



**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

**5 (79) 2025**

## **Сопредседатели редакционной коллегии:**

**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. ИЛЪЯСОВ  
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. РУЗИБОЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
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)

**5 (79)**

**2025**

*май*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

УДК 616.31-002.157:615.276

## ПРИНЦИПЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Хамидова Г. К. Email: [guli\\_xamidova@bsmi.uz](mailto:guli_xamidova@bsmi.uz)

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сина, Узбекистан, г. Бухара, ул. Гиждуваниская, 23. Тел: (+99895) 911-00-50; e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

Современные социальные и медицинские исследования свидетельствуют, что в здоровье человеческой популяции в последние десятилетия сохраняются неблагоприятные тенденции. По эпидемиологическим данным рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) по распространенности заболевания и степени его встречаемости составляет от 35,5% до 60%. В статье описаны принципы патогенетической терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Цель исследования: Изучить выявление и клинического течение хронический рецидивирующий афтозный стоматит у Бухарского региона

Ключевые слова: рецидивирующий афтозный стоматит, патогенетическая терапия, слизистой оболочки полости рта, микрофлора

## PRINCIPLES OF PATHOGENETIC THERAPY OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

Khamidova G.K.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. Gijduvaniy 23. Tel: (+99895) 911-00-50; e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

Modern social and medical research shows that unfavorable trends have persisted in the health of the human population in recent decades. According to epidemiological data, recurrent aphthous stomatitis (RAS) ranges from 35.5% to 60% in terms of the prevalence of the disease and the degree of its occurrence. The article describes the principles of pathogenetic therapy of chronic recurrent aphthous stomatitis.

The purpose of the study: To study the identification and clinical course of chronic recurrent aphthous stomatitis in the Bukhara region.

Key words: recurrent aphthous stomatitis, pathogenetic therapy, oral mucosa, microflora

## СУРУНКАЛИ ТАКРОРИЙ АФТОЗ СТОМАТИТНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Хамидова Г. К.

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](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

Замонавий ижтимоий ва тиббий тадқиқотлар шунинг кўрсатадики, сўнгги ўн йилликларда инсоният соғлигида ноқулай тенденциялар сақланиб қолган. Эпидемиологик маълумотларга кўра, такрорий афтоз стоматит (РАС) касалликнинг тарқалиши ва унинг пайдо бўлиш даражаси бўйича 35,5% дан 60% гача. Мақолада сурункали такрорий афтоз стоматитнинг патогенетик терапияси тамойиллари тасвирланган.

Тадқиқот мақсади: Бухоро вилоятида сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни аниқлаш ва клиник кечилиши ўрганиш

Калит сўзлар: такрорий афтоз стоматит, патогенетик терапия, оғиз мукозаси, микрофлора

### Актуальность

овременные социальные и медицинские исследования свидетельствуют, что в здоровье человеческой популяции в последние десятилетия сохраняются неблагоприятные тенденции. По эпидемиологическим данным рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) по распространенности заболевания и степени его встречаемости составляет от 35,5% до 60% [1,4,6,8]. Несмотря на проведенные многочисленные исследования, как у нас в стране, так и за рубежом, этиология и патогенез рецидивирующего афтозного стоматита остается до конца невыясненными. Значительное увеличение в настоящее время распространенности рецидивирующего афтозного стоматита, поражающего от 20 до 60% населения привлекает внимание к этой серьезной проблеме практической стоматологии [3,5]. Учеными всего мира за последние 15 лет проведена огромная работа по изучению этиопатогенеза, распространенности, интенсивности течения РАС и предложены разные методики лечения данного заболевания [7,8]. Однако в итоге окончательно не установлено, какие факторы способствуют развитию данного заболевания, а какие играют доминирующую роль в патогенезе РАС. Поэтому, несмотря на большое количество исследований посвященных вопросам этиопатогенеза РАС, дополнительные методы исследования данной патологии не выработаны.

**Цель исследования:** Изучить выявление и клинического течение хронический рецидивирующий афтозный стоматит у Бухарского региона.

### Материал и метод исследования

Материалом для анализа и выводов послужили данные обследования 60 больного с рецидивирующим афтозным стоматитом. В качестве показателей нормы использовались результаты обследования 10 человек сопоставимого пола и возраста без признаков патологии полости рта. Клиническое обследование включало сбор анализов, жалоб, выяснения возможных причин возникновения заболевания, характера его течения и частоты обострений, эффективности проводимого ранее лечения. Возраст больных ХРАС в основном от 20 до 50 лет. Длительность заболевания от 1 года и свыше 10 лет в зависимости от формы. Исследования состояния слизистой полости рта позволили уточнить характер ее поражения. Клинически на слизистой диагностировались эрозивно-язвенные элементы (афты) в количестве 2-3 штук, покрытые фибринозным налетом с гиперемизованным ободком по периферии. Оценка тяжести заболевания и отдельных симптомов с использованием ИТЗ позволила дать количественную оценку клинического течения РАС, и разделить больных на сопоставимые по тяжести клинических проявлений группы.

### Результат и обсуждение

Результаты лечения свидетельствуют о высоком клиническом эффекте, о котором можно судить по уменьшению острых воспалительных явлений и болезненности в местах поражения СОПР, в ослаблении чувства жжения и дискомфорта. Больные отмечали улучшение субъективных ощущений со стороны полости рта: облегчался прием пищи, уменьшались или исчезали болевые ощущения. Значительно улучшалось общее самочувствие, снижалась температура, повышалась работоспособность. При осмотре: ограничение или уменьшение зоны эрозивно-язвенных поражений, очищение элементов, появление свежих грануляций. Данные объективных клинических исследований свидетельствуют о преимуществе комплексной терапии РАС с применением гепона, ее высокой эффективности, выражающейся в достоверном сокращении сроков купирования изучаемых симптомов по сравнению с общепринятыми методами. Так, на 2-ые сутки после начала лечения средний балл общего состояния в 1 контрольной группе больных понизился на 13,58% ( $P < 0,05$ ); температуры тела – на 20,0% ( $P < 0,01$ ); регионарного лимфаденита – на 7,7% ( $P > 0,05$ ); количество афт уменьшилось на 14,29% ( $P < 0,05$ ); а размер, болезненность, состояние краев и дна афт соответственно на 22,35% ( $P < 0,01$ ); 18,03% ( $P < 0,05$ ); 14,29% ( $P > 0,05$ ) и 11,11% ( $P > 0,05$ ). Соответствующие снижения составили во 2 и 3 основных группах по общему самочувствию больных на 24,08% ( $P < 0,01$ ) и 64,42% ( $P < 0,01$ ); по среднему баллу температуры тела – 38,46% ( $P < 0,01$ ) и 45,85% ( $P < 0,01$ ); по состоянию регионарных лимфоузлов - на 44,44% ( $P < 0,01$ ) и 68,75% ( $P < 0,01$ ); по количеству афт – на 91,61% ( $P < 0,01$ ) и 45,0% ( $P < 0,01$ ); а по размерам афт, их болезненности, состоянию краев и дна – на 33,34% ( $P < 0,01$ ) и 43,04% ( $P < 0,01$ ); 30,0% ( $P < 0,01$ ) и 49,65% ( $P < 0,01$ ); 20,0% ( $P < 0,01$ ) и 45,0%

( $P<0,01$ ); и на 38,88% и 50,5% ( $P<0,01$ ) (таблица 3.2.1 и рис.3.2.1). На 4-е сутки исследований отмечалось еще более выраженное редуцирование клинических показателей, в этот период исследований все клинические показатели РАС были минимальны в 3 основной и максимальны в 1 группе контроля (таблица 3.2.1, рис.3.2.2). Необходимо отметить, что во все периоды исследований большая часть показателей тяжести клинических проявлений РАС во 2 основной группе была ниже ( $P<0,01$ ) соответствующих значений 1 контрольной группы; а соответственно балльные оценки 3 группы ниже, как показателей 1 контрольной группы ( $P<0,05$ ), так и 2 основной группы ( $P<0,05$ ) (таблица 1).

Необходимо отметить, что во всех группах зарегистрирован положительный эффект лечения, при этом во всех группах установлено снижение интенсивности выбранных однозначных критериев качества лечения РАС.

У пациентов группы сравнения улучшалось общее самочувствие, снижалась температура тела, уменьшались или исчезали явления лимфоденита, сокращалось количество афт, их рельеф и болезненность, эпителизировались края афт и очищалась от гнойно-некротического налета поверхность.

Как показал сравнительный анализ, максимальная эффективность лечения установлена в 3 основной группе, а минимальная – в 1 группе сравнения.

Соответствующая динамика купирования температуры тела составила 81,25% ( $p<0,01$ ); 62,96% ( $p<0,01$ ) и 42,14% ( $p<0,01$ ); снижение выраженности лимфоденита соответственно на 76,88% ( $p<0,01$ ); 68,39% ( $p<0,01$ ) и 59,06% ( $p<0,01$ ); соответствующее снижение распространенности процесса (число афт) составило 77,86% ( $p<0,01$ ); 62,03% ( $p<0,01$ ) и 38,7% ( $p<0,01$ ), снижения

таблица 1

#### Балльная оценка тяжести клинических проявлений РАС в ранние сроки лечения

| № | Симптомы               | Группы                       |                      |                      |                           |                      |                      |                           |                      |                      |
|---|------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|
|   |                        | 1 группа - контрольная, n=20 |                      |                      | 2 группа – основная, n=18 |                      |                      | 3 группа – основная, n=12 |                      |                      |
|   |                        | До лечения                   | На 2-е сутки лечения | На 4-е сутки лечения | До лечения                | На 2-е сутки лечения | На 4-е сутки лечения | До лечения                | На 2-е сутки лечения | На 4-е сутки лечения |
| 1 | Регионарный лимфаденит | 0,65±0,1                     | 0,60±0,05            | 0,45±0,05'           | 0,72±0,1                  | 0,40±0,05            | 0,20±0,05°           | 0,64±0,1                  | 0,20±0,05            | 0,10±0,05°*          |
| 2 | Количество афт         | 2,10±0,1                     | 1,80±0,10            | 1,23±0,05'           | 2,05±0,1                  | 1,40±0,1             | 0,80±0,05°           | 2,00±0,1                  | 1,10±0,10            | 0,50±0,05°*          |
| 3 | Размер афт             | 1,70±0,1                     | 1,32±0,10            | 1,0±0,10'            | 1,65±0,1                  | 1,10±0,1             | 0,74±0,05°           | 1,58±0,05                 | 0,90±0,05            | 0,35±0,05°*          |
| 4 | Болезненность афт      | 2,44±0,1                     | 2,0±0,10             | 1,20±0,1'            | 2,50±0,1                  | 1,75±0,1             | 0,90±0,05°           | 2,48±0,1                  | 1,25±0,10            | 0,40±0,05°*          |
| 5 | Края афт               | 2,10±0,1                     | 1,80±0,05            | 1,30±0,10'           | 2,00±0,1                  | 1,60±0,1             | 0,82±0,05°           | 2,00±0,1                  | 1,10±0,10            | 0,32±0,05°*          |
| 6 | Дно афт                | 1,80±0,1                     | 1,60±0,1             | 1,10±0,05'           | 1,80±0,1                  | 1,10±0,1             | 0,66±0,05°           | 1,82±0,1                  | 0,90±0,05            | 0,40±0,05°*          |
| 9 | ИТЗ                    | 1,72±0,1                     | 1,52±0,1             | 1,17±0,10'           | 1,74±0,1                  | 1,20±0,1             | 0,68±0,05°           | 1,70±0,1                  | 0,83±0,10            | 0,34±0,05°*          |

Примечание: ' -  $P<0,05$  по отношению к величине до лечения

° -  $P<0,05$  по отношению к 1 группе

\* -  $P<0,05$  по отношению ко 2 группе

размеров элементов поражения соответственно – на 84,37% ( $p<0,01$ ); 65,62% ( $p<0,01$ ) и 44,44% ( $p<0,01$ ).

При этом снижение интенсивности болезненности в 3 основной группе составило 88,29% ( $p<0,01$ ); во 2 основной группе – 64,71% ( $p<0,01$ ) и в 1 группе сравнения – 46,20% ( $p<0,01$ ); соответствующие снижения характеристик краев элементов поражения составили 81,93%

( $p<0,01$ ); 69,51% ( $p<0,01$ ) и 48,48% ( $p<0,01$ ); а состояние поверхности элементов поражения улучшилось – на 75,53% ( $p<0,01$ ); 67,44% ( $p<0,01$ ).

Очевидно, что наибольшую ценность при оценке эффективности лечения имеет динамика индекса ИТЗ.

Полученные данные о средне-групповой эффективности лечения позволили дать сравнительную оценку клинической эффективности лечения (Таблица 2).

Таблица 2

**Оценка клинической эффективности лечения в группах сравнения**

| 1 группа сравнения, эффективность в % к до лечения | 2 основная группа              |                                      | 3 основная группа              |                                      |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
|                                                    | Эффективность в % к до лечения | Эффективность в % к группе сравнения | Эффективность в % к до лечения | Эффективность в % к группе сравнения |
| 46,95                                              | 66,87                          | >17,50                               | 81,21                          | >26,73                               |
| Место                                              | 2                              |                                      | 1                              |                                      |

Как видно из таблицы 3.2 средняя суммарная эффективность использования патогенетической терапии (2 основная группа) превосходит стандартное лечение более чем на >17,50%; а дополнительное применение антигистаминной терапии (3 основная группа) увеличивает клиническую эффективность лечения более чем >26,73%.

**Заключение**

1. В основе высокого регенерирующего эффекта гепона лежит нормализация микроциркуляции в зонах локального эрозивно-язвенного поражения ( $P<0,05$ ).

2. Обоснован оптимальный способ применения гепона в комплексном лечении РАС, приводящий к снижению общего суммарного балла тяжести заболевания на 70,94% ( $P<0,01$ ); снижению длительности лечения на 1,94 дня; количества рецидивов на 0,74 случая и длительность ремиссии на 2,26 месяца.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:**

1. Анисимова И.В., Нагаева М.О. Анализ структуры заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ по обращениям пациентов в ГКСП № 1 г. Омск // Инновационные технологии в стоматологии: Материалы симпозиума. - Омск, 2017. - С.51-54.
2. Андрианова И.И., Колесник В.М., Галкина О.П., Островский А.В. Лечение эрозивных поражений слизистой оболочки полости рта с использованием солкосерил адгезивной дентальной пасты // Таврический медико-биологический вестник. - 2016. - Т.19, №1. - С.5-7.
3. Ешиев А.М., Азимбаев Н.М., Абдыкайымов А.Т. Результаты светолечения в комплексной терапии стоматитов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2019. - № 3. - С.23-27/
4. Керимов К.А., Субботина О.М., Рахметова А.С., Нагаева М.О. Современные представления об этиологии, патогенезе и лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Университетская медицина Урала. - 2019. - №2. - С.92-94.
5. Косюга С.Ю., Воинова С.О. Особенности проявления патологии желудочно-кишечного тракта на слизистой оболочке рта у детей // Dentalforum. - 2018. - №4. - С.30.
6. Косюга С.Ю., Варванина С.Э. Анализ современных методов диагностики при заболеваниях слизистой оболочки полости рта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* // Health and Education Millennium. - 2017. - Т.19, № 4. - С.30-33.
7. Леонтьев В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективах ее развития // Институт Стоматологии. - 2018. - №2. - С.40-42.
8. Михальченко В.Ф., Фирсова И.В., Федотова Ю.М., Михальченко А.В., Михальченко Д.В. Новый подход к терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита (афтоз Сеттона) с применением метода фотоактивируемой дезинфекции и иммуномодулятора галавит // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 6. - С.48-52

**Поступила 20.03.2025**