

УДК: 612.017.01: 616.003.96: 616.992.282: 616.31-08

**КАТТАЛАРДА ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ ВА ЛАБ ГЕРПЕСИНИ КОМПЛЕКС
ДАВОЛАШДА МУЛЬТИВИТАМИНЛАРНИ КИРИТИШ**

Пардаева М. Б¹ Шокирова Ф.А²

1. Магистр, Тошкент давлат стоматология институти.
2. PhD, доцент. Тошкент давлат стоматология институти.

АННОТАЦИЯ

Virusli kasalliklar orasida herpes (yunoncha herpes - isitma) etakchi o'rinlardan birini egallaydi. Hozirgi vaqtda u eng keng tarqalgan inson infeksiyasi hisoblanadi. Takroriy herpes dunyo aholisining 1/3 qismiga ta'sir qiladi va bunday bemorlarning 1/2 dan ortig'i yiliga bir necha marta infeksiya xurujiga duchor bo'ladi (Bork K., Burgdorf V., Khede H. 2011. / Bork K., Burgdorf V., Khede). H., 2011). Teri, shilliq pardalar, ko'zlar, asab tizimi, ichki va jinsiy a'zolarga zarar etkazadigan turli xil klinik ko'rinishlarda yuzaga keladi va homilaning intrauterin patologiyasida rol o'ynaydi. Klinik ko'rinishlarning keng doirasi muhim tibbiy va ijtimoiy muammo sifatida herpes haqida gapirishga imkon beradi. Herpes va gerpetik stomatit 1 va 2 turdagi herpes virusi tufayli yuzaga keladi. Bemor tanasining immunologik holati, aksariyat hollarda immunitet tanqisligi holati muhim patogenetik ahamiyatga ega. Hozirgi vaqtda "...HSV-1 ning kasallikning rivojlanishidagi ahamiyati butun dunyoda ortib bormoqda va uning tarqalishi 50% ni tashkil qiladi. HSV-1 bilan bog'langan herpes virusi keltirib chiqaradigan infeksiya ko'proq uchraydi va 95% dan ortiq hollarda HSV-1 infeksiyasining qaytalanishi bilan bog'liq..." (Lutskaia I.K., Martov V.Yu. Dorilar stomatologiyada. M.: Tibbiy adabiyot, 2013. / Lutskaia I.K., Martov V.Iu. Lekarstvennye sredstva v stomatologii. M.: Meditsinskaya literatura, 2013.). Virus o'tkir respirator kasalliklar va boshqa omillar bilan faollashadi.

КАЛИТ СЎЗЛАР: герпес, шиллик қават, фотодинамотерапия, оғиз санацияси, лаб учуғи.

**INCLUSION OF MULTIVITAMINS IN THE COMPLEX TREATMENT OF
HERPETIC STOMATITIS AND HERPES LAB IN ADULTS**

Pardaeva M. Shokirova F.A

1. Master, Tashkent State Dental Institute.
2. PhD, associate professor. Tashkent State Dental Institute.

АБСТРАКТ

Among viral diseases, herpes (from Greek herpes - fever) occupies one of the leading places. Currently, it is the most common human infection. Recurrent herpes affects 1/3 of the world's population, and more than 1/2 of such patients have several attacks of infection a year (Bork K., Burgdorf W., Khede H. 2011. / Bork K., Burgdorf W., Khede). H., 2011). It occurs in various clinical manifestations that damage the skin, mucous membranes, eyes, nervous system, internal and genital organs, and plays a role in the intrauterine pathology of the fetus. A wide range of

clinical manifestations allows us to talk about herpes as an important medical and social problem. Herpes and herpetic stomatitis are caused by herpes virus types 1 and 2. The immunological state of the patient's body, in most cases the state of immunodeficiency, has important pathogenetic significance. Currently, "...the importance of HSV-1 in the development of the disease is increasing worldwide, and its prevalence is 50%. Infection caused by the herpes virus associated with HSV-1 is more common and in more than 95% of cases is associated with the recurrence of HSV-1 infection..." (Lutskaia I.K., Martov V.Yu. Drugs in dentistry. M.: Medical literature, 2013. / Lutskaia I.K., Martov V.Iu.

KEY WORDS: herpes, mucous membrane, photodynamotherapy, mouth sanitation, thrush.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунё аҳолисининг 90%и вирус ташувчиси бўлиб, организмнинг иммунологик ҳолати вирусли касалликни ривожланишида муҳим патогенетик омил ҳисобланади. Оғиз бўшлиғининг шикастловчи омиллар - протезлар, пломба ва тиш тошлари, шунингдек турли хил ёриқлар ва кариоз тишлар касалликнинг ривожланишида муҳим рол ўйнайди, улар оғиз бўшлиғининг бутунлигини бузилиши ҳамда вируснинг эпителий ва милкларга чуқур кириб боришига имкон яратади. Сўнгра герпес вируси яширин типга ўтади (латент фаза), одам вирусни ташувчиси ҳисобланади. Маҳаллий иммун тизимининг пасайиши билан герпес вируслари қайта фаоллашади, ўткир давр такрорланади. Оғиз бўшлиғида шикастловчи омиллари бўлган беморларнинг организмнинг иммунобиологик ҳолатини ўрганиш ва даволаш замонавий стоматологиянинг долзарб муаммоларидан биридир.[1]

Илмий тадқиқот ишининг мақсади: Герпетик стоматит ва лаб герпесини ташхислаш ва даволаш самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот материаллари: Илмий тадқиқот ишимиз 2022-2024 йиллар давомида Тошкент давлат стоматология институтига ГТС кафедрасига мурожат қилган 40 нафар герпетик стоматит билан оғриган беморларда олиб бордик. Беморлар 60%ни аёллар, 40%ни эркеклар бўлиб, беморлар ўртача ёши 40ни ташкил этди. Герпесвирусли беморларни 2 гуруҳга ажратиб олдик: 1-гуруҳ асосий 20 та бемор, 2-гуруҳ таккослаш 20 та бемор. Маҳаллий даволашда қуйидагилар қўлланилди:

1. Элементларни оғриқсизлантириш учун Лидокаин-гель шикастланиш ўчоқларига аппликация кўринишида (7-10 кун);

2. Хлоргексидин биглюконат 0,05% эритмаси (1:1 нисбатда дистилланган сув билан), кунига 4-5 марта 5-7 кун давомида;[2]

3. Шикастланиш лаб қизил ҳошияси, тери билан чегарадош бўлганда ва оғиз бўшлиғида (лунж, тил, ОБШҚ) жойлашганда маҳаллий равишда ультрабинафга лазер нурлари билан нурлантириш (ФДТ), нурланиш вақти 15-20 дақиқа. Шикастланиш юзаси хажмига кўра давомийлиги 3-6 га тенг бўлди.

4. Оксолинли мазь 0,25% аппликация кўринишида, кунига 4-6 марта, 5-10 кун.

ФДТ аппарати ёрдамида лазер нурланиш

ФДТ аппарати ёрдамида эрозияларни нурлантириш ўткизилди, тўлқин узунлиги

620-650 нмни, кучланиш 200 мВТ/см²ни ташкил этди. Шикастланиш ўчоғи ҳамда нур туширувчи орасидаги масофа 2-3 см [3]

Ушбу слайдда беморларда фотодинамотерапия муолажаси келтирилган бўлиб шикастланиш ўчоғи ҳамда нур туширувчи 2-3 см оралик масофада 5-10 дақиқадан 10с кун

даволашда метилен кўки фотосенсибилизатор билан кўлланилди. Беморларда ножуя таъсир ва аллергия реакция кузатилмади.

Таққослаш гуруҳида умумий даволаш: Вирусга қарши препарат Ацикловир 600 мг (4 таб) кунига, вирус репликациясини камайтириш учун; Детоксикант Глутион 600 мг N10 ампулада N10 в/в ёки м/о;

Асосий гуруҳ беморларида эса таққослаш гуруҳига қўшимча равишда: Биоқўшимча Дефицинк – (цинк+Витамин С) комплексли витаминдан фойдаландик.

Тадқиқот усуллари сифатида Клиник (анамнез йиғиш, кўрик), индекслар (ИК, ПИ, ИГ, КПУз) иммунологик (sIg A, Ig A, M, G) биохимик (дефензин HNP1) статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокама

Лаб учуғи ва сурункали герпетик стоматит билан оғриган беморларда оғиз гигиена кўрсаткичи сезиларли даражада паст эканлиги кузатилди. Асосий гуруҳда ИГ-ГВ индекс кўрсаткичи даволашгача $4,4 \pm 0,3$ га тенг бўлди. Стоматологик даволашдан сўнг кўрсаткичлар ҳар бир гуруҳда дастлабки натижалардан фарқ қилди, лекин асосий гуруҳда фақат даволашдан сўнг $1,4 \pm 0,1$ ($p \leq 0,05$), таққослаш гуруҳида эса $1,5 \pm 0,3$ ва $1,3 \pm 0,2$ назорат гуруҳида ($1,0 \pm 0,3$) натижалар қайд қилинди ($p \geq 0,05$).

Кариес жадаллиги индекси КПУз асосий гуруҳ ($24,4 \pm 1,3$) беморларда энг юқори натижалар қайд қилиниб, бу кўрсаткич таққослаш гуруҳ ($11,5 \pm 0,8$) ($p \leq 0,05$) ва назорат гуруҳи ($8,0 \pm 0,5$) га нисбатан анча юқори ($p \leq 0,05$) бўлди. Бу йил давомида беморлар тиш шифокори назоратида бўлиб, оғиз бўшлиғида профилактик ишлар бўйича ўз вақтида чоратадбирлар кўрилгани билан боғлиқ.

Пародонтал индекс ПИ асосий гуруҳда $3,4 \pm 0,2$ бўлиб, даволанишдан олдин пародонт касалликларнинг ўртача оғирлигидан далолат беради. Бу кўрсаткич назорат гуруҳидаги ($0,6 \pm 0,2$) ва даволанишдан олдинги ($1,5 \pm 0,3$) таққослаш гуруҳидаги ($p \leq 0,05$) кўрсаткичдан сезиларли фарқ қилган. Таққослаш гуруҳида даволанишдан олдинги пародонтал индекс ҳам пародонт касалликларнинг ўртача оғирлигини ($1,5 \pm 0,3$) тавсифлади. Гуруҳда даволанишдан олдин ПИ индекси асосий гуруҳдаги қийматидан анча юқори ($p \leq 0,05$) бўлди. Асосий ва таққослаш гуруҳи стоматологик даволаш сўнг ПИ индекслари сезиларли даражада ($p \leq 0,01$) камайди ва $1,9 \pm 0,2$ (асосий) ва $0,9 \pm 0,4$ (таққослаш) ($p \leq 0,05$) ни ташкил қилди. Назорат гуруҳида ПИ қийматлари даволашдан олдин ($0,6 \pm 0,2$) ва кейин ($0,3 \pm 0,1$) стоматологик даволаш кейин фарқланди ($p \leq 0,05$).

Секретор sIgA оғиз тўқималарининг гигиеник ҳолати даражасини белгилайди, чунки тиш қараши ҳосил бўлиш тезлиги sIgA концентрацияси билан боғлиқ. Шу билан бирга, лаб учуғи ва сурункали герпетик стоматит билан оғриган беморларда иммунодефицит қайд этилади, шунинг учун асосий гуруҳ беморларида даволанишдан олдин сўлакдаги sIgA индекси $0,36 \pm 0,05$ мг/мл оралиғида бўлди, бу эса $0,45 \pm 0,04$ мг/мл га нисбатан анча паст ($p \leq 0,05$). Таққослаш гуруҳидаги ва назорат гуруҳидаги кўрсаткичлар ўртасидаги фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлди ($p \leq 0,05$).

Оғиз снацияси ва герпесвирус инфекцияни даволаш сўнг, беморларнинг асосий гуруҳида ($0,49 \pm 0,11$ мг/мл) ва таққослаш гуруҳи ($0,51 \pm 0,06$ мг/мл) секретор иммуноглобулин А миқдори сезиларли даражада ошди ($p \leq 0,05$) бошланғич кўрсаткичлар билан солиштириганда. Бу кўрсаткичлар назорат гуруҳидаги кўрсаткич ($0,61 \pm 0,10$ мг / мл)

билан статистик жиҳатдан сезиларли фарқ ($p \leq 0,05$) га тенг бўлди. Асосий ва таққослаш гуруҳидаги беморларда сўлакнинг миқдори ўртасида сезиларли фарқ йўқ аниқланмади.

IgG, IgM и IgA миқдорлари бўйича гуморал иммунитет кўрсаткичлари ўрганилганда асосий гуруҳ беморларида сезиларли иммунтанқислик ҳолати аниқланди: IgA = 38,7 (22,6 – 51,9) мг/л, IgM = 0,7 (0,4 – 1,5) мг/л, IgG = 3,3 (2,2 – 4,1) мг/л. Назорат гуруҳи беморларида эса улар қуйидагича манзарани акс эттирди: IgA = 61,5 (48,2- 89,3) мг/л, IgM = 3,5 (2,1- 4,3) мг/л, IgG = 12,0 (9,0 – 23,1) мг/л. Таққослаш гуруҳида эса IgA = 41,5 (37,1 - 52,9) мг/л, IgM = 1,4 (0,7 - 2,6) мг/л, IgG = 8,0 (4,1 – 10,0) мг/л натижалар кузатилди.

Асосий гуруҳда даволашдан сўнг иммуноглобулинларнинг барча 3 та турлари бўйича сезиларсиз иммунтанқислик аниқланди - IgA = 58,9 (42,6 – 81,8) мг/л, IgM = 3,1 (1,8 – 4,0) мг/л, IgG = 9,3 (4,2 – 14,1) мг/л. Асосий гуруҳ беморларидаги сўлакдаги иммуноглобулинлар даражасини таққослаш ва назорат гуруҳи беморларидаги сўлакдаги иммуноглобулинлар даражаси кўрсаткичлари билан таққослаганда статистик жиҳатдан сезиларли фарқ аниқланди. Даволашдан кейин таққослаш гуруҳи беморларда аралаш сўлакдаги иммуноглобулинларнинг миқдорий кўрсаткичлари назорат гуруҳи билан статистик жиҳатдан сезиларли фарқ кузатилмади. Таққослаш гуруҳи текширилувчиларида эса кўрсаткичлар қуйидаги кўринишга эга бўлди: IgA = 59,4 (39,1 - 84,9) мг/л, IgM = 3,4 (2,0 - 4,2) мг/л, IgG = 11,9 (8,6 – 20,9) мг/л.

Дефензинлар (инглизчадан defense - ҳимоя) иммун тизимнинг катион оксиллари бўлиб, бактериялар, замбруғлар ва бошқа қобиқсиз вирусларга қарши курашувчи 18-45 та аминокислотадан иборат. Натижалар шуни кўрсатадики, асосий (583.3 (538.9-611.8) пг/л) ва таққослаш (539.4 (511.0-568.7) пг/л) назорат гуруҳларида (461.5 (429.1-491.1) пг/л) ўрганилаётган антимиқроб пептиднинг концентрацияси қийматларига нисбатан алфа-дефензинда сезиларли ўсиш кузатилади. Асосий ва таққослаш гуруҳидаги беморларда алфа-дефензин концентрациясининг қийматларида ҳам сезиларли фарқ мавжуд.

Даволанишдан сўнг, сезиларли, статистик жиҳатдан сезиларли пасайишни аниқлаш мумкин. Асосий гуруҳ (473.2 (437.9-512.6) пг/л) ва таққослаш гуруҳи (469.1 (432.1-511.5) пг/л) беморларда аралаш сўлак алфа-дефензин концентрациясининг пасайишига қарамай, бу кўрсаткичлар меъёр қийматларга етмади ва назорат гуруҳи (461.5 (429.1-491.1) пг/л) кўрсаткичлари билан сезиларли фарқланмади. Дастлаб оғиз шиллик қаватини шикастловчи омиллар бўлмаган беморларнинг таққослаш гуруҳида, беморлар сурункали герпесвирус инфекция оғирлигига кўра қуйидагича тақсимланди (сурункали қайталанувчи герпес, сурункали қайталанувчи герпетик стоматит): касалликнинг қайталаниши бир йилда бир марта кузатилган ва кам қайталанувчиз (енгил даража) 7 беморларда (20.0% гуруҳида); ўртача оғирликдаги 23 беморларда (65.7% гуруҳида доимий қайталанувчи (6.2%); гуруҳида.

Герпесвирус инфекцияси даволаш сўнг бемор шикоятлар бўйича узоқ муддатли натижаларига асосий гуруҳ беморларга ижобий таъсир кўрсатди, яъни, таққослаш гуруҳида шикоятлар асосий гуруҳида қараганда 8,5% юқори бўлди. Асосий гуруҳида узоқ муддатли ИГ-ГВ кўрсаткичлари (1.4+0.3) ва таққослаш гуруҳи (1.4+0.4) герпесвирус инфекция комплекс даволаш сўнг олинган кўрсаткичлар нисбатан, биров ўзгарди, лекин улар назорат гуруҳида кўрсаткичлар билан сезиларли фарқланди. 1.4+0.4 таққослаш гуруҳи ва стоматологик даволашдан сўнг асосий гуруҳ ва назорат ИГ-ГВ кўрсаткичларини таққослаганда, статистик ишонарсиз фарқларни намоён қилди.

Узоқ муддатларда КПУз индекси асосий гуруҳдаги беморларда (23.2+1.5) аниқланиб, бу кўрсаткич таққослаш гуруҳига (12.5+0.6) ва назорат гуруҳига (8.0+0.5) нисбатан сезиларли даражада юқори бўлди. Таққослаш ва назорат гуруҳи беморларидаги КПУз кўрсаткичлари ўртасида ҳам сезиларли фарқ мавжуд бўлмади. Шундай қилиб, текширилган беморларнинг барча гуруҳларида узоқ муддатли даволаш даврида кариез интенсивлиги тасвирланган. Бу эса йил давомида беморлар тиш шифокори назорати остида бўлиб, оғиз бўшлиғининг профилактик ва санация ишлари ўз вақтида олиб борилгани билан боғлиқ.

Орофациал герпес оғиз санацияси ва даволаш сўнг узоқ муддатларда пародонтал индекснинг энг юқори кўрсаткич (1.8+0.3) ўртача оғирликдаги касаллик турида кузатилди. Бу кўрсаткич назорат гуруҳидаги (0.3+0.1) ва таққослаш гуруҳидаги (1.1+0.2) кўрсаткичдан сезиларли даражада фарқ қилди. Асосий гуруҳда даволашдан сўнг узоқ муддатли даврда ПИ индекси қийматлари ва комплекс даволашдан сўнгги кўрсаткичлари билан солиштирилганда таққослаш гуруҳига нисбатан ишонарли натижалар кузатилмади ($p \leq 0,05$).

Комплекс терапиядан кейин узоқ муддатларда беморларда қон кетиш индекси 1.3+0.2 оралиғида бўлиб, бу қон кетишнинг биринчи даражасига тўғри келади. Бу кўрсаткич солиштириш (0,9+0.2) таққослаш гуруҳида (0,3+0.1) қонаш индекси нисбатан юқори (0,05) ва назорат гуруҳи (0,9 + 0.2) нисбатан сезиларли даражада юқори бўлди. Шундай қилиб, гуруҳлардаги узоқ муддатда барча стоматологик чораларидан сўнг милкларнинг қон кетиши 1-даражали қон кетиши деб баҳоланди. Мойиллик омилларини тўлиқ бартараф этилиши туфайли индекс нолга тушмади.

Узоқ муддатларда sIgA таркибининг кўрсаткичларига кўра, асосий ва таққослаш гуруҳи беморларида бироз маҳаллий гуморал иммунитет танқислиги кузатилди. Асосий гуруҳ беморларда сўлак sIgA индекси 0,53+0,09 мг / мл оралиғида бўлди, бу эса таққослаш гуруҳига нисбатан 0.55+0,05 мг / мл ва назорат гуруҳига нисбатан 0.61+0,10 мг / мл ишонарсиз кўрсаткичларга эга бўлди ($p \geq 0,05$). Таққослаш ва назорат гуруҳидаги кўрсаткичлар ўртасидаги фарқ ҳам статистик жиҳатдан аҳамиятсиз бўлди ($p \leq 0,05$). Оғиз санацияси ва герпесвирус инфекцияси даволаш сўнг узоқ муддатли даврда, беморларнинг асосий ва таққослаш гуруҳи секретор иммуноглобулин А миқдори даволаш сўнг дарҳол кўрсаткичлар билан солиштирилганда юқорилигини кўриш мумкин.

IgA (59,0 (41,8 – 84,3) мг/л) асосий ва таққослаш гуруҳларида (58,9 (38,9 - 84,2) мг/л) назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан статистик ишонарли натижаларни кўрсатди ($p \leq 0,01$). Бироқ, узоқ муддатларда ўзаро (асосий ва таққослаш) фарқланмади.

Асосий гуруҳ беморларда аралаш сўлак IgM миқдори даволашдан сўнгги кўрсаткич билан солиштирилганда ишончсиз (3.0 (1.6 – 4.1) мг/л) ўзгарди ва назорат гуруҳида кўрсаткич билан солиштирилганда муҳим статистик фарқланмади ($p \geq 0,01$). Таққослаш гуруҳида (3.3 (2.1 - 4.1) мг / л) назорат гуруҳидаги ва даволанишдан кейинги кўрсаткичга нисбатан бундай фарқ топилмади ($p \geq 0,01$). Асосий ва таққослаш гуруҳидаги IgM кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқ аниқланди ($p \geq 0,01$).

Асосий гуруҳ беморларида аралаш сўлакдаги IgG (9,7 (4,3 – 15,5) мг/л) статистик жиҳатдан ишонарсиз тарзда бироз ошган бўлсада, назорат гурпуе (12,0 (9,0 – 23,1) мг/л) ва таққослаш (11,4 (8,2 - 21,0) мг/л) гуруҳларига нисбатан ортиб борди. Таққослаш гуруҳида сўлакдаги IgG миқдори даволашдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан ишонарсиз тарзда ортди. Бу кўрсаткичга нисбатан таққослаш ва назорат гуруҳларига нисбатан ҳам статистик ишончли натижалар аниқланмади ($p \geq 0,01$).

Аралаш сўлакдаги алфа-дефензин HNP1 микдорининг асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳи бўлган беморларда сезиларли фарқ кузатилмади. Шундай қилиб, герпесвирус инфекция ташувчилар бўлган беморларнинг аралаш сўлакдаги антимикроб пептид алфа-дефензин беморларнинг танасида шерпес вирус персистенциясини тасдиқлайди, даволаш сўнг узок муддатларда, одатдагидан юқори концентрациялари учрайди. Ушбу патологияни даволаш унинг концентрациясини сезиларли даражада камайтиради, аммо уни меъёр ҳолатга қайтармайди, шу жумладан узок муддатларда ҳам.

Лаб учуғи ва СГС билан касалланган беморларнинг узок муддатли даволаш натижалари биз асосий гуруҳ беморларда ФДТ + Мультивитамин комплекс даволашда юқори клиник таъсир қайд этилди. Комплекс даволанишдан сўнг, барча қайталаниш ҳолатлар ва ремиссияларнинг давомийлиги ҳисобга олинди ва қайд этилди. Шундай қилиб, 23 (79.9%) беморларнинг асосий гуруҳида эпителизация 5-7 кун ичида содир бўлди, кузатишлар 12 беморларда (20.0%) эпителизация 7-10 кун ичида содир бўлди ва шунинг учун асосий гуруҳда ремиссия давомийлиги 3-5 кунга узайтирилди. Асосий гуруҳдаги лабда учрайдиган герпес ва сурункали герпетик стоматитларнинг рецидивлари даволангандан кейин 1 (5.7%) ва таққослаш гуруҳидаги 2 (5.7%) беморларда 6 ойдан сўнг ҳам кузатилган.

Хулосалар: Сурункали герпетик стоматит ва лаб учуғини комплекс даволашдан сўнг барча ремиссия давомийлиги ва касалликни қайталаниш кўрсаткичлари ҳисобга олинди. Асосий гуруҳ беморларида 8 (80%) 5-7 кунда эпителизацияга эришилди, кузатувларимиз шуни кўрсатдики, 2та беморда (20,0%) 7-10 кунда тулик эпителизацияга эришилди, ремиссия давомийлиги асосий гуруҳда 1,5-1,8 марта контрол гуруҳига нисбатан ошди, яни 3-5 кунга. Сурункали герпетик стоматит ва лаб герпеси қайталаниши комплекс даволашдан сўнги 6 ой ичида асосий гуруҳда 1та (2,85%) ва таққослаш гуруҳида 2та (5,7%) беморда кузатилди. Комплекс даволашга Цинк ва Витамин С комплексли мультивитаминли биологик фаол кўшимча киритилиши даволаш самарадорлигини ошишига ва рецидивлар сонини камайишига, иммунологик ҳолатни барқорорлашишига эришилди.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати:

1. Абдикаримов С. С. Современное представление об этиологии, патогенезе и течении хронического рецидивирующего герпетического стоматита (обзор литературы) //Наука и мир. – 2020. – №. 10. – С. 63-65.
2. Азимбаев Н. М. Диагностика и методы лечение хронического герпетического стоматита полости рта (обзор литературы) //Здравоохранение Кыргызстана. – 2021. – №. 1. – С. 141-146.
3. Антушевич А. Е. и др. Моделирование экспериментального рецидивирующего герпетического стоматита //Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – Т. 39. – №. S3-5. – С. 27-31.
4. Курбанова Д. И., Косимхожиев М. И. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФАЛОСПОРИНА V ПОКОЛЕНИЯ ЗИНФОРО //Экономика и социум. – 2023. – №. 6-2 (109). – С. 820-823.
5. Курбанова Д. И. ФАКТОРЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНОЙ БОЛЬЮ //Экономика и социум. – 2024. – №. 1 (116). – С. 1028-1031.