



International Science Group

ISG-KONF.COM

XXVI

**INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
"WORLD PROBLEMS AND WAYS OF SOLVING
MODERN PROBLEMS"**

Oslo, Norway

July 02 - 05, 2024

ISBN 979-8-89443-783-5

DOI 10.46299/ISG.2024.1.26

37.	Дементьева О.В., Кокаръ О.О., Ганчев К.С. СУЧАНІ ПОГЛЯДИ НА ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ	179
PEDAGOGY		
38.	Ostrovershenko A. IMPLEMENTING CREATIVE TECHNOLOGIES IN THE EDUCATIONAL PROCESS FOR DEVELOPING DIGITAL COMPETENCE IN BACHELOR'S STUDENTS OF ENTREPRENEURSHIP AND TRADE	183
39.	Білецька Л.С., Бобер О.І. ВИВЧЕННЯ КІЛЬКІСНОЇ ТА ПОРЯДКОВОЇ ЛІЧБИ НА УРОКАХ МАТЕМАТИКИ У ПОЧАТКОВИХ КЛАСАХ	185
40.	Грищук І.А., Колесник В.М., Міщук А.В., Павлице К.В., Сінькевич В.Ю. АКТУАЛЬНІ ТА ПРОГНОЗУЮЧІ ПРОБЛЕМИ ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЦОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ ОСВІТНЬОЇ НОРМАТИВНОЇ ДИСЦИПЛІНИ „СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВИЙ ЗАХИСТ ОСОБИСТОСТІ”	192
PHILOLOGY		
41.	Крупка В.П., Віннічук А.П. ПОЕТИЧНА КУЛЬТУРОЛОГІЯ ВОЛОДИМИРА ЗАБАШТАНСЬКОГО	198
42.	Панченко В.А. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕКЛАДУ ПІСЕНЬ ВОЄННОЇ ДОБИ З УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ АНГЛІЙСЬКОЮ	201
PHILOSOPHY		
43.	Головко А.С. ВСЕСВІТ ТА СВІТОРОЗУМІННЯ. НООСФЕРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ, МЕТОДИ І ТЕХНОЛОГІЇ ВИРІШЕННЯ СКЛАДНИХ НЕФОРМАЛІЗОВАНИХ ЗАДАЧ, ЯК ШЛЯХ ВИРІШЕННЯ СУЧАСНИХ ПРОБЛЕМ ТА ВИКЛИКІВ	203
POLITICS		
44.	Gogeshvili S. THE GUYANA-VENEZUELA BORDER DISPUTE: OIL, TERRITORY, AND GLOBAL IMPLICATIONS	213

СУЧАНІ ПОГЛЯДИ НА ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ

Дементьєва Олена Василівна

к. мед. наук, доцент
кафедра терапевтичної стоматології
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Кокарь Оксана Олександрівна

к. мед. наук, доцент
кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Ганчев Кирило Сергійович

к. мед. наук, доцент
кафедра пропедевтичної та хірургічної стоматології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Аналіз літератури свідчить про високу поширеність хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту (ХРАС) та тенденцію до збільшення ускладнень даного захворювання. Питання патогенезу ХРАС є предметом численних дискусій. Сучасні дослідження свідчать, що основна роль в патогенезі ХРАС належить змінам імунної системи, порушенням гормонального, генетичного стану. Часто афти на СОПР виявляють при захворюваннях шлунково-кишкового тракту. Серед причин виникнення ХРАС визначають вплив інфекційних, харчових чинників, порушення балансу вітамінів та мікроелементів. Певну роль відіграють механічні травми СОПР та стрес.

Мета роботи. Провести аналіз даних сучасної літератури щодо патогенезу ХРАС для оптимізації діагностики, лікування та профілактики захворювання.

Результати досліджень та їх обговорення. За даними літератури ХРАС уражає 5–60 % населення залежно від популяції, факторів довкілля або діагностичних критеріїв дослідження. Пік захворювання припадає на вік від 10 до 19 років [1,2]. Нині немає єдиної концепції щодо етіопатогенезу захворювання. Більшість дослідників вважають ХРАС поліетіологічним і мультифакторним захворюванням [3, 4, 5].

Більшість науковців підтримують думку про провідну роль імунної системи в патогенезі захворювання. Наголошують, що у пацієнтів із ХРАС функція імунної системи змінюється у відповідь на певний тип тригера: бактеріальні або вірусні антигени, стрес тощо [5]. Вважають, що обидва типи імунної відповіді: вроджена та набута (гуморальна та клітинна) – по-різному змінені в пацієнтів із ХРАС. Чимало авторів вважають, що відповідь Th1 відіграє найважливішу роль у виникненні захворювання [2]. ХРАС частіше діагностують у пацієнтів із ВІЛ-

інфекцією. Імовірно, це пов'язано зі зміною співвідношення CD4/CD8 і зниженням кількості нейтрофілів [3, 4].

Одним з факторів виникнення ХРАС ряд авторів вважають бактеріальні та вірусні чинники, що є обов'язковими компонентами пошкодження СОПР. Тому були спроби пов'язати різні мікроорганізми СОПР із ХРАС. Здійснили дослідження зі встановлення зв'язку РАС із бактеріями роду *Streptococcus*, особливо з *S. sanguinis* 2А, *Helicobacter pylori*, *Lactobacillus*, а також з Епштейна–Барр вірусною інфекцією. Втім, результати не показали чіткої причинно-наслідковий зв'язок [6].

Виявлено, що в багатьох випадках ХРАС виникає на тлі основних системних захворювань. У клінічних дослідженнях [7] показано: виразки частіше з'являються у пацієнтів із запальними захворюваннями кишечника (хворобою Крона та виразковим колітом) і целиацією.

Однією з причин ХРАС вважають алергію. Гіперчутливість до певних речовин, харчових продуктів, мікроорганізмів порожнини рота, як-от *S. sanguinis*, або до білків теплового шоку вважають факторами виникнення захворювання. Проте досі немає переконливих доказів того, що вони є провідною причиною захворювання [8].

Визначено вплив хронічних стресів. Так, у дослідженні Y. Abiko et al. [9] зроблено висновок: психологічний стрес більшою мірою пов'язаний з епізодичними проявами ХРАС, ніж фізичний стрес, а останній більше асоційований з виникненням епізодів, ніж із тривалістю РАС.

Гормональні порушення також можуть стати тригерами ХРАС. В одному з останніх досліджень показано зв'язок між появою афт і менструальними циклами у жінок. Встановлено, що виразки частіше виникають у лютеїновій фазі циклу або під час менопаузи. Рідше афти виявляють під час вагітності та протягом лікування гормональними контрацептивами [10].

Вивчали також зв'язок ХРАС і різних дефіцитних станів. Так, у 5–10 % хворих виявлено дефіцит вітамінів і мікроелементів. Найчастіше визначали низький рівень заліза, фолієвої кислоти, цинку, вітамінів В₁, В₂, В₆ і В₁₂. Дефіцит вітамінів і мікроелементів пов'язують з основними захворюваннями: мальабсорбцією, залізодефіцитною анемією, глютенною ентеропатією тощо [11].

Певне значення у виникненні захворювання мають спадкові фактори. Припускають, що у генетично схильних пацієнтів вплив названих чинників активує імунну систему та вироблення її клітинами цілого каскаду прозапальних цитокінів, спрямованих проти певних ділянок слизової оболонки порожнини рота. З іншого боку, доведено наявність генетичних факторів ризику, що змінюють індивідуальну сприйнятливність до ХРАС, наприклад різні поліморфізми ДНК, які поширені в генах людини та особливо пов'язані з метаболізмом інтерлейкінів (ІЛ-1бета, ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-5, ІЛ-6, ІЛ-10, ІЛ-12), інтерферону-гамма та фактора некрозу пухлини (TNF)-альфа [12].

Важливий етіологічний фактор ХРАС – місцева травма. Місцеві травмуючі чинники створюють умови для виникнення ХРАС, спричиняючи набряк і ранне

запалення клітин разом зі збільшенням в'язкості позаклітинного матриксу підслизової оболонки порожнини рота. Встановили, що у пацієнтів з ортопедичними конструкціями та у курців афти утворюються рідше [4].

Висновки. Результати опрацьованої літератури свідчать про відсутність єдиної концепції щодо етіопатогенезу захворювання. Незважаючи на поліетіологічність і мультифакторність ХРАС в клінічній практиці необхідно виявляти кожний окремих фактор, враховувати наявність соматичної патології та стан імунної системи. Такий підхід дає змогу визначити варіант формування захворювання та розробити індивідуалізований лікувально-профілактичний комплекс.

Список літератури

1. Plewa, M. C., & Chatterjee, K. (2022). Aphthous Stomatitis. In Stat- Pearls. StatPearls Publishing.
2. Bijelić, B., Matić, I. Z., Besu, I., Janković, L., Juranić, Z., Marušić, S., & Andrejević, S. (2019). Celiac disease-specific and inflammatory bowel disease-related antibodies in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Immunobiology*, 224(1), 75-79.
3. Yao, H., Zhang, Q., Song, Q., Liu, M., & Tang, G. (2022). Characteristics of Oral Mucosal Lesions and Their Association with Socioeconomic Status and Systemic Health: A Cross-Sectional Study of Consecu- tively Collected Oral Medicine Clinic Data in a Remote Rural Area of China. *Frontiers in public health*, 10.
4. Ziaei, S., Raeisi Shahraki, H., & Dadvand Dehkordi, S. (2022). The association of recurrent aphthous stomatitis with general health and oral health related quality of life among dental students. *International journal of physiology, pathophysiology and pharmacology*, 14(4), 254-261.
5. Rivera, C., Muñoz-Pastén, M., Núñez-Muñoz, E., & Hernández-Oli- vos, R. (2022). Recurrent Aphthous Stomatitis Affects Quality of Life. A Case-Control Study. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 14, 217-223.
6. Chugh, A., Patnana, A. K., Kumar, P., Chugh, V. K., & Singh, S. (2022). The clinical efficacy of minocycline mouth rinse on recurrent aphthous stomatitis-A randomized controlled trial. *Indian journal of dental re- search*, 33(1), 24-29.
7. Edgar, N. R., Saleh, D., & Miller, R. A. (2017). Recurrent Aphthous Stomatitis: A Review. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 10(3), 26–36.
8. Zahid, E., Bhatti, O., Zahid, M. A., & Stubbs, M. (2022). Overview of common oral lesions. *Malaysian family physician*, 17(3), 9-21
9. Abiko, Y., Paudel, D., Matsuoka, H., Moriya, M., & Toyofuku, A. (2021). Psychological Backgrounds of Medically Compromised Patients and Its Implication in Dentistry: A Narrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(16).
10. Manfredini, M., Guida, S., Giovani, M., Lippolis, N., Spinasi, E., Farne- tani, F., Dattola, A., Di Matteo, E., Pellacani, G., & Giannetti, L. (2021). Recurrent Aphthous Stomatitis: Treatment and Management. *Derma- tology practical & conceptual*, 11(4).

11. Hernández-Olivos, R., Muñoz, M., Núñez, E., Camargo-Ayala, P. A., Garcia-Huidobro, J., Pereira, A., Nachtigall, F. M., Santos, L. S., & Rivera, C. (2021). Salivary proteome of aphthous stomatitis reveals the participation of vitamin metabolism, nutrients, and bacteria. *Scientific reports*, 11(1).
12. Ward, M., Maliyar, K., & Gooderham, M. (2021). A case report of recalcitrant aphthous ulcers in two patients treated with interleukin-17 inhibitors. *SAGE open medical case reports*, 9.