



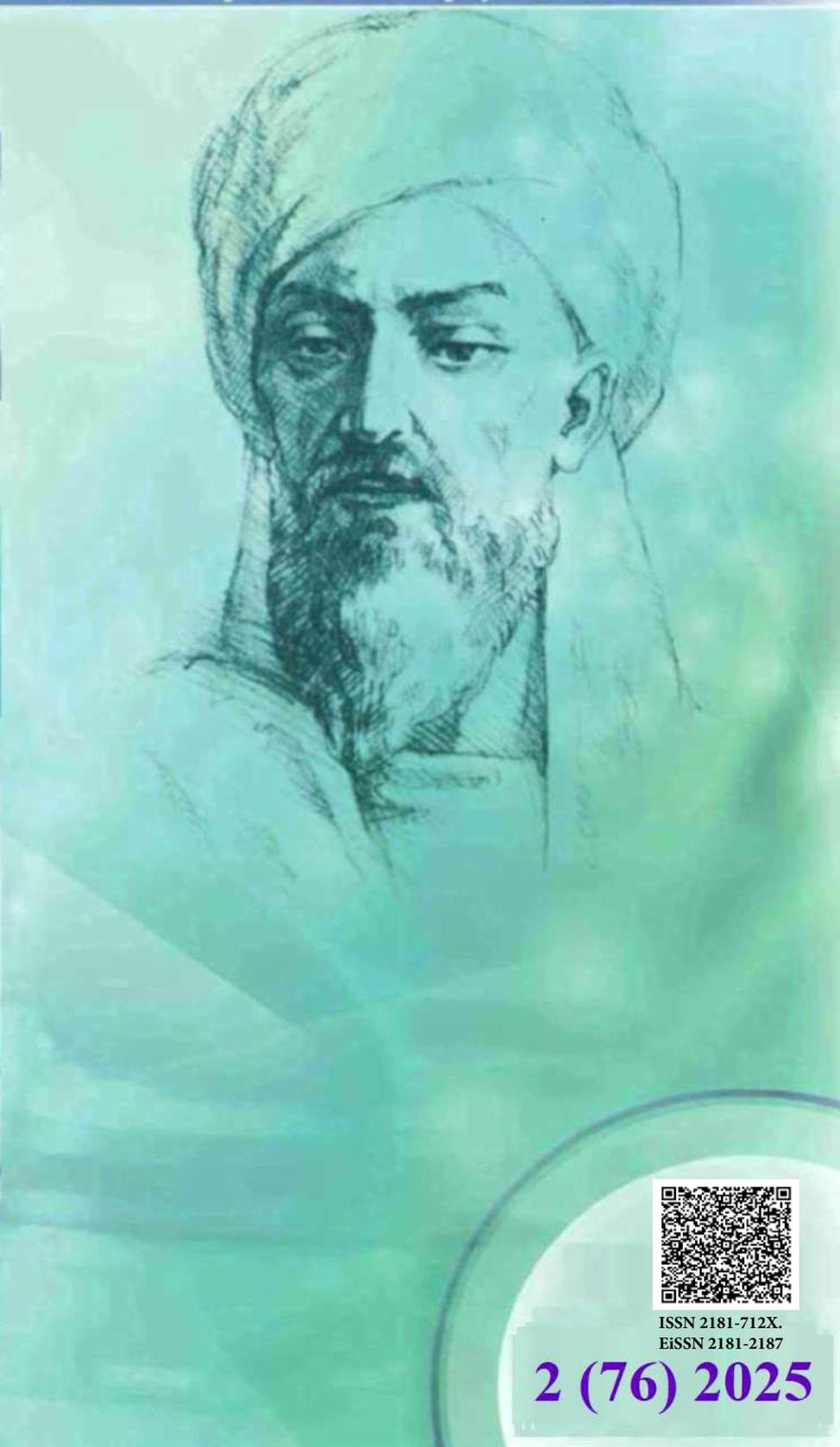
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (76) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (76)

2025

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2025, Accepted: 03.02.2025, Published: 10.02.2025

УДК 618.19-006.6+615.849

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ МУКОЗИТА ПОЛОСТИ РТА ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМОГО У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Латипова Ситора Баходировна E-mail: sitora.latipova@mail.ru

Тураева Феруза Абдурашидовна E-mail: turayeva.firuza@bsmi.uz

<https://orcid.org/0000-0002-0900-3828>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Общезвестно, что, помимо методов лечения, на прогноз онкологических больных могут влиять определенные клинические признаки, в частности, локализация опухоли, степень распространенности опухолевого процесса, наличие регионарных или отдаленных метастазов и прочие. Возникновение рецидива, как правило, связывается с плохим прогнозом, и - поэтому таких больных лечат, в основном, паллиативное.

Ключевые слова: онкологические больные, местные методы лечения, слизистая оболочка полости рта, мукозит полости рта.

ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШНИНГ ТАЪСИРИДА ОҒИЗ МУКОЗИТИНИНГ ОҒИРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Латипова Ситора Баходировна E-mail: sitora.latipova@mail.ru

Тураева Феруза Абдурашидовна E-mail: turayeva.firuza@bsmi.uz

<https://orcid.org/0000-0002-0900-3828>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Маълумки, даволаш усулларида ташқари, баъзи клиник белгилар саратон касалларининг прогнозига, хусусан, ўсманинг локализациясига, ўсма жараёнининг даражасига, минтақавий ёки узоқ метастазларнинг мавжудлигига ва бошқаларга таъсир қилиши мумкин. Релапснинг пайдо бўлиши одатда ёмон прогноз билан боғлиқ ва шунинг учун бундай беморлар асосан паллиатив ёрдам билан даволанади.

Калит сўзлар: онкологик беморлар, маҳаллий даволаш усуллари, оғиз бўйлиги шиллиқ қавати, оғиз мукозитлари.

ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF ORAL MUCOSITIS UNDER THE INFLUENCE OF LOCAL TREATMENT USED IN CANCER PATIENTS

Latipova Sitora Baxodirovna E-mail: sitora.latipova@mail.ru

Turaeva Feruza Abdurashidovna E-mail: turayeva.firuza@bsmi.uz

<https://orcid.org/0000-0002-0900-3828>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

It is well known that, in addition to treatment methods, certain clinical signs can affect the prognosis of cancer patients, in particular, the localization of the tumor, the extent of the tumor process, the presence of regional or distant metastases, and others. The occurrence of relapse is usually associated with a poor prognosis, and therefore such patients are treated mainly with palliative care.

Keywords: cancer patients, local treatment methods, oral mucosa, oral mucositis.

Актуальность

Отличительными особенностями рака слизистой оболочки полости рта и глотки является быстрый рост, раннее гематогенное и лимфогенное метастазирование, резистентность к различным видам лечения и высокая смертность, достигающая 60 - 70%. На международном конгрессе по раку полости рта в Нью-Дели (Индия, 1999), причина рака полости рта кроется в появлении специфической мутации, приводящей к злокачественному росту: дефект, появляющийся в протомонкогенах и опухолевых супрессорных генах, приводит к изменениям, запускающим процесс малигнизации. Вместе с тем показано, что чаще всего генная мутация возникает у курильщиков и лиц, злоупотребляющих алкоголем. Ежегодно в мире регистрируется до 500 тысяч больных, впервые заболевших раком органов полости рта. По распространённости среди мужского населения он занимает 9 место, а среди женщин 17 место. В 1995 году по данным Всемирной организации здравоохранения летальность от рака органов полости - рта заняла четвертое место после рака легкого, рака желудка и рака колоректальной зоны [1.3.5.7].

Эпидемиологические исследования в России показали, что за последние десятилетия заболеваемость и смертность от рака органов полости рта значительно возросли. Анализ заболеваемости раком органов полости рта показал её зависимость от наличия предраковых заболеваний, таких как лейкоплакия, болезнь Боуэна, папилломатоз, красный плоский лишай. Бесспорным фактором риска этого заболевания является возраст: среди пожилого населения рак органов полости рта встречается чаще, хотя в последнее время он стал нередким и у молодых людей. Несмотря на появление всё более совершенных методов диагностики и легкую доступность полости рта для визуального осмотра, более 2/3 больных обращаются за специализированной помощью уже с III или IV стадией заболевания. Основанием собственных наблюдений и литературных данных определил комплекс клинических признаков, наиболее часто встречающихся у больных с III и IV стадиями опухолевого процесса и значительно отягощающих прогноз заболевания. К ним он отнес следующие: размер опухоли более 4 см; эндофитный рост; болевой синдром; наличие хотя бы одного метастаза размером более 2 см; поражение трех и более анатомических областей полости рта. По мнению автора, наличие этих признаков у больного, страдающего раком органов полости рта, не оставляет ему шансов пережить 2-летний срок.

Лечение больных раком органов полости рта до сих пор остается сложной и нерешенной проблемой. Безусловно, результаты лечения рака органов полости рта, также как и при раках других локализаций, в значительной степени зависят от стадии заболевания на момент начала специального лечения. Для лечения рака органов полости рта применяются лучевой, хирургический, комбинированный, химиолучевой и комплексный методы лечения. В настоящее время одним из наиболее доступных и часто применяемых методов лечения рака органов полости рта, является лучевая терапия. При лечении больных раком слизистой оболочки дна полости рта и языка наиболее эффективна внутритканевая лучевая терапия: полная резорбция опухоли достигается у 94— 96% больных. При этом трехлетняя, общая выживаемость больных раком языка независимо от стадии процесса составляет 61,8%, пятилетняя— 59,3%, а при раке слизистой оболочки дна полости рта 72,2% и 63,3% соответственно [2.4.6.8].

Цель исследования: методы обследования нормальных и патологических случаев заболеваний слизистой оболочки полости рта, онкологических изменений слизистой оболочки полости рта, а также совершенствование методов профилактики.

Объект исследования: Данное исследование было проведено на стоматологической кафедре Бухарского государственного медицинского института. В выборку исследования были включены 156 пациентов, получающих химиотерапию в связи с гемобластомами, такими как диффузная В-крупноклеточная лимфома и острый миелобластный лейкоз. Среди выборки 156 онкологических пациентов на стадиях I-IV, получавших химиотерапию с 2014 по 2022 годы на базе Бухарского областного онкологического диспансера Минздрава Республики Узбекистан.

Результаты и обсуждения

Для оценки степени тяжести мукозита у пациентов использовалась шкала токсичности CTCAE v.4.03 - Common Terminology Criteria for Adverse Events, разработанная в 2010 году Национальным институтом рака США (National Cancer Institute, NCI). В настоящее время она является широко используемой шкалой для оценки токсичности и нежелательных явлений,

связанных с применением лекарственных средств и других методов лечения в клинических исследованиях и практике клинической онкологии. Эта шкала представляет собой подробный документ, в котором описаны объективные и субъективные проявления различных видов токсичности, оцениваемые по 5 степеням (таблица 1):

Таблица 1.

Классификация степеней токсичности, используемая для оценки тяжести мукозита у пациентов, получающих противоопухолевое лечение

Степень токсичности	Описание
0	Отсутствие токсичности, бессимптомное течение или легкие проявления, не требующие назначения
1	Слабая токсичность, умеренно выраженный болевой синдром, возможность перорального питания сохраняется, рекомендуется щадящая диета
2	Умеренная токсичность, выраженный болевой синдром, затруднение перорального питания
3	Сильная токсичность, жизнеугрожающее состояние, требуется срочная медицинская помощь
4	Угрожающая жизни токсичность, возможен летальный исход

Степень тяжести мукозита у пациентов в двух группах определялась и регистрировалась до и после каждого курса химиотерапии. Оценка проводилась по 5 уровням, начиная с отсутствия токсичности и заканчивая угрожающей жизни токсичностью, возможным летальным исходом.

Качество жизни онкологических пациентов оценивалось с помощью опросника EORTC - QLQ - C30 (version 3.0), который является опросником, разработанным Европейской организацией по исследованию и лечению рака. Он содержит 30 вопросов, 5 параметров, а также параметры общего качества жизни (Приложение 1).

У пациентов двух групп оценка качества жизни проводилась на каждом курсе проводимой химиотерапии, изменения субъективных ощущений пациентов фиксировались до и после каждого курса.

Все 156 пациентов были разделены на четыре группы в соответствии с выбранными методами лечения для предотвращения осложнений состояния полости рта на фоне химиотерапии. Первая группа состояла из 40 пациентов, которым назначено применять гранулированный «Кверцетин» в качестве дополнительного лечения. Вторая группа включала 39 пациентов, которым проводилась процедура ЛФДТ в качестве дополнительного лечения. Третья группа, состоящая из 38 пациентов, получала профилактическое лечение орального мукозита с помощью стандартных методов и дополнительного лечения с помощью «Кверцетин» и курса ЛФДТ. Четвертая группа - 39 человек, представляла собой группу сравнения, в которой применялось стандартное симптоматическое лечение. Пациенты были разделены на эти группы на основе их добровольного согласия выполнять рекомендации врача-стоматолога, включая использование предписанных методов профилактики и лечения орального мукозита.

В 1-й группе пациентов в количестве 40 человек использовались стандартные методы, включая применение антисептических растворов (хлоргексидин и другие), системные противовоспалительные средств (нимесил, ибупрофен и другие), эпителизирующие средства (Асепта, Солкосерил адгезивная паста), а также антибиотики, антимикотики и лечебные средства для облегчения боли при необходимости и по клиническим показаниям, кроме того к стандартным методам лечения был добавлен гранулированный «Кверцетин».

Кверцетин — это биологически активное вещество, которое содержится во многих растениях, включая красный лук, зеленый чай и яблоки. Он обладает антиоксидантными и противовоспалительными свойствами, а также способствует снижению риска развития рака [5.7.9].



Распределение больных по группам исследования в зависимости от применяемого комплекса местного лечения

Локализация опухоли	Ст. лечение + Кверцетин	Ст. лечение + ЛФДТ	Ст. лечение + Кверцетин + ЛФДТ	Стандартное лечение
	1	2	3	4
	n=40	n=39	n=38	n=38
Рак молочной железы	18	18	18	18
Рак легкого	11	11	11	10
Рак желудка	5	5	5	5
Рак простаты	3	2	2	3
Рак почек	2	2	1	1
Редкие формы рака	1	1	1	1
Всего	40	39	38	38

Этот лечебный средства обладает высокой биодоступностью и эффективно борется с окислительным стрессом в клетках. Кверцетин способствует повышению иммунитета, снижению воспалительных процессов, а также улучшению обмена веществ в клетках.

Гранулированный "Кверцетин" включает в себя главным образом кверцетин - биологически активный флавоноид, который содержится во многих растениях, включая красный лук, зеленый чай и яблоки. Кверцетин обладает антиоксидантными свойствами, он может уменьшать воспалительные процессы, укреплять иммунитет, а также блокировать процессы окисления липидов, что может приводить к развитию мукозитов у онкологических больных.

Применение гранулированного "Кверцетин" для лечения мукозитов у онкологических пациентов позволяет уменьшить воспалительные процессы в слизистой оболочке рта, ускорить ее регенерацию, улучшить кровообращение и обмен веществ в клетках. Это позволяет снизить риск развития мукозитов, уменьшить их выраженность и продолжительность, а также улучшить качество жизни пациентов.

Преимущества гранулированного "Кверцетин" при лечении слизистой оболочки полости рта у онкологических по сравнению с другими препаратами

Характеристика	Описание
Безопасность	Кверцетин — это натуральный биофлавоноид, который не имеет известных побочных эффектов при правильном применении в соответствии с рекомендациями специалиста.
Антиоксидантные свойства	Кверцетин обладает мощными антиоксидантными свойствами, блокирует процессы окисления липидов и уменьшает воспалительные процессы в слизистой оболочке полости рта. Это может ускорить заживление поврежденной слизистой оболочки и способствовать уменьшению риска развития мукозитов.
Укрепление иммунитета	Гранулированный "Кверцетин" содержит витамин С, витамин Е, бета-каротин, селен, цинк и другие микроэлементы, которые укрепляют иммунитет и помогают бороться с инфекциями и воспалением.
Широкий спектр применения	Гранулированный "Кверцетин" можно использовать для лечения мукозитов, вызванных различными причинами, включая лучевую и химиотерапию, а также для профилактики и укрепления здоровья полости рта.
Удобство использования	Гранулированный "Кверцетин" легко растворяется в воде и может быть использован для полоскания рта или нанесения на поврежденную слизистую оболочку в виде аппликаций.

Действие гранулированного "Кверцетин" при лечении слизистой оболочки полости рта у онкологических больных основано на свойствах его основного компонента - кверцетина.

Кверцетин является биологически активным флавоноидом, который обладает антиоксидантными свойствами. Он блокирует процессы окисления липидов, предотвращая повреждение клеток слизистой оболочки и уменьшая риск развития мукозитов. Кверцетин также обладает антибактериальными и противовоспалительными свойствами, что позволяет уменьшить воспаление в слизистой оболочке рта и способствовать ее быстрому заживлению.

Другие компоненты гранулированного "Кверцетин", такие как витамин С, витамин Е, бета-каротин, селен и цинк, также имеют антиоксидантные свойства и способствуют укреплению иммунитета, что может помочь уменьшить риск возникновения мукозитов и ускорить заживление слизистой оболочки рта.

Действие гранулированного "Кверцетин" при лечении слизистой оболочки полости рта у онкологических больных основано на его способности блокировать процессы окисления липидов, уменьшать воспаление и способствовать заживлению поврежденной слизистой оболочки. Другие компоненты препарата также укрепляют иммунитет и способствуют здоровью организма в целом.

"Кверцетин" имеет множество преимуществ перед другими лечебными средствами при лечении слизистой оболочки полости рта у онкологических больных благодаря своей безопасности, антиоксидантным свойствам, укреплению иммунитета, широкому спектру применения и удобству использования. Состав препарата представлен в таблице 4.

Таблица 4

Состав гранулированного «Кверцетин» в одной дозе

Активные вещества	Содержание в одной дозе
Кверцетин	1000 мг;
Витамин С (аскорбиновая кислота)	500 мг;
Витамин Е (токоферол)	50 мг;
Бета каротин	10 мг;
Селен	200 мкг;
Цинк	20 мг;
Магний	200 мг;
Кальций	200 мг;
Калий	200 мг.

Гранулированный "Кверцетин" применяли при лечении слизистой оболочки полости рта у онкологических больных в различных формах. В рамках исследования к стандартным методам лечения, в которые входят лечебные средства из первой группы (кроме Кверцетина), было проведено дополнительное лечение пациентов второй группы, включавшее сеансы лазерной фотодинамической терапии (ЛФДТ).



Рис. 1. Общий вид аппарата АЛТ Восток, модель 03

Процедура выполнялась с помощью аппарата АЛТ-Восток модель 03. Этот аппарат соответствует техническим условиям TSh 64-15302652-002:2010 и имеет следующие

технические характеристики: напряжение питания – 110-220 В, 50 Гц, 10 Вт; диапазон излучения 660-670 нм; средняя суммарная мощность излучения в выходной плоскости излучающего терминала – 1,0 Вт; площадь выходного отверстия излучающего терминала – 4 см²; частота импульсов основная 24±10% Гц; частота модуляции 1,2±10% Гц. Производитель аппарата – ООО “NAF” (Республики Узбекистан). (см. Рис. 1).

Расстояние между торцом световода и раневой поверхностью варьировалось от 0,5 до 5,0 см в зависимости от того, вызывал ли облучение термический дискомфорт у пациента. Общее время облучения составляло 10 минут на первой фазе лечения и 5 минут на второй фазе течения раневого процесса.

Заключение

При большой площади раны использовалось полипозиционное облучение раневых поверхностей, которое осуществлялось путем плавного перемещения терминала над всей поверхностью раны. В 3-ю группу вошли 38 пациентов, которым для профилактики орального мукозита применяли стандартное использование антисептических растворов (хлоргексидин и др.), противовоспалительных средств системного действия (нимесил, ибупрофен и т. д.), эпителизирующих средств (Асепта, Солкосерил адгезивная паста), а также антибиотики, противогрибковые и обезболивающие средства по показаниям, также применялся гранулированный «Кверцетин» и дополнительное лечение, включавшее сеансы лазерной фотодинамической терапии (ЛФДТ). В 4-ю группу вошли 38 пациентов, которым для профилактики орального мукозита применяли только стандартное использование антисептических растворов (хлоргексидин и др.), противовоспалительных средств системного действия (нимесил, ибупрофен и т. д.), эпителизирующих средств (Асепта, Солкосерил адгезивная паста), а также антибиотики, противогрибковые и обезболивающие средства по показаниям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аксамит Л.А. Заболевания слизистой оболочки рта. Связь с общей патологией. Диагностика, лечение: учебное пособие /Л.А. Аксамит, А.А. Цветкова. Москва: МЕДпресс-информ, 2016; 288 с.
2. Аксамит Л.А. Клинические проявления предраковых заболеваний на слизистой оболочке рта / Л.А. Аксамит, В.В. Лузина, А.А. Цветкова //Клиническая стоматология. 2016;4(5):22-24.
3. Борисенко А.В. Современный подход к диагностике лейкоплакии слизистой оболочки полости рта /А. В. Борисенко, Ю. Г. Коленко //Наука вчера, сегодня, завтра. 2017;3(37):26-34.
4. Будовский А.И. Эпидемиология и молекулярный патогенез опухолей полости рта и глотки /А.И. Будовский С.Н. Алексахина Е.Н. Имянинов //Вопросы онкологии. 2014;60(1):14-17.
5. Соловьев В.А. и др. Возможности ультразвуковой диагностики опухолей языка и дна полости рта /В.А. Соловьев, И.В. Решетов, Л.А. Митина [и др.] //Онкология. Журнал им. П. А. Герцена. 2015;4:18-21.
6. Гаждва С.И. Взаимосвязь структурных изменений полости рта с диффузными поражениями печени /С.И. Гаждва, Н.С. Касумов //Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2016;18(2):99-101.
7. Turaeva F.A. Comparative Clinical and Microbiological Assessment of the Use of Various Methods of Rehabilitation of Inflammatory Diseases of the Oral Cavity in Patients Infected with Coronavirus Infection //International Journal of Health Systems and Medical Science 2022;1(6):144-147 (Journal Impact Factor: 8.25).
8. Тураева Ф.А. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватида SARS-COV-2 патогенези //Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. 2023;2/3(5):184-189. (ОАК Раёсатининг 2021 йил 30 апрелдаги 296/5-сон қарори).
9. Turaeva F.A. Features of Treatment of Dental Diseases in Patients with Coronavirus Infection //Journal of Advanced Zoology. 2023;44(5):276-281 (Scopus Q4).

Поступила 20.01.2025