозе 0,6-1,2 мг/сут. показал обнадеживающие результаты в уменьшении количества и продолжительности афтозных поражений;

— талидомид: контролируемые испытания продемонстрировали эффективность талидомида при лечении РАС, вызывая полную ремиссию или значительное улучшение у большинства пациентов.

Заключение

Использование лазеров (CO₂, ND: YAG, диодный лазер) для облегчения симптомов и ускорения заживления РА является терапевтическим вариантом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алиев Н.Х. Чакка пастки жағ бұғимининг но артикуляр патологиясини ташхислаш усуллари // Тиббиёт ва спорт – Самарқанд, 2020/3. 59-62 бет.
2. N.H. Aliyev, S.A. Gafforov, G.E. Idiev. Scientific and practical substantiation of changes in the function of work of the lower-fast joint in norm and pathology // New day in medicine. 2020.№.-1. p.132-135
3. Aliev Navruz Khasanovich. Correction of Internal Disorders of the Temporomandibular Joint Using Muscle Relaxation Splints Made With Cad/Cam Technologies // 2022.10.28. Vol. 1 – p. 160-166.
4. Tappuni AR, Kovacevic T, Shirlaw PJ, Challacombe SJ. Clinical assessment of disease severity in recurrent aphtous stomatitis. //J Oral Pathol Med 2013; 42:635-41.
5. Giannetti L., Murri dello Diago A., Lo Muzio L. Recurrent aphtous stomatitis. //Minerva Stomatol 2018; 67:125-8. DOI: 10.23736/S0026-4970.18.04137-7.
6. Yilman S., Cimen K.A. Familial Behçet disease. //Rheumatol Int 2010; 30:1107-9.
7. Albanidou-farmaki E., Deligiannidis A., Markopoulos A.K., Katsares V., Farmakis K., Parapanissiou E. HLA aplotypes in recurrent aphtous stomatitis: a mode of inheritance? //Int J Immunogenet 2008;35:427-32.
8. Khan N.F., Saeed M., Chaudhary S., Khan N.F. Haematological parameters and recurrent aphtous stomatitis. //J Coll Physicians Surg Pak 2013; 23:124-7.
9. Lalla R.V., Choquette L.E., Feinn R.S., Zawistowski H., Latortue M.C., Kelly E.T. et al. Multivitamin therapy for recurrent aphtous stomatitis: a randomized, double-masked, placebo-controlled trial. //J Am Dent Assoc 2012; 7:370-6.
10. Akintoye S.O., Greenberg M.S. Recurrent aphtous stomatitis. Dent Clin N Am 2005; 49:31–47.
11. Tarakji B., Baroudi K., Kharma Y. The effect of dietary habits on the development of the recurrent aphtous stomatitis. //Niger Med J 2012;53:9-11.
12. Natah S.S., Konttineen Y.T., Enattah N.S., Ashammakhi N., Sharkey K.A., Häyriinen-Immonen R. Recurrent aphtous ulcers today: a review of growing knowledge. //Int J Oral Maxillofac Surg 2004;33:221-34.
13. Riggio M.P., Lennon A., Ghodrathnama F., Wray D. Lack of association between Streptococcus oralis and recurrent aphtous stomatitis. //J Oral Pathol Med 2000;29:26-32.
14. Gafforov S.A., Aliev N.H. Improvement of diagnostic methods and treatment of parafunction of chewable Muscles in pain syndromes of a High-Lower jaund joint //Journal of Advanced Research in Dynamical and Control Systems. ISSN: 1943-023X. Volume 12,07- special issue. -P.2102-2110. 2020
15. Paster B.J., Boches S.G., Galvin J.L., Ericson R.E., Lau C.N., Levanos V.A. et al. Bacterial diversity in Human subgingival Plaque. //J Bacteriology 2001; 183:3770-83.

16. Doktor M.J., Paster B.J., Abramowicz S., Ingram J., Wang Y.E., Correll M. et al. Alterations in diversity of the oral microbiome in pediatric bowel disease. //Inflamm Bowel Dis 2012;61:935-42.
17. Bik E.M., Long C.D., Armitage G.C., Loomer P., Emerson J., Mongodin E.F. et al. Bacterial diversity in the oral cavity of 10 healthy individuals. //ISME J 2010;4:962-74.
18. Oh S.H., Han E.C., Lee J.H. et al. Comparison of the clinical features of recurrent aphthous stomatitis and Behcet's disease. //Clin Exp Dermatol 2009;34(6): e208-12.
19. Woo S.B., Greenberg M.S. Ulcerative, vesicular and bullous lesions. In: Greenberg MS, Glick M, Ship JA, editors. Burket's oral medicine. 11th edition. Hamilton (Canada): BC Decker; 2008. p. 41-76.
20. Jurge S., Kuffer R., Scully C. et al. Mucosal disease series. Number VI. Recurrent aphthous stomatitis. //Oral Dis 2006;12(1):1-21.
21. Lewkowicz N., Lewkowicz P., Dzitko K. et al. Dysfunction of CD41CD25 high T regulatory cells in patients with recurrent aphthous stomatitis. //J Oral Pathol Med 2008;37(8):454-61.
22. Lewkowicz N., Kur B., Kurnatowska A. et al. Expression of Th1/Th2/Th3/ Th17-related genes in recurrent aphthous ulcers. //Arch Immunol Ther Exp (Warsz) 2011;59(5):399-406.
23. Lewkowicz N., Lewkowicz P., Banasik M. et al. Predominance of Type 1 cytokines and decreased number of CD4(1)CD25(1high) T regulatory cells in peripheral blood of patients with recurrent aphthous ulcerations. //Immunol Lett 2005;99(1):57-62.
24. Алимова Н.П., Асадова Н.Х. (2020). Изучение анатомии через проблемное обучение среди студентов медиков. In Сборник материалов международной учебной онлайн конференции "Современное состояние медицинского образования: проблемы и перспективы (pp. 138-139). Natah S.S., Nayrinen-Immonen R., Nietanen J. et al. Increased density of lymphocytes bearing gamma/delta T-cell receptors in recurrent aphthous ulceration (RAU). Int J Oral Maxillofac Surg 2000;29(5):375-80.
25. Nietanen J., Nayrinen-Immonen R., Al-Samadi A. et al. Recurrent aphthous ulcers—a Toll-like receptor-mediated disease. //J Oral Pathol Med 2012;41(2):158-64.
26. Акбаров А.Н. и Джумаев А. (2020). Гигиеническое состояние протезов у больных с частично съемными зубными протезами. //Журнал PalArch по археологии Египта /египтологии, 17 (6), 14351-14357.
27. Olimov S.Sh., Bakaev J.N., Safarova M.J. Aspects of the formation of pain syndrome in the area of the masticatory muscles in the disease of the maxillary-mandibular composition. //International Journal On Human Computing Studies/Volume: 03 Issue: 1 January-February 2021, e-ISSN: 2615-8159|p-ISSN: 2 615-1898, – P. 117-121
28. Gallo C., Barros F., Sugaya N. et al. Differential expression of toll-like receptor mRNAs in recurrent aphthous ulceration. //J Oral Pathol Med 2012;41(1):80-5.
29. U.G'. Nusratov, L.Yu. Matrizayev. Improving the Quality and Effectiveness of Treatment of Patients with Dental Anomalies. Eurasian Scientific Herald Open Access, Peer Reviewed Journal 165-169.
30. Durdiev J.I. Influence of the quality of life on the formation of the upper jaw in children with pathologies of the respiratory system // World medicine journal. Poland 2021. pp. 182-186.
31. Landova H., Danek Z., Gaidziok J., Vedchy D., Stembirek J. Oral Mucosa and therapy of recurrent aphtous stomatitis. //Ces Slov Farm 2013;62:12-8.
32. Akintoye S.O., Greenberger S. Recurrent Aphtous Stomatitis. //Dental Clin North Am 2005; 49:31-47.
33. Cui R.Z., Bruce A.J., Rogers R.S. Recurrent aphtous stomatitis. Clin Dermatol 2016; 34:475-81.
34. Suter V.Ga., Sjolund S., Bornstein M.M. Effects of Laser pain relief and wound healing of recurrent aphtous stomatitis: a systematic review. //Laser Med Sci 2017; 32:953-63.
35. Хабибова Н.Н., Саидова Л.А., Саидов А.А. особенности течения, рецидивирующего афтозного стоматита у женщин фертильного возраста принимающих метотрексат. //Тиббиётда янги кун 3 (41) 2022. P 435-439.
36. Gafforov S.A., Aliev N.H. Improving the methods for the diagnosis of nonarticular pathology of the temporomandibular joint //Journal of Critical Reviews. ISSN-2394-5125. Vol 7 ISSUE 18, 2020 - P. 875-880.
37. Saidova L.A., Khabibova N.N. (2020). State of the dentoalveolar system in children from mothers with gestational hypertension. //Middle European Scientific Bulletin, 7, 101-104.
38. Saidova L.A., Khabibova N.N. (2020). Dental system in children from mothers with gestational Arterial hypertension. In International congress on modern education and integration (Vol. 5, p. 345).
39. Khabibova N.N., Saidova L.A., Akhmedov A.B. etiopathogenesis, symptoms, signs, diagnosis and prognosis treatment of chronic recurrent aphtosis stomatitis. //Stomatologiya № 2-3, 2022 (87-88).

Поступила 20.11.2022

