

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН

Камилов Х.П.¹, Бахрамова Ф.Н.²

¹ д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского государственного медицинского университета, <https://orcid.org/0000-0002-7051-8978>

² PhD, доцент кафедры хирургических болезней в Alfraganus University, <https://orcid.org/0009-0007-2092-5333>

АННОТАЦИЯ

Хронический рецидивирующий герпетический стоматит (ХРГС) у беременных и кормящих женщин представляет собой актуальную проблему стоматологии в связи с особенностями иммунного статуса и ограничениями медикаментозного лечения.

Цель и задачи. Оценить эффективность комплексного лечения ХРГС у беременных и кормящих женщин с применением фотодинамической лазерной терапии (ФДЛТ) и фитопрепарата Протефлазид.

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии ТГСИ (2023–2025 гг.). Обследованы 95 женщин в возрасте 18–40 лет, из них 51 беременная и 44 кормящие. Применялись клинические, стоматологические, иммунологические и статистические методы.

Результаты. Комплексное лечение, включающее ошелачивание полости рта, ФДЛТ с 0,1% метиленовым синим и аппликации Протефлазида, ускорило эпителизацию эрозивных очагов на 3–5 дней по сравнению с традиционной терапией. Отмечено снижение индексов ГИ ОНI-S и РМА, нормализация показателей CD3+, CD4+, CD16+ и уровня sIgA, что указывает на восстановление местного иммунитета.

Заключение. Разработанная схема комплексного лечения эффективна при ХРГС у беременных и кормящих женщин, сокращает сроки заживления и нормализует иммунные показатели. Рекомендуется к внедрению в клиническую практику.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий герпетический стоматит, беременность, лактация, фотодинамическая терапия, Протефлазид.

Для цитирования:

Камилов Х.П., Бахрамова Ф.Н. Современный подход к лечению хронического рецидивирующего герпетического стоматита у беременных и кормящих женщин. *Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия*. 2025;4(3-4):62–70. <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2025.4.3.008>

A MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT HERPETIC STOMATITIS IN PREGNANT AND LACTATING WOMEN

Kamilov Kh.P.¹, Bakhramova F.N.²

¹ DSc, Professor, Head of the Department of Hospital Therapeutic Dentistry, Tashkent State Medical University, <https://orcid.org/0000-0002-7051-8978>

² PhD, Associate Professor, Department of Surgical Diseases, Alfraganus University, <https://orcid.org/0009-0007-2092-5333>

ABSTRACT

Chronic recurrent herpetic stomatitis (CRHS) in pregnant and lactating women remains a pressing issue in dentistry due to altered immune status and limited treatment options.

Purpose and objectives. To evaluate the effectiveness of a comprehensive treatment regimen for CRHS using photodynamic laser therapy (PDLT) and the herbal preparation Proteflazid.

Materials and methods. The study was conducted at the Department of Hospital Therapeutic Dentistry, Tashkent State Dental Institute (2023–2025). Ninety-five women aged 18–40 years (51 pregnant, 44 lactating) were examined using clinical, dental, immunological, and statistical methods.

Results. The proposed therapy — including oral rinsing with an alkaline solution, PDLT with 0.1% methylene blue, and Proteflazid applications — accelerated epithelial healing by 3–5 days compared with traditional treatment. Significant improvement in OHI-S and PMA indices and normalization of CD3+, CD4+, CD16+, and sIgA levels indicated restoration of local immunity.

Conclusion. The developed comprehensive treatment scheme is effective for CRHS in pregnant and lactating women, reduces healing time, and normalizes immune parameters. It is recommended for clinical use.

Keywords: chronic recurrent herpetic stomatitis, pregnancy, lactation, photodynamic therapy, Proteflazid.

For citation:
Kamilov Kh.P., Bakhramova F.N. A modern approach to the treatment of chronic recurrent herpetic stomatitis in pregnant and lactating women. *Integrative dentistry and maxillofacial surgery*. 2025;4(3-4):62–70. <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2025.4.3.008>

ВВЕДЕНИЕ

Герпетический стоматит — это вирусное поражение слизистой оболочки. По данным ВОЗ более 90% населения мира инфицированы вирусами герпеса (ВПГ) является весьма распространенным вирусом человека, существующим в организме человека в латентном состоянии [1,2,8]. ВПГ занимает второе место на земном шаре (15,8%) после вируса гриппа (35,8%) по состоянию процента летальности. В большинстве самых развитых стран мира вирус простого герпеса инфицирует людей к 40 годам жизни, 80% населения бывают заражены генитальным вирусом. Особенно актуальным является поражение ВПГ беременных и кормящих женщин, организм которых претерпевает ряд таких физиологических изменений, как снижение иммунитета, гормональные перестройки и повышенную чувствительность тканей. При поражении ВПГ развивается хронический рецидивирующий герпетический стоматит (ХРГС), с подавлением синтеза клеточных ДНК, РНК и белков, в слюне обнаруживаются лишь у 10% лиц, инфицированных вирусом ВПГ-1 при отсутствии признаков поражения СОПР [3,4,7].

Причиной возникновения самопроизвольных выкидышей, 30% на ранних и 50% на поздних сроках беременности, служит наличие в организме матери вируса герпеса, что вызывает вторичную иммунную недостаточность [5,6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность комплексного лечения ХРГС у беременных и кормящих женщин с применением фотодинамической лазерной терапии (ФДЛТ) и фитопрепарата Протефлазид.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования хронического рецидивирующего герпетического стоматита проведены на базе кафедры госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института за период с 2023-2025 годы. Были обследованы по обращаемости 95 беременных и кормящих женщин в возрасте от 18 до 40 лет (Таблица 1). Проведены клинические, стоматологические и статистические методы исследования. Разработана схема местного и общего лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита пациенткам группы сравнения (традиционное), также беременным и кормящим женщинам основной группы (предлагаемое комплексное). Пациентки группы сравнения получали традиционное местное и общее лечение, основной группы получали комплексное лечение. Герпесвирус обнаружения методом полимеразной цепной реакции, материал был взят непосредственно из содержимого везикул.

Таблица 1
Распределение пациентов ХРГС по возрасту

Возраст	18-30		31-40		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%
Беременные	32	33,68	19	20	51	53,68
Кормящие	28	29,47	16	16,84	44	46,32
Всего	60		35		95	100%

Из таблицы 1 видно, что беременные, имеющие ХРГС в возрасте 18-30 лет составили 32 (33,68%), в возрасте 31-40 лет составили 19 (20,0%). Кормящие женщины, имеющие ХРГС в возрасте 18-30 лет составили 28 (29,47%), в возрасте 31-40 лет составили 16 (16,84%). Контрольную группу составили 20 здоровых женщин, не являющихся беременными и кормящими.

Нами разработана схема лечения ХРГС у беременных и кормящих женщин в возрасте 18-40 лет. Разработанная схема рассчитанная для женщин группы сравнения (традиционное) и для основной группы (предлагаемая), также она состоит из местного и общего лечения (рис 1).

Местное лечение

Традиционное лечение	Предлагаемое лечение
1. Полоскание р-ром хлоргексидина 0,05% (в разведении с дист.водой 1:1) 2. Лидокаин гель для местной обезболивания 3. Виферон гел нанести на поражение слизистой оболочки полости рта в течение 5 -7 дней	1.Полоскание р-ром соды(1ст.воды +1/4ч.л. соды) 2. Лидокаин гель для местной обезболивания 3. Фотодинамическая лазерная терапия с 0,1% водном р-ром метиленовой синего. 4. Примочка с препаратомПротефлазид (36-38капель + 10млфиз.раствора) смоченную марлю нанести на пораженные участки СОПР 3раз в/д до исчезновения клинических симптомов.

Общее лечение

Традиционное лечение	Предлагаемое лечение
• Бонафтонпо 0,1г 3-5раз в/д циклами по 5 дней, с перерывом 2дня • Натрия салицилат по 0,5г 4раза в /д • Кальция глюконат по 0,5-1,0 3раза в/д • Витамины С и В9 (фолиевая кислота) • Ацикловир по 1таб 4раза в/д, курс 14 21день • Интерферон по 56кап 3 раза в/д, курс 7дней	• Протефлазидкапли принимать по схеме в течении 1 месяца. (1неделя по 5капель 2 раза в/д; 2неделя по 10капель 2раза в/д; 3 неделя– по 15капель 2раза в/д. • Витамины С и В9 (фолиевая кислота)

Рис.1.Схема местного и общего лечения беременных и кормящих женщин с ХРГС

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До начала лечения в обеих группах беременных и кормящих женщин до начала лечения ХРГС были жалобы на головную боль, понижение работоспособности, жжение и боли на слизистой оболочке полости рта в местах герпетических высыпаний. Во время осмотра на слизистой оболочке губ, щеках наблюдались эрозии и афты, покрытые фибринозным налетом.Определялась боль в местах инфильтрации, отека и гиперемии, герпетические высыпания были одиночные, но чаще сгруп-

пированными. Тяжесть общего состояния была разной, у меньшей части беременных и кормящих женщин течение ХРГС было легким, в этих случаях общее состояние пациенток почти не страдала. Анализ полученных данных комплексного лечения показал, что до лечения в основной группе регистрировались легкая, средняя и тяжелая форма ХРГС, показатели были соответственно равны 28,33%; 61,66%; 10%.

Использование в комплексном лечении местного лечения в виде ошелачивания поло-

сти рта раствором чайной соды, (на 1 стакан воды +1/4 ч.л. соды) – 3-5 дней, обезболивания (лидокаин гель) - 5-7 дней, ФДЛТ (фотодинамическая лазерная терапия длиной волны 620-650 нм) с предварительным нанесением на эрозию фотосенсибилизатора 0,1% водного раствора метиленовой синего на 1-4 мин, смыть и облучение лазером аппарата «Восток» в течении 1-4 минуты, курсом 2-3 дня (в зависимости от тяжести), также с 3-го дня после ФДЛТ делали примочки фитопрепаратом с противовирусным действием Протефлазид (36-38 капель+10 мл физ. раствора), смоченную в р-ре марлю нанести на пораженные участки СОПР до 3 раз в/с до исчезновения



Рис. 2. На СО твердого неба видны

После лечения ГИ ОНІ-S улучшилось как в основной группе, так и группе сравнения, этому способствовали санация полости рта и лечебные мероприятия. В основной группе через 6 месяцев ГИ ОНІ-S приблизился к удовлетворительному состоянию и ($p \leq 0,05$) достоверно снижен $1,4 \pm 0,1$; в группе сравнения был равен $1,3 \pm 0,2$; в контроле $1,1 \pm 0,3$. Через 12 месяцев в основной группе ГИ ОНІ-S достоверно снижен ($p \leq 0,05$) $1,2 \pm 0,4$, такая же тенденция сохранилась в группе сравнения $1,1 \pm 0,3$, в контроле $1,0 \pm 0,1$.

Через 6 месяцев показатель РМА в основной группе был равен $12,83 \pm 1,28$; что было достоверно ($p \leq 0,05$) выше, чем в группе сравнения $11,27 \pm 1,05$ и группе контроля $7,11 \pm 1,19$.

клинических симптомов. Общее лечение состояло из применения капель Протефлазида (1 неделя – по 5 кап 2 раза в/д, 2 неделя – по 10 кап 2 раза в/д, 3 неделя – по 15 кап 2 раза в/д) беременные и кормящие принимали в течении 1 месяца. Предлагаемое нами комплексное лечение оказало противовоспалительное, эпителизирующее и дезинтоксикационное действие на организм беременных и кормящих женщин в сроки 5-7 дней, то есть на 3-5 дней раньше, чем в группе сравнения. При этом мы наблюдали процессы частичной и полной эпителизации очагов поражения, которые наступали на 3-5 дней быстрее, чем у больных группы сравнения (рис 2, 3).



Рис. 3. Та же больная после лечения
мелкие пузырьки

Через 12 месяцев индекс РМА у беременных и кормящих женщин основной группы составил $7,05 \pm 0,81$; что было достоверно ($p \leq 0,05$) ниже, чем в группе сравнения $9,64 \pm 1,05$ и группе контроля $5,25 \pm 1,71$.

После проведения курса комплексной терапии герпесвирусной инфекции у беременных и кормящих было отмечено значительное улучшение клинического состояния. Жалобы на наличие кровоточивости десен, боли и сухости полости на слизистой оболочке рта отсутствовали. Результаты комплексного лечения с применением щелочного орошения полости рта беременных и кормящих женщин, также применение ФДЛТ (фотодинамической лазерной терапии) с предвари-

тельным нанесением на афту 0,1% водного раствора метиленового синего, облучение лазерным аппаратом "Восток" и дальнейшее аппликационное воздействие Протефлазида и прием его внутрь в течении одного месяца продемонстрировали свою выраженную эффективность в патогенетическом воздействии на регенераторные процессы слизистой оболочки полости рта.

Таким образом, проведение комплексного лечения ХРГС у беременных и кормящих женщин показал положительный результат у пациентов основной группы. После осуществления курса комплексного лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита у пациентов было отмечено значительное улучшение клинического состояния. Жалобы на наличие везикул на красной кайме губ, коже приротовой области, афты и боли на слизистой оболочке рта отсутствовали. Отмечалась нормализация сна и аппетита.

Эффективность комплексного лечения проведенного нами беременным и кормящим женщинам, зараженных хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом на регенераторные процессы пузырно-эрозивных поражений СОПР в среднем сокращает сроки заживления на $3,2 \pm 0,9$ дня, по сравнению с контрольной группой. Учитывая эффективность комплексного лечения беременных и

кормящих женщин, зараженных хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом, рекомендуется использовать предлагаемую нами схему лечения врачам стоматологам-клиницистам в своей практической деятельности.

После окончания курса лечения у больных ХРГС были проведены иммунологические исследования, результаты которых сравнили с исходными данными. Было выявлено, что ФДЛТ оказал выраженное положительное влияние на состояние клеточного звена иммунитета. Динамика изменений количественных параметров иммунокомпетентных клеток у больных ХРГС представлена в таблице 2. Из таблицы видно, что в результате применения ФДЛТ у больных ХРГС нормализовалось относительное количество Т-лимфоцитов. Доля Т-хелперов статистически достоверно уменьшилась на фоне сохраняющегося, на неизменном уровне количества Т-супрессоров. Вследствие этого у больных статистически достоверно уменьшился иммунорегуляторный индекс - соответственно с $2,6 \pm 0,2$ до $2,1 \pm 0,1$. После проведенного ФДЛТ отмечалось увеличение относительного количества CD16+ с $12,9 \pm 1,3\%$ до $15,0 \pm 1,4\%$. После окончания курса ФДЛТ оценивали В-лимфоциты по поверхностным антигенам CD20+, CD72+, CD23+, CD38+.

Таблица 2

Популяционный и субпопуляционный состав Т-лимфоцитов у больных ХРГС после ФДЛТ

Субпопуляции Т-лимфоцитов(%)	До лечения	После лечения	Контроль
CD3+	$74,4 \pm 3,8^*$	$66,5 \pm 3,7$	$66,5 \pm 3,7$
CD4+	$43,5 \pm 3,1^*$	$36,5 \pm 3,0$	$36,5 \pm 3,0$
CD8+	$30,8 \pm 2,8^*$	$29,5 \pm 2,8$	$29,5 \pm 2,8$
CD 16+	$12,9 \pm 1,3^*$	$15,0 \pm 1,4$	$15,0 \pm 1,4$
ИРИ	$2,6 \pm 0,2^*$	$2,1 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,1$

Примечание: * - $p \leq 0,05$ по сравнению к группе контроля.

Количественные показатели иммуноглобулинов в смешанной слюне у пациентов группы сравнения после проведения комплексного лечения не имели статистически значимой разницы ($p \leq 0,01$) с данными групп контроля.

Уровень иммуноглобулинов у пациентов в группе сравнения находился в следующих пределах: IgA = 59,4 (39,1 - 84,9) мг/л, IgM = 3,4 (2,0 - 4,2) мг/л, IgG = 11,9 (8,6 - 20,9) мг/л (табл. 3).

Таблица 3

Количество IgA, IgM, IgG в смешанной слюне пациентов после лечения

Иммуно-глобулины \ Группы	Основная (мг/л)	Сравнения (мг/л)	Контроль (мг/л)
IgA	58,9*	59,4 (39,1 - 84,9)	61,5 (48,2- 89,3)
IgM	3,1*	3,4 (2,0 - 4,2)	3,5 (2,1- 4,3)
IgG	9,3*	11,9 (8,6-20,9)	12,0 (9,0 – 23,1)

Примечание: Указаны в виде медиан (25, 75 процентиль),

* - $p \leq 0,01$ по сравнению к групп контроля. δ - $p \leq 0,01$ по сравнению к групп сравнения

Таким образом, у больных ХРГС области в целом отмечается местный и гуморальный иммунодефицит. Однако, местный гуморальный иммунодефицит больше выражен. Комплексное лечение ХРГС значительно повышало местный гуморальный иммунный статус, но в разной степени у пациентов.

В отдаленные сроки после проведения комплексного лечения ХРГС и санации полости рта мукозальный иммунодефицит по пока-

зателям содержания иммуноглобулинов IgA, IgM и IgG остался на прежнем уровне, который отмечался непосредственно после лечения у пациентов основных и групп сравнения.

Показатель IgA у основных групп (59,0 (41,8 – 84,3) мг/л) и в группе сравнения (58,9 (38,9 – 84,2) мг/л) имел достоверную статистическую разницу ($p \leq 0,01$) в сравнении с данными группы контроля.

Таблица 4

Количество IgA в смешанной слюне пациентов в отдаленные сроки после лечения

Период \ Группы	Основная (мг/л)	Сравнения (мг/л)	Контроль (мг/л)
После лечения	58,9*	59,4 (39,1 - 84,9)	61,5 (48,2- 89,3)
В отдаленные сроки	59,0*	58,9*	-

Примечание: Указаны в виде медиан (25, 75 процентиль),

* - $p \leq 0,05$ по сравнению к группе контроля. δ - $p \leq 0,01$ по сравнению к группе сравнения

Однако, между собой (в основной и группе сравнения) достоверной разницы в отдаленные сроки не выявлено, также как и в сравнении с показателями непосредственно после лечения (табл. 4).

Показатель IgM в смешанной слюне у пациентов в основной группе изменился недостоверно (3,0 (1,6 – 4,1) мг/л) в сравнении с показателем после лечения и имел достоверную

статистическую разницу ($p \leq 0,01$) в сравнении с данными групп контроля. В группе сравнения в отдаленные сроки (3,3 (2,1 - 4,1) мг/л) такой разницы в отношении с показателем групп контроля и показателем после лечения не обнаружено ($p \geq 0,01$). Между показателем IgM в основных и групп сравнения выявлена достоверная разница ($p \leq 0,01$) (табл. 5).

Таблица 5

Количество IgM в смешанной слюне пациентов в отдаленные сроки после лечения

Период \ Группы	Основная (мг/л)	Сравнения (мг/л)	Контроль (мг/л)
После лечения	3,1*	3,4 (2,0 - 4,2)	3,5 (2,1- 4,3)
В отдаленные сроки	3,0*	3,3 (2,1 - 4,1)	-

Примечание: Указаны в виде медиан (25, 75 процентиль),

* - $p \leq 0,05$ по сравнению к группе контроля

Показатель IgG у смешанной слюне в отдаленные сроки у пациентов в основной группе (9,7 (4,3 – 15,5) мг/л) несколько (недостаточно) увеличился и имел достоверную статистическую разницу ($p \leq 0,01$) в сравнении с данными в группе контроля (12,0 (9,0 – 23,1) мг/л) а в групп сравнения (11,4 (8,2 – 21,0) мг/л). В

группе сравнения количество IgG в слюне изменилось в сравнении с показателем после лечения недостаточно уменьшилось. Между показателями IgG в группе сравнения и контрольной группе достоверной разницы не было выявлено ($p \geq 0,01$) (табл. 6).

Таблица 6

Количество IgG в смешанной слюне пациентов в отдаленные сроки после лечения

Период \ Группы	Основная (мг/л)	Сравнения (мг/л)	Контроль (мг/л)
После лечения	9,3*	11,9 (8,6-20,9)	12,0 (9,0 – 23,1)
В отдаленные сроки	9,7*	11,4 (8,2-21,0)	-

Примечание: Указаны в виде медиан (25, 75 процентиль),

* - $p \leq 0,05$ по сравнению к группе контроля, δ - $p \leq 0,01$ по сравнению с групп сравнения

Таким образом, некоторый иммунодефицит по всем трём показателям уровня иммуноглобулинов (A, M, G) в слюне в отдаленные сроки после лечения претерпел незначительные изменения, но они не были статистически значимы. Это подтверждает эффективность проведенных комплексных мероприятий по лечению герпесвирусной инфекции в отдаленные сроки.

Динамика количества sIgA в смешанной

слюне позволяет контролировать состояние местного иммунитета полости рта в процессе проводимого лечения. Изменения показателей sIgA в слюне у обследованных основной групп, группы сравнения и контроля до и после лечебных стоматологических мероприятий представлены в таблице 7. По показателям содержания sIgA отмечается местный гуморальный иммунодефицит у пациентов основной группы и группы сравнения.

Таблица 7

Количественные показатели sIgA у обследованных пациентов в динамике проводимых стоматологических мероприятий

Группа \ M±m	sIgA (мг/мл) до лечения	sIgA (мг/мл) после лечения	p в группе
Основная (1)	0,36±0,05* δ	0,49±0,11* δ δ	≤ 0,05
Сравнения (2)	0,45±0,04*	0,51±0,06**	≤ 0,05
Контрольная (3)	0,60±0,13	0,61±0,10	≥ 0,05

Примечание: * - $p \leq 0,05$; ** - $p \geq 0,05$ по сравнению с групп контроля

δ - $p \leq 0,05$; δ δ - $p \geq 0,05$ по сравнению с групп сравнения.

До лечения у пациентов основной группы показатель sIgA в слюне находился в пределах 0,36±0,05 мг/мл, что было достоверно ($p \leq 0,05$) ниже данных в групп сравнения 0,45±0,04 мг/мл и ($p \leq 0,05$) достоверно ниже показателя в групп контроля 0,60±0,13 мг/мл. Разница между показателями в групп сравнения и контрольной групп была статистически значима ($p \leq 0,05$).

После санации полости рта и лечения количество секреторного иммуноглобулина A в основной группе пациентов (0,49±0,11 мг/

мл) и группе сравнения (0,51±0,06 мг/мл) достоверно ($p \leq 0,05$) повысилось в сравнении с первоначальными показателями. Эти показатели имели статистически значимую разницу ($p \leq 0,05$) с показателем групп контроля (0,61±0,10 мг/мл). Существовала не достоверная ($p \geq 0,05$) разница между количеством sIgA в слюне у пациентов основных и групп сравнения.

Таким образом, по показателям sIgA в слюне местный гуморальный иммунодефицит в большей степени снижен у пациентов с ХРГС.

А проведенные стоматологические мероприятия и лечение с ФДЛТ значительно влияют на состояние местного иммунитета полости рта по показателю секреторного иммуноглобулин А.

Таким образом, проведенные клиничко-лабораторные исследования выявили высокую тропность ФДЛТ к иммунокомпетентным клеткам. Положительный клинический эффект проведенной терапии у больных ХРГС был обусловлен нормализацией популяционного и субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, их пролиферативной способности, функциональной активности В-клеток, оптимизацией процессов клеточной кооперации, синтеза и экспрессии цитокинов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ И МАТЕРИАЛОВ

Все данные, полученные или проанализированные в ходе этого исследования, включены в настоящую опубликованную статью.

ВКЛАД ОТДЕЛЬНЫХ АВТОРОВ

Все авторы внесли свой вклад в подготовку исследования и толкование его результатов, а также в подготовку последующих редакций. Все авторы прочитали и одобрили итоговый вариант рукописи.

ЭТИЧЕСКОЕ ОДОБРЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ

Были соблюдены все применимые международные, национальные и/или институциональные руководящие этические принципы.

СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ

Не применимо.

ПРИМЕЧАНИЕ ИЗДАТЕЛЯ

Журнал *"Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия"* сохраняет нейтралитет в отношении юрисдикционных претензий по опубликованным картам и указаниям институциональной принадлежности.

ETHICAL STATEMENT AND CONSENT TO PARTICIPATION

The study was conducted in accordance with the local ethical committee.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCES OF FUNDING

The authors state that there is no external funding for the study.

AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

All data generated or analysed during this study are included in this published article.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All authors read and approved the final manuscript.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

All applicable international, national and/or institutional ethical guidelines have been followed.

CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

PUBLISHER'S NOTE

Journal of *"Integrative dentistry and maxillofacial surgery"* remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Абдикаримов С. С. Современное представление об этиологии, патогенезе и течении хронического рецидивирующего герпетического стоматита (обзор литературы) //Наука и мир. – 2020. – №. 10. – С. 63-65.
2. Азимбаев Н. М. Результаты лечения больных рецидивирующим герпетическим стоматитом // Евразийское Научное Объединение. – 2020. – №. 3-2. – С. 111-114.
3. Кадырбаева, А., Шакирова, Ф., Гофуров, А., & Саидова, Н. (2021). Герпетический стоматит. Клиника, диагностика. Стоматология, (2(83), 87–90. <https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-58>
4. Камилов, Х., М. Камалова, и К. Тахирова. «Применение мил-терапии при лечении острого герпетического стоматита у детей». Стоматология, т. 1, вып. 3(68), март 2017 г., сс. 67-68, <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/2776>.
5. Луцкая И.К. Герпетический стоматит: Клиника, диагностика, лечение // Современная стоматология. 2016. № 3. С. 34–37.
6. Шакирова Ф.А., Камилов Х.П., Лукина Г.И. Современные взгляды на этиопатогенез герпесвирусной инфекции орофациальной области.// Dental Forum, 2019.- С.119-120.
7. Хаджиметов А. А. и др. Частота и распространенность герпетического стоматита у беременных //Conferences. – 2023. – №. 1 (90). – С. 74-78.
8. Whitley R., Baines J. (2018) Clinical management of herpes simplex virus infections: past, present, and future. F1000Rev, vol. 7, no 1726, pp. 1-9.