

«Совершенствование комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у больных с хроническим гастродуоденитом»

Зойиров Тулкин Эльназарович д.м.н., профессор
*Кафедра Терапевтической Стоматологии,
Самаркандский Государственный Медицинский
Университет, Самарканд, Узбекистан,*
Аллазаров Кувондик Азадович
*самостоятельный соискатель,
Самаркандский Государственный Медицинский
Университет, Самарканд, Узбекистан,*

В современном мире болезни слизистой оболочки рта (СОПР) занимают особое место среди всех стоматологических заболеваний [20, 36, 46, 55]. Патологические изменения слизистой, являясь наиболее распространенными и при этом наименее изученными из-за проблем, возникающих во время их диагностики, остаются актуальными в современной стоматологии [34, 41, 57]. Отсутствие четкой информации об этиологии, патогенезе, схожесть клинических симптомов, которые могут появляться до объективных признаков основной болезни и выявляться во время стоматологического осмотра, осложняют профилактику рецидивов и лечение заболеваний СОПР [12, 20, 40]. Рядом исследователей доказана связь нарушений СОПР с заболеваниями органов пищеварения, значительное место в структуре которых занимает хронический гастродуоденит (ХГ) – группа прогрессирующих воспалительно-деструктивных поражений поджелудочной железы (ПЖ) с различной степенью нарушения ее экзокринной и эндокринной функций [3, 8, 10, 33, 43].

По результатам данных мировой статистики, в последнее время отмечается непрерывный рост частоты встречаемости ХГ, которая составляет 8,2-10 человек на 100.000 населения Земли. При анализе источников отечественной и зарубежной литературы установлено, что за последние 30 лет заболеваемость данной патологией ПЖ увеличилась в 3 раза, первичная инвалидизация составляет 15% [11, 61, 40, 19, 31].

Доказано, что у больных ХГ происходит изменение состава микрофлоры, меняется активность кишечных ферментов по сравнению с нормой [35, 38,]. В результате нарушения нормомикробиоза в организме возникает дисбиоз кишечника, при котором происходит перестройка орального биоценоза, сопровождающаяся изменением качественного и количественного состава постоянных представителей микрофлоры СОПР, что в дальнейшем приводит к инфекционно-воспалительным процессам в ней и понижению неспецифической резистентности организма [14, 21, 22, 25, 34, 42]. Следует отметить, что ослабление местного иммунитета сопровождается усилением

перекисного окисления липидов (ПОЛ) и снижением антиоксидантной защиты, отягощая течение заболеваний СОПР [17, 47, 59].

Современные подходы к успешному лечению и нормализации орального микробиоза предусматривают изучение состояния микрофлоры СОПР, выяснение причин появления патологических состояний в ней, поиск способов успешной коррекции их нарушений, повышение неспецифической резистентности организма [18,27,35,48,51]. Многие авторы отмечают, что дисбиотические нарушения сопровождаются подавлением облигатной нормофлоры, тем самым создавая возможность для активации роста и колонизации дрожжеподобных грибов рода *Candida*, длительная персистенция которых на СОР приводит к появлению кандидоза [42,50,52]. Особого внимания заслуживает тот факт, что за последние десятилетия отмечается заметный прирост заболеваемости кандидозами СОПР и составляет более 30%, а частота встречаемости афтозных стоматитов увеличилась до 60% [34,47,54,59].

В последнее время наблюдается увеличение количества рецидивов кандидозных поражений, которые из-за высокой торпидности и постоянной адаптации флоры, нерационального подбора антибактериальной терапии, быстрого привыкания к компонентам противогрибковых препаратов трудно поддаются традиционным способам лечения, что значительно ухудшает качество жизни пациентов [14,24,29,39,57]. Из данных специальной отечественной и зарубежной литературы следует, что на сегодняшний день отсутствуют общепризнанные способы профилактики рецидивов кандидозов СОР [2,8,12,27,38].

Заболевания СОР являются наиболее распространенными и наименее изученными, оставаясь одной из актуальных проблем в современной стоматологии [10, 14, 21, 51]. При постоянном воздействии внешних и внутренних факторов, СОР является местом проявления различных патологий. В организме человека не существует системных нарушений, которые не отражались бы на ее состоянии [8, 10, 11, 46, 49, 54].

Результаты многочисленных исследований отечественных и зарубежных авторов демонстрируют, что в последнее время отмечается рост числа заболеваний СОР, что обусловлено снижением уровня жизни и увеличением количества неблагоприятных факторов, влияющих на организм (ухудшение экологической обстановки, хронический стресс) [20, 34, 36, 44, 52, 54, 35].

Собственные заболевания СОР вызывают различные этиологические факторы, а особенности ее строения и функционирования создают благоприятные условия для воздействия на слизистую оболочку травм различного рода, болезнетворных микроорганизмов или вирусов, биологических факторов [21, 27, 30, 38, 44, 53, 56].

При этом тяжесть заболевания обусловлена природой этиологического фактора и интенсивностью агрессии. Организм реагирует мобилизацией комплекса неспецифических реакций защиты и заболевание не возникает, когда агрессивность фактора незначительна [27, 30, 39, 27]. Несмотря на разнообразие этиологических факторов воздействия в развитии патологического процесса в СОР имеются общие закономерности [44, 45, 59]. В. Я. Скиба [45] выделяет четыре стадии развития патологического процесса в СОР: первая стадия – усиление перекисного окисления липидов; вторая – повреждение биомембран; третья – дезорганизация метаболизма; четвертая – патофизиологический синдром воспаления, исход которого – некробиоз и некроз слизистой.

На первом этапе при декомпенсации механизмов адаптации, а также при воздействии различных этиологических факторов, в организме и в тканях СОР происходит усиление перекисного окисления липидов, конечным продуктом которого является малоновый диальдегид [14, 15, 17, 29]. Активируется антиоксидантная защита, но данный эффект кратковременный, нарушается баланс между прооксидантными и антиоксидантными системами в сторону снижения активности уровня антиоксидантных сил [5, 7, 45, 47, 59].

Под адаптивными системами организма понимается комплекс биохимических и физиологических факторов, которые препятствуют воздействию на организм вредных агентов. К ним относят системы иммунной защиты, систему тканевых ингибиторов протеаз, антиоксидантную защиту, комплекс ингибиторов процессов свободнорадикального окисления липидов [25, 37, 45, 47, 52].

Таким образом, развитие свободнорадикального окисления (СРО) будет определяться силой и длительностью воздействия этиологических факторов, а также емкостью адаптивных возможностей. При повышенном воздействии стресс-фактора и при пониженных адаптивных реакциях в СОР происходит развитие патологического процесса [15, 19, 27].

Следствием первой стадии патологического процесса является интенсификация СРО, приводящая к деструкции липидного биослоя мембран и нарушению мембранной проницаемости.

Интенсивность повреждения биологических мембран определяется их состоянием, количеством свободнорадикальных агентов, плотностью их упаковки, наличием ресурсов для антирадикальной защиты и сбалансированностью различных звеньев данной системы [15]. Нарушение целостности биомембран приводит к нерегулируемому переходу метаболитов из одного компартмента клетки в другой, а также за пределы клетки.

При нарушении метаболизма возникает четвертая стадия – клинически проявляемая фаза воспаления, приводящая к нарушению микроциркуляции, а также обменных процессов в СОР. В этот период на СОР определяется отек и гиперемия, исходом которых является возникновение первичных и вторичных

элементов поражения. На данном этапе пациенты чаще всего обращаются за помощью к врачу-стоматологу [6, 15, 18, 27].

Профилактика рецидивов заболеваний СОР и их лечения часто бывают малоэффективными и представляют значительные трудности [4, 9, 13, 14, 18, 11], а увеличение количества рецидивов способствует трансформации патологических изменений в тяжелые формы, трудно поддающиеся терапии. Поэтому профилактика рецидивов заболеваний СОР должна рассматриваться не только как стоматологическая проблема, но и как часть комплексной системы оздоровления человека [44]. В связи с этим необходимо применение патогенетических подходов к профилактике рецидивов, основанных на абсолютном понимании механизмов развития патологических процессов в СОР [21, 25, 27]. Учитывая эти данные, были сформированы лечебно-профилактические мероприятия для снижения и предотвращения интенсивности течения воспалительных явлений в СОР [19, 23, 25, 27, 30, 44, 45].

Следует повышать адаптивные возможности организма с целью воздействия на первую стадию патологического процесса путем местного парентерального и энтерального введения различных адаптогенов в ткани СОР с помощью аппликаций, ротовых ванночек, фонофореза.

Для снижения процессов перекисидации липидов в тканях СОР необходимо применение антиоксидантов [1, 3, 5, 7, 11, 17].

Целесообразно назначать мембранотропные препараты, а также ингибиторы протеолитических ферментов на более поздних стадиях развития патологического процесса [15]. К средствам лечения заболеваний СОР следует отнести большое число лекарственных растений – они редко вызывают побочные реакции, нетоксичны, чаще всего хорошо переносятся пациентом независимо от его возраста, их рекомендуют для длительного применения. Такие препараты стимулируют процессы регенерации, обладают выраженным антимикробным, противовоспалительным, противоаллергическим действием [39,40,47,58].

Таким образом, изучение схемы развития патологических процессов является эффективным для лечения и профилактики рецидивов заболеваний СОР [44,45].

Ряд исследователей считают, что в последнее время изменился подход к диагностике заболеваний СОР. Необходимо обратить внимание, что диагностирование патологий СОР осложняется отсутствием четких представлений об их этиологии и патогенезе [21, 34, 41, 50, 55, 58]. Затрудняет постановку диагноза клиническая картина течения многих поражений, которая изменилась в последнее время, а также значительное сходство заболеваний и их различных проявлений в СОР [8, 11, 13, 15, 34]. Поэтому значительное внимание уделяется изучению данных заболеваний в тесной связи с организмом, а диагностика и лечение осуществляется совместно с другими специалистами [8, 10, 28, 37, 42].

Многие авторы отмечают, что изменения СОР могут быть специфическими, когда по внешнему виду слизистой оболочки можно установить диагноз и определить тактику лечения. Диагностика заболеваний СОР может быть затруднена из-за неспецифической клинической картины и отягощаться неблагоприятными местными (недостаточный гигиенический уход, травма, вторичная инфекция) и общими (гиповитаминозы, соматическая патология) факторами [10, 21, 38, 42, 53]. Известно, что образование первичных морфологических элементов на СОР могут быть первыми симптомами, возникающих задолго до появления клинических проявлений основного заболевания и больные обращаются за помощью в стоматологические учреждения [11, 41, 46, 40, 54].

По данным некоторых авторов, в связи с особенностями строения СОР, а также из-за тесной взаимосвязи органов полости рта с внутренними органами, такие проявления обнаруживаются при их поражении, причем наиболее часто – при заболеваниях органов пищеварения и осуществляются посредством анатомических, физиологических, гуморальных связей различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Доказано, что даже незначительные нарушения в функционировании системы ЖКТ проявляются на СОР, что объясняется общностью функций и единством всех отделов пищеварительного тракта. Вместе с тем СОР – мощный источник рефлексов, оказывающий влияние на деятельность нижерасположенных отделов ЖКТ [10, 11, 19, 14, 19, 18].

Изменения в СОР при патологии ЖКТ могут быть неспецифичными для определенных нозологических форм, встречаться при других заболеваниях внутренних органов, что приводит к определенным трудностям при диагностике, а также необходимости проведения досконального обследования, выявления и лечения желудочно-кишечной патологии пациента вместе с консультацией у других специалистов (гастроэнтеролога, терапевта) [11, 16, 18, 20, 21, 23].

Отечность СОР, по данным Банченко Г. В., определяется по отпечаткам зубов на слизистой щек и языка. Но данный признак необязательно возникает при определенной патологии ЖКТ, хотя и может встречаться при различных расстройствах пищеварительной системы, при этом довольно часто (в 80% случаев) сопутствует хроническим колитам [10, 11]. Так, обложенность языка обусловлена нарушением процесса ороговевания нитевидных сосочков и может быть результатом желудочно-кишечных заболеваний (острый и хронический гастрит, язвенная болезнь, рак желудка), а также при нарушениях общего состояния организма (инфекции). Наличие местных факторов (недостаточное пережевывание пищи, неудовлетворительная гигиена СОР) способствуют нарушению слущивания эпителиальных клеток нитевидных сосочков и скоплению их на спинке языка [10, 11, 27, 29]. Десквамации на спинке языка могут возникать при повышенном слущивании эпителия нитевидных сосочков при обострении язвенной болезни желудка и

двенадцатиперстной кишки, хроническом колите и энтероколите, носят очаговый характер, безболезненные или слегка чувствительные при приеме острой пищи, но также не являются обязательным признаком для данных патологий. При нормализации работы ЖКТ язык приобретает здоровый вид [8, 11, 12, 17].

Важную диагностическую ценность имеют изменения внешнего вида языка и СОР в сочетании с явлениями парестезии (жжение, покалывание, пощипывание), нарушениями вкусовой чувствительности, что свидетельствует о тесной нервно-рефлекторной связи различных отделов пищеварительного тракта [3, 10, 11, 18].

Таким образом, проявления на СОР при заболеваниях ЖКТ сопровождаются изменением окраски, отеком, появлением характерного налета на языке, очаговой и диффузной десквамацией эпителия дорсальной поверхности языка, истончением отдельных участков слизистой оболочки рта [10, 11, 21, 31].

По данным Цепова Л. М. и соавт., патологические изменения в пищеварительной системе вызывают вместе с заболеваниями СОР, появление неприятного запаха изо рта, изменение скорости саливации, вязкости и нарушение антиоксидантно-прооксидантного баланса ротовой жидкости [18, 19]. Установлена связь таких нарушений с заболеваниями поджелудочной железы. Ряд исследователей считают, что на сегодняшний день недостаточно изучены изменения СОР при заболеваниях, возникающих при недостаточности поджелудочной железы, несмотря на то, что они занимают значительное место в структуре болезней ЖКТ [8, 10, 31, 35, 53]. Поджелудочная железа (ПЖ) – единственный орган, который участвует во всех физиологических процессах благодаря сочетанию его внешне- и внутриэндокринной деятельности [16, 26]. Так, для хронических панкреатитов характерны атрофические изменения дорсальной поверхности языка, возникновение глосситов с клиническими симптомами В-витаминной недостаточности, десквамативных глосситов, явлений кандидамикозов СОР, истончение красной каймы губ, появление хронических трещин в углах рта. Может наблюдаться обложенность языка желто-белым налетом, нарушение скорости слюноотделения, а также образование эрозий, афт, язв в различных участках СОР на более поздних этапах развития заболевания. При присоединении дисбиоза появляются изменения, характерные для кандидозов СОР, поражения губ и языка [10, 31, 51, 59, 60].

Необходимо подчеркнуть, что поражения СОР отражают патологические процессы ЖКТ, а также возникающие вторично другие нарушения организма, такие как, гипо- и авитаминозы, дисбиозы. При этом изменения СОР зависят от формы и длительности основного заболевания. Поэтому необходимо грамотно и своевременно интерпретировать изменения СОР при заболеваниях ЖКТ с целью профилактики и прогнозирования обострений основного

заболевания, как для врачей-стоматологов, так и для врачей других специальностей [10, 31, 32, 47, 49].

Вышеизложенное убедительно свидетельствует о необходимости совершенствования методов диагностики, поиска новых средств лечения и профилактики афтозных стоматитов СОПР с учетом патогенетических механизмов развития данных поражений.

Список литературы:

1. Абрамова, Е. С. Сравнительная оценка эффективности комплексной терапии у больных с дисбактериозом слизистой оболочки рта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Абрамова Елена Сергеевна. – Москва, 2013. – 26 с.
2. Авидзба, А. М. Перспективы использования гигиенических и лечебных свойств полифенолов при разработке новых биологически ценных продуктов переработки винограда / А. М. Авидзба, Ю. А. Огай, В. А. Загоруйко // Виноградарство и виноделие. – 2005. – Т. 35. – С. 68–70.
3. Агапова, Е. В. Морфологическое и биохимическое исследование ротовой жидкости при заболеваниях пищеварительного тракта у лиц среднего и пожилого возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.53 / Агапова Елена Владимировна – Москва, 2007. – 24 с.
4. Адгезивные реакции в системе «буккальные эпителиоциты – Candida albicans» у детей с бронхиальной астмой и гастродуоденитом / А. Н. Маянский [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2002. – Т. 81, № 3. – С.41–43.
5. Антиоксидантно-прооксидатний індекс сироватки крові щурів з експериментальним стоматитом і його корекція зубними еліксирами / А. П. Левицький [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2006. – № 1. – С.22–25.
6. Бабенко, А. Д. Вплив гепатотонічного препарату ліволіну форте на показники перекисного окислення ліпідів хворих на хронічний гіпертрофічний гінгівіт на фоні хронічної патології гепатобіліарної системи / А. Д. Бабенко // Український медичний альманах. – 2006. – Т. 9, № 5. – С. 20–22.
7. ЛАВРОВСКАЯ Я.А. Лечение хронических кандидозов слизистой оболочки рта у больных хроническим панкреатитом Симферополь – 2020
8. Бавыкина, Т. Ю. Полость рта – зеркало заболеваний внутренних органов / Т. Ю. Бавыкина, О. А. Ефремова // Научные ведомости

- Белгородского государственного университета. Серия : Медицина. Фармация. – 2011. – Т. 14, № 10.– С. 236–238.
9. Банченко, Г. В. Сифилис и его проявления в полости рта : клиника, диагностика, лечение / Г. В. Банченко, И. М. Рабинович. – Москва : МИА, 2002. – 99 с.
 10. Банченко, Г. В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов / Г. В. Банченко. – Москва: Медицина, 1979. – 190 с.
 11. Банченко, Г. В. Язык - "зеркало" организма / Г. В. Банченко, Ю. М. Максимовский, В. М. Гринин. – Москва : ОАО "Стоматология", 2000. – 407 с.
 12. Белоусова, Е. А. Синдром избыточного бактериального роста тонкой кишки при хроническом панкреатите / Е. А. Белоусова // Русский медицинский журнал. – 2009.– Т. 17, № 5.– С. 317–322.
 13. Бендас, В. В. Ретроспективний аналіз чутливості виділених штамів *C. albicans* до антимікотиків у Чернівецькій області / В. В. Бендас, Н. В. Гопко, О. В. Білецька // Клінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т. 10, № 4. – С. 127–128.
 14. Билибин, А. Ф. Дисбактериоз, аутоинфекция и их значение в патологии и клинике человека / А. Ф. Билибин // Клиническая медицина. – 1970. – № 2. – С. 7–12.
 15. Билибин, А.Ф. Проблема дисбактериоза в клинике / А. Ф. Билибин // Терапевтический архив. – 1967. – № 11. – С. 21–28.
 16. Биологическая активность продуктов переработки сортов винограда новой селекции / А. М. Авидзба [и др.] // Виноделие и виноградарство. – 2007. – № 6. – С. 26–29.
 17. Бойко-Максимова, Г. И. Клинические аспекты кандидоза слизистой оболочки полости рта / Г. И. Бойко-Максимова, Л. И. Палий, В. А. Трофимук // Современная стоматология. – 2017. – №4 (69). – С. 37–40.
 18. Бондаренко, В. М. Дисбактериоз кишечника как клинико-лабораторный синдром : современное состояние проблемы / В. М. Бондаренко, Т. В. Мацулевич. – Москва : ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 300 с.
 19. Борисенко, Л. Г. Особенности в распространенности болезней слизистой оболочки рта среди населения старших возрастных групп / Л. Г. Борисенко // Медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 33–35.
 20. Бородай, Н. В. Морфофункциональные особенности слизистой оболочки полости рта и изменений в ней при различных патологических процессах / Н. В. Бородай // Лабораторная диагностика. – 2001. – № 1. – С. 49–55.

21. Бриллис, В. И. Методика изучения адгезивного процесса микроорганизмов / В. И. Бриллис, Т. А. Брилене, Х. П. Ленцнер // Лабораторное дело. – 1986. – № 4. – С. 210–212.
22. Броневец, И. Н. Дисбактериоз кишечника: диагностика, профилактика и лечение / И. Н. Броневец // Медицинские новости. – 2016. – № 11. – С. 56–58.
23. Буклис, Э. Р. Хронический панкреатит: этиология, патофизиология и консервативная терапия / Э. Р. Буклис, В. Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 6. – С. 79–86.
24. Булгакова, А. И. Особенности микроэлементного гомеостаза и иммунного статуса полости рта у больных генерализованным пародонтитом / А. И. Булгакова, А. Ш. Галикеева // Пародонтология. – 2011. – Т. 16, № 3 (60). – С. 6–9.
25. Бухарин О. В. Микробная экология человека : современные аспекты / О. В. Бухарин // Медицинская наука и образование Урала. – 2008. – Т. 9, № 2 (52). – С. 18–21.
26. Быков, В. Л. Функциональная морфология эпителиального барьера слизистой оболочки рта / В. Л. Быков // Стоматология. – 1997. – Т. 76, № 3. – С. 12–17.
27. Васильев, Ю. В. Дисфункция сфинктера Одди как один из факторов развития хронического панкреатита : лечение больных / Ю. В. Васильев // Трудный пациент. – 2007. – Т. 5, № 5. – С. 28–32.
28. Васильев, Ю. В. Ферментные препараты в терапии хронического панкреатита / Ю. В. Васильев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. – № 3. – С. 102–107.
29. Васильева, Н. А. Стоматологический статус больных с заболеваниями пародонта / Н. А. Васильева, А. И. Булгакова, Е. С. Солдатова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – Т. 11, № 6 (66). – С. 31–35.
30. Взаимосвязь патологических проявлений в слизистой оболочке полости рта (СОПР) и заболеваний желудочно-кишечного тракта / Г. И. Оскольский [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 130–133.
31. Гаврикова, Л. М. Уреазная активность ротовой жидкости у больных с острой одонтогенной инфекцией челюстно-лицевой области / Л. М. Гаврикова, И. Т. Сегень // Стоматология. – 1996. – Спец. вып. – С. 49–50.
32. Гажва, С. И. Поражения слизистой оболочки полости рта и их структура при системных заболеваниях / С. И. Гажва, Н. С. Касумов, Д. М. Зызов // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – С. 198.

33. Гажва, С. И. Распространенность стоматологических заболеваний слизистой оболочки полости рта и их диагностика / С. И. Гажва, Т. Б. Степанян, Т. П. Горячева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 5–1. – С. 41–44.
34. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 464 с.
- 35.37. Гирин, С. В. Модификация метода определения активности каталазы в биологических субстратах / С. В. Гирин // Лабораторная диагностика. – 1999. – № 4. – С. 45–46.
- 36.38. Годовалов А. П. Некоторые особенности лабораторной диагностики дисбиотических состояний полости рта / А. П. Годовалов, Л. П. Быкова, Е. Д. Шипилина // В мире научных открытий. – 2010. – №4-14 (10). – С. 7–8.
- 37.39. Гонтарев, С. Н. Использование фитопрепаратов в стоматологии детского возраста / С. Н. Гонтарев, И. С. Гонтарева, А. В. Никишаева // Научный результат. Медицина и фармация. – 2016. – Т. 2, № 2. – С. 17–21.
- 38.40. Гончарова, Е. И. Препараты лекарственных растений в лечении заболеваний слизистой оболочки рта / Е. И. Гончарова // Российский стоматологический журнал. – 2015. – Т. 19, № 4. – С. 55–57.
- 39.41. Горячева, Т. П. Совершенствование ранней диагностики патологических состояний слизистой оболочки рта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Горячева Татьяна Петровна. – Нижний Новгород, 2018. – 23 с.
- 40.42. Грибковые заболевания полости рта / Л. Н. Дроботько, Л. П. Кисельникова, А. Г. Седойкин, И. А. Дронов // Медицинский совет. – 2017. – № 9. – С. 38–42.
- 41.43. Губергриц, Н. Б. Панкреатическая боль : как помочь больному (10 лет спустя) / Н. Б. Губергриц // Вестник Клуба панкреатологов. – 2014. – № 2(23). – С. 4–21.
- 42.44. Давлеева, Б. А. Современные аспекты патогенеза и лечения кандидоза полости рта / Б. А. Давлеева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – № 1. – С. 179–182.
- 43.45. Деньга, О. В. Информативность рН-теста слюны при проведении санационно-профилактических мероприятиях / О. В. Деньга, Э. М. Деньга
- 44.47. Дисбиоз (дисбактериоз) кишечника : современное состояние проблемы, комплексная диагностика и лечебная коррекция / М. Д.

- Ардатская [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2015. – № 5 (117). – С. 13–50.
- 45.48. Довнар, А. Г. Лечение и профилактика кандидоза слизистой оболочки полости рта у пациентов с общими факторами риска / А. Г. Довнар // Медицинские новости. – 2017. – № 6. – С. 67–70.
- 46.49. Довнар, А. Г. Протокол лечебно-профилактических процедур пациентам с кандидозом слизистой оболочки полости рта / А. Г. Довнар, Л. А. Казеко, Л. Л. Александрова // Стоматологический журнал. – 2017. – № 2. – С. 137–142.
- 47.50. Довнар, А. Г. Стоматологический и соматический статус пациентов с кандидозом слизистой оболочки полости рта / А. Г. Довнар // Стоматологический журнал. – 2017. – № 2. – С.112–117.
48. Искакова, М. К. Удельный вес заболеваний слизистой оболочки полости рта среди часто встречающихся стоматологических заболеваний / М. К. Искакова, А.Е. Заркумова, Г. К. Нурмухамбетова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2018. – № 1. – С. 188–192.
49. Использование комплекса зубная паста parodontax® с фтором и ополаскиватель для полости рта parodontax® без спирта в лечении воспалительных заболеваний пародонта / А. И. Булгакова, Н. А. Васильева, Е. С. Солдатова, Ю. В. Бортновская // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12, №3. – С. 10–17.
50. Калинин, А. В. Нарушение полостного пищеварения и его медикаментозная коррекция / А. В. Калинин // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. – 2001. – № 3. – С. 21–25.
51. Zoyirov T. E., Indiaminova G. N. Improvement of Methods of Providing Dental Care for Children with Mental Delay //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 6. – С. 167-170.
- 52.Indiaminova G. N., Zoirov T. E. Improvement Of Methods Of Providing Dental Care For Children With Mental Delayed Development //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 3. – №. 01. – С. 111-116.
- 53.Gavhar I., Utkurovna U. Y. IMPROVING THE METHODS OF PREVENTING CARIES IN THE FISSURE AREA OF PERMANENT TEETH IN CHILDREN //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 18. – №. 4. – С. 16-18.
- 54.Nuriddinova I. G., Utkurovna U. Y. Improving methods to prevent caries of the permanent tooth fissure area in children //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2022. – Т. 12. – №. 5. – С. 436-439.
- 55.ИНДИАМИНОВА Г. Н., ЯКУБОВА С. Р. ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

- ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ //ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
- 56.ИНДИАМИНОВА Г. Н. АҚЛИ ЗАИФ БОЛАЛАР МАХСУС МАКТАБ ИНТЕРНАТЛАРИ ТАРБИЯЛАНУВЧИЛАРИГА СТОМАТОЛОГИК ЁРДАМ КЎРСАТИШДА МАХСУС ИТ-ДАСТУРЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ ХАМДА УНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ //ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
- 57.Индиаминова Г., Зоиров Т. MAXSUS YORDAMCHI MAKTABLARDA TARBIYALANUVCHI AQLI ZAIF BOLALARGA STOMATOLOGIK YORDAM KO'RSATISHNI OPTIMALLASHTIRISH //Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 12-14.
- 58.Abduvakilov J. et al. EVALUATION OF EARLY INFLAMMATORY CHANGES IN THE PERIODON OF THE BASIC TEETH //European journal of molecular medicine. – 2022. – Т. 2. – №. 1.
- 59.Abduvakilov J. et al. EFFECTS OF NON-METAL NON-CERAMIC DENTAL PROSTHETICS ON SALIC ACID BALANCE AND MINERAL HOMEOSTASIS //European journal of molecular medicine. – 2022. – Т. 2. – №. 1.
- 60.Abduvakilov J. et al. EFFECTS OF NON-METAL NON-CERAMIC DENTAL PROSTHETICS ON SALIC ACID BALANCE AND MINERAL HOMEOSTASIS //European journal of molecular medicine. – 2022. – Т. 2. – №. 1.