

BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

M.Q. KAMALOVA

**BOLALARDA OG'IZ BO'SHLIG'I
SHILLIQ QAVATINING SURUNKALI QAYTALANUVCHI GERPETIK
STOMATITI**

Monografiya

Buxoro, 2026

UDC: 616.311-616.9: 578.825.11]-053.3/.5

Muallif:

DSc., professor v.b., M.Q. Kamalova

Taqrizchilar:

DSc, dots U.A. SHukurova

DSc, professor A.A. Saidov

Bolalarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatiti: monografiya / M.Q. Kamalova. - Buxoro: 2026. 150- b.

Monografiyada bolalik davrida og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatida yuzaga keluvchi gerpetik kasalliklarining klinik ko'rinishlar haqida zamonaviy ma'lumotlar berilgan. O'z tadqiqotlarimiz natijalari tahlili taqdim qilingan: xususan, molekulyar-genetik, immunologik va mikrobiologik tahlillar; so'rovnoma ma'lumotlarini baholash; bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitni davolash va tashxislash uchun dasturiy modellarni ishlab chiqish. Gerpetik stomatitni davolash va oldini olish sohasidagi zamonaviy stomatologiyaning yutuqlari ko'rib chiqilgan. Gerpetik stomatitni davolash uchun stomatologik qabulda qo'llaniladigan fizioterapevtik usullar, shu jumladan magnit-infragizil-lazer nurlanishining xarakteristikasi keltirilgan.

Mundarija

sahifa

Kirish.....	
1. Herpesvirus infeksiyasi muammosi global pandemiya sifatida.....	
1.1 Bolalarda gerpetik infeksiyaning tarqalishi.....	
1.2 Herpesvirus infeksiyasi va uning bolalar immunitetiga ta'siri.....	
2. Bolalarda og'iz shilliq qavatining tuzilish xususiyatlari.....	
2.1 Bolalarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yoshga bog'liq rivojlanish davrlari	
2.2 Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining funksiyalari.....	
2.3 Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanish elementlari.....	
3. Bolalarda gerpetik infeksiya.....	
3.1 Oddiy herpes virusi bilan infitsirkanish.....	
3.2 Gerpetik infeksiyaning patogenezini.....	
3.3 Bolalarda herpesvirus infeksiyasining turlari.....	
3.4 Herpesvirus infeksiyasining klinik xususiyatlari.....	
3.5 Oddiy herpes virusining I va II turlarining xususiyatlari.....	
4. Bolalarda yuz-jag' sohasidagi herpes infeksiyasining klinik ko'rinishlari	
4.1 O'tkir gerpetik stomatit.....	
4.2 Surunkali qaytalانuvchi gerpetik stomatit.....	
4.3 Surunkali qaytalانuvchi gerpetik stomatit kechishining klinik xususiyatlari	
4.4 Surunkali qaytalانuvchi gerpetik stomatitda gerpetik shikastlanishlarning lokalizatsiyasi	
4.5 Surunkali qaytalانuvchi gerpetik stomatitda shikastlanish elementlarining xususiyatlari	

4.6	Yil fasllariga nisbandan surunkali gerpetik stomatitning qaytalanishi	
5. Herpesvirusli infeksiyalarning diagnostikasi.....		
5.1	Herpesvirusli infeksiyalarni tashxislashning laborator usullari.....	
5.2	OGV turlarini diagnostika qilish uchun real vaqt rejimida polimeraza zanjiri reaksiyasi usulini qo'llash.....	
5.3	Gerpetik stomatitli bolalarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining mikrobiotsenozi	
5.4	Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitli bilan og'rigan bolalarda o'ziga xos bo'lmagan mahalliy immunitetni o'rganish.....	
6. Bolalarda gerpetik stomatitning differentsial diagnostikasi.....		
6.1.	Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining patologiyasi bilan gerpetik stomatitning differentsial diagnostikasi.....	
6.2.	Bolalarda o'tkir gerpetik stomatitning differentsial diagnostikasi.....	
6.3.	Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning differentsial diagnostikasi	
7. Herpesvirusli stomatitni davolash va oldini olishning zamonaviy usullari		
7.1	Virusga qarshi terapiya.....	
7.2	Oddiy herpes virusining o'ziga xos ingibitirlari.....	
7.3	Immunosupressiv terapiya.....	
7.4	Immunomodulyatsion terapiya.....	
7.5	Gerpetik infeksiyalarni oldini olish uchun vaktsina.....	
7.6	Nonspesifik terapiya.....	
8. Gerpetik stomatitni davolashda fizioterapiyaning qo'llanilishi.....		
9. Bolalarda gerpetik stomatitni davolashda MILT va QUBT usullarini qo'llashning qiyosiy tavsifi.....		
9.1	Bolalarda davolashdan keyin og'iz bo'shlig'ining mikrobiologik holati.....	
9.2	Bolalarda davolashdan keyin og'iz bo'shlig'ining immunologik	

	ko'rsatkichlari.....	
9.3	SQGS bilan kasallangan bolalarda fizioterapiya yordamida davolash natijalarining klinik baholash.....	
	10. Bolalarda gerpetik stomatitning prognozi va davolash taktikasi	
	11. Bolalarda gerpetik stomatitni oldini olish	
	Xulosa.....	
	Qisqartmalar ro'yxati.....	
	Adabiyotlar.....	

KIRISH

Oddiy herpes virusi (OGV) butun dunyoga keng tarqalgan va aholi orasida herpesvirus infeksiyalari bilan yuqori kasallanish sabablardan biridir. OGV keltirib chiqaradigan kasalliklarning qaytalanuvchi shakllari bilan ogʻrigan bemorlar soni izchil ortib bormoqda. Oddiy herpes virusi infeksiyasining birlamchi koʻrinishlaridan biri oʻtkir gerpetik stomatit hisoblanadi. U erta bolalik davrida rivojlanadi va koʻpincha surunkali qaytalanuvchi xarakter kasb etadi. Gerpetik stomatit bolalarning umumiy ahvolining yomonlashuviga olib keladi. Asosiy funksiyalarning (ovqat qabul qilish, nutq, estetik koʻrinish va muloqot qilish imkoniyatlari) buzilishi bolalarning va butun oilaning hayot sifatiga salbiy taʼsir koʻrsatadi.

Gerpetik stomatitning oldini olish, tashxislash va davolashga bagʻishlangan koʻplab ilmiy ishlar mavjud boʻlsa-da, herpesvirus infeksiyasi pandemiyasining oldini olishning imkoni boʻlmayapti va muammo stomatologiyada ham, umumiy tibbiyotda ham dolzarb boʻlib qolmoqda.

Oʻz vaqtida tashxis qoʻyilmaganda yoki davolash yetarli darajada boʻlmaganda, gerpetik stomatitning kechishi choʻziluvchan va qaytalanish bilan xarakterlanib, natijada bolalar hayotiga xavf soluvchi asoratlar rivojlanishi mumkin.

Hozirgi vaqtda qoʻllanilayotgan antivirus dorilar stomatitni qaytalanishiga qarshi taʼsir koʻrsatmaydi, oddiy herpes virusining bolalar organizmida yashirin saqlanib qolishining oldini olmaydi. Mualliflar tomonidan taklif etilgan majmuaviy davolash usuli (gerpetik stomatitning aniqlangan patogenetik mexanizmlariga asoslangan) tizimli va mahalliy farmakoterapiya hamda fizioterapiyani oʻz ichiga oladi. Bu esa bolalarning ahvolini yaxshilash, kasallikning davomiyligi va qaytalanish chastotasini kamaytirishga yordam beradi.

1. GERPESVIRUS INFEKSIYASI MUAMMOSI GLOBAL PANDEMIYA SIFATIDA.

Herpes simplex virus (HSV) - oddiy herpes virusi dunyoning barcha hududlarida uchraydi va sayyoradagi eng ko'p tarqalgan virus hisoblanadi. Aholi orasida HSV'ning tarqalishi 95% gacha yetadi.

Virusli infeksiyalardan kelib chiqqan o'lim sabablari orasida HSV chaqirgan kasalliklar grippdan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Aholining umumiy sog'lig'i va hayot sifatiga salbiy ta'siri, oddiy herpes virusi sababli yuzaga keladigan kasalliklar Sog'liq Saqlash tashkilotining tobora jiddiy muammosiga aylanmoqda.

5 yoshgacha bo'lgan bolalarda oddiy herpes virusi 60% hollarda aniqlansa, o'smirlik davrida patologiyaning tarqalishi 90% ga yetadi [8,10,21,79,86]. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ham gerpetik infeksiya uchrashi mumkin bo'lib, muddatidan oldin tug'ilgan bolalar va umumiy somatik patologiyasi bor bolalar uchun hayot uchun xavf tug'diradi (mos ravishda 8% va 11%).

Herpes virusining 8 xil turi mavjud. Ulardan eng ko'p uchraydiganlari 1 va 2-tur viruslari (HSV-1, HSV-2) bo'lib, ular herpesvirus infeksiyalarining asosiy qo'zg'atuvchilari hisoblanadi. Qolgan 6 turi esa HSV-1 va HSV-2dan ayrim farqlarga ega va aholi orasida kamroq tarqalgan.

Labial (og'iz atrofidagi) herpes odatda HSV-1 sababli yuzaga keladi. 50 yoshgacha bo'lgan aholida HSV-1 bilan zararlanganlar soni 3,7 milliard kishini (dunyo aholisining 67%) tashkil qiladi. HSV-2 esa ko'pincha genital herpes infeksiyasini keltirib chiqaradi. HSV-2 bilan zararlanganlar soni yarim milliardga yetadi.

HSV-1 infeksiyasining eng yuqori tarqalish darajasi Afrika mamlakatlarida kuzatiladi (aholining 90% atrofida). Eng past tarqalish (taxminan 50%) esa Amerika qit'asidagi mamlakatlarda qayd etilgan. HSV-2 esa, aksincha, Afrika qit'asiga qaraganda Amerika va Yevropada ko'proq aniqlanadi. HSV-1 va HSV-2

antigenik va epidemiologik jihatdan o'ziga xos, ammo qisman o'xshashlikka ega. Lekin bu holatlar hamisha bir xil ko'rinishda namoyon bo'lavermaydi. Masalan, HSV-1 jinsiy a'zolari zararlashi, HSV-2 esa gerpetik stomatit va lab herpesini keltirib chiqarishi mumkin.

Gerpetik stomatit kelib chiqishining sababi HSV-1 hisoblanadi. Bu virus lipid qobig'ida yadroviy replikatsiyaga ega. Sog'lom bolalarda HSV infeksiyasi virus tashuvchining zararlangan o'choqlari yoki suyuqliklari (tupugi) bilan kontaktda bo'lganda yuz beradi [71, 74]. HSV-1 tarqalishi aholining yoshi ortishi bilan bosqichma-bosqich ortadi, seroprevalentlik esa kattalar va bolaning oilaviy ijtimoiy-iqtisodiy darajasiga teskari mutanosibdir [48,73,91,94].

Bolalarning 80% dan ortig'ida herpesvirus infeksiya o'tkir yoki qaytalanuvchi gerpetik stomatit shaklida uchraydi [1,2,3,8]. HSV bilan zararlanganlarning yarmida har yili kasallik qaytalanib turadi. Immuniteti pasaygan bolalarda herpes infeksiyasi ko'proq uchraydi, shamollashga tez-tez chalinadigan va allergik patologiyali bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit (SQGS) rivojlanadi. Kasallikning og'irligiga qarab yilda qaytalash chastotasi ham ortadi [47, 48, 70, 99]. Herpesvirus infeksiyasiga qarshi immunitet shakllanmaydi; HSV bilan zararlangan barcha shaxslar virus tashuvchidir [62,64].

Dastlabki HSV infeksiyasi ko'pincha simptomsiz (yashirin) kechishi mumkin, shuning uchun bolalarga kasallikning surunkali qaytalanuvchi shakllanishini oldini olish uchun terapiya o'tkazilmaydi. Hatto SQGS shakllanganda ham, bemorlar darhol shifokorga murojaat qilmaydi. Birinchi bor shifokor qabuliga kelganda ular allaqachon surunkali gerpetik kasallik tarixiga ega bo'ladi [7,9,18,19].

SQGS shakllanishiga ta'sir qiluvchi omillar: psixoemotsional stress, charchoq, sovqotish, vitaminlar, oqsillar va mikroelementlar yetishmovchiligi, ortiqcha quyosh nuri ta'siri, og'iz shilliq qavatining mahalliy shikastlanishi va boshqalar [24,25,26,56,103]. SQGS bilan og'rikan bemorlarda stomatologik

yordamga kirish imkoniyatlarini yaxshilash ushbu muammoni hal etishda juda katta ahamiyatga ega ekani ta'kidlangan [50,68,73,78,82].

1.2. Gerpevirus infeksiyasi va uning bolalar immunitetiga ta'siri.

Bolalarda herpesvirus infeksiyasining surunkali kechishi immunitetning susayishiga va ikkilamchi immunodefitsit holatlarning rivojlanishiga olib keladi. T-sistema va immun tizimda buzilishlar kuzatiladi, immun tizimining tartibga solinishida nuqsonlar paydo bo'ladi, monotsitar-makrofagli qatoridagi hujayralar faoliyati hamda NK-hujayralar (Natural killer cells - tabiiy killer hujayralar) faolligi pasayadi. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit (SQGS) rivojlanganda, bolalarda nospesifik immun javob shakllanadi, biroq u sifat jihatdan ham, miqdor jihatdan ham to'liq bo'lmaydi [55,66,72].

Eksperimental tadqiqotlarda aniqlanishicha, og'iz shilliq qavatining tajriba yo'li bilan o'tkazilgan herpes infeksiyasi qaytalanganda immun javob dinamik tarzda rivojlanadi va bu holat leykopeniya hamda limfopeniya fonida, T-limfotsitlar tanqisligi sababli yuz beradi. Bu davrda interferonogenez, fagotsitoz va limfotsitlarning antitanaga qaram sitotoksik faolligi kuchayadi [4,20,53,94].

Klinik tadqiqot natijalari shuni tasdiqladiki, surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit ko'rinishidagi herpesvirus infeksiyasiga chalingan bemorlarda sekretor immunitet buzilgan va immunoferment tahlil (IFA) ko'rsatkichlari o'zgarib ketgan [3,13,40,55]. Bolalarda surunkali gerpetik stomatit davrining boshida organizmning immunobiologik xususiyatlari uchun mas'ul bo'lgan HSV ga qarshi antitanalar har doim ham qonda aniqlanmaydi. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishi vaqtida yuz beradigan takroriy antigen ta'sirlari natijasida bolalarda anti-gerpetik antitanalar shakllanadi. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit uzoq davom etsa, bolalarda HSV ga qarshi antitanalarning yuqori titri

aniqlanishi mumkin, biroq bu holat virusning qayta faollashuviga va kasallikning qaytalanishiga to'sqinlik qila olmaydi [28,30,48].

Yuz-jag' sohasidagi virusli shikastlanishlarga chalingan bemorlarda sekretor immunitetning sezilarli darajada buzilishi kuzatiladi. Xususan, herpesvirus ganglionitida laktoferrin darajasi surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitga qaraganda ancha yuqori bo'ladi. Bu qonuniyat, ehtimol, gerpetik infeksiyaning turli shakllarining klinik xususiyatlari bilan bog'liq [4,83]. Shunday qilib, tug'ma va orttirilgan immunitetning ko'plab omillari herpesvirus infeksiyasida organizmning immunologik javobiga ta'sir ko'rsatadi, natijada kasallikning qaytalanuvchi kechishi rivojlanadi.

Bolalarda oddiy herpes virusining dastlabki infeksiyasi va qayta faollashuvi turli organ va to'qimalardagi yallig'lanish jarayonlari, jarrohlik amaliyotlar, kasalliklar yoki mahalliy shikastlanishlardan keyin organizmning immunokompetentligining pasayishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin [16,66]. Shu bilan birga, virusga xos T-limfotsitlar shakllanishi va antivirus antitanalar titrining oshishi bilan surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit klinik belgilarining namoyon bo'lishi o'rtasida aniq bog'liqlik mavjud emas. Shu bois, SQGS va bolaning immun javobi o'rtasidagi munosabat, ya'ni organizmning kompensator va moslashuvchan imkoniyatlarining aks etishi masalasi dolzarb bo'lib bormoqda [11,14,20,63]. O'tkir va surunkali gerpetik stomatitning yuqori tarqalishi hamda ularning immun tizimga, umumiy sog'liq va bolalar hayot sifatiga salbiy ta'siri ushbu kasalliklarni tashxislash va davolash muammosini amaliy stomatologiya uchun ayniqsa muhim qiladi.

2. BOLALARDA OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI TUZILISHINING XUSUSIYATLARI.

2.1 Bolalarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining rivojlanish davrlari.

Bola tug'ilganda og'iz bo'shlig'i tuzilmalarini shakllangan holda (lablar, yonoqlar, tanglay, halqum, og'iz tubi, til) tug'iladi. Og'iz bo'shlig'ining barcha tuzilmalari yuz-jag' sohasi asosiy funksiyalarida ishtirok etadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda so'rish funksiyasi shakllangan bo'ladi. Vaqtincha tishlar chiqq boshlagach, tishlash va ovqatni chaynash funksiyasi rivojlanadi. Og'iz shilliq qavati sezgir bo'lib, unda ta'sirchanlik va issiqlik sezuvchanligi mavjud, tilning ta'm retseptorlari esa ta'm sezuvchanligini ta'minlaydi. Yo'tal va qusish reflekslari ham erta yoshda shakllanadi.

Bolalarning og'iz shilliq qavati tuzilishida yoshga oid o'ziga xosliklar mavjud. Barcha yosh davrlarida shilliq qavatning tipik qismlari kuzatiladi: ko'p qavatli yassi epiteliy, bazal membrana, xususiy qavati, shilliq osti qavati. Shilliq qavat relyefining o'ziga xos belgilari mavjud: qattiq tanglayda ko'ndalang burmalar, quloq oldi so'lak bezining chiqish joyidagi lunj shilliq qavatidagi so'rg'ichlar, og'iz tubida jag' osti va til osti bezlarining chiqish joyidagi bo'rtmalar.

Og'iz shilliq qavati rivojlanishida quyidagi yosh davrlari ajratiladi (Mergembayeva X. S., 1972):

- yangi tug'ilgan davr (1 kundan 10 kungacha);
- emizikli davr (10 kundan 1 yoshgacha);
- ilk bolalik davri (1–3 yosh);
- kichik bolalik davri (4–7 yosh);
- o'rta bolalik davri (8–12 yosh).

Yangi tugʻilgan davrda ogʻiz shilliq qavati barcha qismlarda deyarli bir xil tuzilgan boʻladi, epiteliy va biriktiruvchi toʻqima past differensiasiyalangan. Epiteliy yupqa, ikki qavatdan (bazal va tikanli) tashkil topgan, epiteliy papillalari yaxshi ifodalanmagan. Shilliq qavat glikogen, kislotali mukopolisaxaridlar va ribonuklein kislota (RNK) boy. Xususiy qavati zich boʻlmagan biriktiruvchi toʻqimadan iborat, tolali tuzilmalar past darajada differensiasiyalangan, qon tomirlar koʻp boʻlib, yupqa epiteliydan oʻtib koʻrinadi va shilliq qavatning yorqin qizil rangini belgilaydi. Immunokompetent hujayralar (gistsitlar, limfotsitlar, plazmatik hujayralar, semiz hujayralar) kam, semiz hujayralar esa differensiasiyalanmagan va faol emas. Shu sababli ogʻiz shilliq qavati bir tomondan oson shikastlanadi, ikkinchi tomondan esa yuqori regeneratsiya qobiliyatiga ega. Qattiq tanglay va milk boʻrtmalarida sariq rangli yogʻ bezchalari (Bona tugunlari, Serra bezlari, Epshtein-Barr marvaridlari) boʻlishi mumkin. Ona organizmidan gormonlar, fermentlar va antitanachalar yoʻli bilan oʻtishi natijasida yangi tugʻilgan chaqaloq ogʻiz shilliq qavatining koʻp bakterial va virusli infeksiyalariga qarshi immunitetga ega boʻladi.

Emizikli davrda bolalarda ogʻiz shilliq qavatining turli qismlarida farqlar shakllana boshlaydi. Epiteliy hajmi asta-sekin oshadi, shilliq qavat rangi kamroq yorqin boʻladi. Shilliq qavat differensiasiyalanadi: maxsus (til), chaynash (milk, milk boʻrtmalari, qattiq tanglay) va qoplovchi (ogʻizning qolgan qismlari) turlari shakllanadi. Chaynash turidagi shilliq qavat - qattiq ovqat va qoʻshimcha ovqat kiritilishi bilan shakllanadi: bazal membrana va oʻz qavatining tolali tuzilmalari zichlashadi, qon tomirlar va hujayralar soni kamayadi, epiteliyda parakeratoz hodisalari (granulyar va shox qavat paydo boʻladi) kuzatiladi, shilliq qavat pushti rang oladi. Qoplovchi turidagi shilliq qavatning biriktiruvchi toʻqimasi past darajada differensiasiyalanganligicha qoladi. Shilliq qavat oson shikastlanadi, yaxshi regeneratsiya qiladi, ona suti orqali immunokompetent komponentlarning oʻtishi tufayli virusli va bakterial infeksiyalarga qarshi immunitet saqlanadi. Emizish toʻxtatilgach, bu immunitet yoʻqoladi.

Ilk bolalik davrida shilliq qavat turlarining shakllanishi yakunlanadi. Chaynash turidagi epiteliy tipik tuzilishga ega bo'ladi (bazal, tikanli, granulyar, shox qavat). Chaynash shilliq qavatida qon tomir devorlari qalinlashadi, tomirlar soni kamayadi. Qoplovchi va maxsus shilliq qavatlarda tomirlar ko'p, devorlari yuqori o'tkazuvchan. Til papillalarining uchlarida, yonoqlarda tishlar yopilish chizig'ida epiteliy keratinlashadi. Boshqa bo'limlarda epiteliy keratinlashmagan. Bazal membrana bo'sh, kollagen va elastik tolalar to'liq shakllanmagan. Epiteliyda glikogen kamayadi. O'z qavatida fibroblastlar ko'p. Immunokompetent hujayralar kam, mast hujayralar yetilmagan va faol emas. Shu morfologik xususiyatlar tufayli shilliq qavat oson shikastlanadi, yaxshi tiklanadi, o'tkir va diffuz yallig'lanish jarayonlariga moyil bo'ladi. Onadan o'tgan immunitet yo'qoladi, o'z immuniteti hali shakllanmagan.

Kichik bolalik davrida shilliq qavatda o'zgarishlar davom etadi. Epiteliy hajmi, glikogen va RNK miqdori oshadi. Qon tomirlar soni kamayadi, devorlari qalinlashadi, shilliq qavat pushti rang bo'ladi. O'z qavatida differensiasiyalanmagan hujayralar kamayadi, yetuk hujayra elementlari ustunlik qiladi. Immunokompetent hujayralar soni ko'payadi, mast hujayralar yetuk faol ko'rinishda bo'ladi, perivaskulyar limfoid infiltratlar paydo bo'ladi. Bazal membrana zichlashadi, epiteliy papillalari chuqurlashadi. Kollagen va elastik tolalar yetuklashadi va zichlashadi. Shu davrda bolaning o'z immun tizimi shakllanadi, o'tkir va diffuz yallig'lanishlarga moyillik kamayadi, ammo o'tkir va surunkali allergik stomatitlar ko'proq uchraydi.

O'rta bolalik davrida epiteliyda glikogen kamayadi, oqsil tuzilmalari ko'payadi, epiteliy hajmi ortadi, qon tomirlar kamayadi, o'tkazuvchanligi pasayadi. Semiz hujayralar soni kamayadi, ammo faoliyati oshadi. Bolalarning o'z immun tizimi yaxshi shakllangan bo'lib, bu yoshda asosan surunkali kasalliklar ustunlik qiladi. Kelgusida og'iz shilliq qavatidagi o'zgarishlar o'smirlik davrida gormonal o'zgarishlar natijasida kuzatiladigan umumiy qonuniyatlarni aks ettiradi.

2.2 Og‘iz shilliq qavatining funksiyalari

Og‘iz shilliq qavatining asosiy funksiyalari turlicha bo‘lib, ular quyidagilardan iborat:

Himoya funksiyasi quyidagi mexanizmlar orqali amalga oshadi:

- shilliq qavatning bakteriyalar va viruslarga o‘tkazuvchan emasligi (bar’yerni ta’minlash);
- epiteliy qatlaminig mexanik va kimyoviy shikastlovchi omillarga chidamliligi;
- o‘lik (infeksiyalangan) epiteliy hujayralarining doimiy to‘kilishi;
- milk suyuqligi va so‘lakning biologik faol moddalar (interferon, immunoglobulinlar, antitanachalar, leykotsitlar, fagotsitlar, lizosim va boshqalar) bilan boyligi va shilliq qavatni qoplab turish xususiyatlari;
- shilliq qavatdagi immunokompetent hujayralar.

Plastik funksiya – epiteliy hujayralarining yuqori mitotik faolligi va shilliq qavatda differensiasiyalanmagan hujayralar ko‘pligi tufayli uning yaxshi tiklanish qobiliyati bilan ta’minlanadi.

Sezgir (sensor) funksiya – issiq, sovuq, og‘riq, teginish va ta’m ta’sirlariga sezgir maxsus retseptorlar orqali amalga oshadi. Og‘iz shilliq qavati refleksogen zona bo‘lib, organizmning ovqat hazm qilish, qon yaratuvchi, yurak-qon tomir va boshqa tizimlar hamda funksiyalariga ta’sir ko‘rsatishi mumkin.

So‘rilish funksiyasi – og‘iz shilliq qavatining organik va noorganik moddalar (ba’zi aminokislotalar, kaliy, natriy, nitroglitserin, yod va boshqalar) uchun o‘tkazuvchanligi bilan ta’minlanadi. Shilliq qavatning o‘tkazuvchanligi teriga nisbatan yuqoridir. Eng yupqa va o‘tkazuvchan qavat og‘iz tubida

joylashgan. Bu hodisa dori vositalarini shilliq qavat orqali yuborishga imkon beradi, xususan, o'tkazuvchanlikni oshiruvchi fizik omillar (elektroforez, fonoforez va boshqalar) yordamida.

2.3. Og'iz shilliq qavatining shikastlanish elementlari

Sog'lom og'iz shilliq qavati nam, toza, tabiiy rangda bo'ladi (bolaning yoshi va irqiga qarab). Shilliq qavatdagi o'zgarishlar, shikastlanishlar va turli patologik elementlar ko'plab kasalliklarning belgisi bo'lishi mumkin. Diagnostika jarayonida shifokor uchun og'iz shilliq qavatidagi patologik elementlarni aniqlash va ularni kasallik klinik manzarasi bilan solishtirish muhimdir.

Birlamchi elementlar (dog', tuguncha yoki papula, tugun, do'mboq, pufakcha, pustula, kista, pufak, abscess) sog'lom shilliq qavat fonida paydo bo'ladi.

Ikkinchi elementlar (eroziya, afta, yara, yoriq, chandiq, qoplama, tangacha, qobiq) esa birlamchilardan rivojlanadi.

Dog' – cheklangan rang o'zgarishi bo'lib, shilliq qavat relyefini o'zgartirmaydi.

Yallig'lanishli dog'lar: rozeola (1,5–15 mm o'lchamdagi chegaralangan giperemiya) yoki eritma (cheklanmagan qizarish yoki ko'karish). Tomir kengayishi natijasida paydo bo'ladi. Bosilganda yo'qolib, bosim to'xtatilganda qaytadan paydo bo'ladi.

Yallig'lanishsiz (gemorragik) dog'lar: petexiya (nuqtali qon quyilishi), ekximoz (katta qon quyilishi) – tomir devori shikastlanishi yoki o'tkazuvchanligi buzilishi natijasida paydo bo'ladi. Ularning rangi (qizil, sariq, yashil va boshqalar) gemoglobinning parchalanish bosqichiga bog'liq. Bosilganda yo'qolmaydi, asta-sekin izsiz yo'qoladi.

Telangiyektaziya – tomirlarning doimiy yallig‘lanishsiz kengayishi yoki o‘smasi.

Tug‘ma (nevus) va orttirilgan pigment dog‘lar, turli sabablar (endokrin buzilishlar, dori vositalari, og‘ir metall ta’siri, moddalar almashinuvi buzilishi va boshqalar) tufayli paydo bo‘ladi.

Tuguncha (papula) – 5 mm gacha bo‘lgan zich shakl, yuzaki yallig‘lanish oqibatida rivojlanadi. Shilliq qavat yuzasidan ko‘tarilib turadi, turli shaklda bo‘lishi mumkin. Morfologik jihatdan hujayra infiltratsiyasi, akantoz va giperkeroz kuzatiladi. Papulalar birlashganda blyashka hosil qiladi. Papulalar asta-sekin izziz yo‘qoladi.

Tugun – 6–10 sm diametrgacha bo‘lgan, shilliq osti qavatiga tarqaluvchi zich, yumaloq infiltrat. Sabablari: maxsus yoki nomaxsus yallig‘lanish, o‘sma, tuz cho‘kishi va boshqalar. Etologiyasiga qarab tugunlar so‘rilishi, yiringlashi yoki nekrozga uchrashi mumkin.

Do‘mboq – 5-7 mm gacha bo‘lgan, shilliq qavatning barcha qatlamlarini qamrab oluvchi, infiltrativ shakl. Markazida tezda nekroz rivojlanadi va yara hosil bo‘lib, chandiqlanish bilan bitadi. Ba‘zan yara hosil qilmasdan so‘riladi, ammo joyida chandiqli atrofiya qoladi. Tuberulyoz, uchlamchi sifilis, moxov kabi kasalliklarga xos.

Pufakcha (vesikula) – 5 mm gacha bo‘lgan, epiteliy tikanli qatlamida suyuqlik (seroz, tolali yoki gemorragik ekssudat) to‘planishi natijasida hosil bo‘ladi. Og‘izning nam muhitida tez yorilib, afta (eroziya) hosil qiladi. Bu herpes infeksiyalariga xos elementdir.

Pufak (bulla) – pufakchadan farqli ravishda 5 mm dan katta, qalin qopqoqli bo‘lib, seroz yoki gemorragik ekssudat saqlaydi. Intraepitelial yoki subepitelial (ko‘p shaklli ekssudativ eritema, allergiyada) joylashadi. Yorilgandan keyin eroziya hosil bo‘ladi.

Yiringcha (pustula) – yiringli eksudatga ega bo‘lgan yuzaki yoki chuqur bo‘shliq shakli. Streptokokk va stafilokokk infeksiyalarida, ko‘proq terida va lablarda uchraydi.

Kista – eksudat bilan to‘lgan bo‘shliq shakli. Epiteliyal kistasida biriktiruvchi kapsula mavjud. Kichik so‘lak bezlari chiqaruv kanali tiqilib qolsa, retentsion kista rivojlanadi (ko‘proq lablarda, kamroq yonoq va tanglayda).

Shish – o‘tkir allergik reaksiya oqibatida terining so‘rg‘ichsimon va shilliq qavatning shishishi natijasida hosil bo‘lgan zich bo‘shliqsiz patologik element. Qichishish, achishish, tez paydo bo‘lish va izsiz yo‘qolish bilan xarakterlanadi.

Abstsess – chegaralangan yiringli yallig‘lanish natijasida to‘qimalarning erishi bilan hosil bo‘lgan yiring to‘plangan bo‘shliq.

Eroziya – pufakcha yoki pufak yorilganda, yoki mexanik shikast (ekskoriatsiya) oqibatida kelib chiqadi. Shilliq qavatning yuzaki shikastlanishi bo‘lib, noto‘g‘ri yoki oval shaklga ega, izsiz bitadi.

Afta (eroziyaning bir ko‘rinishi) – 3–5 mm gacha bo‘lgan kichik, yumaloq yoki oval, yuzaki epiteliy defekti. Qizil halqa bilan o‘ralgan, usti fibrinoz qoplama bilan qoplangan. Bitgach, iz qoldirmaydi. Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitning tipik elementi hisoblanadi.

Yara (yazva) – shilliq qavatning barcha qatlamlariga tarqaluvchi chuqur nuqson. Bitishi chandiqlanish bilan kechadi. Asosan surunkali jarohatlarda (dekebital yazva), maxsus infeksiyalarda (sifilis, sil) va o‘smalar yazasida uchraydi. Yaraning shakli, chegarasi va tubi, tarkibi va boshqa xarakterli belgilari uni keltirib chiqargan etiologiyasi bilan aniqlanadi.

Yoriq – mexanik shikast yoki yallig‘lanish oqibatida hosil bo‘lgan chiziqsimon yorilish. Yuzaki yoriqlarda faqat epiteliy jarohatlanadi, izsiz bitadi.

Chuqur yoriqlarda og'iz bo'shlig'I shilliq qavatining xusuiy va shilliq osti qavatlari jarohatlanib, chandiq bilan bitadi.

Chandiq – shilliq qavatning chuqur nuqsonlari o'rnida biriktiruvchi to'qima paydo bo'lishi. Keloid (gipertrofik) chandiqlar shilliq qavat harakatchanligini cheklaydi. Odatda travmadan so'ng va xirurgik aralashuvlardan keyin kelib shiqadi. Sil, sifilis, qizil yuguruk va boshqa kasalliklarda patologik elementlarning bitishidan so'ng katta chuqurlikdagi noto'g'ri shklidagi atrofik chandiqlar qolishi mumkin.

Karash – mikroorganizmlar, fibrinoz plyonka yoki ajralgan epiteliy qavatidan iborat. Og'iz shilliq qavatida to'planadi (masalan, kandidozning dastlabki bosqichida) yoki boshqa shikastlanish elementlarini (afta, eroziya va yazva) qoplaydi.

Tangacha (qipiqlanish) – giper- yoki parakeratoz natijasida hosil bo'lgan yupqa epiteliy qavati. Xeylitning ba'zi formalarida va papulalar va boshqa elementning orqaga rivojlanish joyida kuzatiladi.

Qobiq – qurigan ekssudat natijasida lab terisida yoki lab qizil hoshiyasi hududida hosil bo'ladi, yoriq, eroziya vayazva joyida yuzaga kelishi mumkin. Korka rangi ekssudat xarakteriga bog'liq: seroz, yiringli, gemorragik. Qobiq tushgach, eroziya yoki yara yuzasi ochiladi, oxirida regeneratsiya, chandiq yoki chandikli atrofiya qoladi.

3.Bolalarda Gerpetik Infeksiya

Bolalik davrida gerpetik kasalliklar tez-tez uchraydi. Gerpes odatda teri va shilliq qavatlarga ta'sir qiladi, kamroq hollarda boshqa to'qima va organlarga ham zarar yetkazadi.

Gerpetik tabiatdagi yuqumli kasalliklar guruhi bitta qo'zg'atuvchi – HSV (herpes simplex virusi) tomonidan keltirib chiqariladi, biroq ushbu viruslar oilasiga oid 8 xil tur farqlanadi. Herpes simplex virusining xususiyati shundaki, u “xo'jayin” organizmida uzoq vaqt hech qanday belgilar ko'rsatmasdan yashirin holda mavjud bo'lishi mumkin.

Virus bolaning organizmiga teri va shilliq qavatlar orqali kirib, so'ng nerv uchlari orqali miya va orqa miyaning gangliyalari bo'ylab tarqaladi hamda u yerda uzoq vaqt davomida belgisiz yashirinib turadi. Faqat bolaning immun tizimi pasayganda, birlamchi infeksiya yoki qaytalanuvchi herpes infeksiyasi rivojlanadi.

Aholining taxminan 85 foizi bolalik davrida herpes bilan zararlangan bo'ladi. Shu bilan birga, HSV yuqtirganlarning har 5–6 tasidan faqat birida qaytalanuvchi infeksiya kuzatiladi. Ammo inson butun hayoti davomida herpes infeksiyasining “rezervuari” bo'lib qoladi va turli omillar ta'sirida virus faollashishi mumkin. Kasallik belgilari paydo bo'lgan davrda gerpetik infeksiya turlicha tarqalish, klinik kechish va og'irlik darajasiga ega bo'lishi mumkin. HSV og'ir kechgan va tarqalgan hollarda bolalar hayoti uchun xavf tug'diradi, ammo o'z vaqtida virusga qarshi davolash amalga oshirilsa, prognoz odatda ijobiy bo'ladi.

3.1 Oddiy herpes virusi (HSV) bilan zararlanish

Bolalarning herpes virusiga sezuvchanligi juda yuqori. HSV bilan bola tug'ruqdan oldin (prenatal davrda), tug'ruq jarayonida, tug'ilgandan so'ng, chaqaloqlik, ilk yoki maktabgacha yoshida, kamroq hollarda esa 7 yoshdan keyin ham zararlanishi mumkin. Hatto birlamchi zararlanishda herpes infeksiyasi alomat bermasa ham, bola baribir virus tashuvchisiga aylanadi.

Sog'lom bolalarga virus, odatda, birlamchi o'tkir yoki qaytalanuvchi surunkali gerpetik kasallikka chalingan bemorlardan (bolalar yoki kattalardan)

yuqadi. Kasallik ayniqsa toshmalar davrida yuqori darajada yuqumli bo'ladi, chunki bu paytda teri va shilliq qavatlarda juda ko'p virus zarralari mavjud bo'ladi. Virus zarralari herpes infeksiyasi elementlarida (pufakchalar, qobiqchalar, yara/eroziya), hamda kasallangan odamning biologik suyuqliklarida (so'lak, sperma, qon va boshqalar) bo'ladi.

Odiy herpes virusi bolalarga turli yo'llar bilan yuqishi mumkin. Eng keng tarqalgani - havo-tomchi va kontakt yo'llari (bevosita, masalan o'pish orqali, yoki bilvosita - o'yinchoqlar, idishlar, og'iz gigiyenasi vositalari orqali). Kamroq hollarda - jinsiy aloqa orqali ham yuqishi mumkin. Virus odatda shikastlangan teri va/yoki shilliq qavatlar orqali oson kirib boradi. Odiy herpes virusining vertikal yuqish yo'li ham mavjud – onadan bolasiga yo'ldosh orqali (transplacentar), tug'ruq vaqtida onaning tug'ruq yo'llaridan o'tganda, shuningdek qon quyish yoki parenteral yo'l bilan yuqishi mumkin. Bolalarda o'z-o'zini zararlash (avtoinfeksiya) ham mumkin: masalan, o'tkir gerpetik stomatitda bola qo'li orqali og'izdan tananing boshqa qismlariga virusni ko'chirishi mumkin.

HSV-1 odatda organizmga burun va og'iz orqali kirib, yuqori tana qismi terisi va shilliq qavatida gerpetik o'choqlarni yuzaga keltiradi. Biroq orogenital kontakt natijasida HSV-1 ham genital herpes infeksiyasini chaqirishi mumkin. HSV-2 esa odatda jinsiy aloqa orqali yuqib, tananing pastki yarmi terisi va shilliq qavatida gerpetik zararlanishni keltirib chiqaradi.

3.2 Gerpetik infeksiyaning patogenezi

Birlamchi HSV infeksiyasi belgilersiz (hech qanday namoyonlarsiz) kechishi mumkin yoki teri va shilliq qavatlarda birlamchi belgilarga sabab bo'ladi [2,3]. Herpes infeksiyasining rivojlanishiga emizishning to'xtatilishi yordam beradi, bu esa bolalarda onadan o'tgan antitanachalar, gormonlar va fermentlar miqdorining kamayishiga olib keladi. Shuningdek, herpes rivojlanishiga bolalar organizmining yoshga xos anatomo-fiziologik xususiyatlari, shilliq qavat va terining o'ziga xosligi, hujayraviy va gumoral immunitetning yetilmaganligi ham sabab bo'ladi.

Bolalarda herpes infeksiyasining birlamchi ko'rinishi teri va shilliq qavatlarda pufakchali toshmalar bilan kechishi mumkin. Ko'pincha bu og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida o'tkir herpes stomatiti shaklida namoyon bo'ladi. OGSning (o'tkir herpes stomatiti) eng tipik va diagnostik belgilardan biri bola og'iz bo'shlig'idagi toshmadir. Xos birlamchi elementlar (pufakchalar) og'iz shilliq qavatining o'zgarmagan joylarida, lablarning qizil chegarasida va terida paydo bo'ladi. Ikki lamchi elementlar (eroziya, afta, qobiq) mavjud pufakchalarning o'zgarishi yoki shikastlanishi natijasida vujudga keladi.

Bola organizmiga tushgach, herpes virusi DNKsi asab tugunlari genomiga joylashadi va u yerda butun umr latent (uyqudagi) holatda saqlanadi. HSV asab tugunlariga qon aylanish tizimi orqali yoki neyrogen yo'l bilan (intraaksonal, Shvann hujayralari, endoneural yoki perineural yo'llar orqali) kiradi [58].

Bolalarda herpes infeksiyasining patogenezida ma'lum bosqichlar ajratiladi: HSVning birlamchi kirib borishida og'iz shilliq qavatining tuzilishidagi buzilishlar (tish chiqishi, shikastlanish) va funksiyasidagi buzilishlar (o'tkazuvchanlikning ortishi, himoya membranasining buzilishi va h.k.) muhim rol o'ynaydi.

Bola organizmiga dastlabki kirib borgach, HSV limfa tugunlari va qonga o'tadi (birlamchi viruslanish). Agar bolaning immuniteti yetarli bo'lmasa, virus ichki a'zolariga o'tadi va u yerda faol ko'payadi (kasallikning inkubatsiya davri). Keyin virus yana qonga chiqadi (ikkilamchi viruslanish) va HSV zarralari miqdori birlamchi viruslanishga qaraganda sezilarli darajada ortadi. Virus dastlabki kirib borgan joylarga qaytib boradi va teri hamda shilliq qavat epiteliysida tez ko'payadi. Natijada: Degeneratsiya, ichki epitelial nekroz yuzaga keladi, notekis yirik epitelial hujayralar shakllanadi, hujayralar nobud bo'ladi va pufakchali toshma hosil bo'ladi. Pufakchalar tezda yorilib, eroziya (aftalar) paydo bo'ladi. Teri ustida pufakchalardagi suyuqlik quriydi va qobiq hosil qiladi.

Tiklanish bosqichi: Zararlangan joylarda yetilmagan oq qon hujayralari, mononukleolar va poliblastlar paydo bo'ladi. Morfologik jihatdan to'liq oq qon

hujayralari, mononuklearlar, eritrotsitlar va h.k. kuzatiladi. Og‘iz shilliq qavatidagi jarayon sxemasi: Avval degenerativ o‘zgarish joyida pushti dog‘ hosil bo‘ladi. Keyin pufakcha chiqadi, undan afta shakllanadi. Afta atrofidagi qizil halqa epitellizatsiya boshlanishini ko‘rsatadi. Afta marmarsimon tus oladi, chetlari va markazi asta-sekin yemiriladi. Epitellizatsiya tugagach, afta o‘rnida qisqa muddat oqish dog‘ qoladi, keyin yo‘qoladi. Teri va lab qizil hoshiyasidagi pufakchalar yorilmaydi, balki qobiqqa aylanadi (pufakcha qobig‘i va qurigan suyuqlikdan). Epitellizatsiya qobiq ostida sodir bo‘ladi. Qobiq rangi pufakcha tarkibiga bog‘liq. Yorqin yoki sarg‘ish qobiq (shaffof seroz yoki loyqa fibrinoz suyuqlikdan), Qizil-jigarrang qobiq (gemorragik qonli suyuqlikdan) uchraydi. Qobiq tushgach, pushti dog‘ qoladi va vaqt o‘tishi bilan yo‘qoladi. Bola qobiqni tishlab yoki yulib tashlasa, eroziya yuzaga keladi va shifo sekinlashadi. Gerpes toshmalari o‘rnida chandiq qolmaydi.

HSV infeksiyasining qaytalanishi va reaktivatsiyasi birlamchi infeksiya belgilersiz yoki manifestli namoyon bo‘lishi mumkin. HSV neyrotrop virus bo‘lgani uchun u nerv tolalari bo‘ylab ildiz gangliyalarga kiradi va butun umr davomida latent (uyqudagi, yashirin) holatda saqlanadi. HSV-1 ko‘pincha uch shoxli (trigeminal) va yuz nervi gangliylarida saqlanadi. HSV-2 esa ko‘pincha sakral gangliyalarda yashirinib qoladi.

Ma’lum sharoitlarda virus reaktivatsiyalanadi, ya’ni uyg‘onib, terida va shilliq qavatlarda toshmalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Bu ko‘pincha lab gerpesi, gerpetik stomatit yoki genital zararlanishlar shaklida bo‘ladi [30,36,47,75,79,100] Herpes infeksiyasi qaytalanishining asosiy sababi - immunitetning pasayishidir [12,13,75,99].

Oddiy gerpes virusi bilan dastlabki muloqotdan so‘ng bola organizmi spetsifik antitanachalar ishlab chiqishni boshlaydi. Har bir qaytalanishda bu jarayon davom etadi. Qaytalanishlar soni ortgani sayin, qondagi oddiy gerpes virusiga qarshi antitanachalar titri ham ortadi. Ammo, hatto organizmda

antitanachalar miqdori yuqori bo'lsa ham, bu herpes infeksiyasining qaytalanishini to'liq to'xtata olmaydi.

Agar immunitet yaxshi bo'lsa, "uyqudagi" oddiy herpes virusi bolalarning sog'lig'iga ta'sir qilmaydi. Lekin immunitet keskin pasayganda virus reaktivatsiyalanib, kasallikning qaytalanuvchi shakli yuzaga keladi.

SQGS (surunkali qaytalanuvchi herpes stomatiti) rivojlanishiga yordam beruvchi omil surunkali kasalliklar va yallig'lanishl jarayonlari; immunitet tanqisligi (shu jumladan OITS); avitaminoz; noto'g'ri ovqatlanish (ochlik, qattiq dieta); ayrim dori vositalari (antibiotiklar, immunosupressantlar, glyukokortikoidlar); gormonal buzilishlar; zararli odatlar (chekish, spirtli ichimlik).

Oddiy herpes virusining latent holatdan faol holatga o'tishiga sabab bo'ladigan tashqi va ichki omillar:

- ◆ ortiqcha sovuq qotish;
- ◆ ortiqcha qizib ketish;
- ◆ quyoshda uzoq qolish (insolyatsiya);
- ◆ ultrabinafsha nurlanish;
- ◆ jismoniy zo'riqish;
- ◆ emotsional/psixologik stress;
- ◆ hayz siklidagi fiziologik o'zgarishlar;
- ◆ homiladorlik;
- ◆ isitma;
- ◆ o'tkir respirator virusli infeksiyalar (ORVI);
- ◆ allergik reaksiya;

- ◆ o‘tkir yoki kuchaygan surunkali somatik kasalliklar;
- ◆ stomatologik muolajalar, ayniqsa anesteziya va endodontiya;
- ◆ teri va shilliq qavat jarohatlari

SQGS (surunkali qaytalanuvchi herpes stomatiti) qaytalanish mexanizmlari har bir bemorda SQGS qaytalanishi faqatgina shu odam uchun xos bo‘lgan ma’lum bir qo‘zg‘atuvchi omil ta’siridan keyin sodir bo‘ladi.

Herpes qaytalanishining sabablari bo‘yicha asosiy gipotezalar oddiy herpes virusining statik va dinamik holatini baholashda farq qiladi: oddiy herpes virusining statik holati gipotezasi Virus paravertebral sezuvchi gangliya hujayralarida “uyqudagi” (dormant) holatda mavjud bo‘ladi. Muayyan bir odam uchun xos bo‘lgan trigger (qo‘zg‘atuvchi) omil ta’sirida HSV faollashadi. Virus gangliyadan periferik nervlarning aksonlari bo‘ylab teri va shilliq qavat epiteliy hujayralariga yetib boradi. U yerda oddiy herpes virusi tezda ko‘payishni boshlaydi va klinik belgilar yuzaga chiqadi.

Oddiy herpes virusining dinamik holati gipotezasi HSVning kichik miqdorda ko‘payishi va gangliyadan chiqarilishi doimiy ravishda sodir bo‘ladi. Har kuni virus periferik nerv aksonlari orqali teri va shilliq qavat epiteliyiga yetib boradi. Lekin, to‘qimalarning himoya xususiyatlari (masalan, interferon ta’sirida virusning hujayraga kirishi bloklanadi) HSV ko‘payishiga yo‘l qo‘ymaydi. Bu nazariyaga ko‘ra, asosiy rol immun himoyaga tegishli. Agar immunitet pasaysa, oddiy herpes virusining qaytalanishi sodir bo‘ladi.

3.3 Bolalarda herpesvirus infeksiyasi turlari.

Bolalarda herpesvirus infeksiyasi rivojlanishida turli xil virus turlari ishtirok etadi, ularning o‘ziga xosligi kasallikning klinik manzarasi va prognozini belgilaydi.

Birinchi tur virus (HSV-1) – eng ko‘p uchraydi, u gerpetik stomatit, ekzema, panaritisiy, ensefalit, angina, keratokonyunktivit, lab herpesi va boshqalarni keltirib chiqaradi.

Ikkinchi tur virus (HSV-2) – o‘smirlar jinsiy herpesi, yangi tug‘ilganlarda (neonatal) herpes sababi bo‘lib, tarqalgan (disseminatsiyalangan) shakli bolalar hayoti uchun xavf tug‘diradi. Odatda HSV deganda 1- va 2-tur viruslar (HSV-1, HSV-2) tushuniladi.

Uchinchi tur virus – suvchechak (varicella) sababchisi, uni “suvchechak virusi” deb ham atashadi. Bundan tashqari, u temiratki (herpes zoster) rivojlanishiga olib keladi.

To‘rtinchi tur virus (Epstein-Barr virusi, EBV) – infeksiyon mononuklyoz sababchisi bo‘lib, ayrim o‘smalarning rivojlanishiga ham hissa qo‘shadi.

Beshinchi tur virus (sitomegalovirus) – ko‘pchilikda yashirin shaklda uchraydi va klinik belgilar bermaydi. Ammo homiladorlik davrida onadan yuqishi bolaning hayotiga xavf tug‘diradi, tug‘ma nuqsonlar (ko‘rish, eshitish buzilishi va b.q.)ga sabab bo‘ladi. Erta tug‘ilgan yoki immuniteti past bolalar uchun ortirilgan sitomegalovirus infeksiyasi xavflidir.

Oltinchi tur virus (rozeolovirus) - to‘satdan toshma (rozeola)ni keltirib chiqaradi. U ko‘proq kichik yoshdagi bolalarda xarakterli bo‘lib, boshqa yosh davrlarida kamroq uchraydi.

Yettinchi tur virus – oltinchi turga o‘xshash, kamroq hollarda rozeola sababchisi bo‘ladi. Kattalarda esa surunkali charchoq sindromi rivojlanishida rol o‘ynashi mumkin.

Sakkizinchi tur virus – Kaposhi sarkomasi, limfomalar, Kastleman kasalligi va immunitet yetishmovchiligi bilan bog‘liq boshqa patologiyalar sababchisi hisoblanadi.

Herpes simplex virusi lokalizatsiyalangan yoki umumlashgan, o'tkir yoki qaytalanuvchi shaklda rivojlanishi mumkin. HSV'ni inson organizmidan butunlay yo'q qilish mumkin emas, u nerv tugunlarida uyqu (latent) holatda qoladi va immunitet pasayganda faollashadi.

3.4 Gerpesvirus infeksiyalarining klinik xususiyatlari

Herpetik infeksiyalar quyidagi klinik belgilar bilan namoyon bo'lishi mumkin: tug'ma yoki orttirilgan infeksiya; umumlashgan (disseminatsiyalangan) yoki lokalizatsiyalangan shakl; tipik yoki atipik kechish; yengil, o'rtacha yoki og'ir shakl; teri, shilliq qavatlar, ichki organlar, ko'zlar, asab tizimi zararlanishi.

Suvchechak (Varicella)

Varicella Zoster virusi suvchechak va o'rab oluvchi herpes sababchisi hisoblanadi. Suvchechak deyarli barcha bolalarda uchraydi, eng ko'p 2-7 yosh oraliqida. Yosh kichik bo'lsa, kasallikning kechishi yengilroq bo'ladi. Sog'lom bolalar suvchechak yoki o'rab oluvchi herpesi bor bemorlardan quyidagi davrlarda yuqtirib olishlari mumkin: inkubatsiya davrining oxirgi 24-48 soati, prodromal davr, kasallik avj olishi, oxirgi toshmadan keyingi 3-5 kun. Infeksiya homiladorlik davrida ham yuqishi mumkin. Asosiy belgilari: isitma, intoksikatsiya, terida pufakchali toshmalar (kam hollarda shilliq qavatlarida). Kasallikdan keyin virus butun umr nerv hujayralarida yashirin qoladi va immunitet pasaysa o'rab oluvchi herpesni qo'zg'atishi mumkin.

O'rab oluvchi herpes (Herpes zoster)

O'rab oluvchi herpes suvchechak (varicella Zoster) virusi tufayli rivojlanadi. U ko'proq surunkali kasalligi (diabet, immunodefitsit, yomon sifatli o'sma) bor bolalarda uchraydi. Kasallikni stress, homiladorlik, nur terapiyasi, antibiotiklar, gormonal dorilar ham qo'zg'atishi mumkin. Kasallikni birinchi klinik belgilari:

umumiy ahvolning yomonlashuvi, tana haroratining ko'tarilishi, bir tomonda qattiq og'riqli nevrалgiya (qovurg'a oralig'i, uch shoxli nerv bo'ylab), qichishuvchi, shishgan pushti dog'lar, keyin pufakchalar paydo bo'ladi, limfa tugunlari kattalashadi. 6-8 kundan keyin pufakchalar qobiq bilan qoplanadi. Qobiq tushgandan keyin pigment dog'lar va og'ir davolanuvchi postgerpetik nevrалgiya qolishi mumkin.

Jinsiy herpes (Genital herpes)

Genital herpes HSV-2 tufayli kelib chiqadi. O'smirlar jinsiy aloqaga kirishganda yoki jinsiy zo'ravonlik qurboni bo'lgan bolalarda uchrashi mumkin. Asosiy belgi - jinsiy a'zolar sohasida pufakchali toshmalar.

HSV-2 homiladorlikda onadan yuqib, homilaning o'limi yoki rivojlanishida og'ir nuqsonlarga sabab bo'lishi mumkin; tug'ruq vaqtida yuqsa – neonatal herpes rivojlanadi. Neonatal herpes shakllari: Disseminatsiyalangan (umumlashgan) – bakterial sepsisga o'xshash og'ir jarayon, hayotiy organlar (miya, jigar, o'pka) zararlanishi, yuqori o'lim xavfi. Ko'pincha bolalarning teri va shilliq qavatida tipik gerpetik toshmalar rivojlanadi

Neonatal herpesning serebral shakli - markaziy asab tizimi zararlanishi bilan kechib, gerpetik ensefalit keltirib chiqaradi. Gerpetik ensefalitning tipik simptomlari - isitma, tutqanoq, hushning pasayishi yoki qo'zg'aluvchanlik.kasallik bolaning hayotiga katta xavf tug'diradi.

Neonatal herpesning lokalizatsiyalangan formasi - teri, og'iz va ko'zlarda tipik vezikulyar toshmalar paydo bo'lishi bilan rivojlanadi va bolaning bir yoshigacha qaytalanishi mumkin. Ko'z zararlansa – ko'z gavhari yarasi, ko'ruv nervi atrofiyasi, hatto ko'rlik yuzaga keladi. Aniq davo choralari ko'rilmasa, jarayonning umumlashishi va turli asoratlar yuzaga kelishi mumkin.

Epstein-Barr virusi (EBV) infeksiyasi

Epstein-Barr virusi (EBV, IV tip herpes virusi) bolaga quyidagicha yuqishi mumkin: o'pich vaqtida bemor tupugidan (o'pish kasalligi), havo-tomchi yo'li, o'yinchoqlar, idish-tovoq, kiyim-kechak orqali, qon quyish, transplantatsiya, jinsiy aloqa. Epstein-Barr virusi bilan vertikal yo'l orqali zararlanish homiladorlik davrida – homila nuqsonlari va o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

Epstein-Barr virusi asosiy klinik ko'rinishi – sistemali yaxshi va yo'mon sifatli limfoproliferativ jarayoni hisoblanadi. Epstein-Barr virusi avval halqum limfoid to'qimalariga kiradi, so'ng butun limfa tizimiga tarqaladi. EBV DNK'si B-limfotsitlarni doimiy ko'payishga majbur qiladi ("B-limfotsitlarning o'lmasligi" fenomeni). Epstein-Barr virusi aktivlanishi - bolaning gumoral va hujayraviy immunitetini pasaytiruvchi omiollar ta'sirida ro'y beradi.

EBV infeksiyasi quyidagi kasalliklarning sababi bo'lishi mumkin: infeksiyon mononuklyoz, nazofaringeal karsinoma, Berkitt limfomasi, interstitsial pnevmoniya, gepatit, "sochli" leykoplakiya, surunkali charchoq sindromi va boshqalar.

Sitomegalovirus (STMV) infeksiyasi

Sitomegalovirus (STMV, V tur herpes virusi) homila uchun eng xavfli viruslardan biri. Homiladorlik davrida yuqsa – homilaning o'limi yoki og'ir tug'ma nuqsonlarga olib keladi. Tug'ilgandan keyin sitomegalovirus bilan zararlanish: ba'zan belgisiz o'tadi, ba'zida yengil shamollash kabi belgilar beradi, og'ir hollarda - ichki organlar (jigar, buyrak, o'pka) zararlanadi, ko'plab bolalarda nevrologik va psixomotor buzilishlar rivojlanadi. Biroq, infeksiyaning simptomsiz kechishi ko'plab bolalarda neyrosensor va psixomotor buzilishlarga olib keladi. Immuniteti past bolalarda sitomegalovirus og'ir kechib, umumlashgan shaklda hayotiy organlarni zararlaydi.

Sitomegalovirus odamning barcha a'zolarida, to'qimalari va suyuqliklari (qon, siydik, so'lak, sperma, homila suyuqligi, sut va b.q.) tarkibida bo'ladi. Bolalar havo-tomchi, kontakt, jinsiy, to'qima va organlar transplantatsiyasi, qon va uning tarkibini transfuziyasi vaqtida vertikal, parenteral yo'l bilan zararlanishi mumkin. Bolada kuchli immunitet bo'lsa, virus uyqu holatida qoladi va bola virus tashuvchi hisoblanadi. Immunitet pasayganda esa STMV faollashadi.

Rozeola

Rozeola (psevdoqizilcha, to'satdan toshma) – 6- va 7-tur herpesviruslari sabab bo'ladigan infeksiyon kasallikdir. Asosan kichik yoshdagi bolalarda uchraydi va xavfli emas. Rozeolaning asosiy klinik belgilari: uch kun davomida isitma (tana harorati 39°S gacha ko'tariladi), isitma tushgach, orqa, ko'krak va qorin terisida pushti dog'lar paydo bo'ladi (3-5 mm), dog'lar 2 kun ichida butunlay yo'qoladi

3.5. 1- va 2-tip oddiy herpes viruslarining xususiyatlari

Herpes infeksiyasi - bu herpesviruslar oilasiga mansub DNK saqllovchi oddiy herpes virusining birinchi va ikkinchi turlari tufayli kelib chiqadigan kasallikdir. Sog'lom bolalar herpes infeksiyasi bilan kasallangan bemorlardan yuqtiradilar.

HSV-1 odatda yuz, bosh, qo'l, oyoq, bo'yin, ko'krak va orqa terisini, markaziy asab tizimini, og'iz, burun va ko'z shilliq qavatlarini zararlaydi. HSV-2 asosan urogenital yo'llar shilliq qavati, jinsiy a'zolar terisi va oraliq sohasini zararlaydi. Herpetik stomatitni keltirib chiqaruvchi har ikkala tur ham genom tuzilishi bo'yicha o'xshash, ammo himoya qobig'i tuzilishi bilan farqlanadi.

Oddiy xona harorati va namlikda HSV-1 24 soatgacha faol va yuqumli bo'lib qoladi. Metall yuzalarda (tanga, eshik tutqichi, kran va h.k.) - 2 soatgacha, bemor so'lagidan bolalar terisiga tushganda - 1 soatgacha saqlanadi. Nam steril tibbiy materiallarda (paxta, bint, doka) qurib qolmaguncha, 6 soatgacha yashaydi. Hojatxona va hammomdagi ho'l yuzalarda 3-4 soatgacha saqlanadi. Past haroratda

5 kungacha faol, muzlatish va qayta muzlatishga chidamli, ultratovushga sezgir emas. Ultrabinafsha nurlanishi va yuqori harorat (50-52°C da 30 daqiqada), shuningdek antiseptiklar (formaldegid, fenol) va efir HSV-1 ni tezda yo'q qiladi. Nam muhitda HSV-1ning uzoq yashashi bolalar muassasalarida herpes kasalliklari o'choqlarini keltirib chiqarishi mumkin.

HSV-2 tashqi muhitda kam chidamli bo'lib, odatda faqat bevosita aloqada yuqtiriladi. Viruslarning xususiyatlari o'tkir herpes stomatiti klinik ko'rinishini belgilaydi. HSV-1 va HSV-2 ning teri va shilliq qavatlarga, limfa va asab to'qimalariga tropizmi mavjud. Shu tufayli herpes infeksiyasining tipik belgilari: teri va shilliq qavatlarda pufakchali toshmalar, limfadenit, HSV ning asab tolalari bo'ylab tarqalishi va nerv tugunlarida saqlanishi, kasallik davomida markaziy asab tizimi buzilishlari.

Viruslar ta'sirida organizmning ivish va ivishga qarshi tizimlari muvozanati buzilishi mumkin. Bu kichik kapillyarlarda tromboz (to'qimalarda mikronekrozga olib keladi) yoki tish milki, og'iz shilliq qavati va burundan qon ketishi bilan namoyon bo'ladi. Oddiy herpes virusi bolaning immun tizimini susaytiradi: interferon va lizozim ishlab chiqarilishi kamayadi, fagotsitlarning faolligi pasayadi va boshqa immunosupressiya belgilarini keltirib chiqaradi.

Herpes infeksiyasi turli klinik ko'rinishga ega bo'lishi mumkin. Bolalar oddiy herpes virusiga eng sezgir davr - 6 oydan 3 yoshgacha, ammo undan kichik va katta yoshda ham kasallanishi mumkin. Bundan tashqari, tug'ma herpes infeksiyasi ham uchraydi. Olingan herpes infeksiyasi birlamchi, latent yoki ikkilamchi (qaytalanuvchi) shaklda kechadi. Kasallik ko'rinishlari lokalizatsiyalangan yoki umumlashgan bo'lishi mumkin. Oddiy herpes virusi organizm bo'ylab gematogen, limfogen, neyrogen yo'llar orqali tarqaladi. Herpes zararlanishlari terining istalgan qismida, ovqat hazm qilish yo'llari, og'iz, burun, jinsiy a'zolar, ko'z shilliq qavatida, nerv tolalari va tugunlarida, ichki a'zolarida

paydo bo'lishi mumkin. Oddiy herpes virusi hatto onkologik kasalliklar rivojlanishiga omil bo'lishi mumkin.

Bolalarda HSV-1 bilan birlamchi infeksiya odatda erta yoshda rivojlanadi. Eng ko'p uchraydigan davr - 2–3 yosh, ya'ni emizish to'xtatilgandan keyin, onadan o'tgan immun omillar yo'qolgach. Sun'iy oziqlantirilgan bolalarda herpes infeksiyasi yangi tug'ilgan davrdan kuzatilishi mumkin.

Bolalarda birlamchi herpes infeksiyasi HSV-1 yoki HSV-2 bilan chaqiriladi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda (umumlashgan herpes, ensefalit), erta va maktabgacha yoshdagi bolalarda (teri va shilliq qavat herpesi, gerpetiform ekzema va b.) uchraydi. O'smirlik davrida birlamchi infeksiya ko'pincha HSV-2 bilan bog'liq. Ko'plab bolalarda birlamchi infeksiya belgilersiz kechadi. Ikkilamchi, qaytalanuvchi herpes infeksiyasi odatda teri va shilliq qavat herpesi, ko'z herpesi va genital herpes bilan chegaralanadi.

4. BOLALARDA YUQORI YUZ-JAG' SOHASIDA GERPES INFEKSIYASINING KLINIK MANZARASI

Yuz-jag' sohasida bolalarda turli xil gerpetik infeksiya belgilarini ko'rish mumkin: suvchechak, o'rab luvchi herpes va boshqalar. Ammo odatda uchraydiganlari - o'tkir gerpetik stomatit (O'GS), surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit (SQGS) va lab herpesidir. O'n marta ko'rib chiqilgan xalqaro kasalliklar tasnifi (XKT-10) bo'yicha bu kasalliklar quyidagi kodlarga kiradi: B00.1 – Gerpetik pufakli dermatit (yuz oddiy herpesi - B00.1, lab oddiy herpesi - B00.11) va B00.2 – Gerpetik gingivostomatit va faringotonsillit (B00.2X - gerpetik gingivostomatit) O'GS, SQGS va lab herpesi qo'zg'atuvchisi ko'pincha 1-turdagi OGV, kam hollarda 2-turdagi herpes viruslari bilan bog'liq bo'ladi.

4.1. O'tkir gerpetik stomatit

O'tkir gerpetik stomatit kechishi bir necha bosqichlardan iborat: inkubatsiya davri, prodromal davr, kasallik avj olishi (giperemiya bosqichi va toshmalar bosqichi), susayish davri va klinik sog'ayish. Inkubatsiya davri odatda 2 kundan 2 haftagacha davom etadi. Inkubatsiya davri qancha qisqa bo'lsa, kasallik shuncha og'ir kechadi. Boshlanishi keskin (prodromasiz) yoki asta-sekin, O'RVI (shamollash)ga o'xshash belgilar bilan bo'lishi mumkin. Ko'pincha bolalar loqaydlik, asabiylik, isitma, so'lak oqishi, ovqatlanishdan bosh tortish, qonashga moyil milk, og'iz bo'shlig'ida pufakchali toshmalar bilan boshlanadi.

O'tkir gerpetik stomatitning engil shakli odatda prodromal belgilersiz boshlanadi. O'rtacha og'ir shaklda prodromal davr 1-2 kun davom etadi, tomoq og'rig'i, burun oqishi va tana haroratining subfebril sonlarga ko'tarilishi sifatida namoyon bo'ladi. O'tkir gerpetik stomatit og'ir shakli 3-5 kunlik prodromal davr bilan boshlanadi, ORVI va faringitning og'ir belgilari, tana haroratining 38-39⁰ gacha ko'tarilishi, markaziy asab tizimi, yurak-qon tomir va ovqat hazm qilish

tizimlarining funksional buzilishlari (bosh og'rig'i, mushak og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, taxikardiya yoki bradikardiya, yurak tonlarining bo'g'ilishi, va hokazo.) bilan davom etadi.

Kasallikning avj olish davrida eng yorqin klinik ko'rinishda bo'lib, kasallikning og'irligiga qarab asosiy alomatlar namoyon bo'ladi. Gerpetik infeksiyaning tipik belgilari: isitma, umumiy holsizlik, ovqatdan bosh tortish, mahalliy limfa tugunlarining kattalashuvi, milklardan qon ketish va giperemiyasi, vesikulyar toshmalar og'iz shilliq qavatida - aftaga, lablarning qizil hoshiyasi va terida - qobiqlarga o'tadi. Og'ir o'tkir gerpetik stomatit boshqa organlar va tizimlarning shikastlanishi, gerpetik infeksiyani umumlashgan shakli bilan birga davom etishi mumkin.

O'tkir gerpetik stomatitning og'ir shakli bilan og'rigan bolalarda limfadenit bilan birga davom etuvchi bir yoki ikkala ko'zda gerpetik keratokonyunktivit rivojlanishi mumkin. Konyunktiva va skleraning shishishi rivojlanadi, ko'z qovoqlarida seroz yoki gemorragik tarkibli vesikulyar toshmalar paydo bo'ladi. Ba'zan, daraxtsimon keratit rivojlanadi, bu olachipor xiralik va ko'z shox parda tushgan sezgirlik kamayishi, ko'rish yomonlashishiga olib keladi.

O'tkir herpes infeksiyasida bo'lgani kabi, ko'pincha qaytalanuvchi herpesda ham ba'zan lab herpes kuzatiladi. Dudoqlardagi toshmalardan oldin lablarning qizil chegarasi sohasida og'riq, yonish, qichishish hissi paydo bo'lishi mumkin, pufakchali toshmalar guruhlanadi, ekssudat quritilganidan keyin qobiq hosil bo'ladi (agar bola qobiqlarni yulib tashlasa, eroziya hosil bo'ladi).

Kamdan kam hollarda bolalarda gerpetik infeksiyaning og'ir kechishi ichki organlarning shikastlanishi, gerpetik pnevmoniya, pankreatit, progressiv ezofagit, kolit, gepatit, nefrit va boshqalar bilan murakkablashadi (tegishli kasalliklar uchun odatiy simptomlar bilan). Asab tizimining gerpetik infeksiyasi eng og'ir asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin: nevrologik kasalliklar, seroz meningit, ensefalit yoki ularning kombinatsiyasi (meningoensefalit), bu o'lim bilan tugashi yoki bolalarning

nogironligiga olib kelishi mumkin. Neyrodermit bilan aziyat chekuvchi bolalarda gerpetik ekzema rivojlanishi mumkin.

Bolalarda gerpetik infeksiyani generalizatsiyasi belgilaridan biri bu jinsiy a'zolarning gerpetik shikastlanishidir. Genetal organlarning shikastlanish belgilari: achishish, siyish paytida og'riq; mahalliy limfa tugunlarining kattalashishi; chot o'rtasi terisida, sonlarda, jinsiy a'zolarning terisi va pardalarida vezikulyar toshmalar. Qorinning pastki qismida, pastki orqa va krestsimon sohada og'riq bilan xaarakterlanadi. Genetal herpes kelajakda homiladorlik va tug'ish patologiyasi bo'lgan qizlar uchun xavflidir.

Gerpetik infeksiyani generalizatsiyasi - bolalarda immunitet tanqisligi sharoitlari fonida, shuningdek, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda rivojlanadi. Tananing intoksikatsiyasi belgilari yuzaga keladi, xususan, butun tana terisida, og'iz shilliq pardalarida, halqum va qizilo'ngachda, burunda, perianal sohada ko'plab toshmalar toshadi, jigar va taloq hajmini oshadi, poliadenopatiya, dispepsiya, konvulsiyalar rivojlanadi.

Gerpetik infeksiyaning so'nish davrida bolalarning umumiy holati yaxshilanadi, tana harorati asta-sekin normallashadi, teri va shilliq pardalardagi toshmalar toshishi tugaydi va kasallikning boshqa barcha belgilari yo'qoladi. Klinik tiklanish davrida kichik alomatlar saqlanib qolishi mumkin (limfadenit, gingivitning qoldiq alomatlari) va immunitetni pasayishining klinik va laboratoriya xususiyatlari saqlanib qolishi mumkin.

Immunitet doimiy tanqis bo'lgan bolalarda gerpetik infeksiyaning qaytalanishi, odatda immunitetning pasayishi bilan rivojlanadi. Qaytalanuvchi gerpetik toshmalar bolalarda, ko'pincha og'izning shilliq qavatida va lablarning qizil chegarasida, kamroq yuz terisida va boshqa joylarda paydo bo'ladi. Toshmalar paydo bo'lishidan oldin bolalar qichishish va achishish, terining qizarishiga shikoyat qilishlari mumkin, lablarning qizil chegarasi, og'iz shilliq qavatidabu hodisalar hali kuzatilmaydi. Pufakli guruhlangan toshmalar og'iz,

lablar, burun qanotlari, og'iz oldi sohasida, shuningdek, ko'z qovoqlari, qo'llar, ko'krak, dumba va jinsiy a'zolarida paydo bo'lishi mumkin. Vesikulalar shaffof seroz, tiniq bo'lmagan fibrinoz yoki qizg'ish gemorragik ekssudat bilan to'ldirilgan giperemik asosda paydo bo'ladi. Kasallikning takroriy shakli bo'lgan bolalarning umumiy holati o'tkir gerpetik infeksiyaga qaraganda kamroq azoblanadi. Toshma bartaraf etilgandan so'ng, terida pushti nuqta qoladi, bu asta-sekin normal rangga ega bo'ladi.

O'tkir gerpetik stomatitning yengil shakli

O'tkir gerpetik stomatitning yengil shakli uzoq inkubatsiya davri va prodromal belgilarining yo'qligi bilan xarakterlanadi. Dastlab bolaning tana harorati subfebril darajaga ($37.0-37.5^{\circ}\text{C}$) ko'tariladi. Og'iz bo'shlig'ida milklarning shishi va qizarishi kuzatiladi, 0,5-1 kun davomida oldingi sohalarda (og'iz dahlizi shilliq qavati, til uchida, yonoqlarda, og'iz burchaklarida) yakka yoki guruhlangan pufakchalar (umumiy soni 1-5 ta) paydo bo'ladi. Ba'zi bolalarda bir tomonlama pastki jag' osti limfa tugunlarining kattalashishi mumkin.

Kasallikning avj olish davri umumiy hisobda 1-1,5 kun davom etadi. Pufakchalar o'rnida aftalar hosil bo'ladi. Aftalar kichik, yumaloq va biroz og'riqli bo'ladi. O'tkir gerpetik stomatitning yengil shaklda bolaning umumiy ahvoli, uyquasi va ishtahasi odatda buzilmaydi. Kasallik so'nish davrida (1-3 kun) aftalar epitelizatsiyalanadi: giperemiya halqasi, marmar rang tuslanish, chegaralarining xiralashishi kuzatiladi. Kataral gingivit va limfadenit simptomlari asta-sekin yo'qoladi. Aftalar epitelizatsiyasidan so'ng, klinik sog'ayish davrida barcha belgilar barham topadi. Laborator tekshiruvlarda (qon, siydik, me'da shirasi) kasallikning boshida o'zgarishlar bo'lmaydi, oxirida esa limfotsitlar miqdorining oshishi kuzatilishi mumkin. Kasallikning umumiy davomiyligi odatda 3-4 kundan oshmaydi. Chunki bolaning tana harorati qisqa va past darajada ko'tariladi, umumiy ahvoli buzilmaydi, aftalar soni kam, ular og'riqsiz va tez bitadi. Ota-onalar bunday bolalarni kam hollarda stomatolog qabuliga olib boradilar. Yakka

toshmalar paydo bo'lganda esa, kasallik ko'pincha oddiy jarohat sifatida qabul qilinadi.

O'rtaog'ir shakldagi o'tkir gerpetik stomatit

O'tkir gerpetik stomatitning o'rtaog'ir shakli bolalar stomatologiya amaliyotida eng ko'p uchraydi. Inkubatsiya davrning davomiyligi 7-10 kunni tashkil etadi. Prodromal davr (1-2 kun) intoksikatsiya simptomlari bilan namoyon bo'ladi: umumiy ahvolning yomonlashishi, ishtahaning pasayishi, zaiflik, loqaydlik yoki injiqlik, tana haroratining $37.0-37.5^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi. O'RVI yoki kataral angina belgilarini, ikki tomonlama pastki jag' osti limfadenitini kuzatish mumkin.

Kasallikning avj olish davrida, 1-2 kun davomida kataral yallig'lanish bosqichi kuzatiladi: tana harorati $38.0-38.5^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tariladi, markaziy asab tizimi intoksikatsiyasi (ko'ngil aynishi, bosh og'rig'i, mushak og'rig'i), kataral gingivit, limfadenit belgilarini namoyon qiladi. Toshmalar bosqichida 2-3 kun davomida har kuni 5-10 tadan guruhlangan pufakchalar og'iz bo'shlig'ining turli joylarida (og'iz dahlizi, lablar, til, lunjlar, yumshoq va qattiq tanglay) paydo bo'ladi (patologik elementlarning umumiy soni 30 tagacha yetishi mumkin). Toshmalar bodomsimon bezlar va halqum shilliq qavatida, yuz terisida, lab chetlari atrofida va qizil lab hoshiyasida, barmoqlarda ham uchrashi mumkin. Har bir toshmadan oldin tana harorati ko'tariladi, toshma chiqqach esa harorat biroz tushadi, lekin subfebril darajada saqlanib qoladi. So'lak ajralishi kuchayadi, so'lak quyuv va qon aralash bo'ladi (milklarning kuchli qonashiga bog'liq). Eroziv-yarali gingivit rivojlanadi. Bolaning umumiy holati ikkilamchi toksikoz kuchayganidan dalolat beradi: ishtaha pasayadi, uyqu buziladi, bezovtalik, bola injiq yoki loqayd bo'ladi, organizm suvsizlanish belgilari kuzatiladi. Pufakchalar o'rnida keskin og'riqli aftalar hosil bo'ladi, ular qo'shilganda notekis chekkali eroziyalarga aylanadi. Laborator tekshiruvlarda: eritrotsitlarning cho'kish tezligi (EChT) 20 mm/soatgacha oshadi, leykopeniya, ba'zan leykotsitoz, qon formulasida chapga

siljish kuzatiladi. So‘lakda lizosim va interferon miqdori kamayadi. Me‘da shirasi tekshirilganda esa giposekresiya yoki ahamiyatsiz o‘zgarishlar aniqlanadi.

Kasallik so‘nish davrida (2-5 kun) tana harorati subfebril, keyin normal darajaga tushadi, aftalar epitelizatsiyalanadi, milklarning holati yaxshilanadi. Bolaning umumiy ahvoli, uyqu va ishtahasi tiklanadi, lab chetida va teridagi toshmalar yo‘qoladi. Klinik sog‘ayish davrida og‘iz shilliq qavati va teridagi barcha elementlar butunlay epitelizatsiyalanadi, milk va limfa tugunlari normallashadi, ammo bir muddat qon tarkibida, me‘da shirasi sekresiyasida o‘zgarishlar va immunosupressiya belgilarini saqlanishi mumkin. Kasallikning davomiyligi 7-14 kun bo‘lib, bu bolaning organizmi reaktivligiga, davolashning o‘z vaqtida va samarali o‘tkazilishiga bog‘liq.

O‘tkir gerpetik stomatitning og‘ir shakli

O‘tkir gerpetik stomatitning inkubatsiya davri qisqa bo‘ladi (1-3 kun), ba‘zan 6 kungacha ham cho‘zilishi mumkin. Prodromal davr kuchli infeksiyon kasallik boshlanishiga o‘xshaydi va markaziy asab tizimi intoksikatsiyasining yaqqol simptomlari bilan namoyon bo‘ladi: tana harorati 38°C, ko‘ngil aynishi, bosh og‘rig‘i, mushak va bo‘g‘imlarda og‘riq, loqaydlik, sustlik yoki injiqlik. Qusish, yurak-qon tomir tizimi faoliyatining buzilishi (yurak tovushlarining pasayishi, bradikardiya yoki taxikardiya) ham kuzatilishi mumkin. Har doim O‘RVI belgilariga o‘xshash simptomlar bo‘ladi: burun oqishi, tomoq qizarishi va og‘rishi, yo‘tal.

Kasallikning avj olish davri (7-9 kun davom etadi) - kataral yallig‘lanish bosqichi 2-3 kun saqlanadi, tana harorati febril darajaga (39-40°C va undan yuqori) ko‘tariladi. Bolaning umumiy ahvoli og‘ir, O‘RVI simptomlari davom etadi, og‘iz shilliq qavati giperemiyalangan, shishgan, kataral gingivit, lablarning qizarishi va qurishi kuzatiladi. Barcha bolalarda pastki jag‘ osti, iyak va bo‘yin limfa tugunlari ikki tomonlama kattalashadi va paypaslaganda og‘riqli bo‘ladi.

Toshmalar davri 5-6 kun davom etadi, bu vaqt ichida har kuni og‘izda yangi pufakchali toshmalar paydo bo‘ladi, ularning soni 100 tagacha yetishi mumkin. Kasallik to‘lqinsimon kechadi: har bir toshmadan oldin bolaning tana harorati ko‘tariladi, keyin qisqa muddatga biroz tushadi, so‘ng yana febril darajaga ko‘tarilib, yangi to‘lqin toshmalar paydo bo‘ladi. Og‘izdagi pufakchalar tez ochilib ketadi, ularning o‘rnida aftalar qo‘shilib, fibrinoz qoplam bilan qoplangan keng eroziya yuzalarini hosil qiladi. Zararlangan joylarda keskin og‘riq bo‘ladi, bola ovqat yemaydi, ichmaydi, gaplashmay qo‘yadi.

Pufakchali toshmalar odatda guruhlangan holda yuz terisida, bosh terisida, og‘iz atrofida, lablarning qizil hoshiyasida, qovoq terisida, barmoqlarda va tananing boshqa qismlarida, shuningdek ko‘z, burun va boshqa shilliq qavatlarda ham paydo bo‘ladi. Og‘iz bo‘shlig‘i va terida bir vaqtning o‘zida turli bosqichdagi toshmalarni kuzatish mumkin: yangi paydo bo‘lgan pufakchalardan tortib, epitelizatsiya bosqichidagi elementlargacha.





1-rasm. O'tkir gerpetik stomatit

Lablarida pufakchalar o'rnida qonli qobiqchalar hosil bo'ladi. Kataral gingivit eroziyal-yarali shaklga o'tadi, milk so'rg'chlari, milkning retromolyar sohasi nekrozga uchraydi. Bolaning og'zidan o'tkir sassiq hid keladi. Milklar juda og'riqli va qonaydi, burundan qon ketishi kuzatiladi. So'lak oqishi kuchayadi, so'lak yopishqoq, qon aralashgan bo'ladi va og'izdan oqadi. Nafas yo'llari, burun shilliq qavati va ko'zlardagi yallig'lanish hodisalari kuchayadi. Qonda leykotsit formulasining chapga siljishi, leykopeniya, eozinofiliya va ayrim plazma hujayralar paydo bo'ladi. So'lakda kislotalilik ortadi, lizozim va interferon miqdori keskin kamayadi. Oshqozon shirasi tekshirilganda anasid holat aniqlanadi. Siydikda oqsil miqdori oshadi.

Bolalarning umumiy ahvoli og'ir bo'lib, zudlik bilan kasalxonaga yotqizishni talab qiladi. Ensefalit, sepsis va boshqalar kabi asoratlar rivojlanishi mumkin.

Kasallikning soʻnish davri uzoq davom etadi, 7-14 kun. Bu davr tana haroratining asta-sekin subfebril darajagacha tushishi, ogʻizdagi aftalar va eroziyalar epitelizatsiyasi, lablarning qizil chegarasida, terida va boshqa shilliq pardalarda toshmalarining yoʻqolishi, milklar hamda bolaning umumiy ahvoli yaxshilanishi bilan tavsiflanadi. Lymphadenit va gingivit belgilari, qon, soʻlak, siydikdagi oʻzgarishlar saqlanib qoladi.

Klinik sogʻayish davrida tana harorati meʼyorlashadi, milklardagi patologik oʻzgarishlar asta-sekin tiklanadi, limfadenit oʻtib ketadi va organizmning barcha fiziologik hamda immunologik koʻrsatkichlari uzoq muddatga normallashadi. Oʻtkir gerpetik stomatitning ogʻir shakliing umumiy davomiyligi 21-28 kunni tashkil etadi. Hatto sogʻaygandan keyin ham bolaning immuniteti pasaygan holda qoladi.

Oʻtkir gerpetik stomatitni boshdan kechirgan bolalar virus tashuvchiga aylanadi yoki surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit yoki lab herpesiga chalinadi. Bolalarda ogʻir shakldagi gerpetik stomatit asoratlari va herpes infeksiyasining umumlashuvi bilan kechishi mumkinligi sababli, davolash jarayoni infeksiyalar, pediatrlar, bolalar stomatologlari, immunologlar va boshqa mutaxassislarining sifatli hamkorligida shifoxona sharoitida olib borilishi lozim.

4.2. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit

Yuz-jagʻ sohasi surunkali gerpetik infeksiyasi koʻproq HSV-1 tufayli yuzaga keladi, HSV-2 esa kamroq uchraydi. Bu kasallik qaytalanib turishi bilan xarakterlanadi, bunda ogʻiz shilliq qavati, lablar va yuz terisida pufakchali toshmalar paydo boʻladi [60, 65, 96, 98]. Oʻtkir gerpetik stomatitni (OʻGS) boshdan kechirgan bolalarning taxminan 12,7-20,0% ida, kasallikdan keyingi dastlabki yillarda rivojlanadi. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit (SQGS) odatda toʻrt yoshdan katta bolalarda uchraydi, bu esa umumiy va mahalliy

immunitet shakllanishining o'ziga xosligi bilan bog'liq. Kichik yoshda immunitet darajasi past bo'lgan bolalarda gerpetik infeksiyaning qaytalanuvchi shakllari rivojlanishi mumkin. Ota-onalarni so'rab-surushtirish jarayonida - bolalarda ekssudativ diatez mavjudligi, yaqin qarindoshlaridan biri yoki ikkitasida surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit borligi aniqlanadi.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning og'irligi yil davomida qaytalanuvchi herpes infeksiyasi soni bilan belgilanadi. Kasallikning yengil shaklida yiliga 1-2 marta qaytalanadi va umumiy intoksikatsiya belgilari kuzatilmaydi. Og'iz shilliq qavatida paydo bo'lgan bir necha pufakchalar tez ochilib, biroz og'riqli aftalarga aylanadi va tez epitelizatsiyalanadi. O'rtacha og'irlikdagi Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitda bolalarda yiliga 3-4 marta qaytalash kuzatiladi, bunda umumiy intoksikatsiya belgilari noaniq bo'ladi.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning og'ir shaklida esa qaytalash tez-tez, yiliga 5-6 marta yoki undan ham ko'p sodir bo'ladi [29, 102]. Kasallikning doimiy qaytalanuvchi (persistent) shakli ham rivojlanishi mumkin, bunda aftalar epitelizatsiya qilayotganida yangi toshmalar paydo bo'ladi. Kichik yoshli bolalarda umumiy ahvol yomonlashadi (tana haroratining ko'tarilishi, ishtaha yo'qligi va h.k.). Immuniteti past bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit og'irroq kechadi [40].

Asab tugunlarida doimiy saqlanib turuvchi HSV juda kam hollarda o'z-o'zidan faollashadi. Ko'p hollarda virusning reaktivatsiyasi va gerpetik infeksiya qaytalanishi kuz faslida, ya'ni turli qo'zg'atuvchi omillar ta'sirida ro'y beradi (o'tkir virusli, bakterial va somatik kasalliklar, dori-darmonlar, sovuq urishi, jismoniy va emotsional zo'riqish, gormonal buzilishlar, immunosupressiya va boshqalar). Yozda esa asosiy omillar – issiq urishi va quyosh nurlanishi (insolyatsiya) hisoblanadi. Shuningdek, ovqat paytida og'iz shilliq qavatining shikastlanishi, bolalarning lab, lunj va tilini tishlash yomon odatlari sabab, tirnoqlarini tishlash, qalam va boshqa buyumlar bilan jarohatlash surunkali

qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishini qo'zg'atadi. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning kuchli qo'zg'atuvchilaridan biri – stomatologik davolash bo'lib, ayniqsa in'eksion anesteziya va endodontik muolajalar sabab bo'lishi mumkin. Kosmetik muolajalar ham herpes qaytalanishiga yordam beradi. Shikastlanishlar asab uchlarini qo'zg'atib, neyronlarda HSV ko'payishini reflektor tarzda faollashtiradi va gerpetik infeksiyaning qaytalanishiga olib keladi.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit ko'proq immuniteti pasaygan, turli xil surunkali somatik kasalliklarga chalingan bolalarda rivojlanadi. Chernobil atom elektrostansiyasi avariyasi oqibatida radionuklidlar bilan ifloslangan hududlarda doimiy yashovchi bolalarda gerpetik infeksiya keng tarqalganligi aniqlangan.

Ko'plab bolalarda gerpetik stomatit qaytalanishi oldidan va qaytalash davrida tana harorati ko'tariladi, ba'zilarida esa umumiy ahvol belgilarining ifodalanishi kuchsiz bo'ladi. Odatda, kichik yoshdagi va maktabgacha yoshdagi bolalarda birinchi qaytalanishlar umumiy intoksikatsiya belgilari bilan turlicha darajada namoyon bo'ladi. Maktab yoshida esa antiviral antitanachalar yig'ilishi kuzatiladi, bu esa surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning qaytalashlari vaqtida umumiy ahvolning buzilish og'irligini kamaytirishi mumkin.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishida og'iz shilliq qavatida giperemiyalangan asosda pufakchalar hosil bo'ladi, ular tezda yuzaki nekroz o'choqlariga – aftalarga (eroziya) aylanadi (2-rasm).



2-rasm. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitdagi aftalar

Gerpes qaytalanuvchi toshmalarining aniq joylashuvi bilan xarakterlanadi, ya'ni har safarr qaytalanishda toshmalar aynan bir joyda paydo bo'ladi. Toshmalar ko'pincha guruhlangan holda, lablar, til, lunj shilliq qavatida joylashadi, ko'p sonli toshmalar esa kam uchraydi. Gingivit kamdan-kam rivojlanadi. Mahalliy limfa tugunlarining kattalashishi va og'riqli bo'lishi ba'zida toshmalardan oldin kuzatiladi [1, 25, 35, 36, 39, 43, 56, 103].

2016-2018-yillarda Buxoro viloyat bolalar stomatologiya klinikasida surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitdagi aftalar bilan og'rigan 189 nafar bolaning ota-onalarini so'rab-surushtirish anketa natijalarida quyidagi qonuniyatlar aniqlandi. Aksariyat bolalarda gerpetik stomatit qaytalashlari muntazam ravishda kuzatilgan (96,8% hollarda), faqat 3,2% bolada lab gerpesi kuzatilgan, og'izdagi shikastlanish esa birinchi marta paydo bo'lgan. Ko'p hollarda bolalarda gerpetik stomatit qaytalanishi yiliga 4 martagacha (49,2%) sodir bo'lgan, bu surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning o'rtacha og'ir shakliga to'g'ri keladi. So'ralganlarning qariyb uchdan bir qismida (30,2%) qaytalanishlar kam bo'lgan (yiliga 1-2 marta, SQGSning yengil shakli). Og'ir surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit esa (yiliga 4 va undan ko'p marta qaytalanish) 20,6% bolalarda uchragan.

Faqat yarim hollarda (54,5%) ota-onalar gerpetik stomatitning qaytalanishi bolalarda boshqa biror kasallik fonida sodir bo'lganini ko'rsatgan, 45,5% esa qaytalash mustaqil holda yuz berganini bildirgan. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitli bolalarning 24,3% ida qaytalanish antibiotik qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan, qolgan bolalarda esa antibakterial davolash qilinmagan.

4.3 Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning klinik belgilari

Kichik yoshdagi bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishi davridagi klinik ko'rinish o'tkir gerpetik stomatit klinikasiga o'xshaydi, ammo yengilroq kechadi. Qaytalashdan oldin va/yoki qaytalash davrida bolalarda tana harorati 37,5-38,5°C gacha ko'tariladi, ammo bu qisqa muddat (1-2 kun) davom etadi. Bolalarning umumiy ahvoli yomonlashadi: ishtaha buziladi,

zaiflik va charchash, jahldorlik va injiqlik kuzatiladi. Og'iz shilliq qavatida yakka yoki guruhlangan pufakchali toshmalar paydo bo'ladi, ular tez ochilib, giperemiyalangan asosda aftalarga aylanadi. Aftalarning qo'shilish tendensiyasi va katta eroziyalar hosil bo'lishi kuzatiladi. Ayrim va guruhlangan pufakchalar lablarning qizil chegarasida va og'iz oldi soha terisida ham paydo bo'lishi mumkin, ular keyinchalik qobiq hosil qiladi. Aftalarning epitelizatsiyasi va teridagi elementlarning yo'qolishi bir necha kun ichida sodir bo'ladi. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning har bir qaytalashida umumiy intoksikatsiya belgilari yengillashib boradi.

4-6 yosh oralig'ida surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalashlari klinik jihatdan erta yoshdag bolalarga nisbatan yengilroq o'tadi: bolalarning umumiy ahvoli deyarli buzilmaydi, tana harorati subfebril bo'ladi. Pufakchali toshmalar 1-3 joyda (lab qizil hoshiyasida, yuz terisi, lab, lunj, til shilliq qavati va h.k.) paydo bo'ladi. Bolalar toshmalar sohasida kuylash va og'riq sezishi mumkin. Og'iz ichida pufakchalar og'riqli aftalarga aylanadi, ovqat yeyish qiyinlashadi.

Ba'zida pufakchali toshmalar bilan bir vaqtda qalin devorli pufakchalar ham paydo bo'ladi. Ular qisqa vaqtda (1-2 soat) eroziyaga (aftalarga) aylanadi – sariq fibrinoz qoplama bilan qoplangan yumaloq yuzaki nekroz o'choqlari shakllanadi. Keyinchalik, aftaning periferiyasida giperemiyali halqa hosil bo'ladi, bu aftaning epitelizatsiyasi boshlanganidan darak beradi. Bir necha kun ichida aftalar to'liq epitelizatsiyalanadi. Toshmalardan bir necha kun oldin mahalliy limfa tugunlarining kattalashishi va og'riqli bo'lishi mumkin, aftalar epitelizatsiyalangach esa ularning holati normallasadi.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit ning klinik belgilari:

- yakka yoki guruhlangan epiteliy ichi (intraepitelial) pufakchalar;
- lab va yuz terisidagi pufakchalarning qonli qobiq hosil qilishi;

- og‘iz ichidagi pufakchalarning aftalarga aylanishi (atrofida giperemiyali halqa bo‘lgan kichik eroziyalar);
- aftalarning giperemiyali asosga ega bo‘lishi;
- to‘qimalarning infiltratsiyasi kuzatilmasligi;
- gingivitning kam uchrashi, bo‘lsa ham yengil qonash;
- limfadenitning kamdan-kam rivojlanishi;
- gipersalivatsiya (ko‘p so‘lak ajralishi) va og‘izdan yomon hidning bo‘lmasligi.

Stomatologik tashkilotga birinchi marta murojaat qilgan surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitli bolalarning ota-onalari farzandlarida ovqat paytida og‘izda og‘riq bo‘lishini (100%), bolalarda kuchsizlik (12,7%), injiqlik (84,1%), ishtaha pasayishi (83,0%), shikastlangan og‘iz shilliq qavatida qon ketishi (27,5%)ni bildirgan, shuningdek bolalarning yomon odatlari (yonoq, til, lablarni tishlash va h.k.) mavjudligini 24,3% hollarda qayd etgan.

189 nafar bolaga o‘tkazilgan so‘rov natijasida surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit kasalligining turli darajalarida uchrash holatlari yosh va jins belgilariga ko‘ra aniqlanib olindi (1-jadval). Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit tashxisi klinik belgilar va qo‘shimcha tadqiqot usullari asosida qo‘yildi.

Kasallik shakli (yengil, o‘rta yoki og‘ir) bolaning bir yil ichida surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanish chastotasiga (anamnez ma’lumotlariga ko‘ra) qarab belgilandi.

1-jadval. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning bolalar jinsi, yoshi va kasallik og'irligiga ko'ra taqsimlanishi

Bolalarning jinsi va yoshi	Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit og'irlik darajasi							
	Yengil		O'rta og'irlilik		Og'ir		Jami	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
O'g'il bolalar	32	16,9	37	19,6	22	11,6	91	48,1
Qiz bolalar	25	13,2	56	29,6	17	9,0	98	51,9
1-3 yosh	25	13,2	17	9,0	5	2,6	47	24,9
4 yosh	14	7,4	36	19,0	11	5,8	61	32,3
5 yosh	12	6,3	27	14,3	14	7,4	53	28,0
6-7 yosh	6	3,2	13	6,9	9	4,8	28	14,8
Jami	57	30,2	93	49,2	39	20,6	189	100

Aniqlandiki, surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qizlarda ham, o'g'il bolalarda ham deyarli bir xil uchraydi (mos ravishda 51,9% va 48,1%). Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bo'yicha stomatologik tashkilotlarga eng ko'p murojaat qilgan bolalar 4 va 5 yoshdagilar bo'lib (umumiy murojaatlarning 32,3% va 28,0% ini tashkil etadi), 1-3 yoshli hamda 6-7 yoshli bolalarda murojaatlar nisbatan kamroq qayd etilgan (mos ravishda 24,9% va 14,8%). Bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning o'rtacha og'ir shakli ustunlik qilgan – jami bemorlarning 49,2% ini tashkil etadi, yengil va og'ir shakllari esa kamroq uchraydi – mos ravishda 30,2% va 20,6%. Keltirilgan ma'lumotlarning batafsil tahlili shuni

ko'rsatdiki, surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bo'yicha stomatologik tashkilotlarga eng ko'p murojaat qilganlar – 4-5 yoshli bolalar bo'lib, kasallikning o'rtacha og'ir shakliga egabo'lgan qiz bolalardir.

4.4 Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitda gerpetik shikastlanishlarning lokalizatsiyasi

Surunkali gerpetik gingivostomatitda shikastlanish elementlari lablar, lunjlar, tilning uchi, orqa va yon yuzalarining shilliq qavatida joylashadi. 1 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan 189 nafar bolani o'rganishimiz natijasida surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishlarida shikastlanish elementlari og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining barcha qismlarida joylashgani aniqlandi. Biroq surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishida paydo bo'lgan elementlarning turli lokalizatsiyalardagi uchrash chastotasi sezilarli darajada farq qilar edi (2-jadval).

2-jadval. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan og'rigan bolalarda og'iz shilliq qavatidagi shikastlanish elementlarining lokalizatsiyasi.

Shikastlanishlarning joylashivi		%	Elementlar soni
Lunj		18,3	67
Milk		5,7	21
Lab		14,2	52
Yumshoq tanglay		3,8	14
Qattiq tanglay		5,7	21
Alveolyar o'siq		9,3	34
Til		42,9	157
Jami	100		366

Shikastlanish elementlari soni kasallik boshlanishidan 2-5 kun o'tib hisoblab chiqildi, chunki yangi shikastlanish elementlarining faol toshma davri qaytalanish boshlanganidan keyingi dastlabki 2-3 kun ichida kuzatiladi. Jami 366 ta shikastlanish elementi aniqlanib, bu har bir bola uchun o'rtacha 1,9 elementni tashkil etdi.

Qaytalanuvchi surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitda eng ko'p uchraydigan shikastlanishlar til shilliq qavatida (yon yuzasi, uchi, orqa qismi, pastki yuzasi) joylashdi - barcha elementlarning 42,9% ini tashkil etdi (3-rasm). Lab va yonoq shilliq qavatidagi toshmalar ancha kam uchrab, mos ravishda 14,2% va 18,3% ni tashkil etdi (4-rasm). Juda kam hollarda esa shikastlanishlar milk shilliq qavatida (5,7%), yumshoq tanglayda (3,8%), qattiq tanglayda (5,7%) va alveolyar o'simtada (9,3%) lokalizatsiyalangan (5-rasm).



3-rasm. Bolaning tilida SQGS qaytalanish bosqichidagi gerpetik toshmalar



4 a-rasm Qaytalanish davridagi SQGS bilan ogʻrigan bolaning lunj shilliq qavatidagi afta.



4 b-rasm. Qaytalanish davridagi SQGS bilan ogʻrigan bolaning halqumi va yumshoq tanglayi shilliq qavatida gerpetik toshmalar.

4.5. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitda shikastlanish elementlarining xususiyatlari

Gerpetik infeksiya qaytalanishlarida O'GSga nisbatan pufakchalar va aftlarning o'lchamlari kichikroq bo'ladi hamda ularning yanada yaqqolroq guruhlanishi kuzatiladi [6,100]. 189 nafar bolani surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishlari davrida dastlabki tekshiruvimiz natijalariga ko'ra, ko'pchilik hollarda og'iz shilliq qavatida yakka holdagi kichik yumaloq yoki oval aftlar ustunlik qildi - kuzatuvlarning 70,9% ida (3-jadval, 5-rasm). Shikastlanish elementlarining o'lchami 2 dan 5 mm gacha bo'lgan.

3-jadval. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitda og'iz shilliq qavati shikastlanish elementlarining xususiyatlari.

Shikastlanish turlari	Holatlar soni	%
Yakka pufakchalar	1	0,5
Guruhlangan pufakchalar	3	1,6
Yakka aftalar	134	70,9
Eroziya (qo'shilgan aftalar)	51	27,0
Jami	189	100

Notekis chekkalarga ega bo'lgan eroziya, ya'ni guruhlangan aftalarning qo'shilishi natijasida hosil bo'lgan shikastlanish, holatlarning 27,0% ida aniqlangan (6-rasm). Eroziyaning diametri 5-10 mm va undan katta bo'lgan.

Juda kam hollarda bolalarni tekshiruv davomida og'iz shilliq qavatida, labning qizil hoshiyasida yoki yuz terisida yakka yoki guruhlangan pufakchalar qayd etilgan - mos ravishda 0,5% va 1,6% holatlarda (7-8-rasmlar). Bu holat og'iz

bo'shlig'ining nam muhitida pufakchalar tez ochilib, aftalarga aylanishi bilan izohlanadi.



5-rasm. SQGS qaytalanishida bolaning og'iz shilliq qavatida aftalar



6-rasm. SQGS retsidiyida bolada og'iz shilliq qavatida aftalar qo'shilishi natijasida hosil bo'lgan eroziya.



7-rasm. SQGS qaytalanishida bolaning til shilliq qavatidagi alohida pufakchalar



8-rasm. Qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan og'rigan bolaning til shilliq qavatida guruhlangan pufakchalar

Ma'lumotlarimiz shuni ko'rsatdiki, surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit yakka toshmalar bilan tavsiflanadi (o'rtacha bir bolada 1,9 ta shikastlanish elementi), yakka aftalarning mavjudligi (shikastlanishlarning 70,9%) va ularning qo'shilish tendensiyasi (27,0%). Shuningdek, shikastlanishlarning asosiy lokalizatsiyasi til, lab va yonoq shilliq qavatida (75,4%) bo'lib, og'iz bo'shlig'ining orqa qismlariga tarqalish tendensiyasi ham qayd etilgan (9,5%).

Eroziyaning epitelizatsiyasi giperemik halqaning asta-sekin yo'qolishi va eroziya hajmining kamayishi orqali, ya'ni periferiyadan markazga qarab sodir bo'ldi. Eroziya epitelizatsiyasidan so'ng shilliq qavatda avvalgi shikastlanish o'rnida hech qanday o'zgarish kuzatilmadi.

4.6. Surunkali gerpetik stomatitning yil fasllariga bog'liq qaytalanishlari

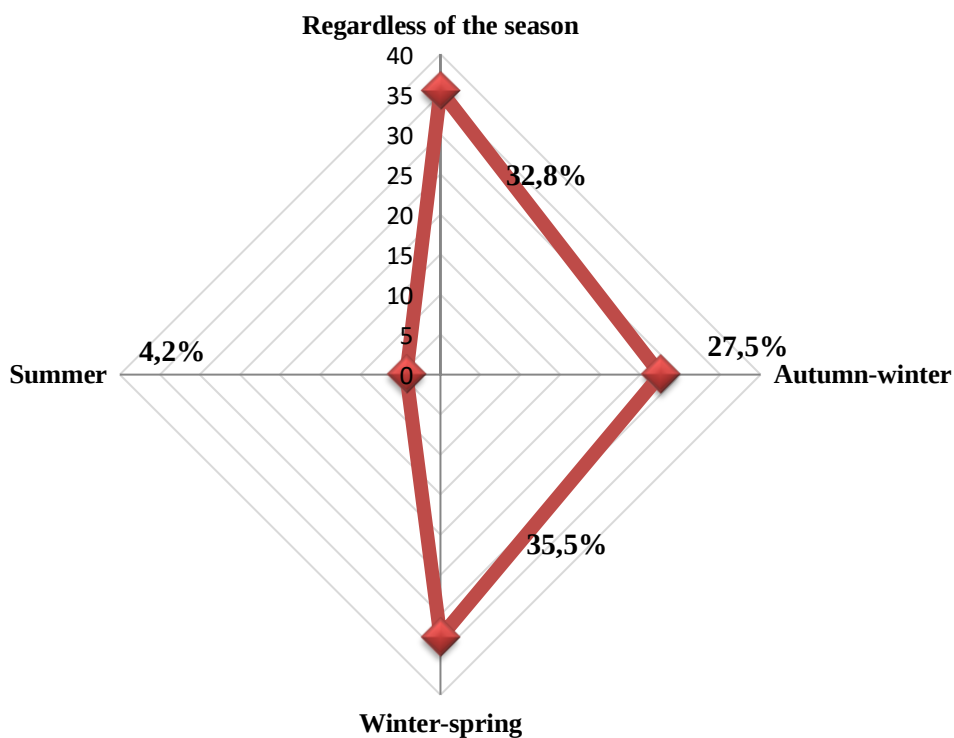
Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishlarining yil fasllariga bog'liq holda uchrash chastotasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, bolalarning qariyb uchdan birida kasallikning kuchayishi qish-bahor davrida yoki yil fasllariga bog'liq bo'lmagan holda kuzatilgan - mos ravishda 35,5% va 32,8% (9-rasm).

Kuz-qish davrida uchrash chastotasi biroz pastroq bo'lib - 27,5% ni tashkil etdi, surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishlarining eng past chastotasi esa yoz faslida qayd etildi - 4,2%.

Olingan ma'lumotlar hamda Quyosh tizimi tortishish kuchlarini hisobga oluvchi uslubiyat asosida Buxoro viloyat bolalar stomatologik klinikasiga gerpetik stomatitning kuchayishlari bo'yicha murojaatlarning chastotasini bashorat qiluvchi axborot tizimi ishlab chiqildi.

“BODSP-SG” dasturlar majmuasi yaratildi, u boshqaruvchi va yordamchi dasturlar, 384 ta asosiy modullar hamda prognozlash algoritmidan iborat. “BODSP-SG” hajmi 125,76 MB ni tashkil etdi. Dasturiy majmua Visual Basic 6.0

muhitida amalga oshirilgan va “Elektron hisoblash mashinalari uchun dasturiy ta’minotning rasmiy ro‘yxatdan o‘tkazilganligi to‘g‘risidagi guvohnoma” (Buxoro viloyat bolalar stomatologik klinikasida gerpetik stomatit bilan murojaat qilish chastotasini prognozlash) № DGU 05625 14.08.2018 yil O‘zbekiston Respublikasi Intellektual mulk agentligi tomonidan tasdiqlangan.



9-rasm SQGS retsdivlar chastotasining yil fasllariga bog‘liqligi

Forecasting the frequency of treatment for
exacerbations of herpetic stomatitis in the
Bukhara regional children's dental clinic

City =

Bukhara

Parameter =

Stomatitis

Forecast year =

2019

January

February

March

April

May

June

July

August

September

October

November

December

Result

Exit

10-rasm. Gerpetik stomatitning qaytalanishi bo'yicha murojaatlar
chastotasini prognoz qilish algoritmi

“BODSP-SG” dasturlar majmuasi O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining bolalar stomatologiya klinikalari, bo‘limlari va boshqa tibbiy bo‘linmalarida amaliyotda talab yuqori bo‘lgan tizim hisoblanadi.

Ishlab chiqilgan dasturiy ta’minot surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishi bo‘yicha bolalarning muayyan tibbiy muassasaga murojaat qilish chastotasini prognozlab beradi. Bu esa mavjud resurslardan oqilona foydalanish asosida davolash jarayonining samaradorligi va natijadorligini oshiruvchi tashkiliy choralarni ishlab chiqishga imkon yaratadi. Ushbu prognozlash modeli boshqa surunkali kasalliklar va tibbiy muassasalar uchun ham qo‘llanishi mumkin.

Bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishlari bo‘yicha murojaatlarning oylik ekstremumlarini tahlil qilish natijasida shunday xulosaga kelindiki, Buxoro viloyat bolalar stomatologik klinikasiga murojaatlar sonining eng kam darajasi yanvar va avgust oylariga to‘g‘ri keladi (11-rasm).

The calculation process is underway

City	Buhara
Parameter	Stomatit
Year	2019
Month	6
Hour	9
Type of wave	2
Planet	Ura
Projection	Wer
Day	22
Wave number	104

11-rasm. Bolalarda gerpetik stomatit qaytalanishlari bo‘yicha murojaatlar chastotasini prognozlashni hisoblash jarayoni

Shunday qilib, turli kasalliklarga chalingan bemorlarning murojaat qilish chastotasini prognozlash uchun “BODSP-SG” dasturiy mahsulotidan foydalanish tibbiyot xodimlari va muassasalari ishini optimallashtirishga yordam beradi.

5. GERPESVIRUS INFEKSIYALARINI DIAGNOSTIKA QILISH

Oddiy herpes virusi sababli yuzaga keladigan kasalliklarni tashxislash odatda anamnez va klinik manzaraga asoslanadi. “Gerpetik stomatit” tashxisini qo‘yish uchun quyidagi ma’lumotlarni tahlil qilish zarur:

- ◆ bolaning (yoki ota-onasining) shikoyatlari
- ◆ hayot anamnezi va kasallik anamnezi;
- ◆ stomatologik ko‘rik vaqtida kasallikning klinik manzarasi;
- ◆ bola davolanishi jarayonida olingan qo‘shimcha ma’lumotlar.

Murakkab va noaniq hollarda, ya’ni bemorlarda gerpetik infeksiyaga xos bo‘lgan alomatlar aniq ifodalanmaganida, infeksiya yashirin (asymptomatik) shaklda kechganda yoki abortiv ko‘rinishda namoyon bo‘lganda hamda differensial diagnostika maqsadida qo‘shimcha laborator tekshiruvlar o‘tkazish zarur bo‘ladi [51,73].

Herpes viruslarini aniqlashning zamonaviy usullaridan biri molekulyar-genetik usul bo‘lib, u polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR) asosida virus DNKsini aniqlashga qaratilgan. PZR usuli qo‘zg‘atuvchini (HSV-1, HSV-2) aniqlash, tezkor tarzda davolashni tayinlash va davolash natijalarini nazorat qilish imkonini beradi. Tadqiqotning manfiy natijasi HSV-1 va HSV-2 bilan bog‘liq infeksiyani inkor etishga yordam beradi, bu esa og‘iz shilliq qavati patologiyasining differensial diagnostikasi nuqtayi nazaridan muhim ahamiyatga ega [83,86].

O‘tkir gerpetik stomatit patologiyasi og‘irligi va surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit qaytalanishlarini keltirib chiqaradigan virus miqdoriga qarab baholash nafaqat tashxis qo‘yishga, balki kasallikning davomiyligi va kutilayotgan davolanish muddatini ham bashorat qilish imkonini beradi [23,31,39].

Polimeraza zanjir reaksiyasi tekshiruv usulining kashf etilishi katta ahamiyatga ega bo'ldi, chunki u tibbiyotda erta tashxis qo'yish darajasini oshirish imkonini berdi. Aniqlanishicha, qirib olingan materiallarda herpes simplex virusini PZR usuli orqali aniqlash chastotasi periferik qonga qaraganda statistik jihatdan sezilarli darajada yuqori.

Zamonaviy ma'lumotlarga ko'ra, 1- va 2-turdagi herpes viruslari Alpha herpes virinae guruhiga mansub bo'lib, ular inson organizmida asosan nerv tizimi gangliyalari ichida latent (uyqudagi) holatda saqlanadi hamda so'lakda aniqlanishi mumkin

- kasallikning yaqqol belgilarida ham, yashirin (belgisiz) shaklida ham [45,55,59,84].

Klinik tashxis qo'yishda quyidagi xususiyatlar hisobga olinadi:

- ❖ gerpetik infeksiya turi – o'tkir yoki surunkali qaytalanuvchi;
- ❖ og'irlik darajasi – yengil, o'rta yoki og'ir;
- ❖ kasallik bosqichi – qaytalanish yoki remissiya;
- ❖ kasallik davri – prodromal, o'tkir (kataral, toshma, so'nish), klinik sog'ayish.

Klinik tashxis qo'yish misollari:

- o'tkir gerpetik stomatit, o'rta og'irlikdagi shakli, so'nish bosqichi;
- surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit, og'ir shakli, qaytalanish, toshma bosqichi.

5.1. Gerpesvirus infeksiyasini laborator diagnostika qilish usullari

Gerpetik infeksiyani laborator tashxislash uchun turli usullar ishlab chiqilgan bo'lib, ularning har biri sezgirlik va xoslik darajasi bo'yicha cheklovlarga ega. Laboratoriya tadqiqotlarining sezgirlik va xosligi qo'llanilgan usulning o'ziga xos xususiyatlari, tadqiqot texnologiyasiga rioya qilinishiga, shuningdek, bolada kasallikning bosqichiga bog'liq bo'ladi.

Bola organizmida gerpetik infeksiya mavjudligi quyidagi belgilar asosida tashxislanadi:

- ✓ tadqiqot materialida oddiy herpes virusu virionlari, ularning komponentlari yoki mahsulotlarini aniqlash;
- ✓ organizmning gerpetik infeksiyaga javobini tasdiqlovchi klinik va immunologik o'zgarishlarni aniqlash.

Laborator tadqiqotlar yordamida oddiy herpes virusu virionining to'liq shaklini aniqlash, virus DNKsini va uning antigenlarini elektron mikroskopiya, belgilangan zond usullari, PZR, immunokimyoviy reaksiyalar va boshqa texnologiyalar orqali aniqlash mumkin.

Oddiy herpes virusu va uning komponentlarini aniqlash uchun virusni hujayra namunalariida oldindan "o'stirish" usuli, laboratoriya hayvonlaridan foydalanish yoki nuklein kislotalarni ko'paytirish usuli qo'llaniladi. Nuklein kislotalarni ko'paytirish usuli polimeraza fermentining virus DNK matritsasidan nusxalar yig'ish qobiliyatiga asoslanadi. Tadqiqot jarayonida sinov namunasi ichiga polimeraza fermenti va nukleotidlar zaxirasi qo'shiladi hamda 2-3 soat ichida millionlab virus nusxalari ko'paytiriladi. "O'stirilganidan" so'ng virus elektroforez, gen zondlash, ftorensensiya yoki boshqa usullar yordamida aniqlanadi.

Immunoftorensiya usullari gerpetik infeksiyani aniqlashda qo'llanadi va ular ftorensensiya antitanalari/antigenlari usullari, ferment immunotahlil va boshqa usullarni o'z ichiga oladi.

Sitologik tekshiruv. Elektron mikroskopiya yordamida to'qima namunasida oddiy herpes virusu virionining to'liq shaklini aniqlash mumkin. Yorug'lik mikroskopiyasi esa surtma yoki iz qoldirishda usuli virus infeksiyasiga xos bo'lgan yirik hujayralarni aniqlaydi.

Sitologik tadqiqot o'tkazish uchun klinikada bemordan quyidagicha material olinadi: og'iz shilliq qavatida shikastlangan joydan steril asbob yordamida qirindi olinadi yoki iz qoldirish (otpechatki) olinadi, olingan material yog'siz shisha plastinka ustiga qo'yilib, 30-40 daqiqa davomida etil spirti bilan fiksatsiya qilinadi, so'ng quritiladi; tayyorlangan shisha laboratoriyaga yuboriladi va u yerda bo'yash hamda mikroskopiya qilinib, xulosa beriladi.

Laborator xulosasini tahlil qilishda soxta manfiy yoki soxta ijobiy javoblar bo'lish ehtimolini hisobga olish lozim. Soxta manfiy javoblar quyidagi sabablarga ko'ra paydo bo'lishi mumkin: materialni noto'g'ri olish (shpatelni yetarlicha chuqurlikda joylashtirilib olinmasa, HSV shikastlanish elementi bazasidagi hujayralarda saqlanib qoladi) kasallikning erta yoki kech bosqichida material olish (HSV sitologik belgilari infeksiyadan 24-48 soatdan keyin paydo bo'ladi va shikastlanish elementi epitellashish bosqichida yo'qoladi).

Soxta ijobiy javoblar esa hujayralarda suvchechak virusi mavjudligi sababli bo'lishi mumkin (sitologik tadqiqotlar HSV-1-2 va HSV-3ni farqlash imkonini bermaydi). Bundan tashqari, oddiy herpes virusu aniqlanishi, agar kasallikning boshqa klinik belgilari mavjud bo'lmasa, tashxis uchun asos bo'la olmaydi. Chunki virus SQGSning subklinik qaytalanishida ham ko'payishi mumkin va ko'rib chiqilayotgan klinik holatning sababi bo'lmasligi mumkin.

Virusologik tekshiruv - oddiy herpes virusuni laborator tashxislashda “oltin standart” hisoblanadi, ammo uning davomiyligi kamida ikki kunni tashkil etadi. Avval klinikada material olinadi (pufakchalar ichidagi suyuqlik, afta yuzasidan qirib olingan material, og‘izni chayqagandan keyin olingan suyuqlik) va steril fiziologik eritma solingan probirkaga joylanib, laboratoriyaga yetkaziladi. U yerda oddiy herpes virusuni ko‘paytirish, ajratish va aniqlash ishlari amalga oshiriladi.

Gen zondlash usuli - (yorliqli zondlar usuli, molekulyar DNK gibridizatsiyasi va boshqalar) yuqori sezgirlikka (90%) ega bo‘lib, herpes virusining DNKsi zanjiriga komplementar bo‘lgan nukleotid ketma-ketliklarini aniqlashga imkon beradi. Tadqiqot uchun material sifatida og‘iz shilliq qavatidan olingan surtma, qirib olingan material, yuvindi, so‘lak, qon va boshqalar olinadi. Ular steril 199 muhitli probirkalarga joylanib laboratoriyaga yuboriladi. Gen zondlash usulidan oddiy herpes virusuni oldindan “o‘stirish”dan keyin ham, radioimmun tahlil bilan birgalikda ham foydalanish mumkin. Biroq usulning kamchiligi - uning uzoq davomiyligidir (1-2 kun).

Immunokimyoviy reaksiyalar usuli oddiy herpes virusu antigen tuzilmalarini surtma, so‘lak, qon va boshqa materiallarda aniqlashga qaratilgan. Tadqiqot uchun material sifatida og‘iz shilliq qavatidan olingan surtma yoki iz qoldirish, qon va hokazolar olinadi. Klinikada material yog‘sizlangan shisha ustiga qo‘yilib, quritilgach laboratoriyaga yuboriladi. Laboratoriyada immunoftorensensiya reaksiyasi (IFR) yoki ferment immunotahlil (FIT) reaksiyalari, jumladan, qattiq fazali ferment immunotahlil (QFFIT va boshqalar) qo‘llanadi. Infitsirlangan material oddiy herpes virusuga qarshi antitanalar saqllovchi zardob bilan ishlanadi, ular ftoroxrom (IFR) yoki fermentlar (QFFIT, FIT) bilan yorliqlangan bo‘ladi. Keyin antigen–antitana komplekslarining hosil bo‘lish reaksiyasi natijalari qayd etiladi. Ushbu usulning afzalliklari - tezligi (1-3 soat). Ferment immunotahlil (FIT) reaksiyalari usuli immunoftorensensiya reaksiyasiga nisbatan sezgirligi yuqoriroq (mos ravishda 90% dan ortiq va 60-80%).

Polimeraz zanjir reaksiyasi (PZR) usuli virus DNKsini oldindan “ko‘paytirishni” o‘z ichiga oladi, bu esa oddiy herpes virusuning minimal miqdorini, hattoki bitta DNK molekulasigacha aniqlash va identifikatsiya qilish imkonini beradi. Biroq, usulning sezgirliги reaktivlarning sifati va bajarilish texnologiyasiga rioya etilishiga bog‘liq bo‘lib, 30% dan 90% gacha bo‘lishi mumkin. Noto‘g‘ri ijobiy natijalar laboratoriyada materialning ifloslanishi tufayli yuzaga kelishi mumkin.

Serologik tadqiqotlar gerpetik infeksiyani tashxislashda ikkinchi darajali ahamiyatga ega. Ular immunoftorensensiya va ferment immunotahlil usullarini o‘z ichiga oladi, ular bolaning qonida oddiy herpes virusiga qarshi antitanalarni aniqlash imkonini beradi. Bola oddiy herpes virusu bilan zararlangandan so‘ng, virusga qarshi antitanalar qonda paydo bo‘ladi. Antitanalar soni gerpetik infeksiya birlamchi namoyon bo‘lganda va SQGSning har bir qaytalanishidan keyin ortadi. Birlamchi gerpetik infeksiyaga dalil – maxsus anti-gerpetik IgMning aniqlanishi yoki kasallik oxiriga kelib IgG miqdorining kamida 4 marta ortishi hisoblanadi. Biroq, immuniteti yaxshi bo‘lgan bolalarda oddiy herpes virusiga qarshi antitanalar faqat kasallik boshlanganidan 10-12 kun o‘tib aniqlanadi. Shu bilan birga, oddiy herpes virusiga qarshi antitanalarning yo‘qligi yoki ularning sonining biroz ko‘payishi gerpetik infeksiya yo‘qligini emas, balki bolaning immunitet yetishmasligini anglatishi mumkin.

Shu sababli, Ferment immunotahlil (FIT) reaksiyalari usuli natijalarini aniqlashtirish uchun, og‘ir virusli infeksiyalarda differensial tashxis zarur bo‘lganda, yuqori spetsifiklik (100%) va sezgirlik (95%) ga ega bo‘lgan murakkab va qimmat - *immunoblotting usuli* qo‘llaniladi.

Bolaning qonida oddiy herpes virusiga qarshi antitanalarning aniqlanishi gerpetik infeksiyaning aniq tashxis belgisi sifatida qaralishi mumkin emas. Chunki hayotining dastlabki yillarida oddiy herpes virusu antitanalari bolaga onadan transplatsentar yo‘l bilan va ona suti orqali o‘tishi mumkin. Maktabgacha yoshdagi

bolalarda esa oddiy herpes virusu antitanalari birlamchi infeksiya yoki SQGSning oldingi qaytalanishlari natijasida paydo bolishi mumkin. Faqatgina antitana titrining kasallik oxirida boshlang'ich davrga nisbatan ortishi oddiy herpes virusu yoki SQGS qaytalanishini tasdiqlashi mumkin.

Oddiy herpes virusu infeksiyasiga bolaning immun javobini baholash uchun serologik tadqiqotlar kasallikning boshida va oxirida o'tkazilishi kerak. Oddiy herpes virusuga qarshi antitanalarning mavjudligi, hatto katta miqdorda bo'lsa ham, bolani oddiy herpes virusuning boshqa shtammlaridan himoya qilmaydi. Surunkali gerpetik infeksiyada guruhga xos va tipga xos antitanalar aniqlanadi, ammo muayyan o'tkir gerpetik stomatit shtammlariga qarshi samarali bo'lgan gaplotipospetsifik antitanalarni oddiy test tizimlari yordamida aniqlab bo'lmaydi.

Serologik tadqiqotlar immunitet pasayishi fonida og'ir qaytalanadigan gerpetik infeksiyaga ega bo'lishi mumkin bo'lgan bemorlarni aniqlashga yordam beradi. Bu tadqiqotlar transplantologiyada muhim ahamiyatga ega, chunki ular organ yoki suyak iligi transplantatsiyasidan oldin qaytalanuvchi herpes infeksiyasi xavfi ostidagi bemorlarga profilaktik antivirus terapiya o'tkazish imkonini beradi.

Immunokimyoviy reaksiyalar va gen zondlash jarayonida antigen-antitana kompleksining hosil bo'lishi muhitning optik zichligi o'zgarishi orqali baholanadi. Antigen va antitana yoki zond-polinukleotid va virus DNKsi o'rtasidagi reaksiyalar natijalarini vizualizatsiya qilishni yaxshilash uchun turli yorliqlar qo'llaniladi.

Yorliq sifatida quyidagilar ishlatiladi:

- radioaktiv birikmalar (radioimmun tahlil);
- moddalar: fermentlar – IFR usulida, ftoroxromlar – IFR usulida.

Diagnostic antitanalar va genetik zondlarga biriktirilgan yorliqlar antigen–antitana kompleksi hosil bo'lish jarayonida ularning biokimyoviy yoki biofizik xossalarini o'zgartiradi: konfiguratsiya, rang, florissensiya qobiliyati va h.k.

O'zgarishlar quyidagi asboblarda yordamida qayd etiladi:

- vizual tarzda yoki nefelyometriya orqali cho'kma yoki aglutinatsiya reaksiyalari baholanadi;
- radioaktivlik hisoblagichlari, optik zichlikni tahlil qiluvchi avtoradiografik komplekslar radioaktiv komplekslarni baholash uchun qo'llaniladi;
- lyuminescent mikroskop immunoftorensent komplekslarda yorqinlik intensivligini baholash uchun ishlatiladi (vizual yoki fotoanaliz yordamida);
- radio-, foto- va fluorometriya fermentlarning holatidagi o'zgarish natijalarini baholash uchun qo'llaniladi.

Ushbu usullarning barchasi turlicha imkoniyat va tashxisiy ahamiyatga ega. Bolalarda gerpetik infeksiyani laborator tashxislash uchun usul tanlovi qo'yilgan maqsadlar va ularni amalga oshirish sharoitlariga bog'liq.

5.2. Oddiy herpes virusi turlarini tashxislashda real vaqt rejimidagi polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR) usulini qo'llash

Real vaqt PZR usuli - molekulyar-genetik diagnostikaning keng qo'llaniladigan usuli bo'lib, u turli xil oddiy herpes viruslari (HSV) DNKsini aniqlash imkonini beradi. Bu shifokorlarga herpesvirus kasalliklarini erta va maqsadli tashxislash hamda davolash imkoniyatini beradi.

Polimeraza zanjir reaksiyasi usulining mohiyati – ko'paytirish (DNK nusxalarini ko'paytirish) jarayoni natijasida hosil bo'lgan kerakli HSV DNK molekulasi miqdorini o'lchashdan iborat. Polimeraza zanjir reaksiyasidagi amplifikatsiya sikli uch bosqichdan iborat:

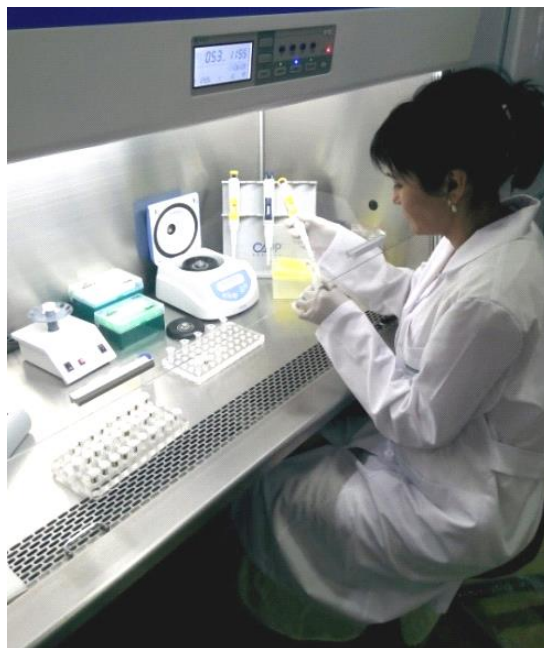
1. Denaturatsiya bosqichi – yuqori harorat ta'sirida virus DNKsidagi komplementar juftlar orasidagi vodorod bog'lari buziladi va DNK ikki zanjirli shakldan bir zanjirli shaklga o'tadi.
2. Annelatsiya (bog'lanish) bosqichi – primerlar maqsadli bir zanjirli DNKga birikadi. Primerlar qarama-qarshi chekkaga va kerakli DNK fragmentiga komplementar bo'ladi.
3. Sintez (elongatsiya) bosqichi – termostabil DNK polimeraza fermenti yordamida ikkinchi DNK zanjiri to'ldiriladi va ampliconlar hosil bo'ladi.

Polimeraza zanjir reaksiyasi to'plamining reaksiya aralashmasi floroxrom yorlig'iga va florossensiyani so'ndiruvchi modda ega DNK zondlarini o'z ichiga oladi. Amplifikatsiya jarayonida DNK zondi parchalanadi, natijada so'ndiruvchining ta'siri tugaydi va yorliqning florossensiya darajasi ortadi. Florossensiya darajasi hosil bo'lgan ampliconlar soniga mutanosib ravishda o'sadi va maxsus qurilmalar yordamida o'lchanadi.

Bolalarda gerpetik infeksiyada material olish xususiyatlari

Material olishdan oldin og'iz bo'shlig'i (agar bola og'zini chayqay olsa) suv bilan chayiladi va og'iz-halqum qism natriy xloridning izotonik eritmasi (8-10 ml, 10-15 soniya davomida) bilan chayiladi. Keyin shikastlanish elementlaridan material bir martalik steril qoshiqcha yoki steril ekskavator yordamida olinadi va steril mikroproba idishiga joylanadi.

Olingan materialni quyidagi sharoitlarda saqlash mumkin: 2-8 °S da – 6 soatgacha; 20°S da – 7 kungacha; 70°S da – 1 oygacha. Tahlil materiali faqat bir marta muzlatilishi va eritilishi mumkin. (12-rasm).



12-rasm. Polimeraza zanjir reaksiyasi metodini o'tkazish uchun material ni tayyorlash jarayoni

13-rasmda SQGS bilan kasallangan bolalarda HSV-1 infeksiyasini tasdiqlash uchun Real vaqtda polimeraza zanjir reaksiyasi natijalari ko'rsatilgandna “DNK-technologiya” (Rossiya) tomonidan ishlab chiqarilgan uskunalar va diagnostika to'plamidan foydalaniladi.

Polimeraza zanjir reaksiyasi natijalarini Real vaqtda talqinida interpretatsiyasi:

- ✧ HSV-1 (HSV-2) aniqlandi (ijobiy sinov" +"); bu javob og'iz bo'shlig'ining herpes simplex virusi bilan infeksiyasini ko'rsatadi
- ✧ HSV-1 (HSV-2) aniqlanmadi (salbiy sinov" -"); bu javob tekshirilgan to'qima namunalarida virusli DNK belgilari yo'qligini ko'rsatadi.

Bir bolada HSV-1 va HSV-2 viruslarining DNK namunalari bir vaqtning o'zida aniqlanishi mumkin. HSV-1 DNKni aniqlash bo'yicha molekulyar genetik tadqiqotimiz (13-rasm) surunkali gerpetik stomatit bilan bolalarda bizga 166 chiqib 189 (87,8%) bolalardan 166 nafarida polimeraza zanjir reaksiyasi ijobiy, 23 (12,2%) hollarda natija salbiy ekanligini aniqlash imkonini berdi.

Maqsad: Maqsad: Tashdiqlash (Ct) (REF) or=9 vt=10 tn=30 tv=

Sana: 01.07.2017 18.04.25

Protokol: 1

Operator: Kamalova Mayriniso

Natijalar favli: Test RTIN r48

Izoh:

Tast: Gerpes virusi1

Amplikatsiya dasturi Gerpes(35MKL)

1 20 0°C _

01 0°C _ 01.30

2 01 0°C _ *5

61 0°C _ 00.15

2 01 0°C _ *15

61 0°C _ 00.15

4 10 0°C _

Tekshirish	6	Ct, Ct,Hex	Natija
A1	Namuna1(AmpliT	28,3	-
B1	Namuna2(AmpliT	24, 28,4	+
C1	Namuna3(AmpliT	30, 28,2	+
D1	Namuna4(AmpliT	27, 28,6	+
E1	Namuna5(AmpliT	27,0	-
F1	Namuna_6(AmpliT	24, 28,0	+
A2	Namuna7(AmpliT	22, 28,6	+
B2	Namuna8(AmpliT	30, 20,1	+
C2	Namuna9(AmpliT	26, 28,6	+
D2	Namuna10(AmpliT	20, 28,1	+
E2	Namuna_11(AmpliT	26, 27,8	+
F2	Namuna_12(AmpliTorch)	23, 28,4 3	+
A2	Namuna12(AmpliT	28,7	-
B2	Namuna14(AmpliT	25, 28,4	+
C2	Namuna_15(AmpliT	28,8	-
D2	Namuna16(AmpliT	26, 28,2	+
E2	Namuna_17(AmpliT	27,8	-
F2	Namuna_18(AmpliT	25, 28,2	+
A4	Namuna10(AmpliT	26, 28,6	+
B4	Namuna_20(AmpliT	28,2	-
C4	Namuna_21(AmpliT	20, 28,2	+
D4	Namuna22(AmpliT	31, 28,4	+
E4	Namuna23(AmpliT	28,2	-
F4	Namuna24(AmpliT	28,5	-
A5	Namuna25(AmpliT	25, 28,1	+
B5	Namuna_26(AmpliT	28,5	-
C5	Namuna27(AmpliT	25, 28,4	+
D5	Namuna28(AmpliT	22, 28,2	+
E5	Namuna29(AmpliT	22, 28,2	+
C6	K+(AmpliTorch)	26, 28,1 2	+
D6	K-(AmpliTorch)	28,3	-

13-rasm. SQGS bilan og‘rigan bolalarda polimeraza zanjir reaksiyasi tadqiqoti natijalari

Tadqiqotning manfiy natijasi yosh bolalardan material olishdagi xatolarga yoki namunalarda HSV-2 mavjudligiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Olingan ma'lumotlar shuni tasdiqlaydiki, surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit (SQGS) bilan og'rigan bolalarning ko'pchiligida kasallik qo'zg'atuvchisi HSV-1 hisoblanadi, va polimeraza zanjir reaksiyasi yordamida molekulyar genetik tadqiqotlar o'tkazish klinik tashxisni tasdiqlash hamda gerpetik infeksiyaning qo'zg'atuvchisining o'ziga xosligini aniqlash imkonini beradi.

5.3. Bolalarda gerpetik stomatitda og'iz shilliq qavatining mikrobiotsenozi

Ma'lumki, inson og'zida boshqa biotoplarga (yo'g'on ichakdan tashqari) qaraganda eng ko'p turdagi bakteriyalar yashaydi. Yangi genetik yaqinlik darajasi (ribosoma genom) bo'yicha tasnifga ko'ra, bakteriya turlari soni 800 dan oshadi. Odam og'ziga tranzitor mikroorganizmlar - havo-tomchi yo'li, oziq-ovqat, suv va boshqalar orqali kiradi [45, 50, 84].

Og'izdagi ko'plab patologik jarayonlar odatda shilliq qavat va og'iz suyuqligi mikroflorasidagi disbiotik o'zgarishlar bilan birga kechadi, bu esa immun tizimi ko'rsatkichlari holatining buzilishiga olib keladi [52].

Bolaning mikroflorasi turli tana qismlarining mikrobiotsenozlari majmuasi bo'lib, normobiotsenoz yoki eubioz, ya'ni organizm mikroekologiyasi deb ataladi. Inson mikroflorasidagi turli mikroorganizmlar soni 10 minggaacha, ularning genlari esa 8 milliongacha yetadi. Har bir bolada mikroblar manzarasining o'ziga xos tuzilishi shakllangan bo'lib, turli hududlarda ma'lum sifat va miqdoriy xususiyatlarga (biokimyoviy, metabolik, immunologik va boshqalar) ega.

So'nggi o'n yilliklardagi mikrobiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatmoqdaki, og'iz mikroekologiyasida xilma-xillik va yashovchi turlar soni bo'yicha asosiy o'rinni bakteriyalar egallaydi. Bolalar og'zida bakteriya turlari 120 dan 200 gacha

bo'lib, og'iz suyuqligidagi (tuproqdagi) mikroorganizmlar soni 4 milliondan 5 milliard KOE/ml gacha, tish toshida (bioplyonkada) esa 10 milliarddan 100 milliard KOE/g gacha yetadi.

Bolalar og'iz mikroflorasida barcha sinf vakillari mavjud: bakteriyalar, zamburug'lar, aktinomitsetlar, spiroxetlar, protozoylar va viruslar. Bakteriyalarning asosiy qismi (60-80%) anaeroblar va mikroaerofillar bo'lib, eng tipik vakillari kokklar (streptokokklar, stafilokokklar).

Og'iz shilliq qavati yallig'lanish jarayonlarida streptokokklarning (*Str. pyogenes*, *Str. faecalis*, *Str. viridans*) ulushi barcha shtammlarning 20-30% ini tashkil qiladi, stafilokokklarning (*Staph. aureus* va boshqalar) ulushi esa 15% atrofida bo'ladi, koaguloza-manfiy stafilokokk shtammlari (*Staph. epidermidis*, *Staph. saprophiticus*) kamroq ajratib olinadi. Periodontit, abscess, flegmona va boshqa yallig'lanish jarayonlarida mikroaerofil streptokokklar (*Str. sanguis*, *Str. salivarius*, *Str. mitis*, *Str. mutans*, *Str. milleri*) tez-tez aniqlanadi.

Bolalarda tish chiqish davri og'iz mikrobiotsenozi shakllanishida muhim rol o'ynaydi. Tish chiqishi davrida obligat-anaerob mikroblar, shuningdek, tish emali va pelliculasiga birikish qobiliyatiga ega bakteriyalar o'sishi uchun sharoit paydo bo'ladi. Shu davrda streptokokklar (*Str. mutans*, *Str. sanguis*) va aktinomitsetlar soni ortadi.

Vaqtinchalik tishlarning chiqish davri tugagach, maktabgacha yoshdagi bolalarda og'iz shilliq qavati va milk yorig'idagi mikroflora kattalarnikiga yaqinlashadi. Mikroflorada yuqorida tilga olinganlardan tashqari bifidobakteriyalar, peptostreptokokklar, fusobakteriyalar va spirillalar paydo bo'ladi, biroq ko'pchilik bolalarda odatda baktroidlar, spiroxetlar va protozoylar guruhi vakillari uchramaydi.

Mikroflora bolaning immun tizimi bilan o'zaro ta'sirlashadi, bu esa bir yoshdan katta bolalarda ko'plab mikrob turlariga qarshi antitanachalar to'planishi bilan

namoyon bo‘ladi. Ko‘plab bolalarda antitanachalar aniqlanishi tish chiqishi davriga to‘g‘ri keladi, bu esa milklarning yallig‘lanish reaksiyasi bilan birga kechadi va tish chiqishining og‘iz mikroekologiyasi shakllanishidagi ahamiyatini yana bir bor tasdiqlaydi.

Bolalarda gerpetik stomatitda og‘iz mikroflorasi holatini baholash uchun biz sifat va miqdoriy mikrobiologik tadqiqotlar o‘tkazdik. Bemor bolalardan olingan material (og‘iz suyuqligi) steril mikro-pipetka yordamida olinib, steril mikro-naychalarga joylashtirildi va 2 soat ichida laboratoriyaga yetkazildi. Laboratoriyada olingan materialdan ketma-ket suyultirishlar tayyorlanib, ular yuqori selektiv differensial-diagnostik oziqa muhitlariga (endo muhiti, tuxum-tuz agari, qon agari, Saburo agari va boshqalar) ekildi, 37°S haroratdagi termostatga 24 soatga qo‘yildi, anaerob mikroblarni yetishtirish uchun esa maxsus idishlardan foydalanildi.

Inkubatsiya muddati tugagach, Petri kosalarida o‘sib chiqqan koloniyalar sanab chiqildi. Tanlab olingan kulturallar mikroflogiya, kultur va tinctorial xususiyatlari bo‘yicha o‘rganildi, ularning asosida mikroblar turi aniqlab olindi. Floraning miqdoriy ko‘rsatkichlari quyidagi formula asosida hisoblab chiqildi:

$$K = (A \times 200 \times P \text{ KOE/ml}),$$

K – ma’lum turdagi mikroblar soni, suyultirish darajasidan kelib chiqqan holda, logarifmlar (Lg) KOE/ml da ifodalanadi;

A – oxirgi suyultirishda mikroblar o‘sishi kuzatilgan kosadagi koloniyalar soni;

200 – 1 ml ga muvofiqlashtiriladigan ekish halqasini hisobga oluvchi koeffitsiyent;

P – suyultirish darajasi.

Bolalarning og‘iz mikroflorasi holatini baholash natijasida biz SQGS kechishining og‘irlik darajasiga bog‘liqlikni aniqladik (4-jadval).

Sogʻlom bolalar bilan solishtirganda, SQGSning yengil shakliga ega bemorlarda ogʻiz mikroflorasi koʻrsatkichlari sezilarli darajada oʻzgargan: laktobakteriyalar soni kamaygan, streptokokk salivarius, ichak tayoqchalari (Escherichia), protey va Candida zamburugʻlari soni ortgan. Shunga qaramay, anaeroblar va aeroblarning umumiy soni sogʻlom bolalarnikiga nisbatan statistik jihatdan sezilarli farq qilmagan, faqatgina anaeroblar sonining kamayishi va aeroblar sonining ortishi tendensiyasi qayd etilgan

Oʻrtacha ogʻir darajadagi SQGS bilan ogʻrigan bolalarda ogʻiz mikroflorasidagi oʻzgarishlar yengil shakldagiga oʻxshash boʻlgan. Biroq sogʻlom bolalar bilan solishtirilganda, anaerob mikroflora umumiy miqdorining statistik ahamiyatli kamayishi aniqlandi. Shuningdek, epidermal stafilokokklar, streptokokk mutans, Candida jinsiga mansub zamburugʻlar, ichak tayoqchalari va proteylar sonining statistik ahamiyatli ortishi kuzatildi. Laktobakteriyalar soni kamaygan, sogʻlom bolalarda uchramagan Staphylococcus aureus koloniyalari paydo boʻlgan.

4-jadval. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan ogʻrigan bolalarda ogʻiz mikroflorasi holati

Mikroblar guruhi	Ogʻiz suyuqligidagi mikroblar soni (Lg KOE/ml)			
	Sogʻlom	SQGS klinik shakllari		
		yengil	Oʻrta	Ogʻir
		M±m	M±m	M±m
Anaeroblarning umumiy soni	5,60±0,3	5,10±0,3	4,15±0,3***	3,0±0,2***
Laktobakteriyalar	4,30±0,2	3,0±0,2***	3,10±0,2***	2,0±0,1***
Peptostreptokokklar	3,30±0,2	3,60±0,3	4,0±0,3	3,80±0,3
Aeroblarning umumiy soni	5,45±0,3	6,15±0,5	6,40±0,5	7,30±0,5**

Staphylokokk tillarang	0	0	1,40±0,1***	2,10±0,1***
Epidermal Stafilokokk	4,15±0,2	4,0±0,2	5,10±0,3**	6,15±0,4***
Streptococcus salivarius	4,60±0,3	3,10±0,2***	4,0±0,2	2,60±0,1***
Streptococcus mutans	2,30±0,2	3,0±0,2*	3,60±0,2***	4,0±0,3***
Streptococcus Mitis	2,45±0,2	2,60±0,2	2,15±0,1	3,0±0,2
Esherixiya	1,40±0,1	2,0±0,1***	3,10±0,2***	4,30±0,3***
Protey	1,30±0,1	1,60±0,1*	2,0±0,1***	2,30±0,1***
Kandida zambirug'i	2,30±0,2	3,0±0,2*	4,15±0,3***	4,60±0,3***

*sogʻlom bolalar guruhiga nisbatan farqlar ishonchliligi: $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Ogʻiz mikrobiotsenozidagi eng yaqqol va statistik jihatdan ishonchli oʻzgarishlar SQGS ogʻir shakliga ega bolalarda aniqlandi: anaeroblarning umumiy soni, ayniqsa laktobakteriyalar shtammlari kamaydi; aeroblarning umumiy soni esa ortdi. Laktobakteriyalar va Streptococcus salivarius sonining yanada kamayishi, Streptococcus mutans, “oltin” va epidermal stafilokokklar, Candida turiga mansub zamburugʻlar, Esherixiya va Proteylarning sonining ortishi kuzatildi. Shunday qilib, gerpetik stomatit ogʻiz boʻshligʻida nafaqat HSV virus zarralari koʻpayishi bilan, balki mikrobiotsenozdagi maʼlum sifat va miqdoriy oʻzgarishlar, yaʼni patogen va shartli patogen mikroflora koʻpayishi bilan ham namoyon boʻldi.

5.4. SQGS bilan ogʻrigan bolalarda nospetsifik lokal immunitetni oʻrganish

Gerpetik stomatit bilan ogʻrigan 189 nafar bolalarda ogʻiz boʻshligʻi himoya omillari holatini tahlil qilish uchun biz ogʻiz suyuqligida lizotsim titri, fagotsitoz indeksi va sekretsion fraksiyaning A sinf immunoglobulini (sIgA) darajasini aniqladik.

Bolalarda neyrofillarning fagotsitar faolligi quyidagi usul bilan baholandi. Mikropipetka yordamida yig'ilgan og'iz suyuqligi fiziologik eritma bilan suyultirildi, so'ngra sentrifugadan o'tkazildi va ustki suyuqlik pipetka yordamida dezinfeksiya eritmasiga o'tkazildi. Cho'kma yig'ilib olindi, unga 0,1 ml lateks suspenziyasi qo'shildi va nam sharoitda 37°S haroratda 30 daqiqa davomida termostatda inkubatsiya qilindi. Shundan so'ng ushbu aralashmadan surtma tayyorlanib, Romanovski-Gimza usuli bo'yicha bo'yaldi, mikroskop ostida kamida 100 ta neyrofil holati baholandi va lateks bilan hamda latekssiz neyrofillar soni hisoblandi.

Bolalar og'iz suyuqligidagi lizotsim titri quyidagicha aniqlangan: Petri kosasiga *M. Luteus* ekildi, so'ngra steril disklar pinset yordamida olinib, og'iz suyuqligiga botirildi va keyin mikroblar ekilgan muhitga joylashtirildi (bir kosaga 6 ta diskdan ortiq bo'lmasligi shart). Petri kosalari 37°S haroratdagi termostatga 24 soatga qo'yildi. Inkubatsiya muddati tugagach, kosalar chiqarildi va mikroblar o'sishi to'xtagan zona o'lchandi.

Sekretion fraksiyaning A sinf immunoglobulini miqdoriy ko'rsatkichlari *Manchini usuli* yordamida aniqlangan bo'lib, u cho'ktirish reaksiyasiga asoslangan. Dastlab agar qavatida quduqchalar kesilib, ular monospecifik zardob bilan ishlov berildi, so'ngra quduqchalarga og'iz suyuqligi tomizildi.

SQGS og'irlik darajasini hisobga olgan holda bolalarda lokal immunitet omillarini o'rganish natijalari 5-jadvalda keltirilgan. Olingan ma'lumotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, SQGS bilan og'rigan bolalarda kasallikning barcha klinik shakllarida sezilarli immunitet yetishmovchiligi kuzatilgan: lizotsim titri, fagotsitoz indeksi va sIgA darajasi 1,9 marta kamaygan. Kasallik qanchalik og'ir bo'lsa, ikkilamchi immunitet yetishmovchiligi shunchalik chuqur rivojlangan. Shunday qilib, mikrobiologik va immunologik tadqiqotlar SQGS bilan og'rigan bolalarda sifat va miqdoriy disbiotik siljishlar hamda immunitet yetishmovchiligi mavjudligini ko'rsatdi. Bu o'zgarishlarning og'irlik darajasi SQGS og'irligiga

bog'liq: kasallik qanchalik og'ir bo'lsa, disbiotik va immunologik o'zgarishlar shunchalik yuqori darajada bo'ladi.

5-jadval. Davolanishdan oldin surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan og'rigan bolalarda og'iz bo'shlig'i himoya omillari holati

Ko'rsatkichlar	Me'yor	SQGS klinik shakllari		
		Yengil	O'rta	Og'ir
Lizatsim titri	19,60±0,5	16,5±0,3**	15,10±0,3**	10,0±0,3**
Fagotsitoz darajasi	57,8±2,5	48,5±2,1*	46,2±0,3**	30,0±0,3**
Sekretor fraksiyasi				
Immunoglobulin A darajasi (sIgA)	2,10±0,20	2,0±0,15	1,80±0,10	1,10±0,1**

sog'lom bolalar bilan solishtirganda farqlarning ahamiyati, $p<0,01$, ** $p<0,001$.

6. BOLALARDA GERPETIK STOMATITNI DIFFERENSIAL TASHXISI

6.1. Og‘iz shilliq qavati patologiyasi bilan gerpetik stomatitning differensial tashxisi

Gerpetik stomitni tashqi shikastlanish va boshqa infeksiya qo‘zg‘atuvchilari sababli yuzaga keladigan og‘iz shilliq qavati patologiyasi bilan differensial tashxislash, avvalo, ko‘rib chiqilayotgan kasalliklarning klinik belgilari asosida amalga oshirilishi kerak [74,76].

Agar tipik belgilar (asab shoxchalari bo‘ylab teri va shilliq qavatlarda pufakchali toshmalar, pufakchalarning guruhlanishi va hokazo) aniqlansa, gerpetik infeksiya tashxisiga shubha qolmaydi.

O‘rab oluvchi herpesni aniqlashda qiyinchiliklar ochiq tanada cheklangan hududda gerpetik toshmalar paydo bo‘lganda, ularning gangrenoz (nekrotik) tusga kirishi (pufakchali toshmalar o‘rnida og‘riqli yaralar paydo bo‘lishi)da kuzatilishi mumkin. Sibir yarasini istisno qilish uchun epidemiologik vaziyatni baholash va o‘rab oluvchi herpes uchun tipik belgilar mavjudligini aniqlash lozim: og‘riq sindromi, pufakchalardan “marjon” shaklida joylashmaganligi, shishgan halqa bo‘lmaganligi, shikastlangan teri zonasining tishlangan (notekis) konturlari. O‘rab oluvchi herpesni o‘tkir ekzema bilan differensial tashxis qilish kerak, agar cheklangan hududda yakka joylashgan pufakchali toshmalar kuzatilsa. Ekzemadan farqli ravishda, o‘rab oluvchi herpes qichishish, ho‘llanish, mayda shaffof pufakchalarning tartibsiz joylashishi kuzatilmaydi.

Kaposhi gerpetik ekzemas immunitet tanqisligi bo‘lgan shaxslarda, immunosupressiv preparatlar qabul qilayotgan bemorlarda uchraydi. Uni boshqa teri kasalliklari (ekzema, eritrodermiya va boshqalar) bilan differensial tashxislash zarur. Gerpetik ekzema paytida pufakchali toshmalar ko‘p va monomorf bo‘ladi, o‘zgarmagan terida paydo bo‘ladi. Pufakchalar guruhlangan, bir kamerali, ichida

seroz yoki gemorragik ekssudat mavjud, bir necha kundan so'ng qobiq hosil qiladi. Tana haroratining ko'tarilishi, mintaqaviy limfa tugunlarining kattalashishi, gerpetik toshmalar terining turli joylariga va shilliq qavatlarga tarqalishi bilan xarakterlanadi. Eritrodermiya esa gerpetik ekzemadan farqli ravishda, butun terining yallig'lanishi, kuchli giperemiya, shish, infiltratsiya va qipiqdanish bilan namoyon bo'ladi. Bunda isitma va umumiy holatning buzilishi ham kuzatilishi mumkin. Neyrodermit esa gerpetik ekzemadan farqli o'laroq, kuchli qichishish va terining qalinlashishi (likenizatsiya), teri zararlanishining tipik joylari (tirsak va tizza bukilmalari, lab burchaklari, qovoqlar) bilan xarakterlanadi.

Agar bolalarda herpetik toshmalar paydo bo'lishidan oldin turli organlar proyeksiyasi sohasida kuchli og'riq sindromi rivojlansa, boshqa kasalliklar (miokardit, o'tkir xoletsistit, qizilo'ngach yallig'lanishi, appenditsit, buyrak sanchig'i va boshqalar) bilan noto'g'ri tashxis qo'yilishi mumkin. Bunday holatlarda to'g'ri tashxis qo'yish og'riqning tabiatini, terining sezuvchanligini, palpatsiya ma'lumotlarini (masalan, qorin og'rig'ida peritonit belgilari bo'lmashligi) sinchiklab tahlil qilish orqali yengillashadi. Teri yoki shilliq qavatlarda tipik pufakchali toshmalar paydo bo'lganda tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi.

Gerpetik stomatitni surunkali qaytalovchi aftoz stomatit (SQAS) bilan adashtirish mumkin. Surunkali qaytalovchi aftoz stomatitda gerpetik stomatitdan farqli ravishda, aftalar yagona va alohida bo'ladi, umumiy ahvol odatda buzilmaydi, qaytalanish sabablari esa odatda ovqatlanishda xatolar, ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarining kuchayishi va boshqalar hisoblanadi.

Jinsiy herpes rivojlanganida uni birlamchi sifiloma bilan differensial tashxis qilish kerak. Sifilomadan farqli o'laroq, herpesda o'ziga xos pufakchali toshmalar yoki mayda-tishli qirralarga ega eroziyalar, kuydirish, qichishish, achishish kuzatiladi, eroziya tagida qattiqlashgan shish (indurativ shish) bo'lmaydi.

Ko'z va asab tizimi gerpetik zararlanishlari, agar teri va shilliq qavatlarda gerpetik infeksiya belgilari kuzatilmasa, tashxislashda qiyinchilik tug'diradi va

ko'pincha maxsus laborator diagnostika usullaridan (virusologik, serologik va boshqalar) foydalanishni talab qiladi.

6.2. Bolalarda o'tkir gerpetik stomatitning differensial tashxisi

Bolalarda O'GS (o'tkir gerpetik stomatit) ni klinik manzarasi o'xshash bo'lgan kasalliklar (gerpangina, surunkali qaytalovchi gerpetik stomatit va boshqalar) yoki boshqa sabablar bilan differensial tashxislash zarur.

Surunkali qaytalovchi gerpetik stomatit (SQGS), birlamchi o'tkir gerpetik stomatitdan farqli o'laroq, og'iz shilliq qavatida gerpetik toshmalarini takroran (turli chastotada) paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Surunkali qaytalovchi gerpetik stomatit belgilari unchalik yaqqol emas: toshmalar kamroq, intoksikatsiya belgilari ham kuchsizroq.

Gerpetik angina (gerpangina, enterovirus stomatiti) A va B guruhi Koksaki viruslari hamda exoviruslar (ECHO) sababli kelib chiqadi. Kasallik isitma, shilliq qavatning giperemiyasi va bodomsimon bezlar, tanglay kamarlari, yumshoq tanglayda kichik pufakchali toshmalar bilan namoyon bo'ladi. Pufakchalar ochilgandan so'ng, yutinishda juda og'riqli eroziyalar hosil bo'ladi. Ular qo'shilib, katta, sekin bituvchi o'choqlar hosil qilishi mumkin. O'tkir gerpetik stomatitdan farqli ravishda, gerpanginada kataral gingivit va terida shikastlanish kuzatilmaydi.

Teri ko'rinishlari bilan kechuvchi *vezikulyar stomatit* Koksaki A-16, Koksaki B va ECHO-6 viruslari sababli yuzaga keladi. Ko'proq maktabgacha va kichik maktab yoshidagi bolalarda uchraydi. Og'iz shilliq qavati, qo'l va oyoq terisida pufakchali toshmalar paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Toshmalar qayta-qayta paydo bo'ladi, tana haroratining ko'tarilishi va umumiy intoksikatsiya kuzatiladi. Og'izdagi pufakchalar tez ochilib, fibrinoz qoplama bilan qoplangan juda og'riqli eroziyalarga aylanadi.

Yashur kasalligi kam uchraydi, asosan, bolalarning kasal hayvonlar bilan kontaktda bo'lishi yoki yuqtirilgan sut iste'moli orqali yuqadi. Og'izda pufakchali toshmalar, aftlar, shilliq qavat giperemiyasi, tana harorati ko'tarilishi, umumiy intoksikatsiya, limfadenit bilan namoyon bo'ladi. O'tkir gerpetik stomatitdan farqli ravishda, unda gingivit belgilari va toshmalar guruhlanishi kuzatilmaydi.

O'tkir kataral stomatit (gingivit, glossit) mahalliy ta'sir etuvchi omillar (kimyoviy, mexanik, fizik va infeksiyon) sababli yuzaga keladi. Masalan, tish toshlari, tishlarning o'tkir qirralari mexanik ta'sir qilishi mumkin. Kimyoviy ta'sirlar dorilar (sulfanilamidlar, antibiotiklar, xinin, natriy salitsilat, kaliy yodid va boshqalar) sababli bo'lishi mumkin. Qizamiq, skarlatina, difteriya qo'zg'atuvchilari infeksiyon omil sifatida ta'sir qilishi mumkin. Kataral stomatitning klinik ko'rinishi: og'iz shilliq qavatining giperemiyasi va shishishi; lunj va tilda tish izlarining bo'lishi; shish, giperemiya va tish milkidan qon ketishi; til so'rg'ichlarining giperemiyasi va shishishi; afta va eroziyaga o'xshash elementlarning paydo bo'lishi.

Og'iz kandidozi kelib chiqishida - *Candida zamburigi*'i sabab bo'ladi. Bu chaqaloqlarda, antibiotiklar va boshqa dori-darmonlarni qabul qilgandan so'ng, diabet, immunitet tanqisligi bilan tez-tez uchraydi. O'tkir kandidoz (*molochnitsa*) lablar shilliq qavatida, tilning orqa qismida, tanglayda va lunjlar shilliq qavat yuzasidan chiqadigan oq konlar (*zamburug'lar koloniyalaridan iborat*) sifatida namoyon bo'ladi. Oq karash dastlab osongina olib tashlanadi, so'ngra haqiqiy shilliq qavatdagi koloniyalarning unib chiqishi ta'sirlanganda, karash qiyinchilik bilan olib tashlanadi va qon ketadigan eroziv yuzalarni ochib beradi. Kandidozda shilliq qavat yuzalarida vesikulyar toshmalar, afta yoki gingivit yo'q. Biroq, kandidoz bilan O'GS bilan birgalikda tashxis qo'yish qiyin bo'lishi mumkin va gerpetik va zamburug'li infeksiyalarini laboratoriya tomonidan tasdiqlash talab qilinadi.

Aftoid Pospishilla - kam uchraydi va gerpetik stomatitning eng og'ir shakllaridan biridir. Bu og'iz va jinsiy a'zolarining shilliq qavatida bir vaqtning o'zida toshmalar paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi.

Bekhcheta sindromi - autoimmun kasalliklarga mansub bo'lib, turli xil klinik ko'rinishda namoyon bo'ladi: og'iz va jinsiy a'zolar shilliq qavatida takroriy aftalar, ko'zning (uveit va boshqalar.), bo'g'inlar, qon tomirlari va asab tizimining shikastlanishi. O'GS dan farqli o'laroq, gingivit, vesikulyar toshmalar va limfadenit patologiyalari mavjud emas. Tashxis qo'yishda anamnezni to'liq yig'ish yordam beradi.

Turen katta aftozi - og'iz shilliq qavatida afta paydo bo'lishi, genital hududda eroziya, og'ir umumiy holat fonida polimorfik teri toshmasi (bo'g'im og'rig'i, tromboflebit, retinal tromboz, meningoensefalit va boshqalar) bilan tavsiflanadi. Qizilo'ngach, oshqozon, ichakda eroziya paydo bo'lishi diareya, vazn yo'qotish va charchoqning rivojlanishiga olib keladi. Ichki organlar ta'sirlanganda o'lim xavfi ortadi. Bolalarda O'GS rivojlanishining og'irligi va davrini kompleks davolashni oqilona tashkil etish uchun zarur bo'lgan mahalliy va umumiy simptomlarning og'irligiga qarab aniqlash muhimdir.

6.3. Surunkali qaytalovchi gerpetik stomatitning differensial tashxisi

Differensial tashxis SQGS (surunkali qaytalovchi gerpetik stomatit)ning klinik manzarasi hamda laboratoriya tadqiqotlari ma'lumotlariga asoslanadi.

Surunkali qaytalovchi gerpetik stomatitni quyidagi kasalliklardan farqlash kerak:

- ✧ -surunkali qaytalovchi aftozli stomatit (SQAS);
- ✧ -allergik stomatit;

✧ -streptokokk impetigosi.

Og'iz shilliq qavatining qaytalovchi kasalliklari - SQGS va SQAS umumiy xususiyatga ega: og'iz shilliq qavatida aftozli elementlarning davriy ravishda paydo bo'lishi. Ammo ular orasidagi farqlar ancha ko'p:

- ✓ gerpetik stomatitda birlamchi element - bu pufakcha; aftozli stomatitda esa pufakchalar hech qachon paydo bo'lmaydi;
- ✓ gerpetik stomatitda jarayon nafaqat og'iz shilliq qavati, balki lab qizil hoshoyasi, og'iz atrofidagi soha va yuz terisini ham qamrab oladi; aftozli stomatitda faqat og'iz shilliq qavati zararlanadi;
- ✓ gerpetik stomatitda qo'zish davrida gingivit (milklarning shishishi, giperemiya, qonash, og'riqlilik) rivojlanishi mumkin; aftozli stomatitga gingivit xos emas;
- ✓ gerpetik stomatitda qo'zish davrida mahalliy limfadenit kuzatiladi; aftozli stomatitda limfa tugunlari yallig'lanishi odatda kuzatilmaydi, faqat og'ir kechishda paydo bo'lishi mumkin;
- ✓ gerpetik stomatit aftalarning qo'shilishi va festonchat qirralarga ega katta eroziyalar hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi; aftozli stomatitda aftalar qo'shilmaydi;
- ✓ gerpetik stomatitning qaytalashi, qoida tariqasida, o'tkir isitma bilan kechuvchi kasallik vaqtida yoki undan keyin, shilliq qavat shikastlanishi, ortiqcha qizib ketish, sovqotish va boshqa omillar ta'sirida yuz beradi; aftozli stomatitning qaytalashi esa ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarining kuchayishi, ovqatlanishdagi xatolar, hazm qilish buzilishlari bilan bog'liq;
- ✓ gerpetik stomatitda qaytalash davridagi toshmalar doimo bir xil joyda paydo bo'ladi; aftozli stomatitda esa turli joylarda chiqadi.

Klinikada bolalarda ko‘pincha gerpetik infeksiyaning og‘iz kandidozi, allergik shikastlanishlar bilan qo‘shilib kelishi kuzatiladi. Bunday holatlar og‘ir kechadi va tashxis hamda davolashga kompleks yondashuvni talab qiladi.

Surunkali qaytalovchi gerpetik stomatitni differensial tashxislash qiyinchilik tug‘dirishi mumkin, agar kasallik atipik kechsa yoki boshqa og‘iz shilliq qavati shikastlanishlari bilan qo‘shilsa. Kompleks yondashuv - klinik manzarani tahlil qilish, anamnezni yig‘ish, hamroh kasalliklarni o‘rganish, qo‘shimcha laborator diagnostika (gerpetik infeksiya bo‘yicha) - tashxisni aniqlashtirish va oqilona davolashga yordam beradi.

Ammo amaliy stomatologiyada bolalarda og‘iz shilliq qavati kasalliklari to‘liq tekshiruvdan o‘tkazilmaydi. Ota-onalar o‘rtasida o‘tkazilgan so‘rov natijalariga ko‘ra, bolalarda og‘iz shilliq qavati kasalliklarida dastlabki va qayta murojaat qilish paytida virusli infeksiyaga tekshiruv va umumiy qon tahlili faqat 10,1% hollarda o‘tkazilgan, 89,9% hollarda esa laborator tadqiqotlar o‘tkazilmagan.

7. GERPEVIRUS STOMATITINI DAVOLASH VA OLDINI OLISHNING ZAMONAVIY USULLARI

Yuz-jagʻ sohasida uchraydigan gerpetik infeksiyalar stomatologiya sohasiga tegishlidir. Bunday infeksiyalarni tashxislash va davolash muammolari bilan turli yoʻnalishdagi stomatologlar (bolalar, terapevtlar, jarrohlar, ortopedlar, ortodontlar) shugʻullanadilar. Gerpetik infeksiya bilan kasallangan bemorlarga toʻgʻri yordam koʻrsatish uchun stomatologlar kasallikning etiologiyasi va patogenezini, tashxislash imkoniyatlarini, kechish xususiyatlarini, mumkin boʻlgan davolash rejimlari va prognozini tushunishlari zarur. Klinik shifokorlar kasallikning lokal rivojlanishi va umumiy namoyon boʻlishi paytida organizmning zararlanish darajasini tushunishlari hamda gerpetik infeksiya bolaning atrofida qolganlarga, unga qarashli va klinik jarayonda qatnashayotganlarga taʼsir qilishi mumkinligini anglashlari kerak [95].

Hozirgi vaqtda gerpetik stomatit bilan kasallangan barcha bolalar uchun bir xil samarali davolashni aniqlab beradigan tadqiqotlar mavjud emas. Koʻpincha, bolalarda gerpetik stomatitda eskirgan usullar va farmakologik preparatlar qoʻllaniladi [5,36,56].

OʻGSni davolashning maqsadi – kasallik simptomlarini bartaraf etish va gerpetik infeksiya qaytalanishini oldini olishdir. Surunkali qaytalovchi gerpetik stomatitni davolashda esa asosiy maqsad – qaytalanishlar chastotasi va ogʻirligini kamaytirish, remissiya davrini uzaytirishdir. Bu OʻGS ning qayta faollashuvini toʻsish orqali, organizmning immun holatini shakllantirish hisobiga amalga oshiriladi [61,68]. Surunkali qaytalovchi gerpetik stomatitni davolash birinchi simptomlar paydo boʻlganidan keyin 72 soat ichida boshlanishi kerak [80].

Gerpetik infeksiyani kompleks davolash umumiy va mahalliy terapiyani oʻz ichiga oladi, bu esa davolash muddatini qisqartirishga, qaytalanish chastotasini kamaytirishga va immunitetni tiklashga qaratilgan [57].

Ammo ko'pchilik bemorlar zarur bo'lgan kompleks davolanishni olmaydilar. Bizning ota-onalar orasida o'tkazilgan so'rovnomamizga ko'ra, gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalarning faqat 27,5% i antivirus preparatlarini qabul qilgan, aksariyati (72,5%) esa umumiy terapiya olmagan. Qisqa to'liq ultrabinafsha nurlanish (KTUN) ko'rinishidagi fizioterapiya faqat 28,6% bolalarda qo'llanilgan, 71,4% bemorlar esa umuman fizioterapiya olmagan. Stomatologik tashkilotga kelgan barcha bolalarga kuniga bir marta antiseptik eritmalar bilan sanatsiya qilingan, uy sharoitida esa bunday muolajalar qarindoshlari tomonidan faqat 53,4% bolalarda bajarilgan. Bolalarning deyarli yarmi (46,6%) esa mahalliy davolanishni kuniga faqat bir marta olgan.

7.1. Virusga qarshi terapiya

Hozirda antivirus faollikka ega bo'lgan 20 dan ortiq turli dori vositalari (100 dan ortiq gjenerik va savdo nomlari) mavjud. Ammo ularning hech biri inson organizmidan herpes virusini to'liq yo'q qila olmaydi. Bu dorilar faqat faol virionlarda DNK sintezini bloklaydi, nerv tugunlarida latent holatda bo'lgan viruslarga esa ta'sir ko'rsatmaydi. Antivirus preparatlar nafaqat davolash, balki gerpetik infeksiya qaytalanishini oldini olish uchun ham qo'llaniladi [56,80,81,83,93].

Ko'plab antivirus dorilar faqat kattalarda ishlatiladi (masalan, Famtsiklovir – Famvir), yoki ayrim herpes infeksiyalarini davolash uchun (masalan, Gantsiklovir – Tsimeven sitomegalovirus infeksiyalarida, Idoksuridin - Oftan esa ko'pincha gerpetik keratitni davolashda qo'llaniladi).

Bolalarda gerpetik stomatitni davolashda *nukleozid analoglari guruhiga* kiruvchi antivirus preparatlar qo'llaniladi: atsiklovir, valatsiklovir (organizmdagi atsiklovirga aylanadi), pensiklovir. Bu dorilarning samaradorligi randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarda tasdiqlangan. HSVga qarshilik kuzatilgan hollarda (immunodefitsit va immunosupressiv terapiyada) foskarnet (savdo nomi Fosfavir) qo'llaniladi [17,18,67].

Antivirus dorilar nafaqat ichki, balki mahalliy qo'llash uchun ham ishlatiladi. Mahalliy davolash uchun atsiklovir, pensiklovir, foskarnet, epervudin qo'llaniladi. Shuni yodda tutish kerakki, ayrim antivirus dorilar yosh cheklovlariga ega: 3 yoshdan katta (Foskarnet), 12 yoshdan katta (Valatsiklovir) yoki 16 yoshdan katta (Pensiklovir) bolalarga qo'llash tavsiya etiladi.

Atsiklovir (Virolex): tabletkalar, kapsulalar, suspenziya – bolalarga ichga 0,2 g kuniga 5 marta yoki 0,4 g har 8 soatda 5 kun davomida, immunodefitsitda – 0,4 g kuniga 5 marta 5–10 kun davomida. Tomir ichiga: 12 yoshgacha – 0,25 g/m², 12 yoshdan katta – 5 mg/kg har 8 soatda 7 kun davomida. Mahalliy: atsiklovir malhami yoki kremi (Zovirax) 5–6 marta kuniga, 5–10 kun davomida; teriga – 5%, shilliq qavatga – 3%. Shuningdek, atsiklovir bilan shimdirilgan tibbiy to'rli matodan teridagi shikastlangan joylarga surtish ham mumkin [15,67,85].

Valatsiklovir (Valtrex): tabletkalar, 12 yoshdan katta bolalarga 0,5 g har 12 soatda 5 kun davomida; immunodefitsitda – 1 g har 12 soatda 5–10 kun davomida.

Atsiklovir (Vectavir): 0,1% krem, faqat lokal qo'llash uchun, 16 yoshdan katta bolalarda labdagi gerpetik toshmalarda ishlatiladi. Har 2 soatda, 4 kun davomida qo'llanadi

Foskarnet (Foscavir, vena ichiga eritma): atsiklovir samara bermaganda, 3 yoshdan katta bolalarda qo'llanadi – vena ichiga 50 mg/kg kuniga 3 marta 3 kun davomida, keyin 30 mg/kg kuniga 1 marta toshmalar to'xtaguncha. Mahalliy: (Foscavir, 3% krem) zararlangan joylarga har 4 soatda (kuniga 6 marta) surtiladi.

7.2. oddiy herpes virusining maxsus ingibitorlari

HSVga nisbatan maxsus ingibitor ta'sir ko'rsatadigan dorilar guruhiga quyidagilar kiradi: Alpizarin (mangiferin), Giporamin, Panavir, Bonafton, Oksolin,

Riodikal (amantadin hosilasi), Tromantadin (Virus-Merz Serol gel 1%), Epervudin (Gevisoz), glytsirriz kislotasi asosidagi preparatlar va boshqalar.

Alpizarin mango barglaridan olinadi va ko'p qirrali ta'sirga ega: herpesviruslarning ko'payishini to'xtatadi, qon hujayralarida gamma-interferon ishlab chiqarilishini kuchaytiradi, hujayraviy va gumoral immunitetni rag'batlantiradi.

– Tabletkalari (0,1 g) kuniga uch marta buyuriladi: 1-6 yoshli bolalarga $\frac{1}{2}$ -1 g, 6-12 yoshli bolalarga – 1 g qabul qilinadi.

– Teridagi zararlangan joylarga 5% alpizarin malhami, og'iz shilliq qavatiga esa 3% malham qo'llaniladi.

– Davolash kursi 30 kungacha davom etishi mumkin.

Giporamin jiyda barglaridan olinadi, virusli neuraminidazani bloklaydi, shu orqali virusning ko'payishini to'xtatadi, shuningdek, endogen interferon ishlab chiqarilishini rag'batlantiradi.

– Giporamin tabletkalari (20 mg) 3 yoshdan katta bolalarga buyuriladi:

– 3-5 yoshda: 10-20 mg kuniga 2-4 marta,

– 6-12 yoshda: 20 mg kuniga 3-4 marta,

– 12 yoshdan katta bolalarga: 20 mg kuniga 4-6 marta.

– Davolash 3 hafta davom etadi, kurslar bir necha marta takrorlanishi mumkin.

Panavir (kartoshka poyalari asosida olingan) virus qobig'idagi glikoproteinlarga birikib, virusning hujayraga kirishini bloklaydi (natijada ko'payish to'xtaydi), interferon ishlab chiqarishni rag'batlantiradi va shilliq qavatlarda regenerativ jarayonlarni faollashtiradi.

– 12 yoshdan katta bolalarda Panavir eritmasi (0,01%, 5 ml ampulalar) tomir ichiga – 24-48 soatda bir marta, 3 marta in'eksiya qilinadi.

– Panavir gel, shamchalar va supozitoriylar bolalarda qo'llanilmaydi.

Bonafton sitoplazmatik oqsillar sintezini to'xtatib, hujayralarda virus yig'ilishini buzadi.

– 0,5% malham sifatida teri zararlangan joylariga kuniga 3-4 marta, og'iz shilliq qavatiga esa 5-6 marta qo'llaniladi.

– Davolash kursi 3-20 kun davom etadi.

Oksolin virulitsid ta'sirga ega bo'lib, virus zarralarining kislotalarini inaktivatsiya qiladi va hujayralarda virus ko'payishini to'xtatadi.

– 0,25% malham zararlangan teri va shilliq qavatlarga kuniga 3 marta surtiladi.

Riodoksol viruslarning hujayraga kirishini oldini oladi, antifungal faollikka ega.

– Shilliq qavatlarga 0,5% malham, teriga 1% malham sifatida kuniga 1-3 marta 1-4 hafta davomida qo'llaniladi.

Tromantadin (Virus-Merz Serol, 1% gel) viruslarning hujayraga kirishini oldini oladi.

– Mahalliy qo'llaniladi: zararlangan joylarga engil uqalab, har 5-8 soatda (kuniga 3–5 marta) surtiladi.

Epervudin (Gevizosh) antivirus va antiherpetik ta'sirga ega, zararlangan hujayralar DNKsiga qo'shib, virus DNKsining ko'payishini to'xtatadi.

– 8% malham faqat teri herpesida qo'llaniladi: zararlangan joylarga kuniga 2-3 marta, 3-5 kun davomida surtiladi.

– Preparat og'iz shilliq qavatiga tushishidan saqlanish kerak.

*Glytsirrizin kislota*si asosidagi preparatlar qizilmiya ildizidan olinadi, ular bevosita antivirus, yallig‘lanishga qarshi va immunomodulyator ta’sir ko‘rsatadi.

– Biologik faol qo‘shimchalar (BFM): Viusid – 1 paketida 40 mg glytsirrizin kislota, aminokislotalar va vitaminlar mavjud; 5 yoshdan katta bolalarda qo‘llaniladi (1 paket suv, sharbat yoki sutga eritiladi), kuniga 2-3 marta 3 oy va undan ortiq davomida qabul qilinadi.

– Lakrinat – 200 mg tabletkalar, 400 mg dan kuniga 2-3 marta bir necha oy davomida qo‘llaniladi; maydalangan tabletkalar suv bilan aralashtirilib, gerpetik toshmalarga surtib qo‘yiladi.

– Lab uchun krem (Gerpigen, Gerpinat) – qizilmiya ildizi ekstraktlari asosida tayyorlanadi, labga surtib herpesni davolash va oldini olishda qo‘llaniladi.

7.3. Immunosupressiv terapiya

Bolaning immun tizimi holati gerpetik infeksiya patogenezida muhim rol o‘ynaydi, shuning uchun faqat antivirus preparatlar bilan davolash yetarli emasligi aniq [48, 69]. Ko‘pincha yo‘qotilgan immunitetni tiklashga qaratilgan terapiya talab qilinadi. Shu maqsadda HSVga qarshi antitanachalar va interferon saqllovchi dori vositalari qo‘llaniladi.

Immunoglobulin preparatlari HSVga qarshi antitanachalarni o‘z ichiga oladi, ular hujayradan tashqari viruslarga bog‘lanadi va ularni neytrallaydi; komplement vositachiligidagi lizisni va virus bilan zararlangan hujayralarga qarshi antitanachaga bog‘liq hujayraviiy sitotoksiklikni faollashtiradi. Bolalarda HSVga qarshi antitanachalar titriga ega donor immunoglobulinidan foydalaniladi.

"Inson immunoglobulini" (HSV-1 va HSV-2 ga qarshi antitanachalar saqllovchi, liofilizatsiyalangan kukun) inyeksiya uchun eritma tayyorlangach mushak ichiga yuboriladi: 3 yoshgacha – 0,15 ml/kg, 3 yoshdan katta bolalarda – 3,0 ml, kurs davomida 2-3 kunlik interval bilan 5 marta yuboriladi. Immunoglobulinlardan antivirus terapiya bilan birga foydalanish gerpetik stomatit davolash samaradorligini oshiradi [89].

Interferon preparatlari (in'yeksiya uchun leykotsitar interferon, shamchalar ko'rinishidagi inson leykotsitar interferoni, infagel malhami, kipferon, viferon, lokoferon ko'z tomchilari va boshqalar) hujayralarda virus oqsili va virus RNK sintezini to'xtatuvchi oqsillar, sitokinlar va fermentlar sintezini boshlaydi, shu orqali antivirus ta'sirini ko'rsatadi. Interferonning immunomodulyator ta'siri – makrofaglarning fagotsitar faolligini, limfotsitlarning nishon hujayralarga sitotoksik ta'sirini, immunokompetent hujayralarning funksional faolligini oshirishda namoyon bo'ladi. Interferon shuningdek, o'sma hujayralarining ko'payishini va ayrim onkogenlar sintezini bostirib, antitumor ta'sir ko'rsatadi. Gerpetik stomatitda interferon preparatlari shamcha ko'rinishida, mahalliy – tomchi (burun va og'izga), teri va shilliq qavat zararlangan joylariga surtma, eritma, malham va gel ko'rinishida kuniga 2 marta qo'llaniladi. Davolash kursi 3-5 kun, to zararlanish elementlari butunlay yo'qolguncha davom etadi.

7.4. Immunomodulyator terapiya

Immunomodulyator dori vositalaridan foydalanish gerpetik stomatit davolash samaradorligini oshiradi, kasallik qaytalanish tezligini kamaytiradi va davolash muddatini qisqartiradi [27,29,37,41,44,87].

Immunomodulyatorlar hujayralarda va to'qimalarda **interferon ishlab chiqarilishini** rag'batlantiradi, virus ko'payishini bostiradi, antitanachalar hosil bo'lishini kuchaytiradi va immunosuppressiyani kamaytiradi.

Amiksin (tiloron) – antivirus va immunomodulyator ta'sirga ega. 7 yoshdan katta bolalarda qo'llaniladi: bolalar uchun Amiksin – birinchi ikki kun davomida kuniga 1 tabletka (60 mg), keyin – 48 soatda bir marta, umumiy kurs – 10-20 tabletkadan iborat.

Tsikloferon interferon ishlab chiqarishni rag'batlantiradi, antivirus, immunomodulyator, yallig'lanishga qarshi va og'riq qoldiruvchi ta'sirga ega, autoimmun reaksiyalarni bostiradi. 4 yoshdan katta bolalarga in'yeksiya shaklida (vena ichiga yoki mushak ichiga) kunora – jami 10 marta yuboriladi; keyin kerak bo'lsa, bir oy davomida uch kunda bir marta qo'llaniladi. Tabletkalar (150 mg) ovqatdan 30 daqiqa oldin, chaynashsiz, suv bilan yutiladi: 4-6 yosh – 1 tabletka, 7-11 yosh – 2-3 tabletka, 12 yoshdan – 3-4 tabletka. Kurs 2-3 haftadan so'ng qaytarilishi mumkin. Bolalarda liniment shakli qo'llanilmaydi.

Ridostin endogen interferon sintezini rag'batlantiradi, neutrofillar va makrofaglar fagotsitozini kuchaytiradi, antivirus va antixlamidial ta'sir ko'rsatadi. 7 yoshdan katta bolalarga mushak ichiga yoki teri ostiga (ampula eritmasi tayyorlanadi) 8 mg dan, 3 kunda bir marta, jami 3 marta yuboriladi. Bundan tashqari, 0,15% li malhami ham 7 kun davomida teridagi zararlangan elementlarga qo'llaniladi.

Makrofaglarga ta'sir qiluvchi immunomodulyatorlar, asosan, asosiy terapiyaga qo'shimcha sifatida buyuriladi. Dori vositalarining asosiy ta'sir mexanizmi tabiiy qotillarni (fagotsitlar va NK hujayralari) rag'batlantirishdir. Bundan tashqari, ushbu guruhdagi ba'zi dorilar Antikor shakllanishini, interferon ishlab chiqarishni, to'qimalarning yangilanishini rag'batlantiradi va detoksifikatsiya qiluvchi va membranani barqarorlashtiruvchi ta'sirga ega. Misol uchun, gerpetik stomatit patogenetik davolashda polyoxidoniydan foydalanish - og'riq, og'iz shilliq qavati giperemiya va shishini kamaytiradi, hamda zararlanish elementlarini [3, 11,27] oldin bitishi uchun hissa qo'shdi.

Polyoxidoniy nafaqat immunomodulyatsion, balki yallig'lanishga qarshi, antioksidant va detoksifikatsiya qiluvchi ta'sirga ham ega. Kasallikning klinik ko'rinishiga qarab, polyoxidoniyni qo'llash sxemasi va usuli aniqlanadi. Preparat liyofilizat shaklida mavjud bo'lib, undan ko'rsatmalarga muvofiq eritmalar ishlatishdan oldin darhol tayyorlanadi. Tayyorlangan eritmaning bir tomchisida (0,05 ml) 0,15 mg preparat mavjud. Polioksidoniy 6 oydan katta bolalarda qo'llaniladi. Preparat in'yeksiya shaklida (0,1-0,15 mg/kg) har kuni yoki kunora, 5--0 marta yuboriladi. Shuningdek, intranazal yoki til ostiga (0,15 mg/kg) tomchi shaklida kuniga 2-3 marta 1-3 tomchidan qo'llaniladi, kurs 10 kungacha.

Likopid immunomodulyator ta'sir ko'rsatadi, tabletkalar ovqatdan oldin (30 daqiqa) til ostiga yoki ichga qabul qilinadi: 1 yoshgacha – 0,5 mg 2 marta kuniga, 1-16 yosh – 1 mg 3 marta kuniga, 16 yoshdan katta – 2-10 mg 1-2 marta kuniga. Kurs 6-10 kun.

Galavit immunomodulyator va yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi. 6-11 yosh – 50 mg shamcha yoki kukun, 12 yoshdan – 100 mg shamcha, kukun yoki tabletkalar. Kuniga 1 marta 10 kun, keyin kunora (kurs 25 kundan oshmaydi).

Tamerit immunomodulyator va yallig'lanishga qarshi dori, qaytalanuvchi gerpetik infeksiyalarda qo'llaniladi. Mushak ichiga yuborish uchun kukun ko'rinishida mavjud. 0,1 g dan, kuniga 2 marta (6-8 soatda), kurs 10 kungacha.

T-limfotsitlarga ta'sir qiluvchi immunomodulyatorlar murakkab mexanizmga ega: tabiiy killerlar, T-limfotsitlar faoliyatini rag'batlantiradi, immunoglobulin G, interleykinlar, interferon ishlab chiqarilishini oshiradi, yallig'lanishga qarshi sitokinlar ishlab chiqarilishini bostiradi, makrofaglar, monotsitlar va neytrofillar ximotaksisini kuchaytiradi. Natijada SQGS uchrash darajasi kamayadi, kasallik davomiyligi va og'irligi qisqaradi. Preparatni qo'llashga ko'rsatma, ayniqsa, bolalarda immunitetini pasayishi hollarida.

Izoprinozin – T-limfotsitlar sonini va interleykin-2 sintezini oshiradi, fagotsitozni rag‘batlantiradi, HSV ko‘payishini bostiradi. 3 yoshdan katta, 20 kg dan og‘ir bolalarda qo‘llaniladi: kuniga 50 mg/kg 3-4 marta, ovqatdan keyin, suv bilan. Kurs 5-10 kun (belgilar yo‘qolgandan keyin yana 2 kun davom ettiriladi). HRGSda kurs 30 kungacha uzaytiriladi. Uzoq muddatli davolashda (14 kundan ortiq) buyrak va jigar faoliyati nazorat qilinadi.

Groprinosin – immunomodulyator va antivirus ta’sirga ega, DNK va RNK virus replikatsiyasini bostiradi, regeneratsiyani tezlashtiradi, antitanachalar hosil bo‘lishini va fagotsitozni kuchaytiradi. 2-12 yosh – 50 mg/kg, kuniga 3-4 marta, 12 yoshdan katta – 1000 mg 3-4 marta kuniga. Ovqatdan keyin, suv bilan qabul qilinadi. Kurs – 5 kun, kerak bo‘lsa, 8 kundan keyin qaytariladi.

Aralash ta’sir mexanizmiga ega immunomodulyatorlar

Bu guruhga turli sintetik va o‘simliklardan olingan preparatlar kiradi. Ulardan ba’zilari bolalar stomatologiyasida gerpetik stomatitni davolashda qo‘llaniladi (Glutoksim, Derinat, Ferrovir, Gepon, Imudon, Miliyf).

Imudon – eng ko‘p qo‘llaniladi. 14 xil bakteriya lizatlari kompleksini o‘z ichiga oladi. Fagotsitozni, lizotsim ishlab chiqarilishini, immun hujayralar sonini va so‘lakdagi sIgG ni oshiradi. Tabletkalar (50 mg) og‘izda eritib ichiladi: O‘GSda – kuniga 6-8 tabletkalar, 10 kungacha; HRGSda – kuniga 6 tabletkalar, 10-20 kun.

Gepon – peptidli preparat, interferon hosil bo‘lishini, fagotsitoz, yallig‘lanishga qarshi sitokinlar ishlab chiqarilishini va antitanachalar sintezini kuchaytiradi, HSV ko‘payishini bostiradi. Shuningdek, organizmning virus, bakteriya va zamburug‘larga qarshiligini oshiradi. Eritma (0,02% va 0,1%) shaklida chiqariladi. 12 yoshdan katta bolalarda kuniga 1 marta, 3-5 kun: ichga – 2 mg/5 ml suv eritmasi (5 daqiqa og‘izda ushlab yutiladi); shilliq qavat va teriga – 0,04% eritma bilan purkash; shuningdek, eritmada tayyorlangan krem teridagi toshmalarga surtiladi.

Immunomaks – immunomodulyator va antivirus ta'sir ko'rsatadi, NK hujayralar ishlab chiqarilishini, sitokinlar va interleykinlar sekretsiyasini, antitanachalar hosil bo'lishini faollashtiradi, to'qima makrofaglarini bakteritsid moddalar ishlab chiqarishga rag'batlantiradi. 12 yoshdan katta bolalarda qo'llaniladi: 100-200 ED, kuniga 1 marta mushak ichiga. Kurs – 10 kun ichida 6 marta (1,2,3 va 8,9,10 kunlarda).

7.5. Gerpetik infeksiyalarni oldini olish uchun vaksina

Gerpetik infeksiyalar profilaktikasi uchun vaksina (Vitagerpavak va boshqalar) bolalarda SQGSning og'ir shakllarini kompleks davolashda, interstitsial davrda (kasallik simptomlari yo'qolgandan 5 kun o'tib) qo'llaniladi. Vaksinalar tarkibida 1- va 2-tip oddiy herpes virusi (HSV-1 va HSV-2) liofilizatsiya qilingan, inaktivatsiyalangan holda mavjud. Vaksina inson organizmining hujayraviy himoya mexanizmlarini rag'batlantirib, HSV-1 va HSV-2 ga qarshilikni oshiradi.

Vaksina 0,3 ml hajmda bilak ichiga (intradermal) 3-4 kunlik interval bilan yuboriladi, kurs 5 ta in'yeksiyadan iborat. Kursni 7-10 kundan keyin, keyinroq esa 6 oydan so'ng takrorlash mumkin. Bu gerpetik infeksiya qaytalanishining oldini oladi va remissiya davrini uzaytiradi.

7.6. Nospetsifik terapiya

Nospetsifik terapiya umumiy ta'sirga ega bo'lgan va mahalliy dori vositalarini buyurishni, shuningdek bolaning og'iz gigiyenasi va ovqatlanishiga oid tavsiyalarni o'z ichiga oladi.

Isitmaga qarshi dorilar bolaning tana harorati $38,5^{\circ}\text{S}$ dan oshganda, shuningdek pastroq haroratda tutqanoq sindromi rivojlangan taqdirda yoshga mos dozada buyuriladi. Ota-onalarga $38-38,5^{\circ}\text{S}$ gacha bo'lgan haroratning organizmning himoya reaksiyasi ekani tushuntirilishi kerak, chunki u, bir tomondan, virusning ko'payishini to'xtatadi, boshqa tomondan esa endogen interferon ishlab chiqarilishini kuchaytiradi.

Giposensibilizatsiya dorilari yoshga qarab dozalarda oʻrta va ogʻir gerpetik stomatitda buyuriladi. Bu dorilar asosan allergik komponent yetakchi boʻlgan asoratlarning oldini olish (masalan, virus kelib chiqishli koʻp shaklli ekssudativ eritema), shuningdek boshqa dorilarga allergik reaksiyalarni kamaytirish uchun qoʻllaniladi.

Vitaminlar (askorbin kislotasi, askorutin, vitaminlar A, E, kompleks vitaminlar) milk qonashini kamaytirish, organizmning nospetsifik qarshiligini oshirish va regenerativ jarayonlarni tezlashtirish uchun buyuriladi [56].

Bolaning *ovqatlanishi* yumshoq boʻlishi kerak: maydalangan, pyure qilingan, yarim suyuq, ogʻiz shilliq qavatini bezovta qilmaydigan, qoplovchi va iliq ovqatlar tavsiya etiladi. Koʻp suyuqlik ichish zarur. Bolani majburlab ovqatlantirish kerak emas, chunki gerpetik elementlarning epitelizatsiyasi boshlanganidan keyin ishtaha tiklanadi va kasallik davrida yoʻqotilgan vazn qayta tiklanadi.

Regidratatsiya va detoksikatsiya terapiyasi ogʻir suvsizlanishda va intoksikatsiya simptomlari rivojlanganda zarur boʻladi.

Mahalliy ogʻriq qoldiruvchilar oʻrta va ogʻir shaklli OʻGS boʻlgan bolalarda, SQGS bilan ogʻriganlarda ogʻriq simptomlari kuchli boʻlganda qoʻllaniladi. Dori vositalari qatʼiy yoʻriqnoma asosida qoʻllanilishi lozim (masalan, Kamistad baby gel shilliq qavatdagi elementlarga yupqa qatlamda ovqatdan 20 daqiqa oldin, kuniga 3 martadan koʻp boʻlmagan holda surtiladi). Ortiqcha doza oldini olish zarur, chunki preparat yutilishi mumkin va kumulyativ toksik taʼsir koʻrsatishi ehtimoldan xoli emas.

Ogʻiz gigiyenasini amalga oshirayotganda ehtiyot boʻlish kerak, bolaning ogʻiz shilliq qavatiga qoʻshimcha shikast yetkazishdan saqlanish zarur. Har bir ovqatdan keyin bolaning tishlari ksilitollik salfetskalar (Spiffi, Zubki-chistki va boshqalar) yoki dorivor oʻsimlik damlamalariga (romashka, shalfey yoki quyuq

choy) namlangan tamponlar bilan artib tozalanadi. Tish pastasi va tish cho'tkasi faqat shilliq qavatdagi zararlanish elementlari butunlay yo'qolgach qo'llanadi.

Gerpenox gigiyenik vositasi – stomatologik geli, faol komponentlar majmuasi (Xylitol, Chelate Organic Germanium Guanine Complex, Sodium/Potassium Algenate)ni o'z ichiga oladi. Taxminan gel og'iz va lab shilliq qavatiga qo'llaganda, ularning antivirus, immunomodulyator, zamburug'larga qarshi, antiseptic va yara bitiruvchi ta'siri bo'lishi mumkin. Biroq ushbu preparat dori vositasi hisoblanmaydi va tegishli klinik sinovlardan o'tmagan.

Fermentlar (proteolitik) – aftalarni, shilliq qavatdagi katta eroziya yuzalarini, eroziya va yarali gingivit elementlarini tezroq tozalash uchun mahalliy qo'llaniladi. Ba'zi mualliflar lizotsimni ishlatishni tavsiya etadi [22].

Keratoplastik preparatlar (chakanda (oblepixa) yog'i, aekol, vitaon va boshqalar) aftalar atrofida giperemiya halqasi paydo bo'lgach, zararlanish elementlarining epitelizatsiyasini tezlashtirish uchun qo'llaniladi.

Antiherpetik lab bo'yoqlari turli tabiiy yoki sun'iy komponentlardan iborat bo'lib, lablarda vesikulyar toshmalar paydo bo'lishining oldini olish, infeksiyalanishning oldini olish va regeneratsiya jarayonini tezlashtirishga qaratilgan.

“Elavar” antigerpes lab bo'yog'i – qo'y yog'i, ritsin moyi, dorivor o'simlik ekstraktlari va qaynatmalari, qarag'ay qatroni va vitamin kompleksi.

“Doctor Nona” lab bo'yog'I – O'lik dengiz mineral kompleksi, ritsin moyi, asal mumidan tashkil topgan.

“Gygiene-gerpes” – o'simlik moylari, ritsin moyi, kalendula ekstrakti, qatron, asal mumi, ionol antioksidanti.

“Gerpes NanoGen” – archa moyi, C vitamini, bioflavonoidlar, yalpiz va evkalipt moylari.

Lab bo'yoqlari kuniga 3-5 marta, 2-3 soatda bir marta, shuningdek tashqariga chiqishdan oldin va ovqatdan keyin qo'llanadi.

Tabiiy vositalar ham kompleks davolashda tez-tez qo'llaniladi. Tadqiqotlarda ko'rsatilishicha, bolalarda birlamchi gerpetik gingivostomatitda asalni atsiklovir bilan birga qo'llash zararlanish elementlarining tezroq regeneratsiyasiga yordam bergan [71]. Xitoy o'simlik dori vositalari (CHM) gerpangina va gerpetik gingivitni davolashda muvaffaqiyatli qo'llanilganligi haqida ham ma'lumotlar bor [90]. Enterol-250 mg probiotigi kompleks davolash tarkibida qo'llanganda, bolalarda gerpetik stomatit simptomlari va umumiy buzilishlar tezroq normallashtirildi qayd etilgan [5,38].

Imupret – o'simlik komponentlari (alтей ildizi, romashka gullari, xo'kizquyruq o'ti, yong'oq barglari, achchiq shuvoq o'ti, eman po'stlog'i, quyonquloq o'ti)dan tashkil topgan preparat. O'GS terapiyasida qo'llanganda bolalarda umumiy holatni va og'iz mikrobiotsenozini yaxshilagan, shilliq qavat zararlanish elementlari epitelizatsiya muddatini qisqartirgan [35].

8. GERPETIK STOMATIT DAVOSIDA FIZIOTERAPIYA

Bolalarda gerpetik infeksiyani dori vositalarisiz, fizioterapiya usullari bilan davolashning dolzarbligi bir qator omillar bilan bog'liq. Ayniqsa, erta yoshdagi bolalarda gerpetik stomatitda og'iz bo'shlig'ini dori bilan davolash qiyin bo'ladi. Dori vositalarining ta'siri ostida og'iz mikroflorasi chidamli shaklga aylanadi, dori allergiyalari va HSV (gerpes simplex virusi) sababli yuzaga keladigan allergik kasalliklar soni ortib bormoqda.

An'anaviy ravishda gerpetik stomatitni davolashda ultrabinafsha nurlanish (UBN) qo'llaniladi. U virusning ko'payishini bostiradi, shikastlangan elementlarning epitelizatsiyasini tezlashtiradi va organizmning virusga qarshi chidamliligini oshiradi. Integral (ultrabinafsha nurlarining to'liq spektri), uzun to'liqlik va qisqa to'liqlik UB nurlanish turlari qo'llaniladi. UB nurlanishining turi va qo'llash rejimi kasallikning klinik manzarasi va rivojlanish bosqichiga qarab shifokor tomonidan belgilanadi.

Qisqa to'liqlik ultrabinafsha (QTU) nurlanishi asosan teri yoki shilliq qavatning shikastlangan sohalarini mahalliy nur bilan davolash uchun qo'llaniladi. Qisqa to'liqlik ultrabinafsha immunostimulyator va almashinuv jarayonlariga ta'sir ko'rsatadi. Qisqa to'liqlik ultrabinafsha nurlanishi (to'liqlik uzunligi 230-290 Nm) yuqori energiyali bo'lib, mikroorganizmlar va zamburug'larga qarshi bakteritsid ta'sir ko'rsatadi.

Bolalarda gerpetik infeksiyalarni Qisqa to'liqlik ultrabinafsha nurlanish usuli bilan davolashda BOP-4 (BOP-01/27) qurilmasi ishlatiladi (13-rasm). Og'iz shilliq qavatini nurlantirish uchun 5-raqamli plastik naychalar qo'llaniladi. Himoya ko'zoynaklari ham majburiy tarzda ishlatilishi kerak. Har bir bemor uchun oldindan individual nurlanish biodozasi aniqlanadi. Dastlab 1-3 biodoza nurlantirish qo'llaniladi, keyin har kuni $\frac{1}{2}$ biodozaga oshirib, 3-4 biodozagacha yetkaziladi. Davolash kursi kasallikning og'irligiga qarab 3-5 muolajadan iborat bo'ladi.



13- rasm. BOP-4 qurilmasi

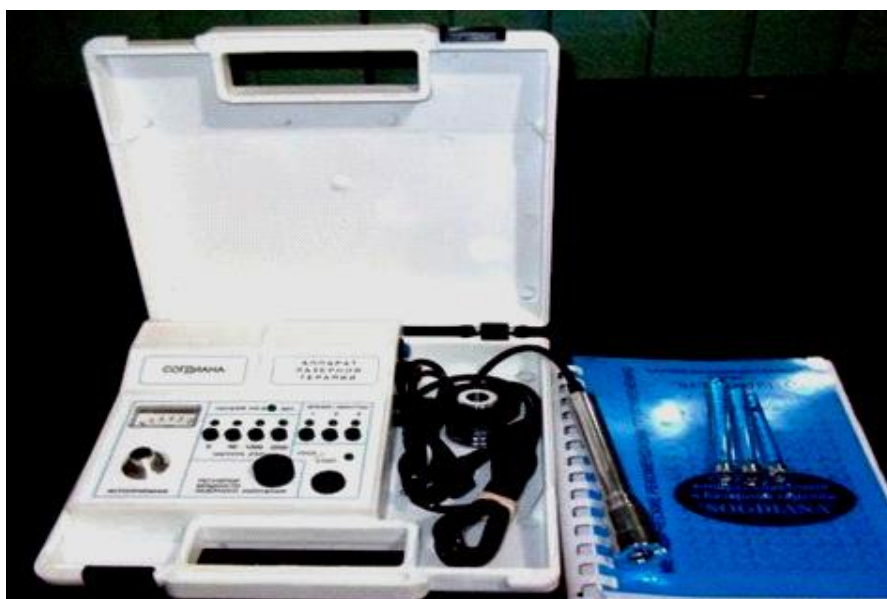
Hozirgi vaqtda fizioterapevtik davolash usullari diapazoni lazer, infraqizil nurlanish, magnitoterapiya va boshqa usullar qoʻllanilishi tufayli sezilarli darajada kengaydi.

Stomatologik amaliyotda turli patologiyalarni davolashda lazer terapiyasi keng qoʻllaniladi. Gerpetik stomatitni kompleks davolashda lazer terapiyasining samaradorligi eksperimental va klinik tadqiqotlar, jumladan, immunologik, sitologik va laboratoriya usullari bilan tasdiqlangan [34, 46, 77]. Shikastlangan toʻqimalarning lazer nurlanishi lipid peroksidlanishi mahsulotlari miqdorini kamaytiradi, antioksidant himoyani yaxshilaydi, qon zardobida katalaza darajasini oshiradi hamda hujayralar proliferatsiyasini ragʻbatlantiradi [42, 54, 49, 87]. Past intensivlikdagi lazer nurlanishi (PILN) shikastlangan toʻqimalarda neytrofillar sonini oshiradi, mononuclear fagotsitlarni faollashtiradi, hujayralar proliferatsiyasini ragʻbatlantiradi, kapillyarlarning oʻsishini va ogʻiz epiteliyining regeneratsiya muddatini tezlashtiradi [49].

Lazer nurlanishi shikastlanish o'chog'ida qon aylanishini faollashtiradi, anaerob flora miqdorini oshiradi va fakultativ flora miqdorini kamaytiradi, og'izning mahalliy immunitetini yaxshilaydi [33, 42]. Qizil va infraqizil to'lqin uzunligiga asoslangan lazer terapiyasi gerpetik eroziyalarning epitelizatsiyasini tezlashtirishi va SQGS qaytalanishlar sonini kamaytirishi mumkin. Biroq, HSV ga ko'k lazer to'lqin uzunligining ta'siri hali o'rganilmagan [88, 92, 97, 101].

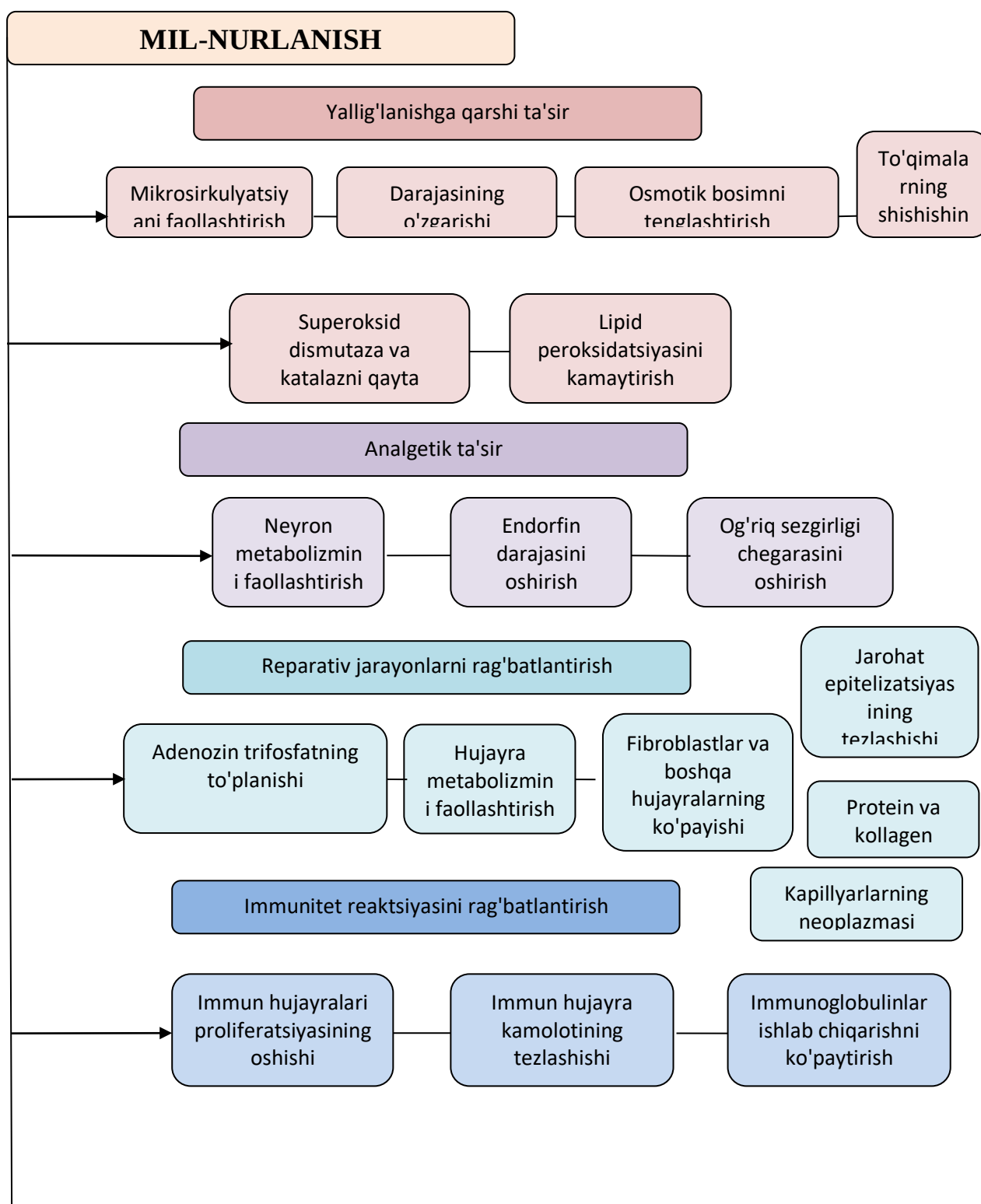
Magnit va infraqizil lazer terapiyasi (MILTA) kombinatsiyasi ta'sirlangan hududlarga impulsli infraqizil lazer nurlanishi va doimiy magnit maydon yordamida ta'sir ko'rsatish imkonini beradi [32]. "Sog'diana" kvant terapiya qurilmasi (14-rasm) galliy arsenidli yarimo'tkazgich lazer diodidan (qizil va yaqin infraqizil diapazonlarda impulsli va uzluksiz nurlanish hosil qiladi) hamda maxsus magnitli moslamalardan foydalanadi, bu esa bir vaqtda kombinatsiyalangan magnito-infraqizil-lazer (MIL) nurlanishini amalga oshirishga imkon beradi.

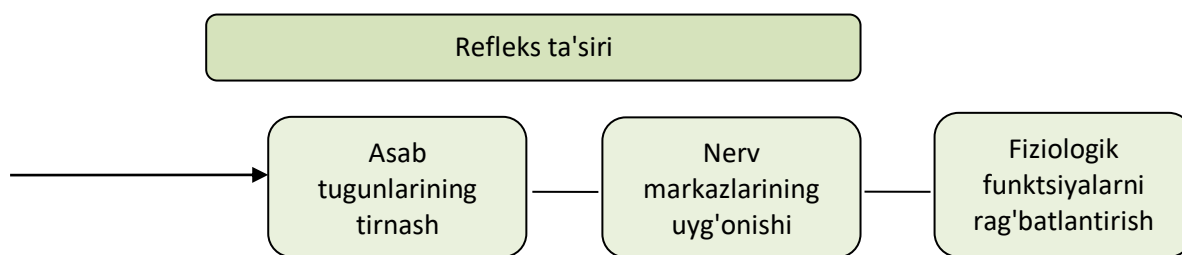
Lazer nurlanishi monoxrom (tor diapazonli), fazoviy va vaqtinchalik polarizatsiya hamda koherentlik xususiyatiga ega. Doimiy magnit maydon to'qima suyuqligi elementlari ionlarining zaryadlangan zarrachalarini aylanish harakatiga keltirib, lazer nurlanishi ta'sirining samaradorligini oshiradi.



14-rasm. «Sog'diana» MIL-nurlanish qurilmasi

Natijada, MILT qon aylanishini, hujayralarda membrana almashinuvini rag'batlantiradi, neyrogumoral omillarni, immunokompetent tizimlarni faollashtiradi va og'iz epiteliyida shifo jarayonini kuchaytiradi. Lazer nurlanishining xavfsizligi fotonlarning past energiyasi (1,5 eV dan kam) bilan ta'minlanadi, bu esa organik molekulalarning dissosiasiyasi (ionlanishi), biopolimer bog'lanishlarining uzilish va to'qimalarda tabiiy jarayonlarning buzilish iuchun yetarli emas. MILTning klinik samaralari 15-rasmda ko'rsatilgan.



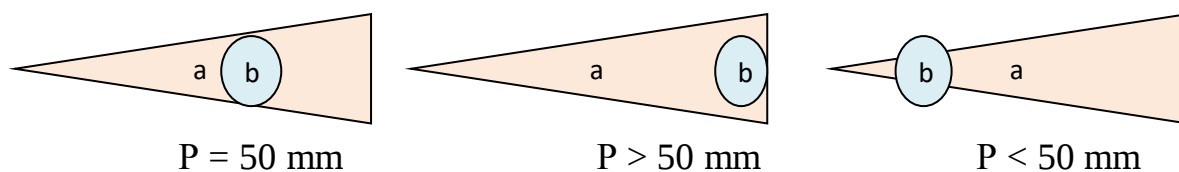


15-rasm. MIL terapiyaning klinik samaralari

6-jadval. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan og‘rigan bolalarni kompleks davolashda (Sog‘diana qurilmasi) MILT sxemalari

SQGS shakli	Nurlanish davomiyligi Gts	Ta'sir davomiyligi, daqiq	Kasallikning qaysi kunlarida qo'llaniladi.
Yengil	5	5	Birinchi ikki kun
	50	3	3-4 kunlar
O'rta og'irlik	5	5	Birinchi ikkikun
	50	4	3-4 kunlar
	1000	2	5-7 kunlar
Og'ir	5	5	Birinchi kun
	50	4	Ikkinchi kun
	1000	2	Uchinchi-o'ninchi kunlar

Tajriba yo‘li bilan aniqlanishicha, nurlantiruvchi sirt bilan shikastlangan soha orasidagi optimal masofa 50 mm bo‘lib, bu davolashning eng yuqori samaradorligini ta’minlaydi. Agar masofa bundan katta bo‘lsa, nurlanish sochiladi va uning faqat bir qismi patologiya zonasiga tushadi; agar masofa juda kichik bo‘lsa, patologiya zonasining faqat bir qismi nurlanadi (16-rasm).



16-rasm. Nurlanuvchi sirt bilan shikastlangan joy orasidagi masofaga (P) bog‘liq MIL nurlanishi sxemasi: a–nurlanish zonasini, b– shikastlangan joy.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalarni davolashda MIL nurlanishi zonasining tanlanishi toshmalar joylashuvi va maydoniga bog‘liq bo‘ladi. «Sog‘diana» apparatining nasadkalari nurlanishni shikastlangan joylarga yoki milkka yo‘naltirish imkonini beradi.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalarga bemorning holatiga qarab 7 dan 10 tagacha MIL nurlanish seansi belgilanadi. Bir seans davomida og‘iz bo‘shlig‘ida 5 tadan ortiq o‘choqqa nurlanish tavsiya etilmaydi, bitta o‘choq maydoniga 1 daqiqa davomida ta’sir qilinadi. Keng birlashgan eroziyalar mavjud bo‘lsa, butun og‘iz shilliq qavati 5 daqiqadan oshmagan holda skanerlash usuli bilan nurlantiriladi

9. GERPETIK STOMATITNI DAVOLASHDA MILT VA QTUN USULLARIDAN FOYDALANISHNING QIYOSIY TAVSIFI

Tadqiqot o'tkazish uchun 2 ta bolalar guruhi shakllantirildi, ularda Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning kompleks davolanishida fizik davolash usullaridan foydalanildi. Birinchi guruhda (85 bola) davolash majmuasiga qisqa to'liqlik ultrabinafsha nurlanish (QTUN) kiritildi, ikkinchi guruhda (104 bola) esa – magnit-infrakizil-lazer terapiya (MILT) qo'llanildi. Bolalarni davolash natijalari mikrobiologik tahlil, immunologik tadqiqotlar va surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning klinik kechishini baholash ma'lumotlariga ko'ra o'rganildi

9.1. Davolashdan keyin bolalarda og'iz mikrobiologik holatining tavsifi

Davolash natijasida bolalarda og'iz suyuqligi mikroflorasi holati o'zgardi. Yengil shakldagi surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan kasallangan ikkala guruhdagi bolalarda, shuningdek ikkinchi guruhdagi o'rta va og'ir shakllarda davolashdan keyin anaerob mikroblarning umumiy soni sog'lom bolalarnikidan statistik jihatdan farq qilmadi. Ikkala guruhdagi bolalarning ko'pchiligida aeroblarning umumiy soni sog'lom bolalar ko'rsatkichiga yaqinlashdi. Ammo davolash zamburug' mikroflorasiga ta'sir qilmadi va Candida turiga oid zamburug'lar konsentratsiyasini kamaytirmadi.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning yengil shaklida bolalarda og'iz mikroflorasining sezilarli darajada tiklanishi kuzatildi, biroq o'rta va og'ir kechishli kasalliklarda disbiotik o'zgarishlar saqlanib qoldi, bu esa davolashni davom ettirish zaruratini asoslab berdi. Shu bilan birga, surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning o'rta va og'ir shakllarida mikrofloraning normallashtirish tendensiyasi ikkinchi guruh bolalarida birinchi guruhdagilarga qaraganda ancha yaqqol namoyon bo'ldi. Kompleks davolash tugagandan so'ng birinchi guruhdagi

bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning barcha shakllarida Staphylococcus aureus (oltin stafilokokk) patogen shakllari ekishda davom etdi, ikkinchi guruhda esa faqat og‘ir kechishli hollarda aniqlangan.

Olingan ma’lumotlar surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalarni davolashda MILTdan foydalanish QTUN nurlanishiga qaraganda ancha samaraliroq ekanini tasdiqlaydi.

7-jadval. Bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitni davolashdan keyingi og‘iz mikroflorasi holati

Mikroblarguruhi	1ml so'lakdagi mikroblar soni(Lg/M±m/KOE/ml)						
	Sog'lombo la	Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning klinikshakllari					
		Oson		O'rta		Og'ir	
		1gr.	2gr.	1gr.	2gr.	1gr.	2gr.
Umumiy anaeroblar	5,6±0,3	5,0±0,3	6,1±0,3	4,1±0,3**	5,8±0,4	3,6±0,2*	4,8±0,3
Laktobakteriyalar	4,3±0,2	2,6±0,1**	3,6±0,2*	3,15±0,2*	4,15±0,3	2,1±0,1*	4,0±0,3
Peptostreptokoklar	3,3±0,2	4,0±0,3	4,1±0,3*	3,6±0,2	3,85±0,2	4,1±0,3*	3,6±0,3
Aeroblarning umumiy soni	5,45±0,3	6,6±0,3**	5,8±0,3	5,1±0,5	5,0±0,3	6,3±0,5	5,0±0,4
Staphylococcus aureus	0,00	1,15±0,1*	0,00	1,0±0,1**	0,00	1,6±0,1*	1,0±0,1*
Staphylococcus epidermis	4,15±0,2	4,0±0,3	3,0±0,2*	3,8±0,3	3,1±0,2*	5,0±0,4	3,60±0,2
Streptococcus salivarius	4,6±0,3	3,16±0,2***	3,0±0,1*	2,3±0,1**	3,0±0,2*	2,6±0,1*	3,1±0,2*
Streptococcus mutans	2,3±0,2	2,0±0,1	2,6±0,1	2,1±0,1	2,0±0,1	2,6±0,1	2,1±0,1
Streptococcus Mitis	2,45±0,2	2,3±0,1	3,0±0,2	1,85±0,1*	1,6±0,1*	2,45±0,2	2,0±0,1*

Escherichia	1,40±0,1	1,6±0,1	1,0±0,1*	2,1±0,1**	1,1±0,1	3,1±0,2*	2,0±0,1*
Proteus	1,30±0,1	2,0±0,1**	0,00***	1,15±0,1	1,0±0,1*	2,1±0,1*	1,0±0,1*
Kandida zanjiri	2,30±0,2	3,15±0,2*	3,0±0,2*	4,0±0,3**	3,1±0,2*	4,6±0,3*	3,6±0,2*

Farqlarning ahamiyati sog'lom bolaga nisbatan: p<0,05, *p<0,01, *p<0,001

9.2. Davolashdan keyin bolalarda og'izning immunologik ko'rsatkichlari

So'lak organizmning nospetsifik qarshilik (rezistentlik) omillarining eng muhimlarini o'z ichiga oladi (lizotsim, laktoferrin, laktoperoksidaza va boshqa fermentlar va h.k.). So'lakning himoya xususiyatlari nospetsifik himoya omillarining patogen mikroorganizmlarga bevosita ta'siri, shuningdek ularning tish emaliga va og'iz shilliq qavatida epiteliyasiga adgeziyasini to'sib qo'yish qobiliyati bilan bog'liq. Lizotsim (n-atsetil-muramil-gidrolaza fermenti) limfotsitlar, granulotsitlar, makrofaglar tomonidan ishlab chiqariladi, u biroz kislotali va neytral muhitda ancha faol bo'ladi, bakterial hujayra devorining peptidoglikan molekulasiidagi glikozid bog'ini gidroliz qiladi. Lizotsim yetishmovchiligi bo'lganda, og'izning patogen mikrobiotasi faollashadi va tiklanish jarayonlari sekinlashadi.

Makrofaglar va mikrofaqar (granulotsitlar) nospetsifik qarshilikning hujayraviiy omillaridir, ular faqat yuzada emas, balki og'iz shilliq qavatining shilliq osti qatlamida, milk yoriqlarida va tish cho'ntaklarida ham fagotsitoz funksiyasini bajaradi. Bolalarda og'iz suyuqligidagi nisbatan past osmotik bosim tufayli makrofag va gistiositlarning faolligi pasayadi, fagotsitoz to'liq emas, ko'pincha tugallanmagan bo'ladi.

Bolalar og'iz shilliq qavatida tashqi antigenlar bilan doimiy aloqada bo'ladi, natijada immun himoyaning affektor va effektor mexanizmlari faollashadi [25,53]. Sekretor IgA (sIgA) immun javob shakllanishida muhim rol o'ynaydi, uning tupurikdagi konsentratsiyasi qon zardobidagidan 1000 marta yuqori. sIgA

glikoprotein tabiatli sekretor komponent tomonidan soʻlakdagi proteolitik fermentlarning taʼsiridan himoyalanganligi sababli, uzoq vaqt davomida soʻlakdagi yagona antiviral va antibakterial omil deb hisoblangan. Ammo tadqiqotlar IgM va IgG ham soʻlakda faol boʻlib qolishi mumkinligini koʻrsatdi, garchi ularning konsentratsiyasi sIgAdan past boʻlsa ham.

Bolalarda nospetsifik qarshilik va immunologik reaktivlik buzilishi ogʻiz shilliq qavati turli kasalliklari, jumladan, herpes infeksiyalari uchun turtki omil hisoblanadi.

Maʼlumki, herpesviruslar nerv tizimi gangliyalarda latent (yashirin) holda saqlanishi, qisqa koʻpayish sikliga ega boʻlishi, zararlangan hujayralarni tezda yoʻqotishi va inson immun tizimi faolligini bostirishi mumkin.

Bizning bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitni davolashdan keyingi immunologik tadqiqotimiz soʻlakda lizotsim darajasi, fagotsitoz indeksi va sekretor immunoglobulin A titrini aniqlashni oʻz ichiga oldi. Ushbu mahalliy ogʻiz himoyasi koʻrsatkichlarini oʻrganish kasallikning klinik kechishi va kompleks davolashda qoʻllanilgan fizioterapiya turini hisobga olgan holda amalga oshirildi (8-jadval).

8-jadval. Bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitni davolashdan keyingi ogʻiz boʻshligʻining himoya omillari koʻrsatkichlari

Koʻrsatkichlar	Sogʻlom bola	Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitni klinik shakllari					
		Yengil		Oʻrta		Ogʻir	
		1 gr.	2 gr.	1 gr.	2 gr.	1gr.	2 gr.
Lizatsim titri	19.6±0.5	16.0±0.4 ***	20,5± 0,6	15,4±0,4* **	12,2±0 ,5***	12,5±0,3 ***	17,8± 0,5*
Fagotsitoz tezligi	57.8±2.5	50.2±2.0 *	56,0± 3,0	48,5±1,5* *	53,5±2 ,1	41,0±1,3 ***	50,0± 2,0*

sIgA darajasi	2,1±0,2	2,0±0,1	1,8±0,1	1,65±0,1*	1,9±0,1	1,2±0,1**	1,6±0,1*
			1		1	*	1*

Farqlarning ahamiyati sogʻlom bolaga nisbatan :p<0,05,**p<0,01,***p<0,001

Olingan maʼlumotlar tahlili shuni koʻrsatdiki, kompleks davolash ogʻizning mahalliy immunitet koʻrsatkichlarini yaxshilashga olib kelgan, bu holat ikkinchi guruh bolalarida yanada yaqqol namoyon boʻlgan. 1-guruh bolalarida faqat Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning yengil shaklida sIgA koʻrsatkichi sogʻlom bolalarnikidan sezilarli farq qilmagan, oʻrta va ogʻir shakllarda esa bu qiymatlar ancha past boʻlgan. Lizotsim titrlari va fagotsitoz koʻrsatkichlari 1-guruh bolalarida Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning barcha klinik shakllarida sogʻlom bolalarnikidan ancha past boʻlgan.

Ikkinchi guruhda esa surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning yengil shaklida mahalliy immunitetning barcha koʻrsatkichlari davolashdan keyin sogʻlom bolalarnikiga tenglashgan. Kasallikning oʻrta shaklida fagotsitoz va sIgA darajalari tiklangan, biroq lizotsim titri hali ham sezilarli darajada past boʻlgan. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit ning ogʻir shaklida esa oʻrganilgan koʻrsatkichlarning birortasi sogʻlom bolalar immunitet koʻrsatkichlariga yaqinlashmagan.

Shunday qilib, bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitni kompleks davolashda fizioterapiyadan foydalanish ogʻizning mahalliy immunitet koʻrsatkichlarini yaxshilash imkonini berdi, biroq toʻliq tiklanish faqat 2-guruh bolalarida kasallikning yengil shaklida kuzatildi. 1-guruh bolalarida surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning yengil va oʻrta shakllarida mahalliy immunitet toʻliq tiklanmagan. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning ogʻir formasida esa koʻrsatkichlar yaxshilangan boʻlsa-da, ikkala guruhda ham mahalliy immunitet sogʻlom bolalar darajasiga yetmagan.

Olingan ma'lumotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, surunkali gerpetik infeksiyani kompleks davolashda MILT qo'llanganda natijalar QTU nurlanishiga qaraganda yaxshiroq, biroq natijalar kasallikning klinik kechish og'irligiga bog'liq.

9.3. Bolalarda O'GS bilan SQGSni fizioterapiya yordamida davolash natijalarining klinik baholashi

9-jadval. Fizioterapiya kiritilgan O'GS ni kompleks davolash samaradorligini baholash mezonlari

Davolash samaradorligi	Kasallik kuni	Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning klinik belgilari.
Yuqori samaradorlik	1	Shish ketadi
	2	Og'riq kamayadi
	3	Giperemiya o'tib, epitelizatsiya boshlanadi
	4	Qichishish yoki og'riq bo'lmaydi
	5	Kataral gingivit belgilari kuzatilmaydi
	6	Eroziyaning to'liq epitelizatsiyasi yuz beradi
	Kasallik bir yil davomida qaytalanmaydi	
Yaxshi samaradorlik	3	Shish ketadi
	4	Og'riq kamayadi
	7	Giperemiya o'tib, epitelizatsiya boshlanadi
	8	Qichishish yoki og'riq bo'lmaydi
	9	Kataral gingivit belgilar ikuzatilmaydi

	10	Eroziyaning to'liq epitelizatsiyasi yuz beradi
	Kasallik qaytalanishlari, keskin kamayadi ularning kechishi yengilroq bo'ladi	
Zaif samaradorlik	5	Shish ketadi
	7	Og'riq kamayadi
	9	Giperemiya o'tib epitelizatsiya boshlanadi
	10	Qichishish yoki og'riq bo'lmaydi
	12	Kataral gingivit belgilari kuzatilmaydi
	14	Eroziyaning to'liq epitelizatsiyasi kuzatiladi
	Qaytalanishlar oralig'ida remissiya davri biroz uzayadi va kasallikning klinik kechishi ozgina yaxshilanadi.	
Samarasiz	1-6	Yuqori samaradorlik alomatlari kuzatilmadi
	8	Qichishish va og'riq saqlanib qoldi
	12	Giperemiya va kataral gingivit belgilari saqlanib qoldi
		Davolash kursi oxiriga kelib to'liq epitelizatsiyaga erishilmadi.
	Kasallikning qaytalanishlari biroz kamayadi	

Bolalarda surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitni davolash natijalarining klinik bahosi “fizioterapiyani qo‘shgan holda kompleks davolash samaradorligi mezonlari” ga (9-jadval) muvofiq amalga oshirildi.

Ushbu mezonlarga ko‘ra, davolash natijalari “yuqori samaradorlik”, “yaxshi samaradorlik”, “sust samaradorlik” va “samarasiz” (ya’ni samaradorlik yuqori, yaxshi, sust yoki mavjud emas) tarzida baholandi.

Keltirilgan mezonlarga binoan, 1-guruh bolalarida (QTU nurlanishi qo‘llangan) surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitni kompleks davolashning klinik natijalari quyidagicha bo‘ldi: Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning yengil shaklida barcha bemorlarda davolash ijobiy natija berdi – yuqori samaradorlik – 24%, – yaxshi samaradorlik – 44%, – sust samaradorlik – 32%.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning o‘rta og‘irlikdagi shaklida davolash bolalarning 97,6% ida samarali bo‘ldi, 2,4% bolada esa ijobiy natija qayd etilmadi;

- yuqori samaradorlik – 19%,
- yaxshi samaradorlik – 45,2%,
- sust samaradorlik – 33,3%.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning og‘ir shaklida davolash samaradorligi 88,9% gacha pasaydi, 11,1% bolada esa ijobiy natija kuzatilmadi;

- yuqori samaradorlik – 27,8%,
- yaxshi samaradorlik – 33,3%,
- sust samaradorlik – 27,8% (10-jadval).

10-jadval. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalarda qisqa to‘lqinli ultrabinafsha nurlanishidan foydalanib kompleks davolashning klinik samaradorligini baholash

SQGS shakli	Davolash samaradorligi								
	Samarasiz		Sust		Yaxshi		Yuqori		Bemorlar soni
	ab	%	ab	%	ab	%	ab	%	

Yengil	0	0	8	32,0	11	44,0	6	24,0	25
O'rta og'ir	1	2,4	14	33,3	19	45,2	8	19,0	42
Og'ir	2	11,1	5	27,8	6	33,3	5	27,8	18
Jami	3	3,5	27	31,8	36	42,4	19	22,4	85

Shunday qilib, 1-guruhda davolash bolalarning 3,5% ida samarasiz, 31,8% ida sust samarali, 42,4% ida yaxshi samarali va 22,4% ida yuqori samarali bo'lgan (17–19-rasmlar).



a



17-rasm. 1-guruh bolalarida SQGS davolashning yaxshi samarasi: a – davolashdan oldin, b – davolashdan keyin







c



d

18-rasm. 1-guruh bolalarida SQGS davolashning sust samarasi: a, b – davolashdan oldin, c, d – davolashdan keyin



a



b

19-rasm. 1-guruh bolalarida SQGS davolashning samarasizligi: a – davolashdan oldin, b – davolashdan keyin

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalarni MIL nurlanishidan foydalanib kompleks davolash natijalari 11-jadvalda keltirilgan.

11-jadval. SQGS bilan kasallangan bolalarda MIL nurlanishidan foydalanib kompleks davolashning klinik samaradorligini baholash

SQGS shakli	Davolash samaradorligi								
	samarasiz		sust		yaxshi		yuqori		Bemorlar soni
	aʼdc	%	aʼdc	%	aʼdc	%	aʼdc	%	
Yengil	0	0	0	0	6	18,8	26	81,2	32
Oʻrta ogʻirlik	0	0	0	0	13	25,5	38	74,5	51
Ogʻir	0	0	1	4,8	8	38,1	12	57,1	21
Jami	0	0	1	1,0	27	26,0	76	73,0	104

MIL terapiyadan foydalanilgan kompleks davolash surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning barcha shakllarida samarali boʻldi, davolashdan keyin hech bir holatda samarasizlik qayd etilmadi.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning yengil va oʻrta shakllarini davolashda samaradorlik faqat yuqori (81,2% va 74,5%) yoki yaxshi (18,8% va 25,5%) boʻlgan. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit ogʻir shaklini davolashda esa samaradorlik 57,1% bolalarda yuqori, 38,1% bolalarda yaxshi, 4,8% bolalarda sust boʻlgan. Shunday qilib, barcha bolalarda davolash samarali boʻlgan: yuqori samaradorlik – 73,0%, yaxshi samaradorlik – 26,0%, sust samaradorlik – 1,0% (20–22-rasmlar).



a



b



c



d

20-rasm. 1-guruh bolalarida SQGS davolashning yuqori samarasi: a, b – davolashdan oldin, c, d – davolashdan keyin



a



b



c



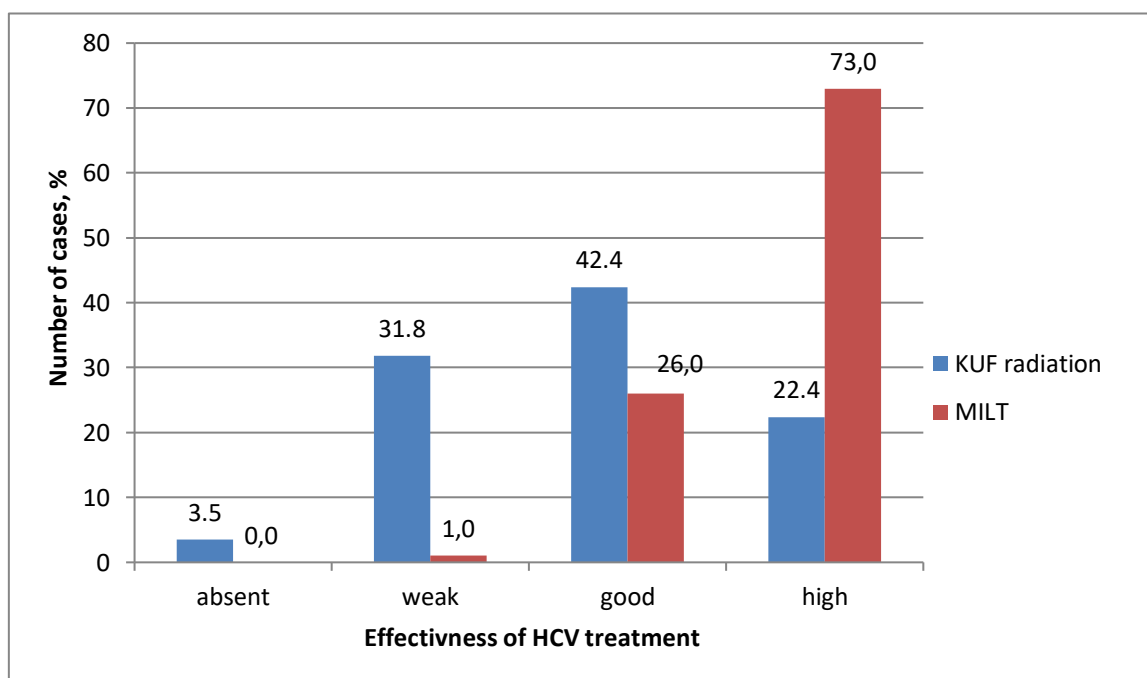
d

21-rasm. 1-guruh bolalarida SQGS davolashning yaxshi samarasi: a, b – davolashdan oldin, c, d – davolashdan keyin



22-rasm. 1-guruh bolalarida SQGS davolashning sust samarasi: a – davolashdan oldin, b – davolashdan keyin.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan bolalarda kompleks davolash natijalarining taqqoslovchi tahlili kuzatuv guruhlarida sezilarli farqlarni aniqladi (23-rasm). MILT qo'llanishi QTU nurlanishiga nisbatan ancha samarali bo'ldi: yuqori davolash samaradorligi ancha ko'p hollarda kuzatildi (73,0% va 22,4%), sust samara va samarasizlik esa ancha kam hollarda qayd etildi (mos ravishda 1,0% va 31,8%, 0,0% va 3,5%).



23-rasm. Bolalarda SQGSni qisqa to'liqinli ultrabinafsha nurlanishi va MIL terapiya yordamida davolash samaradorligi

10. BOLALARDA GERPETIK STOMATITNI DAVOLASH PROGNOZI VA TAKTIKASI

Gerpetik stomatitni davolash shifokor tomonidan kasallikning klinik ko'rinishi va qo'shimcha tekshiruv usullari natijalari asosida buyurilishi kerak. Kasallikning prognozi va natijasi gerpetik infeksiya shakli, bolaning umumiy sog'lig'i va boshqa omillarga bog'liq. Oddiy gerpes virusi infeksiyalarining rivojlanishi va ehtimoliy oqibatlari quyidagi ko'rinishlarda bo'lishi mumkin:

- Tug'ma herpes noqulay prognozga ega: herpes ta'sirida yuzaga keladigan og'ir nuqsonlar chaqaloqning bir necha oy ichida o'limiga olib keladi; bachadonda homila o'limi, o'z-o'zidan abortlar tez-tez uchraydi.
- Tug'ruq vaqtida chaqaloqning zararlanishi: agar tug'ruq kanalidan o'tayotganda infeksiya yuqsa, o'z vaqtida virusga qarshi davolash o'tkazilsa prognoz ijobiy; yetarli davolash bo'lmasa, asoratlari, nogironlik va o'lim rivojlanishi mumkin.
- Katta yoshda ortirilgan herpes xavfli asoratlarni kamdan-kam keltirib chiqaradi, biroq bolalarda og'ir o'tkir gerpetik stomatit oqilona davolanmasa, herpes infeksiyasi tarqalishi mumkin; o'z vaqtida virusga qarshi terapiya o'tkazilganda prognoz ijobiy bo'lib, kasallikning uzoq muddatli remissiyasi ta'minlanadi.

Gerpetik stomatitni davolash uslubi

Herpes infeksiyasining har qanday shaklida kasal bolajonlar bolalar ta'lim muassasalariga bormasligi, o'yin maydonchalarida va boshqa jamoat joylarida boshqa bolalar bilan muloqot qilmasligi kerak. Kasal bola boshqa oila a'zolari, ayniqsa, kichik yoshdagi bolalar bilan muloqotdan himoyalaniishi lozim. Bolaning xonasida quyosh nuri tushishi va tez-tez shamollatish zarur. Kasal bolaning idish-tovoqlari, o'yinchoqlari, gigiyena buyumlari alohida bo'lishi kerak, qo'llarini tez-tez sovun bilan yuvishi tavsiya etiladi, ayniqsa, barmoqlarini og'ziga oladigan

bo'lsa, virusning og'izdan boshqa tana qismlariga tarqalishini oldini olish uchun. Kasallik kuchaygan davrda yotoq tartibi tavsiya qilinadi.

Davolash odatda ambulator sharoitda olib boriladi, faqat o'tkir gerpetik stomatitning og'ir hollarida bolani yuqumli kasalxonaga yotqizish zarur.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning barcha shakllarida bolalarga virusga qarshi dori vositalari, ovqatlanish va parhez bo'yicha tavsiyalar, og'iz gigiyenasiga rioya qilish buyuriladi, afta epitelizatsiyasi birinchi belgilari paydo bo'lganda keratoplastik dorilar qo'llanadi. Boshqa dorilar kasallikning klinik kechishiga qarab belgilanadi. Bolalarga kasallikning dastlabki kunlaridan boshlab fizik davolash (ultrabinafsha, infraqizil, lazer nurlanishi va boshqalar) tavsiya etiladi.

O'tkir gerpetik stomatitning turli shakllarida davolash xususiyatlari:

- ❖ Yengil shaklida virusga qarshi terapiya mahalliy buyuriladi, giposensibilizatsiya qiluvchi dorilar va vitaminoterapiya – ko'rsatmalarga ko'ra, og'riq qoldiruvchi dori odatda talab qilinmaydi.
- ❖ O'rta-og'ir shaklida umumiy va mahalliy virusga qarshi davolash, immunosuppressiv va/yoki immunokorrektiv terapiya, giposensibilizatsiya va vitaminoterapiya, isitmani tushiruvchi, suvsizlanishga qarshi va detoksikatsiya terapiyasi, mahalliy og'riq qoldirish, fermentlar va boshqa dorilar buyuriladi; fizioterapiya qo'llanishi mumkin.
- ❖ Og'ir shaklida davolash yuqumli kasalxonada kompleks o'tkaziladi: virusga qarshi, immunosuppressiv, immunokorrektiv, detoksikatsiya, suvsizlanishga qarshi, isitmani tushiruvchi, giposensibilizatsiya qiluvchi va vitaminoterapiya qo'llanadi; mahalliy davolashda og'riq qoldirish, fermentlar, o'simlik preparatlari va boshqalar buyuriladi; fizioterapiya ko'rsatiladi.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning qaytalanishida kompleks davolash albatta virusga qarshi terapiyani, shuningdek, o'tkir herpes infeksiyasini davolashda qo'llaniladigan boshqa dori va nospesifik terapiya komponentlarini o'z ichiga oladi.

Remissiya davrida bolalarda surunkali infeksiya o'choqlarini bartaraf etish, umumiy sog'lomlashtirish va immun himoya darajasini oshirish zarur. Bolalarda immun tizimini faollashtirish remissiya davrlarini uzaytirishi va surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning qaytalanish davrlarini qisqartirishi mumkin.

Yengil shaklda kompleks davolashga turli fizioterapiya usullarini qo'shish mumkin.

Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitning o'rta va og'ir shakllarda MILT qo'llash tavsiya etiladi.

Shuningdek, surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalarning anamnezini tahlil qilish, qaytalanishni qo'zg'atuvchi omillarni (gipotermiya yoki qizib ketish, jarohatlar, quyosh nuri va boshqalar) aniqlash muhimdir. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitda qaytalanishlarning oldini olish uchun bolalar bu omillardan saqlanishi kerak. Agar qo'zg'atuvchi omilni butunlay bartaraf etishning imkoni bo'lmasa, antivirus terapiyasini qo'zg'atuvchi omil ta'siridan oldin, davomida va undan keyin bir necha kun davomida boshlash zarur.

Bolalar va ota-onalar herpes qaytalanishidan oldingi belgilarni (isitma, bo'lg'usi toshmalar sohasida qichishish va qizarish, mintaqaviy limfa tugunlarining kattalashishi) yaxshi bilishlari kerak. Ushbu belgilar paydo bo'lganda, antivirus va immunomodulyator terapiya, fizioterapiya o'z vaqtida boshlanishi kerak. Bu simptomlarni yengillashtirish, surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitni qaytalanish muddatini qisqartirish, HSVni supressiyasi va qaytalanishning abortiv shaklini ta'minlashga yordam beradi.

11. BOLALARDA GERPETIK STOMATITNING OLDINI OLISH

Bolalar va kattalar orasida gerpetik infeksiyaning keng tarqalganligi sababli, bolalarni, avvalo, hayotining birinchi yilida va erta yoshda infeksiyalanishdan himoya qilish zarur. Erta yoshda bolalarda immun tizimi to'liq shakllanmagan bo'ladi, ular virusli infeksiyalarga moyil bo'ladi va yuzaga kelgan kasallik turli asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Tibbiyot xodimlari ota-onalarga herpes infeksiyalarining yuqish yo'llari va xavfi, ularni oldini olish, erta tashxis va davolash zarurligi haqida tushuntirish berishlari kerak. Ota-onalarga immunitetni mustahkamlash, jismoniy tarbiya va chiniqtirish, oqilona ovqatlanish, bolalarning har kuni og'iz bo'shlig'ini puxta gigiyenasi va stressli vaziyatlarni istisno qilish muhimligini tushuntirish zarur. Ota-onalarning shifokor tavsiyalariga rioya qilishga bo'lgan yuqori motivatsiyasi kasalliklar tezligini kamaytiradi va bolalarning hayot sifatini oshiradi [36,57].

Bolalarda gerpetik stomatit ko'p hollarda sog'ayish bilan tugaydi, faqat kasallik og'ir kechgan hollarda asoratlar va infeksiya tarqalishi xavfi mavjud.

Bolalarda oddiy herpes virusi bilan kontakti butunlay oldini olish mumkin emasligi sababli, asosiy vazifa ularning infeksiyalanishini oldini olishdir.

Homilador ayollarda oldini olish choralari

Bolaning oddiy herpes virusi bilan transplatsentar va tug'ruqdan keyingi infeksiyasini oldini olish uchun qaytalanuvchi gerpetik infeksiya shakllaridan aziyat chekayotgan homilador ayollarga, shuningdek, ularni kuzatuvchi akusher va ginekologlarga alohida e'tibor qaratish kerak. Qaytalanuvchi herpes infeksiyasi klinik namoyon bo'lgan davrida, shuningdek, abortiv va simptomsiz retsidiv shakllarida ayollarda virus ajralib chiqishi xavfi borligi, homilador ayollarda profilaktik antivirus davolash zarurligini ko'rsatadi. Prenatal davrda genital herpes

qaytalanishi kuzatilgan hollarda, bola kesarcha kesish orqali tugʻdirilishi tavsiya etiladi.

Oilada oldini olish choralari. Ota-onalar sogʻlom bolalarni herpes kasalligidan aziyat chekayotgan bolalar va kattalar bilan, ayniqsa lablarda, yuz terisida va ogʻizda toshmalar boʻlganda muloqotdan himoya qilishlari kerak. Bolani herpes bilan infeksiyalanishdan saqlash uchun: bolaning labidan oʻpish, soʻrgʻichini yalash, bolaning qoshiq va stakanidan foydalanish qatʼiyan man etiladi; boshqa odamlar, hatto qarindoshlar ham bolani oʻpishlari mumkin emas.

Gerpetik stomatitning oldini olishga bolalarning begona narsalarni (tosh, shoxcha, qalam va boshqalar) ogʻziga olish odatini cheklash ham yordam beradi.

Shaxsiy gigiyena odatlari. Bola goʻdaklikdan quyidagilarga oʻrgatilishi kerak:

- ✓ boshqa odamlarning idish-tovoqlaridan foydalanmaslik;
- ✓ kichik bolalarga alohida idish-tovoq, shaxsiy gigiyena vositalari (sochiq, tish choʻtkasi, ogʻiz yuvish vositasi va boshqalar) ajratish;
- ✓ sayrdan, bogʻchadan, jamoat joyidan qaytgandan va hojatxonadan keyin qoʻllarini sovun bilan yuvish;
- ✓ oʻyinchoqlarini toza saqlash va ularni muntazam yuvib turish, ayniqsa boshqa bolalar bilan oʻynagandan keyin.

Agar oilada bitta bola (yoki katta odam)da herpes kasalligi aniqlansa, uni sogʻlom bolalar bilan bevosita va bilvosita aloqadan ajratish kerak. Sogʻlom bolalarga profilaktik sxema asosida antivirus dori vositalari buyuriladi. Qaytalanuvchi herpes infeksiyasidan aziyat chekayotgan oila aʼzolari yetarli darajada davolanishi va kasallikning qaytalanishini oldini olish choralariga rioya qilishi kerak. Bolalarni chiniqtirish va immunitetni oshirish

Gerpetik stomatitning oldini olish uchun bolalarning sog'ligini mustahkamlash, nospesifik immunitetni oshirish, vitaminoterapiya, chiniqtirish, toza havoda ko'proq bo'lish tavsiya etiladi.

Bolalar muassasalarida profilaktika

Tashkillashtirilgan bolalar jamoalarida herpes infeksiyasi tarqalishining oldini olish uchun quyidagi choralar ko'riladi:

- ✓ bolalarni har kuni ko'rikdan o'tkazish va herpes infeksiyasi belgilari bo'lganlarni jamoaga kiritmaslik yoki izolyatsiyaga joylashtirish;
- ✓ ota-onalarni kasallik haqida xabardor qilish;
- ✓ tibbiyot va maktabgacha ta'lim muassasalari xodimlari gerpetik stomatitning dastlabki belgilarini bilishi kerakligini (tana haroratining ko'tarilishi, pastki jag' osti limfa tugunlarining kattalashishi, milklarning qizarishi, og'izda aftoz toshmalar, lablarda, og'iz atrofida va yuz terisida pufakchalar paydo bo'lishi) ta'minlash.

O'z vaqtida davolash kasallikning rivojlanishini oldini oladi. O'tkir gerpetik stomatitning oldini olish maqsadida sog'lom bolalarga virusga qarshi dorilar (masalan, burun va og'iz shilliq qavatlarini oksolin malhami bilan davolash, interferon tomizish) va umumiy mustahkamlovchi dorilar buyuriladi.

Agar bir nechta bolada herpes aniqlansa, muassasada anti-epidemiya choralarga qat'iy rioya qilinadi: xonalarni shamollatish, quyosh nuridan foydalanish, bakterisid lampalar qo'yish, yuzalar va buyumlarni dezinfeksiyalash, idishlarni tozalash. O'yinchoqlarni 1-2% xloramin eritmasi bilan dezinfeksiya qilish mumkin. Yumshoq gilamlar va o'yinchoqlar olib tashlanadi.

Bolalar muassasasining sog'liqni saqlash rejimi - bolalarda har qanday infektsiyani, shu jumladan herpesni oldini olishga qaratilgan:

bir vaqtning o'zida amalga oshiriladigan stereotipik takrorlanadigan harakatlar (ovqatlanish, uxlash, toza havoda yurish, jismoniy mashqlar)-bolalar tanasining bioritmlarini o'rnatishga yordam beradi;

davriy dinamik harakatlariga optimal vosita faolligi, yoshga mos aqliy yuk va bolalarda ijobiy his-tuyg'ularning ustunligi kiradi.

Bola tanasining optimal ishlashi uchun yetarli uyqu davomiyligi muhim ahamiyatga ega, bu nafaqat yoshga, balki har bir bolaning individual xususiyatlariga ham bog'liq. Bolalarning kundalik tartibi hududning mavsumiy xususiyatlariga mos kelishi kerak.

Sanitariya-gigiyena va tarbiyaviy ishlari

Bolalarda herpes infeksiyasining oldini olishda ota-onalar bilan sanitariya-ma'rifiy ishlarni olib borish muhim ahamiyatga ega. Og'iz bo'shlig'ining o'z vaqtida sanatsiyasi (karies va uning asoratlarini davolash, davolanmagan tishlarni olib tashlash, o'tkir qirralarni sayqallash) va lablarni, shilliq qavatni shikastlaydigan yomon odatlarni bartaraf etish kasallikni oldini olishga yordam beradi.

Bolalarda immunologik reaktivlikni oshirish (immunomodulyatorlar, umumiy mustahkamlovchi vositalar, vitaminlar, anti-gerpetik vaksina va boshqa choralar orqali) SQGS qaytalanishini oldini olishda yaxshi natija beradi.

Mavsumiy shamollash davrida bolalarga profilaktik antivirus dori vositalari buyuriladi. Bundan tashqari, yomon ob-havo davrida bolalarda kasallik qaytalanishini oldini olish uchun virusga qarshi malham va gellar qo'llash tavsiya etiladi.

Tibbiyot va bolalar muassasalarida bolalar infeksiyasining oldini olishga e'tibor qaratish lozim. Bu muayyan tashkiliy choralarni talab qiladi:

- turli xil lokalizatsiyali takroriy gerpetik infeksiyasidan aziyat chekadigan xodimlarni aniqlash;
- ushbu xodimlarni gerpetik infeksiya tarqalishining oldini olishga o'rgatish, ayniqsa takroriy gerpetik infeksiya davrida;
- gerpetik infeksiyaning takroriy shakllaridan aziyat chekadigan xodimlarni antivirus davolashni ta'minlash;
- gerpetik infeksiyaning qaytalanishi paytida xodimlar tomonidan himoya vositalaridan foydalanishlarini kuzatish (niqoblar, ko'zoynaklar va boshqalar.);
- surunkali gerpetik infeksiyaning qaytalanishi namoyon bo'lgan bolalar, ayniqsa yosh bolalar, bolalar muassasalari xodimlari bilan ishlash imkoniyatini cheklash.

Stomatologiya muassasalarida og'iz bo'shlig'i kasalliklari bo'lgan bolalarni davolash uchun maxsus kabinet va tibbiy xodimlar ajratilishi kerak. Kasal bolalarning boshqa tashrif buyuruvchilar bilan kontaktda bo'lish ehtimolini kamaytirish uchun maxsus kabinet alohida joylashtirilishi tavsiya etiladi.

Gerpes infeksiyasi bilan kasallangan bola davolanishda bo'lsa, bu haqda bolaning ta'lim muassasasi xodimlariga xabar berilishi va kasallik tarqalishini oldini olish choralari ko'rishlari kerak.

Ixtisoslashgan idora xodimlariga, gerpes infeksiyasining tarqalishi haqidagi xabarlardan tashqari, bolalar muassasalari xodimlarini bolalarni profilaktik ko'rikdan o'tkazish va epidemiyaga qarshi tadbirlarni o'tkazishga o'rgatish tavsiya etiladi. Bizning tajribamiz shuni ko'rsatdiki, bolalar orasida gerpes infeksiyasini oldini olishda ota-onalar bilan faol sanitariya-ma'rifiy ishlarni olib borish, profilaktik choralarni amalga oshirish orqali yil davomida bolalar stomatologiya poliklinikasiga murojaat qiluvchi o'tkir va qaytalanuvchi gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalar sonini sezilarli darajada kamaytirishga erishildi.

XULOSA

Bolalarda gerpetik stomatit keng tarqalgan va nazorat qilish qiyin bo'lgan kasallik hisoblanadi. Og'izda rivojlanadigan herpes infeksiyasi asosan birinchi serotipdagi oddiy herpes virusi (HSV-1), kam hollarda esa ikkinchi serotip (HSV-2) tomonidan chaqiriladi. Bolalar oddiy herpes virusi bilan asosan havo-tomchi va kontakt yo'llari orqali, ko'pincha herpesning qaytalanuvchi shakllaridan aziyat chekadigan odamlardan yuqadi [22,75,98].

Herpes virusi bilan dastlabki infeksiya yashirin tarzda yoki o'tkir gerpeti stomatit (O'GS) ko'rinishida kechishi mumkin. Aniqlanganidek, birlamchi infeksiyadan so'ng oddiy herpes virusi (OGV) bolaning organizmida umr bo'yi saqlanib qoladi. Hatto erta yoshdanoq bolalarning 30-50 foizida herpesning qaytalanuvchi shakli kuzatilishi mumkin [25,26].

Yuz terisi va og'iz shilliq qavatining gerpetik infeksiyasi OGV-1 va OGV-2 sababli rivojlanadi, ular shuningdek jinsiy a'zolar, markaziy asab tizimi, ko'z va ichki organlarga ham zarar yetkazishi mumkin. Immunitet yetishmovchiligi bo'lgan odamlarda herpes infeksiyasi asoratlar va umumlashgan shaklda uchrashi odatiy hol hisoblanadi. Bachadon ichida (intrauterine) infeksiya holatida o'tkir gerpeti stomatit homiladorlik va tug'ruq patologiyasi, homilaning o'z-o'zidan tushishi, homilaning bachadon ichida o'limi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda umumlashgan infeksiyaga sabab bo'ladi.

O'tkir gerpeti stomatitning asosiy belgilariga quyidagilar kiradi:

og'iz shilliq qavatida pufakchali toshmalar paydo bo'lib, tezda aftozlarga aylanadi;

- lablarda, og'iz atrofida, yuz terisida pufakchali toshmalar;
- tana haroratining ko'tarilishi;
- mahalliy limfa tugunlarining kattalashishi;
- milklarning qizarishi va qonashi;

➤ umumiy intoksikatsiya alomatlari.

Kasallik yengil, oʻrta va ogʻir shakllarda uchrab, besh davrda rivojlanadi (inkubatsiya, prodromal, avj olish, pasayish va klinik sogʻayish). Sogʻayishdan keyin shilliq qavatda chandiqlar qolmaydi. Oddiy herpes virusi nerv uchlari orqali nerv gangliyalariga kirib, butun umr latent holatda saqlanadi.

Herpes infeksiyasi qaytalanishi koʻpincha sovuq qotish, shamollash, ultrabinafsha nurlanish, shikastlanish va boshqa omillar natijasida, shuningdek immunitet pasayganda kuzatiladi. Qaytalanuvchi herpes odatda teri, lab, ogʻiz shilliq qavati va jinsiy aʼzolarida paydo boʻladi. SQGSning tipik belgilari – bir joyda guruh-guruh pufakchali toshmalar, isitma, limfa tugunlari kattalashishi va umumiy ahvolning yomonlashishidir. SQGSning ogʻirlik darajasi (yengil, oʻrta, ogʻir) yil davomida qaytalanish soniga qarab aniqlanadi.

Birlamchi gerpetik infeksiya homiladorlikda bachadon ichi infeksiyasi, yangi tugʻilgan chaqaloqlar, erta tugʻilgan bolalar, immuniteti past bolalarda, umumlashgan herpes va asoratlar (meningoensefalit va boshqalar) rivojlanishida noxush prognozga ega. Jiddiy muammo – herpesning koʻzga zararlanishidir, bu koʻrishning yoʻqolishigacha olib kelishi mumkin.

Boshqa hollarda kasallik prognozi odatda ijobiy boʻladi, biroq stomatitning qaytalanuvchi shakli bolalar va ularning oilalari hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi.

Oʻtkir gerpetik stomatitni davolashda antivirus terapiyasi majburiy hisoblanadi, biroq hozirgi kunga qadar bolani oddiy herpes virusidan butunlay xalos qiladigan dori vositasi yoʻq. Davolashning maqsadi virusning koʻpayishini toʻxtatish, immunitetni yaxshilash va kasallik alomatlarini bartaraf etishga qaratilgan. Kasallikning klinik koʻrinishiga qarab immunosuppressiv, immunomodulyator, regidratsiya, detoksikatsiya, tiklovchi terapiya, fizioterapiya, isitmani tushiruvchi, ogʻriq qoldiruvchi, fermentli, keratoplastik vositalar va

boshqalar buyuriladi. Bolaga yengil ovqatlanish rejimi belgilab beriladi, kasallik davrida og'iz giyenasiga oid ko'rsatmalar beriladi. Kundalik rejim, infeksiyaning tarqalishini oldini olish va boshqa oila a'zolarini himoya qilish bo'yicha tavsiyalar beriladi.

Surunkali herpes infeksiyasini davolash ham qaytalanish davrida, ham remissiya davrida olib boriladi. Davolashning birinchi bosqichi kasallikning mahalliy belgilarini yo'qotishga va retsidiv davrida qonda aylanayotgan oddiy herpes virusiga ta'sir qilishga qaratiladi. Antivirus preparatlari prodromal davrdan boshlab kasallik avjiga chiqish davrigacha qo'llaniladi. Davolash kompleksi o'tkir gerpetik stomatitdagi kabi, bola yoshi va klinik xususiyatlariga qarab tanlanadi. Remissiya davrida esa kasallik qaytalanishini kamaytirish va klinik belgilarni yengillashtirish maqsadida profilaktik davolash (vaksinatsiya, immunostimulyator terapiya va boshqalar) o'tkaziladi.

Fizioterapiya SQGSni kompleks davolashning muhim tarkibiy qismidir. MILT (magnit-infratovushli lazer terapiyasi) qo'llanilishi davolash samaradorligini oshiradi va bolalarda gerpetik stomatitning qaytalanishini kamaytiradi.

Bolalarda gerpetik stomatitni davolashda stomatologik yordamni tashkil qilishda nafaqat maxsus tibbiy yordam, balki sog'lom bolalarni oddiy herpes virusi bilan zararlanishdan himoya qilishga ham e'tibor berish kerak. Ota-onalar va bolalar muassasalari xodimlarini sog'lomlashtirish bo'yicha o'qitish, sanitariya-gigiyena choralari, o'z vaqtida tashxis qo'yish va antivirus terapiyasi bolalarda oddiy herpes virusi bilan birlamchi zararlanishni kechiktirish, qaytalanish chastotasini kamaytirish va herpes infeksiyasining og'irligini yengillashtirishga yordam beradi.

QISQARTMALAR RO'YXATI

DFQ – biologik faol qo'shimcha

OGV – oddiy herpes virusi

OGV-1 – oddiy herpes virusi, 1-turi

OGV-2 – oddiy herpes virusi, 2-turi

HSV – herpes simplex virus

Gts – gerts (chastota birligi)

DNK – dezoksiribonuklein kislota (DNK)

RNK – ribonuklein kislota (RNK)

GI – gigiyena indeksi

If – immunoflyuorestsia

FIA – ferment immunoanalizi (IFA)

KOE/ml – 1 millilitrda bakteriyalar koloniya hosil qiluvchi birliklari

KOE/cm² – 1 sm² da bakteriyalar koloniya hosil qiluvchi birliklari

QTUN – qisqa to'liqinli ultrabinafsha nurlanish

MIL – magnit-infratovush-lazer (nurlanish)

MILT – magnit-infratovush-lazer terapiyasi

PILN – past intensivlikdagi lazer nurlanishi

O'GS – o'tkir gerpetik stomatit

O'RVI – o'tkir respirator virusli infeksiya

PZR – polimer zanjir reaksiyasi

IFR– immunoflyuorestsia reaksiyasi (RIF)

EChT – eritrotsitlar cho‘kish tezligi

OITS – orttirilgan immun tanqisligi sindromi

SQAS – surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit

SQGS – surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit

MAT – markaziy asab tizimi

EBV – Epshteyn-Barr virusi

SMV – sitomegalovirus

UB – ultrabinafsha

eV – elektron-volt

ECHO – Enteric Cytopathic Human Orphan virusi (Echovirus)

Ig – immunoglobulinlar

IgA – A sinf immunoglobulinlari

IgG – G sinf immunoglobulinlari

IgM – M sinf immunoglobulinlari

Lg – logarifm

NK cells – Natural killer cells sof hujayralar

PMA – papillariy-marginal-alveolyar indeks

sIgA – sekretor A sinf immunoglobulinlari

Adabiyotlar

1. Akulich N.F., Semenov V.M., Elenskaya Yu.R. Polimer zanjir reaksiyasi (PZR) yordamida bolalarda gerpetik stomatitda oddiy herpes virusining DNKsini aniqlash chastotasi // Yuqori Osiyo infeksiyon kasalliklar jamiyatining birinchi kongressi. Infektologiya jurnali, 2010, - T. 2, - № 4, - B. 43–44.
2. Anisimova I.V., Nagaeva M.O. Og‘iz shilliq qavati kasalliklarida “Stomatofit” va “Stomatofit A” o‘simlik preparatlarini mahalliy qo‘llashning klinik va laborator asoslari // Stomatologiya instituti, 2010, - № 1, - B. 55–57.
3. Bazarnyy V., Jhuravlev V.P., Mandra Yu.V., Nikolaeva A.A., Vanevskaya E.A., Polushina L.G. Surunkali gerpetik infeksiyaning turli shakllarida bemorlarning sekretor immunitetini klinik va laborator tadqiq qilish // Stomatologiya muammolari, 2013, - № 5, - B. 4–7.
4. Bazarnyy V.V., Vanevskaya E.A., Popova I.G., Kosareva O.V., Mandra Yu.V. Og‘iz bo‘shlig‘i gerpetik zararlanishida sekretor immunitetni baholash // Klinika-laborator diagnostika, 2013, - № 7, - B. 62–63.
5. Bayramov Yu.I. Bolalarda o‘tkir gerpetik stomatitning kompleks davolash usullari // Ukraina klinik va laborator tibbiyot jurnali, 2013, - B. 164–168.
6. Baranaeva E.A. Bolalarda o‘tkir gerpetik stomatitning klinik ko‘rinishlari va davolash taktikasi // Zamonaviy stomatologiya, 2013, - № 1, - B. 21–23.
7. Baranaeva E.A., Merkulova E.P. Bolalarda o‘tkir gerpetik stomatit // Tibbiy yangiliklar, 2012, - № 9, - B. 59–60.
8. Bokovoy A.G. Bolalarda herpes-virusli infeksiyalar. Diagnostika, klinika va davolash. Tez-tez kasal bo‘luvchi bolalar guruhini shakllantirishdagi roli. Moskva: MAKS Press, 2012, 144 b.

9. Vanevskaya E.A., Mandra Yu.V. Og'iz bo'shlig'ida gerpetik infeksiya ko'rinishlari bilan kasallangan bemorlarning somatik, ijtimoiy va stomatologik holatini kompleks tahlil qilish // Stomatologiya muammolari, 2012, - № 3, - B. 26–28.
10. Vilova K.G., Boeva O.K., Vilova T.V. Surunkali qaytalanuvchi herpesni prognoz qilishda mahalliy orttirilgan omillarni tahlil qilish // Xalqaro amaliy va fundamental tadqiqotlar jurnali, 2012, - № 1, - B. 22.
11. Gilyazeva V.V. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit (SQGS) terapiyasida polieksidoni qo'llashning klinik jihatlari // Fan va ta'limning zamonaviy muammolari, 2015, - № 6, - B. 27.
12. G'ulomov S.S., Maxkamova F.T., Shukurova G.R., Yoqubova F. H. Bolalarda o'tkir gerpetik stomatitning klinik, gistokimyoviy va morfologik xususiyatlari // Stomatologiya, 2018, - № 3 (72), - B. 38–40.
13. Gusakova N.V., Novikova I.A. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik infeksiyada neytrofillarning funksional faolligi // Tibbiy immunologiya, 2013, - T. 15, - № 2, - B. 169–176.
14. Dolgix T.I., Minakova E.Yu., Serbaev D.A. Herpesvirusli infeksiyalar: diagnostika strategiyasi // Poliklinika, 2014, - № 4 (1), - B. 4–7.
15. Elenskaya Yu.R. Bolalarda gerpetik stomatitni malhamli bog'lovlar uchun tibbiy to'r matosidan foydalanib davolash usuli // VSMU xabarnomasi, 2012, T. 11, - № 4 (7), - B. 179–183.
16. Elenskaya Yu.R. Gerpetik stomatitli bolalarning umumiy tibbiy va stomatologik holatining o'ziga xos jihatlari // Onalik va bolani muhofaza qilish, 2012, - № 2 (20), - B. 41–44.
17. Elenskaya Yu.R., Saxaruk N.A. Gerpetik stomatitli bemorlarni atsiklovir malhami shimdirilgan tibbiy to'r mato yordamida davolashning farmatsevtik va

iqtisodiy jihatlari // Fundamental, klinik tibbiyot va farmatsiyaning yutuqlari. Vitebsk, 2016, - B. 70–71.

18 Elenskaya Yu.R. Bolalarda gerpetik stomatitning klinik va patogenetik xususiyatlari, terapiya usullari: tibbiyot fanlari nomzodi dissertatsiyasi avtoreferati. Vitebsk, 2016, 26 b.

19. Eshiev A.M., Azimbayev N.M. Maktabgacha yoshdagi bolalarda o‘tkir gerpetik stomatitning rivojlanish sabablari va davolash // Yosh olim, 2015, - № 4, - B. 92–95.

20. Zolotuxina E.L. Qaytalanuvchi gerpetik stomatitli bemorlarda immun jarayonlari va og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining mahalliy immunitet ko‘rsatkichlarini o‘rganish // Molodoy ucheniy, 2015, - № 2-6 (17), - B. 612–614.

21. Zubritskiy M.G., Nedzved M.K., Silyaeva N.F., Basinskiy V.A., Zubritskaya I.G. Gerpetik infeksiya: etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va diagnostikasi // GRSMU jurnali, 2009, - № 3, - B. 15–19.

22. Ibrohimov A.A., G‘ulomov S.S., Maxkamova F.T. Bolalarda o‘tkir gerpetik stomatitning kompleks terapiyasining zamonaviy jihatlari // Tibbiyot va biologiya muammolari: Yosh olimlar va talabalararo ilmiy-amaliy konferensiya materiallari. Xalqaro tibbiyot akademiyasi ishtirokida; muharrir D.Yu. Kuvshinov. Kemerovo: Kem GMA, 2016, - B. 182.

23.Savchuk N.A., Beketov G.V., Savchuk A.V. Tajribada og‘iz bo‘shlig‘ining qaytalanuvchi herpesining patogenezi xususiyatlari // Pediatriya. Sharqiy Yevropa, 2015, - № 4 (12), - B. 15–33.

24. Kazantseva I.A. Gerpetik stomatitli bolalarning anamnezi // Rossiya xalqlar do‘stligi universiteti xabarnomasi. Tibbiyot, 2010, - B. 223–225.

25. Kazantseva I.A. Bolalarda qaytalanuvchi gerpetik stomatitning klinik kechishi // Rossiya xalqlar do'stligi universiteti xabarnomasi. Seriya: Tibbiyot, 2010, B. 207–209.
26. Kazantseva I.A. Bolalarda o'tkir va qaytalanuvchi gerpetik stomatitning klinik kechish xususiyatlari // Volgograd ilmiy va tibbiy jurnali, 2011, - № 2, - B. 40–42.
27. Kazantseva I A. Qaytalanuvchi gerpetik stomatitni davolashning zamonaviy jihatlari // Ilmiy maqolalar elektron to'plami "XXI asrda sog'liq va ta'lim", 2011, T. 13, - № 5, - B. 213–214.
28. Kazantseva I.A. Bolalarda oddiy herpes virusi sababli og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va lablarning zararlanishini klinik tashxislash // Ilm-fan va ta'limning zamonaviy muammolari, 2012, № 1, B. 38.
29. Kazantseva I.A., Morozko Yu.A., Kazantseva N.N., Lukyanenko A.A., Stavskaya S.V., Yanovskaya M.L. Bolalarda gerpetik gingivostomatitning farmakoepidemiologiyasi // Volgograd davlat tibbiyot universiteti axborotnomasi, 2015. - № 3 (55). - B. 24-27.
30. Kaikan A.I., Joldasova N.J., Janalina B.S., Sinenaliev A.A. Bolalarda gerpetik stomatitda trigeminal-simpatik blokadani gumoral immunitet ko'rsatkichlariga ta'siri // Ilmiy munozara: Tibbiyot masalalari. XLV xalqaro ilmiy-amaliy konferensiya materiallari. - Moskva: Internauka, 2016. - № 1 (32). - B. 50-55.
31. Klemin V.A., Butuk D.V., Rudenskiy V.G. Takroriy gerpetik stomatitda immunologik yetishmovchilikning rivojlanish patogenetik mexanizmlari // Biologiya va tibbiyot muammolari axborotnomasi, 2014, - № 3, - B. 364-369.
32. Kosyreva T.F., Safroshkina V.V., Bagdasarova I.V. Bolalar stomatologiyasida past intensivlikdagi lazer terapiyasi // RUDN axborotnomasi, Tibbiyot seriyasi, 2008. - № 7. - B. 340-344.

33. Krikun E.V., Blashkova S.L. Stomatologik amaliyotda diodli lazer // Qozon tibbiyot jurnali, 2017, - T. 98, - № 6, - B. 1023-1028.

34. Krikun E.V., Blashkova S.L. Og'iz bo'shlig'i yumshoq to'qimalariga yuqori intensivlikdagi lazer ta'sirining mexanizmlari // Stomatologiyaning dolzarb muammolari. Ilmiy maqolalar to'plami. Mas'ul muharrir S. L. Blashkova. Qozon, 2017, - B. 169-174.

35. Kryuchko T.O., Babanina S.M., Karpenko O.O., Babanina M.Yu., Pilipenko O.A. Takroriy gerpetik stomatitli bolalarni davolash samaradorligini optimallashtirish yo'llari // Zamonaviy pediatriya, 2012. - № 1 (41). - B. 150-154.

36. Kuznetsov S.V., Kirsanova T.A., Olxovskaya O.N. Bolalarda herpes-virusli infeksiyalar: V-VI kurs talabalari va ordinatorlar uchun qo'llanma. - Xarkov: XHNMU, 2015. - 32 b.

37. Kuznetsova O.Yu., Gorshenina A.P. Qazonda sanoat korxonalarida ishlovchi va tez-tez o'tkir nafas yo'llari kasalliklari bilan kasallanuvchi ishchilarda takroriy gerpetik stomatitning oldini olish // Stomatologiya, 2016. - № 5. - B. 24.

38. Kuznetsova O.Yu., Gorshenina A.P., Nesterov O.V., Maksimovskaya L.N. Disbakterioz bilan kechuvchi takroriy gerpetik stomatitni kompleks davolash usullarini tahlil qilish // Stomatologiya, 2017. - № 5. - B. 31-33.

39. Lukinyx L.M., Spiridonova S.A. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatitni davolashda kompleks terapiyani qo'llash // Kafedra-Department. Stomatologik ta'lim, 2013, - № 44, - B. 16-18.

40. Lukinyx L.M., Spiridonova S.A. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit kechishida og'iz bo'shlig'i lokal immunitetining roli // Stomatologiya, 2013, № 6, B. 20-22.

41. Lutsik I.K. Gerpetik stomatit: klinikasi, tashxisi, davosi // Consilium medicum, 2016. - № 4. - B. 48-50.

42. Malysheva E.A., Narbekova E.R. Zamonaviy stomatologiyada lazer qo‘llashning xususiyatlari // Tibbiy internet konferensiyalar axborotnomasi, 2015. - № 5 (11). - B. 1296.
43. Maxkamova F.T., Abilov P.M. Bolalarda o‘tkir gerpetik stomatitni tashxislash va davolash usullarini takomillashtirish // Stomatologiya, 2017. - № 3 (68). - B. 58-61.
44. Maksumova S.S., Muxamedova M.S. O‘tkir gerpetik stomatitli bolalarda antiseptik preparat samaradorligini baholash // Tish kasalliklarining oldini olishning dolzarb masalalari. Sankt-Peterburg, 2017. - B. 76-79.
45. Mezgilbayeva D.M., Bakbayev B.B., Abdikarimov S.J. Takroriy gerpetik stomatitning turli shakllarida og‘iz shilliq qavatining patomorfologik o‘zgarishlari // Ilm va Dunyo, 2014. - № 4 (8). - B. 94-101.
46. Magnit-infratovush-lazer kvant terapiyasi apparati “SOGDIANA”ni qo‘llash bo‘yicha uslubiy tavsiyalar. - Toshkent, 2001. - B. 91-100.
47. Murina E.A., Goleva O.V., Osipova Z.A. 1 va 2 turdagi herpes viruslari sababli infeksiyali bemorlarning etiologik monitoringi (virusologik kuzatuvlar) // Infektologiya jurnali. Qo‘shimcha, 2015. - T. 7. - № 4. - B. 92-93.
48. Awkward T.V., Mehdiyev R.R. Maktabgacha yoshdagi bolalarda gerpetik stomatit profilaktikasi // Saratov ilmiy tibbiyot jurnali, 2011, T. 7, №- 1, - B. 252-255.
49. Pershin S.V. Bolalarda og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati kasalliklarini davolashda past intensivlikdagi infraqizil diapazonli lazer nurlanishi (NILI) qo‘llash tajribasi // Zbirnik maqolalari, 2013, -. 2, - 17, - B. 285-290.
50. Reuk S.E., Terekhina N.A. Eksperimental gerpetik stomatitda og‘iz shilliq qavati oqsillari // Qozon tibbiyot jurnali, 2015, -. 96, № 5, - B. 854-857.

51. Rizaev E. A., Bekjanova O. E. Bolalarda gerpetik stomatit rivojlanishining xavf omillari o'zaro bog'liqligi // Stomatologiya, 2017, - №1, - B. 37-39.
52. Savichuk N.O., Antonova N.N. Bolalarda o'tkir og'iz herpesining mono va qo'shma shakllarini tashxislash va davolashning kompyuter prognozi // Stomatolog, 2013, - №3 (10), - B. 41-45.
53. Savchuk N.O., Beketov G.V., Savchuk A.V. Og'iz bo'shlig'ining qaytalanuvchi herpesining patogenez xususiyatlari (eksperimentda) // Pediatriya. Sharqiy Yevropa, 2015, - №4 (12), - B. 15-33.
54. Samarkina M.N. Stomatologik amaliyotda lazer texnologiyalarini qo'llash // Tibbiy internet konferensiyalar axborotnomasi, 2015, -T. 5, - №12, - B. 1739.
55. Spiridonova S.A., Tolmacheva S.M., Lukinyx L.M. Surunkali qaytalanuvchi gerpetik stomatit immun tizimi kasalligi sifatida // STM, 2012, - №3, - B. 121-125.
56. Stepanov M.I., Arxipov G.S. Gerpes simplex qaytalanishlarini davolash va oldini olishda vitaminlar hamda muhim mikroelementlardan foydalanish xususiyatlari // Fundamental tadqiqotlar, 2012, - №7, q. 2, - B. 456-462.
57. Tidgen K.V. Bolalarda o'tkir gerpetik stomatit asoratlari oldini olishning yangi jihatlari // Ilmiy-amaliy tadqiqotlar xalqaro jurnali, 2015, - №3, - B. 697-699.
58. Tirkaya O.I., Molokov V.D. Og'iz bo'shlig'ida gerpetik infeksiya: muammoga zamonaviy qarash // Shimoliy-Sharqiy Federal Universiteti byulleteni (M. K. Ammosov nomidagi), 2015, - B. 135-139.
59. Tirkaya O.N. Og'iz bo'shlig'ida gerpetik infeksiya namoyonlari: darslik. - Irkutsk: IGMU, 2011. – B. 39 b.
60. Uspenskaya O.A., Spiridonova S.A., Plishkina A.A. Og'iz bo'shlig'ida og'riqsizlantirish fonida herpes-virus infeksiyasining klinik namoyonlari //

“Sog‘liq va Ta’lim - Mingyillik” ilmiy maqolalar jurnali, 2016, - T. 18, - №2, - B. 61-62.

61. Xaldin A.A., Gilyadov A.D., Buxanova O.N., Isayeva D.R. Gerpes simplex qaytalanishlarini davolashda etiopatik terapiyada qayta ishlab chiqarilgan atsiklik sintetik nukleozidlar // Klinik dermatologiya va venerologiya, 2014, - №2, - B. 1-4.

62. Xlamova O.G., Shuldyakov A.A., Lepilin A.V., Satarova S.A. Surunkali tonzillitli bemorlarda gerpetik stomatit shakllanish mexanizmlari // Saratov ilmiy tibbiyot jurnali, 2012, - T. 8, - №1, - B. 116-118.

63. Cherevko N.A., Popova I.S., Klimov V.V. Gerpes infeksiyasi fonida aholining populyatsion immunitetidagi o‘zgarishlar xususiyatlari // Rossiya allergologik jurnali, 2010, - №1 (1), - B. 207-208.

64. Cherevko T.A. Tomsk aholisi orasida gerpes infeksiyasining epidemiologik, klinik va immunologik xususiyatlari // Yangi tibbiy texnologiyalar byulleteni, 2011, VIII jild, - №2, - B. 234–235.

65. Chuikin S.V., Akmalova G.M., Chernysheva N.D. Og‘iz shilliq qavatining herpesvirus infeksiyasi bilan bog‘liq qizil yassi temiratki klinik kechishining xususiyatlari // Ilm va ta’limning zamonaviy muammolari, 2015, - №2-1, - B. 74–77.

66. Shatokhin A.I., Volchkova E.V. Yallig‘lanishli parodontal kasalliklar patogenezida herpesviruslarning roli // Stomatologiya, 2016, - №2, - B. 89-91.

67. Shpak C.B., Kovalchuk V.V., Khodorchuk I.V. 3–4 yoshli bolalarda o‘tkir gerpetik stomatitni kompleks davolashda Stomatofit A preparatini qo‘llash // Zamonaviy stomatologiya, 2012, - №5 (64), - B. 52.

68. Shulzhenko A.E., Zuikova I.N. Qaytalanuvchi oddiy herpesni immunoterapiya qilishga yondashuvlar // Akusherlik va ginekologiyada samarali farmakoterapiya, 2010, - №3, - B. 10–15.

69. Yanovsky L.M., Kovtonyuk P.A. Bolalarda oʻtkir gerpetik stomatit: davolash choralarining algoritmi // Sibir tibbiyot jurnali, 2015, - №1, - B. 126–128.
70. Yaroshenko S.Ya. Doimiy herpesvirus infeksiyalari va ularning tez-tez va uzoq vaqt kasallanuvchi bolalar orasida uchrashidagi roli // Bola salomatligi, 2015, - №7, - B. 50.
71. Arduino P.G., Porter S.R. 1-turdagi oddiy herpes virusi infeksiyasi: tegishli kliniko-patologik xususiyatlarga umumiy nuqtai // Ogʻiz patologiyasi va tibbiyoti jurnali, 2008, - B. 107–121.
72. Bedoui S., Greyer M. Birlamchi oddiy herpes virus infeksiyalariga qarshi immunitetda dendrit hujayralarning roli // Frontiers in Microbiology, 2014, - № 5, - B. 533.
73. Benoit S., Hamm H. Bolalarda ogʻiz shilliq qavatidagi eroziyalar va yaralarning differensial diagnostikasi // Hautarzt, 2015, - № 66 (4), - B. 258–266.
74. Chentoufi A.A., Dervillez X., Dasgupta G., Nguyen C. 1-turdagi oddiy herpes virusi bilan bogʻliq latent transkript dendrit hujayralarning fenotipik va funksional yetilishiga toʻsqinlik qiladi // Viral Immunology, 2012, - № 25 (3), - B. 204–215.
75. Chentoufi A.A., Kritzer E., Tran M.V. 1-turdagi oddiy herpes virusi latent transkripti latent infeksiyalangan trigeminal gangliyalarda virusga xos CD8+ T-hujayralarning funksional charchashini ragʻbatlantiradi: immun qochishning yangi mexanizmi // Journal of Virology, 2011, - № 85, -. 9127–9138.
76. Chi C.C., Wang S.H., Delamere F.M., Wojnarowska F., Peters M.C., Kanjirath P.P. Labial herpes simplexni (labdagi «sovuq toshmalar») oldini olish uchun aralashuvlar // Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015, - № 8, - B. 187–193.

77. DiVito E.E., Benjamin S.D., LeBeau J. Lazer stomatologiyasidagi yutuqlar: parodontal davolashdan tashqariga kengayish // Compendium of Continuing Education in Dentistry, 2014, - № 35 (10), - B. 734–739.
78. Elangovan S., Karimbux N.Y., Srinivasan S., Venugopalan S.R., Eswaran S.V., Allareddy V. Herpetik gingivostomatit bilan shoshilinch bo‘limga murojaatlar (kasalxona bazasida) // United States, 2012, - № 113 (4), - B. 505–511.
79. Evangelista M.S., Tracy L., Wells J H. Tanglay yorilishi operatsiyasidan keyin 1-turdagi oddiy herpes stomatiti: klinik holat va davolash bo‘yicha ko‘rsatmalar // Annals of Plastic Surgery, 2015, - № 12-4, - B. 10.
80. Goldman R.D. Bolalarda herpetik gingivostomatit uchun asiklovir // Canadian Family Physician, 2016, - № 62 (5), - B. 403–404.
81. Gombra Virender, Kaur Mandeep, Hasan Shamimul, Rai Arpita. Herpetik gingivostomatit va labial herpesni davolashda valasiklovir: klinik holat va adabiyotlar sharhi // Og‘iz Tibbiyoti, Jarrohligi, Patologiyasi va Radiologiyasi Jurnal, 2015, - № 1, - B. 48–50.
82. Hargitai I.A. Og‘izdagi og‘riqli shilliq qavat shikastlanishlari // Dental Clinics of North America, 2018, - № 62 (4), - B. 597–609.
83. Harris J.B., Holmes A.P. Neonatal oddiy herpes virus infeksiyalari va asiklovir: yangilangan ma’lumotlar // Pediatric Pharmacology and Therapeutics, 2017, - № 22 (2), - B. 88–93.
84. Hung S.L., Chiang H.H., Chen Y.T. Oddiy herpes virusi 1-turi infeksiyasining inson neytrofillari immun funksiyalariga ta’siri // Periodontal Research, 2012, - № 4, - B. 1600–1665.
85. Jacob Amir. Birlamchi herpetik gingivostomatitda klinik jihatlar va antivirus terapiyasi // Paediatric Drugs, Adis International Limited, 2001, - № 3 (8), - B. 594–597.

86. James S.H., Kimberlin D.W. Neonatal oddiy herpes virus infeksiyasi: epidemiologiyasi va davolash // *Clinical Perinatology*, 2015, - № 42 (1), - B. 47–59.
87. Kathuria Vartika, Jatinder Kaur Dhillon, Gauri Kalra. Past darajadagi lazer terapiyasi: og‘iz kasalliklari uchun davo vositasi // *Taqriz maqolasi*, 2015, - B. 215–223.
88. Kotlow L. Bolalar stomatologiyasida lazer va yumshoq to‘qima davolash usullari // *Alpha Omegan*, 2008, - № 101 (3), - B. 140–151.
89. Kuznetzova O.Y., Nesterov O.V., Maksimovskaya L.N. Dizbioz bilan kechuvchi qaytalanuvchi herpetik stomatitni kompleks davolash // *Stomatologiya (Moskva)*, 2018, - № 97 (4), - B. 16–18.
90. Lee Y.C., Wang T.H., Chen S.Y., Lin H.L., Tsai M.Y. Bolalarda virusli og‘iz yaralarini xitoy an’anaviy o‘simlik dorilari yordamida davolash: ikkita klinik holat // *Complementary Therapies in Medicine*, 2017, - № 32, - B. 61–65.
91. Liu Y., Wu Y., Shen X., Gao H., Li W., Shang S. Bolalarda herpes virus infeksiyalarining tezkor etiologik diagnostikasi // *Pediatrics*, 2017, - № 27 (2), - B. 79–92.
92. Madhumathi D., Santhosh Kumar M.P. Og‘iz-jag‘ jarrohligida past darajadagi lazer terapiyasi – Taqriz // *Drug Invention Today*, 2018, - № 5 (10), - B. 685–691.
93. Nasser M., Fedorowicz Z., Khoshnevisan M.H., Shahiri Tabarestani M. Birlamchi herpetik gingivostomatitni davolashda asiklovir // *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, - № 4, - B. 1–11.
94. Nevet A., Yarden-Bilavsky H., Ashkenazi S., Livni G. Bolalarda birlamchi herpetik gingivostomatitda C-reaktiv oqsil darajalari // *Israel Medical Association Journal (IMAJ)*, 2014, - № 16 (11), - B. 700–702.

95. Ravi Prakash Sasankoti Mohan, Sankalp Verma, Udit Singh, Neha Agarwal. O'tkir birlamchi herpetik gingivostomatit // BMJ Case Reports, 2013, - B. 1–3.
96. Richard P., Rochelle T. No-genital oddiy herpes virusi // American Family Physician, 2010, - № 1, - B. 1075–1082.
97. Romanos G.E. Stomatologiyada lazerlardan foydalanish bo'yicha ilmiy holat // Journal of Dental Hygiene, 2012, - № 86 (1), - B. 9–10.
98. Rosen T. Kattalarda qaytalanuvchi herpes labialis: eski kasallik uchun yangi yondashuvlar // Journal of Drugs in Dermatology, 2017, - № 16 (3), - B. 49–53.
99. Sara A. Healy, Kathleen M. Mohan, Ann J. Melvin, Anna Wald. Homiladorlik davrida onada oddiy herpes virusi-1 gingivostomatiti va neonatal herpes: klinik holatlar va adabiyotlar sharhi // Journal of Pediatric Infectious Diseases Society, 2012, - № 4, - B. 299–305.
100. Shaveta Sood, Aneet Mahendra, Sanjeev Gupta, Shalu Chandna, Sarabjit Kaur. Homiladorlik davrida birlamchi herpes labialisni taqlid qiluvchi qaytalanuvchi herpes labialis // North American Journal of Medical Sciences, 2010, - № 2 (10), - B. 499–501.
101. Spanemberg J.C., Figueiredo M.A., Cherubini K., Salum F.G. Past darajadagi lazer terapiyasi: og'iz shilliq qavati kasalliklarini davolashda qo'llanilishining sharhi // Alternative Therapies in Health and Medicine, 2016, - № 22 (6), B. 24–31.
102. Xie Y., He S., Wang J. MikroRNK-373 HSV-1 replikatsiyasini IRF1 ni nishonga olib, I-tur interferon javobini susaytirish orqali kuchaytiradi // Biomedicine & Pharmacotherapy, 2018, - № 97, - B. 1409–1416.
103. Zupin L., Caracciolo I., Tricarico P. M., Ottaviani G., D'Agaro P., Crovella S. HSV-1 ga qarshi ko'k lazerning antiviral xususiyatlari: in vitro model // Infection, 2017, - № 96 (5), - B. 31–33.

