

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

PARODONTOLOGIYA

Darslik

(parodontologiya fanidan)

Bilim sohasi: 900000 - Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot

Ta'lim sohasi: 910000 - Sog'liqni saqlash

Ta'lim yo'nalishi: 60910100– Stomatologiya

Toshkent – 2026

Tuzuvchilar:

Sh.T. Adilova- Toshkent davlat tibbiyot universiteti fakultet terapevtik
stomatologiya kafedrası dotsenti t.f.n.,

K.J. Suvonov – Urganch RANCH texnologiya universiteti klinik fanlar
kafedrası mudiri t.f.d., dotsent;

T.O. Mun – Toshkent davlat tibbiyot universiteti gospital ortopedik
stomatologiya kafedrası dotsenti t.f.d.,

S.S. Mahsumova –Toshkent davlat tibbiyot universiteti Bolalar terapevtik
stomatologiya kafedrası dotsenti., t.f.n

K.Z. Adilov –Toshkent davlat tibbiyot universiteti fakultet terapevtik
stomatologiya kafedrası assistenti t.f.n.;

A.A. Zaithanov – Toshkent davlat tibbiyot universiteti fakultet terapevtik
stomatologiya assistenti., t.f.n.;

Taqrizchilar:

U.A. Shukuriva –Toshkent davlat tibbiyot universiteti preklinik terapevtik
stomatologiya kafedrası mudiri t.f.d., professor;

A.M. Xaydarov –KBSMP bosh shifokori. tibbiyot fanlari doktori, professor;

Yu.A. Sobirov- Urganch RANCH texnologiya universiteti xirurgik stomatologiya
va Bolalar stomatologiyasi kafedrası mudiri t.f.n., dotsent.

Ushbu darslik Stomatologiya (6090100)) yunalishi yuqori bosqich talabalari

uchun mo‘ljallangan. U klinik parodontologiya bo‘limlarini, parodont kasalliklari bilan og‘rigan bemorlar uchun umumiy va maxsus diagnostik usullarni o‘z ichiga oladi. Darslikda jumladan , gingivit, parodontitning va parodontoz klinik shakllari, idiopatik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlar uchun umumiy va maxsus diagnostik usullarni o‘z ichiga oladi. Darslikda gingivit, parodontit va parodontozning klinik shakllari, ularning zamonaviy klassifikatsiyasi, shuningdek, shahsga yonaltirilgan davolash strategiyalari, konservativ, jarrohlik va regenerativ usullar ilmiy asosda yoritilgan.

MUNDARIJA

1-Bob. Parodontologiyani umumiy asoslari	6
2-Bob. Parodontning anatomik-fiziologik asoslari	10
2.1. Milk: anatomiyasi, tuzilishi va yosh xususiyatlari.....	11
2.2. Periodontal boglam	16
2.3. Parodontning qon bilan ta'minlanishi, innervatsiyasi va limfa tizimi	22
2.4. Tish sement	26
2.5. Alveolyar o'siq	27
2.6. Parodon to'qimasining vazifalari.	30
2.7. Parodont to'qimalarining yoshga bog'liq o'zgarishlari.	32
3-Bob Parodont kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish usullari.	36
3.1. Parodont to'qimalarini klinik diagnostika usullari	36
3.2. Parodont to'qimalari holatini indeksli baholash	65
3.4. Jag'suyak to'qimasini tekshirish usullari	72
3.5. Parodont to'qimalarining laborator tekshirish usullari	74
3.6. Milk suyuqligini tekshirishning zamonaviy usullari.....	76
4-Bob. Parodont kasalliklari tasnifi	81
5 Bob Parodont kasalliklarining etiologiyasi va patogenezi	91
5.1. Tish karashlari	91
5.2. Ikkilamchi va qo'shma travmatik okklyuziya	97
5.3. Parodont kasalliklari patogenezida anatomik xususiyatlar, zararli odatlar va mikrofloraning roli.	99
5.4. Og'iz bo'shlig'i mikroflorasi va uning parodont to'qimalariga ta'siri	104
5.5. Generallashtirilgan parodontit rivojlanishining umumiy omillari (patogenezning immunologik mexanizmlari)	104
6-Bob Parodontning yallig'lanishli-destruktiv kasalliklari	118
6.1. Kataral gingivitl	123
6.2. Yarali-nekrotik	131
6.3. Gipertrofik gingivit	138
6.4. Deskvamatik gingivit	144

6.5. Atrofik gingivit	145
7-Bob Parodontit klinik tavsifi	148
8-Bob Parodontozning klinik tavsifi	186
9-Bob Progressiv idiopatik parodont kasalliklari	192
9.1 Qon kasalliklarida parodontal ko‘rinishlar	193
9.2 Gistiotsitoz X	200
9.3 Eozinofil suyak granulyomasi (Taratinov kasalligi)	203
9.4. Metabolik buzilishlarda parodontal ko‘rinishlar	204
9.5 Tug‘ma kasalliklarda parodontal ko‘rinishlar	208
10 Bob Parodontomalar	214
11-BOB Parodont kasalliklarining differensial diagnostikasi	219
11.1.Tizimli va tug‘ma kasalliklarda hamroh parodontal ko‘rinishlar	221
12-bob Parodont kasalliklarini davolashga kompleks va individual yondashuv	229
12.1 Parodont kasalliklari terapiyasining umumiy tamoyillari	229
12.2. Parodont kasalliklarini mahalliy davolash	233
12.3. Professional gigiyenani o‘tkazish xususiyatlari va Root Surface Debridement konsepsiyasi	238
12.4. Kompozit materiallardan foydalangan holda tishlarni shinalash texnikasi	243
12.5 Generallashtgan parodontitda travmatik okklyuziyani bartaraf etish	247
12.6. Parodont kasalliklarini dori vositalari bilan davolash	250
12.7. RSD va parodontal bog‘lamlardan voz kechish	266
12.8. Kataral gingivitni davolashning klinik protokoli	273
12.9. Yarali-nekrotik gingivitni davolashning klinik protokoli	276
12.10. Gipertrofik gingivitni davolashning klinik protokoli	279
12.11 Surunkali generallashtgan parodontit (SGP) davolashning protokoli	285
12.12. SGP ning zo‘rayish bosqichi davolashning klinik protokoli	290
13 – bob Parodont kasalliklarining kompleks ortopedik davolash tamoyillari.....	295

13.1. Ikkilamchi va qo'shma travmatik okklyuziya.....	295
13. 2. Suprakontaktlar. Suprakontaktlarni aniqlash usullari. Raqamli okklyuziografiya (T-scan).....	296
13.3 Generallashtirilgan parodontitda travmatik okklyuziyani bartarafetish..	303
13.3.1. Tanlab silliqilashga ko'rsatmalar, usullar va davolash samaralari...	307
13.3.2 Jankelson bo'yicha tishlarni tanlab silliqilash usuli	309
13.4 Tishlarni barqarorlashtirishning zamonaviy usullari. Tishlarni shinalash...	314
14-Bob. Parodont kasalliklarini xirurgik davolash usullari	323
14.1Parodontologik operatsiyalarda ishlatiladigan asboblari va materiallar.....	325
14.2 Parodont kasalliklarini xirurgik davolash usullari	335
14.2.1 Kyuretaj.....	338
14.2.2. Gingivotomiya.....	343
14.2.3 Gigivektomiya.....	344
14.2.4. Lazerli koagulyatsiya.....	346
14.2.5. Radioxirurgik davolash usuli.....	347
14.3. Ikkilamchi cho'ktirish operatsiyalari.....	349
14.4. Mukogingival jarrohlik.....	350
14. 4.1. Gingivoplastika	353
14.5. Osteogingivoplastika: parodont suyak to'qimasida reparativ jarayonlarni rag'batlantiruvchi vositalarni qo'llagan holda qirqimli operatsiyalar	360
14.5.1 Kollagenoplastik	364
14.5.2. Mukogingivoosteoplastika.....	367
14.5.3.Odontoplastika.....	368
14.5.4. Yo'naltirilgan to'qima regeneratsiyasi	369
14.5.5. Xatolar va asoratlari	378
14.6. Parodont kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning jarohatlarini davolash va operatsiyadan keyingi parvarishi	379
14.6.1.Jarohatlarni bitishning umumiy jihatlari.....	380
14.6.2. Jarohatni davolashning umumiy jihatlari	382
14.6.3.Operatsiyadan keyingi parvarishning umumiy jihatlari	385
15– BOB Parodontning yallig'lanish kasalliklarini davolashning fizioterapevtik usullari	301
Glossariy	414
Adabiyotlar	418

PARODONTOLOGIYANING PREDMETI VA VAZIFALARI

Parodontologiya klinik stomatologiyaning asosiy bo'limlaridan biri hisoblanadi, chunki u tishning jag'ga fiksatsiyalanishini va uning funksional to'liqligini saqlab qolishni ta'minlaydigan to'qimalarni o'rganadi. Patologik jarayon asosan tish toji yoki ildizi doirasida joylashadigan tish qattiq to'qimalari kasalliklaridan farqli o'laroq, parodont kasalliklari tishning tayanch-ushtab turuvchi apparatiga ta'sir qiladi va ko'pincha sezilarli karioz shikastlanish bo'lmasa ham uning yo'qolishiga olib keladi. Shu munosabat bilan parodontologiya asoslarini o'zlashtirish bo'lajak shifokor-stomatologning klinik tafakkurini shakllantirish uchun prinsipial ahamiyatga ega.

Parodontologiyaning o'rganish obyekti tishni o'rab turuvchi va tish alveolyar tizimida uning barqarorligini ta'minlovchi to'qimalarning anatomik va funksional majmuasi bo'lgan parodontdir. Parodont tarkibiga milk, periodont, tish ildizi sementi va alveolyar suyak kiradi. Ko'rsatilgan tuzilmalar bir-biri bilan chambarchas morfofunktsional bog'liqlikda bo'lib, bir butun holda faoliyat ko'rsatadi. Tarkibiy qismlardan biri holatining buzilishi muqarrar ravishda butun tizimning ishida aks etadi, bu parodont kasalliklarining klinik kechishining o'ziga xos xususiyatlarini va ularni tashxislash va davolashning murakkabligini belgilaydi.

Parodontning funksional ahamiyati tishni mexanik fiksatsiyalash bilan cheklanmaydi. Parodont chaynov yuklamasini taqsimlashda ishtirok etib, suyak to'qimasiga ortiqcha yuk tushishining oldini oladi, baryer (to'siq) vazifasini bajarib, chuqur joylashgan to'qimalarni mikroblar agressiyasidan himoya qiladi, tish-alveolyar kompleksining trofikasi va innervatsiyasini ta'minlaydi. Rivojlangan retseptor apparatining mavjudligi tufayli parodont chaynash harakatlarini tartibga solishda va tish-jag' tizimining funksional yuklamalarga moslashishida muhim rol o'ynaydi. Parodontning tarkibiy va funksional yaxlitligini saqlash butun og'iz bo'shlig'i salomatligi va bemorning stomatologik holati barqarorligining zaruriy shartidir.

Parodont kasalliklari yuqori tarqalganligi va odatda surunkali kechishi bilan ajralib turadi. Ularning rivojlanishi og‘iz bo‘shlig‘i mikroflorasining doimiy ta’siri, tish karashlari va mikroorganizmlarining shakllanishi, shuningdek, mahalliy va umumiy xavf omillarining ta’siri bilan bog‘liq. Parodontning yallig‘lanish kasalliklarining muhim xususiyati shundaki, ular erta bosqichlarda uzoq vaqt davomida simptomtsiz yoki kam simptomli kechadi, bu ko‘pincha bemorlarning stomatologik yordamga kech murojaat qilishiga olib keladi. Natijada patologik jarayon zo‘rayib boradigan tus oladi va tishning tayanch to‘qimalari yemirilishi bilan birga davom etib boradi.

Stomatologiya fanlari orasida parodontologiya alohida o‘rin tutadi, chunki u terapevtik, jarrohlik, ortopedik va ortodontik stomatologiya bilan chambarchas bog‘liq. Parodont to‘qimalarining holati ko‘p jihatdan davolash prognozini, ortopedik tuzilmalarni amalga oshirish imkoniyatini, tishlarning ortodontik siljishini va umuman stomatologik aralashuv natijalarining saqlanishini belgilaydi. Klinik amaliyotda har qanday ixtisoslikdagi shifokor-stomatolog muqarrar ravishda parodont holatini baholash va davolash chora-tadbirlarini rejalashtirishda uning xususiyatlarini hisobga olish zaruratiga duch keladi.

Zamonaviy parodontologiya nafaqat kasallikning klinik ko‘rinishlarini bartaraf etishga, balki uning rivojlanish sabablarini aniqlashga, patologik jarayonni barqarorlashtirishga va qaytalanishning oldini olishga qaratilgan. Shu munosabat bilan davolashning bosqichma-bosqichligi, davolash chora-tadbirlarining kompleks xarakteri va bemorlarni uzoq muddatli dispanser kuzatuvi alohida ahamiyat kasb etadi. Og‘iz bo‘shlig‘ining professional gigiyenasi, xavf omillarini tuzatish, bemorni o‘qitish va qo‘llab-quvvatlovchi terapiyani birlashtirmasdan turib, barqaror klinik natijaga erishish mumkin emas.

Zamonaviy klinik parodontologiyaning muhim yo‘nalishi davolashga shaxsiy yondashuvdir. Asosiy o‘qitish sharoitida ushbu yondashuvni davolash taktikasini tanlashda bemorning individual xususiyatlarini hisobga olishga asoslangan shifokorning klinik fikrlashini shakllantirish sifatida ko‘rib chiqish kerak. Bunday xususiyatlarga bemorning yoshi, og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasi darajasi, kasallikning shakli va og‘irlik darajasi, patologik jarayonning tarqalganligi, shuningdek, bemorning komplayenti

kiradi. Shaxsiy yondashuv standart davolash sxemalarini muayyan klinik vaziyatga moslashtirish va davolash samaradorligini oshirish imkonini beradi.

Parodontologiya o'quv fanining asosiy maqsadi talabalarda parodont kasalliklari va ularni klinik baholash tamoyillari haqida tizimli bilimlarni shakllantirishdan iborat. O'quv jarayonida bo'lajak shifokor-stomatolog patologiyani erta aniqlash, klinik tashxis qo'yish, davolash taktikasini asoslash va o'tkazilayotgan davolash samaradorligini baholash ko'nikmalarini egallashi kerak. Profilaktik fikrlashni shakllantirish va bemorning parodont to'qimalari salomatligini saqlashdagi rolini anglash ham muhim vazifa hisoblanadi.

Shunday qilib, parodontologiya nafaqat parodont kasalliklarini davolash, balki ularning rivojlanishining oldini olishga qodir bo'lgan shifokor-stomatologni tayyorlashga qaratilgan asosiy klinik fandır. Stomatologiya institutida o'qish bosqichida parodontologiya asoslarini o'zlashtirish kasbiy kompetentlik va sifatli stomatologik yordam ko'rsatishning zaruriy sharti hisoblanadi.

1-bob bo'yicha nazorat savollari

1. Parodontologiyaga stomatologiyaning bir bo'limi sifatida ta'rif bering.
2. Parodont tarkibiga kiruvchi to'qimalarni sanab bering.
3. Parodontning funksional ahamiyati nimada?
4. Zamonaviy parodontologiyaning asosiy yo'nalishlarini ayting.
5. Ta'limning bazaviy darajasida parodontologiyada shaxsiy yondashuvning mohiyati nimada?

1. Parodont tuzilish **КЛИНИК ВАЗИЯТЛИ** масалалар

Bemor 22 yoshda. Travmadan so'ng tish qimirlashi kuzatildi. Rentgenogrammada periodontal boylam kengaygani aniqlangan.

Qaysi tuzilma shikastlangan?

- A) Emal
- B) Dentin
- C) Periodontal boylam*
- D) Pulpa
- E) Sement

2.Tish ildizi yuzasini qoplaydigan va periodontal tolalar birikadigan to‘qima:

- A) Emal
- B) Sement*
- C) Dentin
- D) Pulpa
- E) Gingiva epiteliysi

3.Alveolyar suyakning asosiy vazifasi:

- A) Tishni oziqlantirish
- B) Tishni mexanik ushlab turish*
- C) Sezuvchanlikni ta’minlash
- D) Emal hosil qilish
- E) Blyashka hosil qilish

4. Milkning sog‘lom holatdagi belgisi:

- A) Yorqin qizil rang
- B) Shishgan
- C) Oqartirilgan pushti va zich*
- D) Qonaydi
- E) Yiring ajraladi

Xulosa

Ushbu bobda parodontologiyaning ahamiyati, uning stomatologiyadagi o‘rni va umumiy sog‘liq bilan uzviy bog‘liqligi yoritildi. Parodont to‘qimalarining holati nafaqat og‘iz bo‘shlig‘i salomatligini, balki butun organizmning funksional holatini aks ettirishi ta’kidlandi.

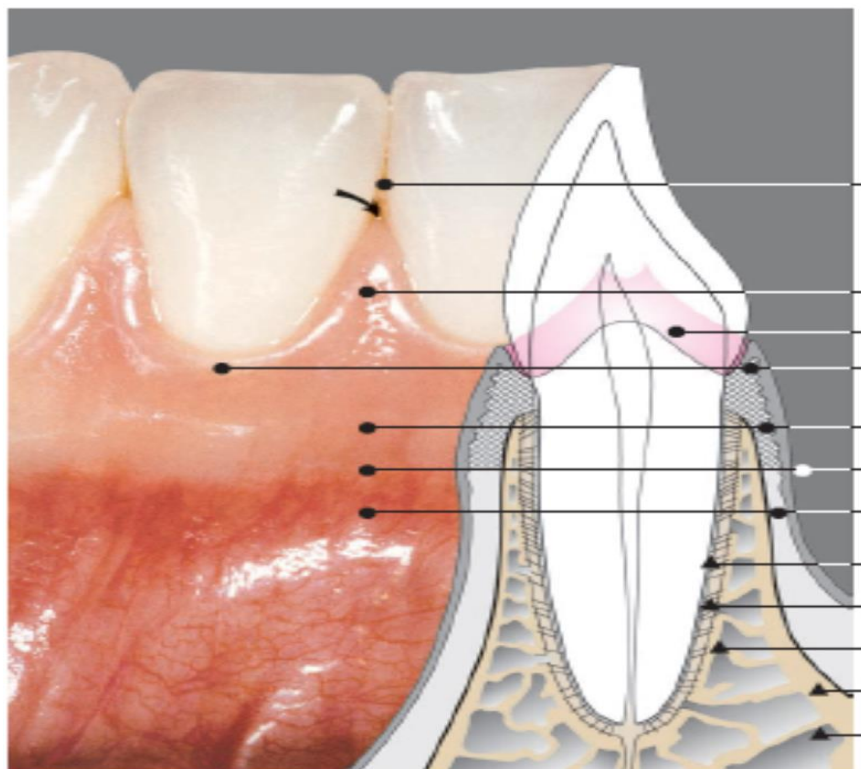
Parodontal kasalliklarning keng tarqalganligi va ularning tishlarning yo‘qolishidagi yetakchi omillardan biri ekanligi ushbu sohani chuqur o‘rganish zarurligini ko‘rsatadi. Shu bilan birga, parodontologiya bilimlari shifokorga kasalliklarni erta aniqlash, ularning rivojlanishini oldini olish va samarali davolashni ta’minlash imkonini beradi.

Shunday qilib, parodontologiyani o'rganish stomatolog mutaxassisni tayyorlashda muhim ahamiyatga ega bo'lib, u klinik fikrlashni shakllantirish, profilaktik yo'nalishni kuchaytirish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga xizmat qiladi.

2-BOB.

PARODONTNING ANATOMIK-FIZIOLOGIK ASOSLARI

Parodont tishning alveolyar suyakda fiksatsiyalanishini, chaynov yuklamasining amortizatsiyasini va og'iz bo'shlig'ining chuqur tuzilmalarini mikroblar agressiyasidan himoya qilishni ta'minlaydigan to'qimalarning murakkab anatomik-funksional majmuasidir. Shifokor-stomatolog uchun parodont anatomiyasi va fiziologiyasini bilish birinchi darajali ahamiyatga ega, chunki patologik jarayonlarning rivojlanishi ham, davolash taktikasini tanlash ham ushbu tuzilmalarga bog'liq. Parodontning barcha tarkibiy qismlari - milk, periodont, tish ildizi sementi va alveolyar suyak bir-biri bilan chambarchas bog'liq va yagona tizim sifatida ishlaydi, unda bir qismning buzilishi muqarrar ravishda boshqalarga ta'sir qiladi (2.1).



2.1-rasm parodont tuzilishi

Tashqi tomondan butun fiksatsiyalovchi kompleks milk bilan qoplangan. Parodontning sanab o'tilgan tuzilmalari nafaqat funksional, balki genetik jihatdan ham (milkdan tashqari) yagona kompleksni tashkil etadi. Milk odatda ko'zga ko'rinadigan yagona parodont tuzilmasidir. Bu yuqori va pastki jag'larning alveolyar o'siqlarini qoplaydigan shilliq qavatdir (1-rasm).

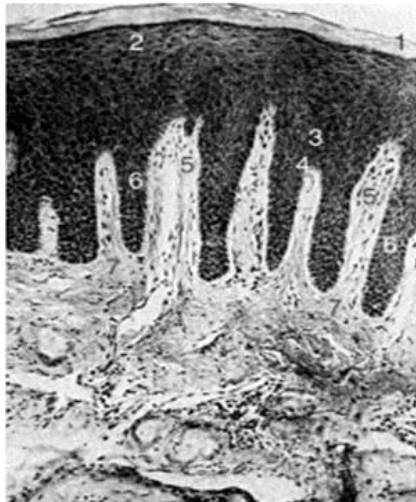
2.1. Milk: anatomiyasi, tuzilishi va yosh xususiyatlari

Milk zich shilliq qavat bo'lib, alveolyar o'simtalarni qoplaydi va tishlarni o'rab, milk qirrasi va tishlararo so'rg'ichlarni hosil qiladi. Milk qalinligi normada jag'ning qaysi qismida joylashganiga qarab har xil bo'ladi: frontal tishlarda 1,5-3 mm, molyar tishlar sohasida 2-4 mm atrofida bo'ladi. Birikkan milkning qalinligi frontal tishlar sohasida 3 dan 5 mm gacha o'zgarib turadi va to'qimalarning funksional yuklamaga moslashishini ta'minlab, yon qismlarga qarab kamayadi.

Oral yuzadan milk shilliq qavatga o'tadi: yuqori jag'da - qattiq tanglay, pastki jag'da - og'iz bo'shlig'i tubi. Tish bo'yniga tegib turadigan erkin milk (chekka milk) va alveolyar o'simtani qoplab turadigan birikkan milk (alveolyar milk) tafovut qilinadi. Chekka milk - milk egatchasining tashqi devori bo'lib, tish bo'yinlarini o'rab turadi. Chekka milk sohasining kengligi milk egatining chuqurligiga bog'liq. U tishlarning turli guruhlari sohasida bir xil emas, lekin o'rtacha frontal sohada 0,5 mm dan molyarlar sohasida 1,5 mm gacha o'zgarib turadi. Chetki zona tarkibiga tishlararo so'rg'ich ham kiradi. Tishlararo milk so'rg'ichi milkning vestibulyar va oral qismlarining birlashtiruvchi to'qima tolalari vositasida qo'shilishidan hosil bo'lib, ko'ndalang kesmada barcha so'rg'ichlar egar ko'rinishida bo'ladi. Tishlarning turli guruhlari sohasidagi so'rg'ichlarning shakli har xil: frontal qismlarda - uchburchak, yon qismlarda - trapetsiyasimon.

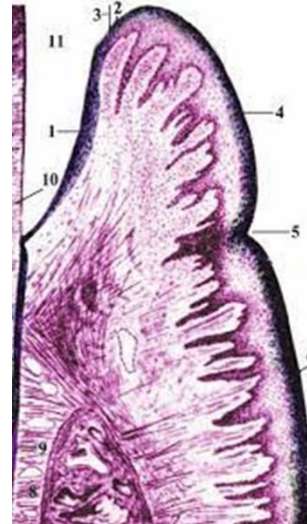
Erkin yoki chetki milk birikkan milk zonasi bilan chegaralanadi. Bu chegara tashqi yuzada festonsimon, biroz botiq chiziq ko'rinishida bo'lib, asosan milk egatining tubiga to'g'ri keladi. Milk uch qavatdan: ko'p qavatli yassi epiteliy, xususiy shilliq parda va shilliq osti qavatidan iborat. Birikkan milk zonasida yoki alveolyar milkda

shilliq osti qavati bo'lmaydi va suyak usti pardasi bilan qo'shib ketadi. Milkning ko'p qavatli yassi epiteliysi teridan farq qilib, yaltiroq hujayralar qavatiga ega emas. Me'yoriy sharoitda milk epiteliysida muguzlanish va parakeratoz kuzatilib, ular mexanik, kimyoviy va fizik ta'sirlardan himoyalaniшни ta'minlaydi. Bu epiteliy og'iz (oral) epiteliysi deb ataladi. Bundan tashqari, sulkulyar (egatchali) va biriktiruvchi epiteliy (epitelial birikish) farqlanadi (2.1.1;2.1.2rasmlar).



2.1.1-rasm. Odam milkining tuzilishi:

1-epiteliyning shoxparda qavat; 2-donador qavat; 3- tikanakli qavat; 4-bazal qavat; 5-biriktiruvchi to'qimali so'rg'ichlar; 6-epitelial so'rg'ichlar; 7-shilliq pardaning xususiy plastinkasi.



2.1.2-rasm. Milk tuzilishi sxemasi:

1 - epitelial bog'lanish; 2-milk egatining tubi; 3-emal kutikulasi; 4- erkin milk; 5- milk egati; 6-birikkan milk; 7-alveolyar o'siqning uchki qismi; 8-perisement; 9-sement; 10-tish toj qismidagi dentin.

Sulkulyar epiteliy milk egatini (sulcus) - tish yuzasi bilan unga taqalib turgan milk orasidagi yoriqni qoplab turadi. Milk egati tubida sulkulyar epiteliy ko'p qavatli yassi biriktiruvchi epiteliyga aylanadi, bu epiteliy tish emali gidroksiapatitining kristallari bilan mustahkam birikkan. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, bu bog'lanishning tabiati kimyoviy-fizikdir: epiteliy hujayralarining tish yuzasiga yopishishi milk suyuqligining yopishqoq makromolekulalari tufayli yuzaga keladi. Boshqa nuqtayi nazarga ko'ra, biriktiruvchi epiteliyning yuza hujayralari gemidesmosomalar orqali gidroksiapatit kristallari bilan bog'langan. Og'iz epiteliysidan farqli o'laroq, sulkulyar va biriktiruvchi epiteliylar muguzlanmaydi, ularning hujayralari tez yangilanish qobiliyatiga ega. Bundan tashqari, biriktiruvchi epiteliy yuqori

o'tkazuvchanlikka ega va pastki biriktiruvchi to'qima qon tomirlarining o'ziga xos tuzilishi bilan ajralib turadi: tuzilishi bo'yicha ular postkapillyar venulalarga kiradi.

Epiteliy hujayralarida oqsil almashinuvining yuqori darajasini, hujayralarning mitotik faolligi va regeneratsiyasini, shuningdek fermentlar (xususan, suksinatdegidrogenaza va laktatdegidrogenaza) faolligini ta'minlaydigan ribonuklein kislotasining (RNK) yuqori miqdori qayd etilgan. Natijada biriktiruvchi epiteliyning mitotik faolligi milk epiteliysiga nisbatan 2-4 marta yuqori bo'ladi. Epiteliy hujayralari orasida glikozaminoglikanlar bo'lib, ular hujayralar uchun sementlovchi modda rolini o'ynaydi, normal metabolizmni ta'minlaydi, bakteriyalar va ularning toksinlari ta'sirida himoya vazifasini bajaradi.

Xususan, milk shilliq qavati bevosita epiteliy ostida (so'rg'ichsimon, epiteliy osti qavati) yumshoq biriktiruvchi to'qima va chuqur qismlarida (to'rsimon, alveola usti qavati) biroz zichroq biriktiruvchi to'qimadan iborat. Xususiy pardaning biriktiruvchi to'qimasi tolali tuzilmalar, asosiy modda va hujayra elementlaridan iborat.

Hujayralararo (asosiy) modda tarkibiga oqsillar va komplekslar (proteoglikanlar, glikoproteinlar kabi) hosil qiluvchi polisaxaridlar kiradi. Biriktiruvchi to'qima uchun sulfatlanmagan (masalan, gialuron kislota va xondroitin) va sulfatlangan (xususan, geparin va xondroitin-6-sulfat) proteoglikanlarning ahamiyati shundaki, ular trofik funksiyani (suv, tuzlar, aminokislotalar, lipidlar va boshqa moddalarni tashish) ta'minlaydi, to'qimalarga tegishli mexanik xususiyatlarni (elastiklik, mustahkamlik) beradi va reparativ jarayonlarda ishtirok etadi.

Hujayra elementlarining asosiy qismini fibroblastlar, birmuncha kamroq qismini fibrositlar, gistiositlar, plazmatik va semiz hujayralar (labrositlar), shuningdek limfositlar, monositlar va neytrofillar tashkil etadi. Fibroblastlarning birinchi darajali vazifasi kollagen va tarkibida gialuron kislota va xondroitin-sulfat bo'lgan mukoproteidlar hosil qilishdir. Semiz hujayralar degranulyatsiya jarayonida gistamin, geparin va araxidon kislota hosilalari - prostaglandinlarni ajratadi, ular me'yorda va patologiyada biriktiruvchi to'qima faoliyatini boshqarishda katta ahamiyatga ega. Gistiositlar (makrofaglar), yagona plazmatik hujayralar va limfositlar milk to'qimasiga

kirgan yot yoki patogen moddalarni o'z vaqtida yo'q qilish uchun mo'ljallangan o'ziga xos "navbatchi" hujayralardir.

Milkda mikrosirkulyator o'zan tomirlari tarmog'i yaxshi ifodalangan: arteriolalar, kapillyarlar va venulalar, arteriolovenoz anastomozlar mavjud. Milkda normal modda almashinuvini ta'minlashda yetakchi rol kapillyarlarga tegishlidir. Nerv elementlari orasida qovuzloqlar va koptokchalar ko'rinishidagi ko'p sonli sezuvchi oxirlar, shuningdek, Meysnerning tuyg'u tanachalari yoki Krauze kolbalari tipidagi kapsulaga o'ralgan nerv oxirlari mavjud.

Milk egati parodontning muhim tuzilmasidir. U faqat tish chiqqandan so'ng hosil bo'ladi. Bu majburiy anatomik tuzilma emas, balki bir tomondan, mikroorganizmlarning chekka parodontga surunkali ta'siri, boshqa tomondan esa bunday ta'sirlarga javoban plazma himoya komponentlari va qonning shaklli elementlarining pastki qon tomirlaridan chiqishi natijasidir. Milk suyuqligi tarkibiga ko'ra qon zardobiga mos keladigan transsudatdir (xususan, unda albuminlar, globulinlar va fermentlar mavjud), garchi ba'zi fermentlarning faolligi (masalan, katepsin B va fosfatazalar) milk suyuqligida qon zardobidagiga qaraganda yuqori bo'lsa ham.

Milk suyuqligi tarkibida IgG, IgA, IgM antitanachalari, shuningdek yallig'lanish reaksiyalari majmuasida (birinchi navbatda fagositoz, xemotaksis va qon tomir faol moddalarining chiqarilishida) muhim rol o'ynaydigan komplement tizimining barcha to'qqizta tarkibiy qismlarining 20 dan ortiq zardob oqsillari mavjud. Milk suyuqligida antimikrob omillar (lizotsim, laktoferrin) va zardob oqsillari - albuminlar va globulinlar topilgan. Milk suyuqligining kislotaliligi (pH) 6,3-7,9 bo'lib, uning tarkibidagi azot va mochevina miqdoriga bog'liq.

Milk suyuqligining hujayra elementlari orasida polimorf yadroli leykotsitlar ustunlik qiladi, mikroorganizmlar va ko'chib tushgan epiteliy hujayralari kam. Qo'zg'atuvchilar ta'sirida (chaynov bosimi yoki tishlarni tozalashda cho'tka bilan bosish, lekin asosan bakteriya to'plamlari) milk suyuqligining hajmi oshadi va uning tarkibi o'zgaradi. Ushbu jarayonlarning funksional ahamiyati shikastlovchi agentlarni yuvish yoki yo'q qilishdan iborat bo'lganligi sababli, milk suyuqligining miqdori va

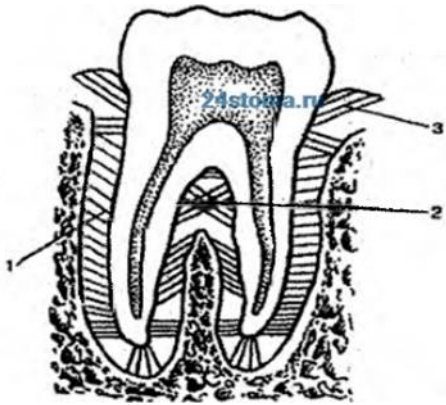
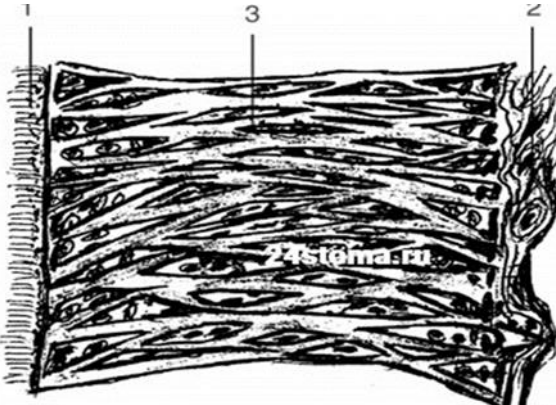
tarkibi agressiya intensivligini aks ettiruvchi muhim diagnostik mezonlar bo‘lib xizmat qiladi.

Bu xususiyatlar milk suyuqligining baryer funksiyasi parodont uchun muhimligini ko‘rsatadi. Parodontal tuzilmalarning mexanik, yuqumli va boshqa ta’sirlardan himoya to‘sig‘ining eng muhim qismi emal-sement chegarasi va egat tubi epiteliysi o‘rtasidagi chegarada joylashgan epiteliy birikmasidir.

Yosh xususiyatlari: bolalarda milk yupqa, harakatchan, birikkan qismi kuchsiz ifodalanagan. Yosh o‘tishi bilan birikkan milk qalinlashadi, ammo keksa bemorlarda milk retsessiyasi kuchayishi mumkin, bu pastki suyak to‘qimasi hajmining kamayishi va chaynov mushaklari funksiyasining o‘zgarishi bilan bog‘liq.

Jinsiy farqlar shunda ifodalanadiki, erkaklarda milk odatda kengroq va zichroq, ayollarda esa ingichkaroq va harakatchanroq bo‘ladi.

Periodont - bir tomondan tish ildizi sementi va ikkinchi tomondan alveolaning kompakt plastinkasi o‘rtasida joylashgan bo‘lib, asosan 1-turdagi kollagendan tashkil topgan kollagen tolalar tutamlaridan iborat bo‘lib, ular periodontal yoriqda (ildiz sementi va alveolaning kompakt plastinkasi o‘rtasida) yotadi. Ulardan tashqari, oz miqdorda ingichka retikulin va yetilmagan elastik - oksitalan tolalari mavjud bo‘lib, ular odatda tomirlar atrofida bo‘sh joylashgan. Kollagen tolalar bir uchi bilan tish ildizi sementiga (2.1.3,2.1.4-rasmlar), ikkinchi uchi bilan alveola suyak to‘qimasiga birikadi.

	
2.1.3-rasm. Tish-alveolyar tolalar; 1-gamak to‘ri ko‘rinishida; 2-tishlararo (ildizlararo) tolalar; 3-tish-milk tolalari	2.1.4-rasm. Alveola suyagi; 1-periodont to‘lari 2-ildiz sementi; 3-kollagen tolalarining tutamlari

Periodontal yoriqning kengligi bir xil emas: eng kattasi tish ildizining bo'yin va cho'qqi qismida (0,24 va 0,22 mm), eng kichigi ildizning o'rta qismida (0,1-0,11 mm). Qum soatiga o'xshash bunday shakl bog'lovchi tuzilmalarning funksional yuklamalarga moslashuvi bilan belgilanadi.

Tolali strukturalar orasida 1-tip kollagendan tashkil topgan kollagen tolalar ustunlik qiladi. Kamroq miqdorda retikulyar, yetilmagan elastik (elastin) va argirofil (yetilmagan kollagen) tolalar mavjud. Bundan tashqari, 25 yoshgacha bo'lgan odamlarda periodontda yetilgan kollagendan tashqari, yetilmagan kollagen (prokollagen) tolalarini ham topish mumkin. Kollagen tolalar tutamlari orasida qon va limfa tomirlari hamda nerv tolalari bo'lgan hujayralararo modda joylashgan.

Shu bilan birga, kollagen tolalarning o'zi qattiq va cho'zilishga qodir emas – shunday ekan, tishning fiziologik harakatchanligi nima hisobiga shakllanadi? Gap shundaki, periodontdagi kollagen tolalar - ularning spiralsimon egilishlari hisobiga amortizatsiyalovchi ta'sirga ega. Bu egriliklar tishga chaynov yuklamasi tushganda to'g'rilanadi, yuklama to'xtaganda esa yana qayriladi. Ana shunday egilishlar tufayli tish fiziologik harakatchanlikka ega bo'ladi.

2.2. Periodont tolalarining turlari:

Yonma-yon o'tayotgan kollagen tolalar bir-biriga chirmashib, diametri 0,2 mm bo'lgan mustahkam tutamlar hosil qiladi (bunday tutamlar periodontal boylamlar yoki ligamentlar deb ataladi). Periodont tolalarining bir necha muqobil tasniflari mavjud bo'lib, quyida ulardan ikkitasini keltiramiz. I.P. Gayvoronskiy tasnifiga ko'ra, periodont tolalarini 3 turga bo'lish mumkin.

- tish-milk tolalari,
- tish-alveolyar tolalar,
- tishlararo tolalar.

Tish-milk tolalari kompleksi - bu tolalar tutamlari milk cho‘ntagi tubi sohasida tish ildizi sementidan boshlanib, keyinchalik tish bo‘yni atrofidagi milk yumshoq to‘qimalariga o‘ralib, yelpig‘ichsimon tarqaladi (milkning marginal chekkasi). Bu turdagi tolalar milkning tish bo‘yniga zich yopishib turishini ta‘minlaydi. Quyida tish-milk tolalari turli yo‘nalishga ega bo‘lib, milk to‘qimalarida uch o‘lchamli to‘r hosil qilishini ko‘rishingiz mumkin. Tuzilishi bo‘yicha bu tolalar yetarlicha ingichka va unchalik yo‘g‘on emas.



2.2.1-rasm: Periodont tolalari

Tish-alveolyar tolalar (gorizontal va qiyshiq) - bu tolalar oldingi guruh tolalaridan biroz pastroqda boshlanadi. Ular bir tomondan tish ildizi sementi va ikkinchi tomondan alveolaning kompakt plastinkasi o‘rtasidagi periodontal yoriqda joylashgan. Tish-alveolyar tolalarni gorizontal va qiyshiq tolalarga bo‘lish qabul qilingan. Gorizontal tolalar yetarlicha kam sonli bo‘lib, ular gorizontal yo‘nalishda tish ildizi yuzasidan alveolalararo to‘siqlarning cho‘qqilariga boradi (2.2.1-rasm).

Qiyshiq tish-alveolyar tolalar bilan ildizlarning deyarli butun yuzasi qoplangan va asosan bu turdagi tolalar tishni alveolada ushlab turadi, shuningdek, tayanch-amortizatsiya vazifasini bajaradi. Bu tolalar bir uchi bilan ildiz sementiga, ikkinchi uchi bilan alveola devoriga yopishgan bo‘ladi. Tolalarning qiyshiq yo‘nalishi tufayli tish go‘yo alveola ichida osilib turadi va shu tariqa chaynov bosimi tishdan alveolaning suyak to‘qimasiga bevosita o‘tmaydi. Umuman olganda, periodontal yoriqning yon

qismlarida tish-alveolyar tolalar to'plamlarining joylashuvi tashqi tomondan gamak to'rini eslatadi.

Tishlar bo'yini va alveolyar o'simtalar chetida bu tolalar gorizontal, ildiz uzunligi bo'ylab qiyshiq, ildiz uchlari sohasida perpendikulyar joylashadi. Shu tufayli tish go'yo alveola ichida osilib turadi va unga turli yo'nalishlarda tushadigan bosim to'g'ridan to'g'ri alveolyar suyakka o'tmaydi va periodontal tuzilmalar saqlanib qolgan holda uni shikastlamaydi. Periodont uchun elastik tolalarning yo'qligi xarakterli, kollagen tolalar esa cho'zilishga qodir emas, shuning uchun ularning amortizatsiyalovchi ta'siri spiral shaklidagi egilishlar bilan belgilanadi, bu ularga tishga yuklama ortganda to'g'rilanishga, kamayganda esa yana buralishga imkon beradi. Tishning fiziologik harakatchanligi aynan shu bilan belgilanadi. Tola tutamlari orasida hujayralararo modda, qon va limfa tomirlari hamda nerv elementlari bo'lgan yumshoq biriktiruvchi to'qima joylashgan. Bu interstitsial to'qimada ingichka kollagen tolalar bo'lib, ular uch o'lchamli to'r hosil qiladi. Umuman olganda, periodontal yoriqning yon qismlarida kollagen tolalar to'plamlarining joylashuvi gamak to'rini eslatadi.

Periodontning o'rta qismida tishlarning ortodontik siljishida periodontning tiklanishida muhim rol o'ynaydigan Zikser chigali joylashgan. Ammo uning kelib chiqishi haqidagi fikrlar bir xil emas. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, kollagen tolalar tish ildizi va alveola suyagini to'g'ridan-to'g'ri bog'laydigan yagona tuzilma emas: bu tolalarning bir qismi ildiz sementidan, ikkinchisi alveola tomonidan shakllana boshlaydi, ikkala qism ham periodontal yoriqning o'rtasigacha yetib boradi va u yerda kamroq yetilgan kollagen tolalar yordamida birlashadi. 25 yoshdan keyin - bu chigal yo'qoladi, buni kattalarni ortodontik davolashni rejalashtirishda hisobga olish muhim.

Bir qator tadqiqotchilar parodontda yetilmagan kollagen bo'lishi zarurligini mantiqiy tushuntirishni ilgari surdilar. Gap shundaki, periodont tolalarining bir qismi tish ildizi sementi tomonidan, ikkinchi qismi esa alveolaning suyak plastinkasi tomonidan shakllana boshlaydi. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra - periodont tolalari yagona tuzilma emas va tolalarning ikkala qismi periodontal yoriqning o'rtasiga yetganda - ular yetilmagan kollagen tolalar orqali birlashadi. Aytgancha, bu nazariya maqola muallifining klinik kuzatuvlari bilan ham tasdiqlanadi, u tish kataklaridan to'liq

olingan tishlarni qayta-qayta transplantatsiya qilgan. Shu bilan birga, tish katagi va ildizi tomonidan periodont tolalarining parchalari saqlanib qolgan, bu esa yosh bemorlarda periodontning ajoyib regeneratsiyasini ta'minlagan.

Ma'lumki, periodont tolalarining bir qismi tish ildizi sementi tomonidan, ikkinchi qismi esa alveolaning suyak plastinkasi tomonidan shakllana boshlaydi. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra - periodont tolalari yagona tuzilma emas va tolalarning ikkala qismi periodontal yoriqning o'rtasiga yetganda - ular yetilmagan kollagen tolalar orqali birlashadi.

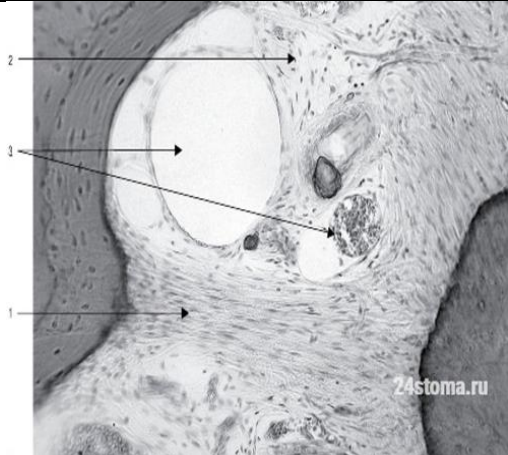
Transseptal (tishlararo) tolalar - bu tolalar bir tishning bo'ynidan ikkinchi tishning bo'yniga boradi va buning uchun tolalar alveolalararo to'siqlarning cho'qqilari ustidan o'tadi. Ya'ni, ular bitta tish ildizi sementidan (kontakt yuzasi tomonidan) qo'shni tishning kontakt yuzasidagi ildiz sementiga boradigan "bog'lam" hosil qiladi. Periodontning bu tolalari tish qatori uzluksizligini saqlash, shuningdek, chaynov yuklamasini tish qatori bo'ylab qayta taqsimlash vazifasini bajaradi.

Periodont tolalarining bir nechta muqobil tasniflari mavjud. Ushbu tasniflar tolalarni quyidagi guruhlariga bo'lishni o'z ichiga olishi mumkin:

1. Sirkulyar (erkin) tolalar - tish bo'ynidan boshlanib, yelpig'ichsimon tarqaladi va milk chetidagi yumshoq to'qimalarda tugaydi.
2. Alveolyar qirra tolalari - ular tish bo'ynini alveolyar suyak qirrasi bilan bog'laydi (4-rasmda ular tish qirralari deb nomlangan).
3. Gorizontal tolalar - kam sonli tolalar guruhi bo'lib, ular to'g'ridan to'g'ri alveolyar qirra tolalari ostida (periodontal bo'shliqqa kirish joyida) joylashadi. Bu tolalar gorizontal yo'nalishda o'tib, transseptal tolalar bilan birgalikda tishning aylanma boylamini hosil qiladi.
4. Qiyshiq tolalar - tish ildizini alveolaning kompakt plastinkasi bilan bog'laydigan eng ko'p sonli tolalar guruhi (oldingi tasnifda ular tish-alveolyar deb nomlangan).
5. Apikal tolalar - ular tish-alveolyar tolalarga perpendikulyar ravishda ildiz uchlaridan alveola tubiga qarab tarqaladi.

6. Transseptal tolalar - bir tish bo'ynidan ikkinchi tish bo'yniga gorizontal yo'nalishda o'tib, qo'shni tishlarni o'zaro birlashtiradi.

Quyidagi 2.2.2-rasmda ildiz sementiga kirib boruvchi kollagen tolalari keltirilgan. Tolalarning terminal qismlari (ildiz sementida yoki alveolaning suyak devorida joylashgan) Sharpeyev tolalari deb ataladi. 2.2.3-rasmda tish periodontining gistologik preparati keltirilgan, bu yerda 1 - kollagen tolalar to'plami, 2 - asosiy amorf modda, 3 - periodont tomirlari.

	
2.2.2-rasm: sement moddasiga kiruvchi kollagen tolalar	2.2.3-rasm: Tish periodontining gistologik preparati: 1 - kollagen tolalar tutamlari, 2 - asosiy amorf modda, 3 - periodont tomirlari.

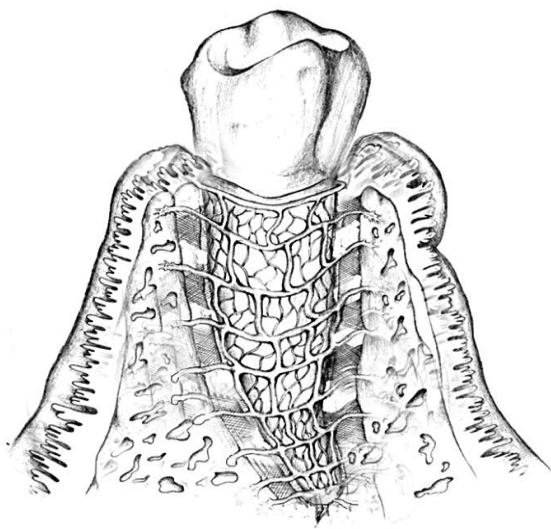
Elektron mikroskopiya ma'lumotlari shuni ko'rsatdiki, periodont tolalari tish ildizi sementiga atigi 3 dan 5 μ t gacha, alveolaning suyak devoriga esa 20 μ t dan ko'p bo'lmagan chuqurlikka kirib boradi. Shuningdek, periodont tolalari asosan 1-toifa yetuk kollagendan iborat bo'lsa-da, unda oz miqdorda yetilmagan elastik tolalar (oksitalanlar) ham mavjudligi ma'lum bo'ldi. Bu tolalarning uzunligi bor-yo'g'i 2-3 mm bo'lib, ular boshqa tolalar kabi perpendikulyar emas, balki tish ildizi yuzasiga parallel holda joylashadi. Oksitalan tolalari tish-alveolyar tolalarni to'g'ri burchak ostida kesib o'tadi va ularning roli chaynov yuklamasi sharoitida periodontda qon oqimini qayta taqsimlashdan iborat.

Kollagen tolalar periodont hajmining atigi 40 foizini egallaydi, qolgan 60 foizi esa asosiy amorf moddadan boshqa narsa emas (bu esa, o'z navbatida, 70 foiz suvdan iborat). Suvdan tashqari, bu yerda ko'p miqdorda turli xil hujayra elementlari ham

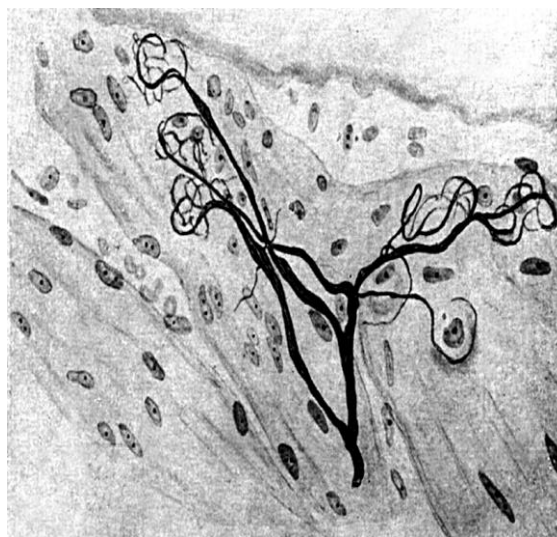
mavjud - birinchi navbatda, kollagen tolalari bo'ylab joylashgan fibroblastlar qiziqish uyg'otadi. Fibroblastlar hujayra sikli jarayonida fibrositlar yoki miofibroblastlarga ham aylanishi mumkin.

Hujayra elementlarining yana bir guruhiga sementositlar va sementoblastlar kiradi. Keyingilari tish ildizi sementining yuzasida joylashadi va ularning vazifasi o'rinbosar sementni qurishdan iborat. Hujayra elementlarining yana bir kichik guruhi mavjud bo'lib, ularga osteoblastlar, osteoklastlar, shuningdek odontoklastlar kiradi. Periodontda oz miqdorda: limfotsitlar, plazmatik hujayralar, semiz hujayralar, eozinofillar, neytrofil leykotsitlar ham uchraydi.

Periodont hujayra tarkibining o'ziga xos xususiyati sement va suyak to'qimasining tuzilishini ta'minlaydigan sementoblastlar va osteoblastlarning mavjudligidir. Periodontda tishning rivojlanish davrida ildiz so'rg'ichi epiteliysidan qolgan hujayralar to'plami - Malyasse epitelial hujayralari topilgan. Bu orolchalar mexanik vazifani bajarmaydi, lekin sement va periodont regeneratsiyasida, surunkali yallig'lanishda kista va patologik bo'shliqlar hosil bo'lishida ishtirok etadi. Tish remodellanishida Malyase epitelial orolchalari muhim rol o'ynaydi: ular proliferatsiya qobiliyatiga ega, sement shikastlanganda esa periodont tolalarining tiklanish manbai bo'lib xizmat qilishi mumkin. Alveolyar o'siqning suyak to'qimasi tish ildizlarining oral va vestibulyar yuzasida joylashgan kompakt moddadan (osteonlar tizimi, suyak plastinkalari) iborat. Zich modda qavatlari orasida g'ovak modda bo'lib, u suyak to'sinlaridan iborat. Suyak iligi bo'shliqlari suyak iligi bilan to'ldirilgan: qizil - yoshlarda va sariq yog'li - kattalarda. Bundan tashqari, to'qimada qon va limfa tomirlari, nerv tolalari yotadi. Alveola suyak to'qimasining kompakt moddasi tish ildizining butun uzunligi bo'ylab teshilgan kanalchalar tizimi bilan o'ralgan bo'lib, ular orqali periodontga qon tomirlari va nervlar kiradi (2.2.4,5-rasm).



2.2.4-rasm: Periodontning qon bilan ta'minlanish sxemasi



2.2.5-rasm: Periodont innervatsiyasi

2.3. Periodontning qon bilan ta'minlanishi, innervatsiyasi va limfa tizimi

Periodontning qon bilan ta'minlanish manbalari yuqori va pastki alveolyar arteriyalardir. O'z navbatida ulardan ancha mayda "tish arteriyalari" boshlanadi, bular tishlar ildizining uchlaridagi apikal teshiklarga kirib boradi. Apikal teshikka kirishdan oldin tish arteriyasidan uning alveolyar va periodontal tarmoqlari ajralib chiqadi. Alveolaning suyak devori butun uzunligi bo'ylab teshik kanalchalar sistemasi bilan teshilgan, bu kanalchalar orqali tish arteriyasining alveolyar tarmog'idan periodontga birmuncha mayda arteriolalar o'tadi.

Qo'shni tishlar periodont to'qimalarining qon tomir tarmog'i yagona tizimga birlashgan, bu esa kollateral qon oqimini ta'minlash imkonini beradi. Muhim jihati shundaki, periodont tomirlari pulpa ichi tomirlari bilan - tish ildizining yon yuzasidagi qo'shimcha teshiklar orqali bog'lanishi mumkin. Bu infeksiyaning tarqalish yo'llari bo'lishi mumkin.

Periodontning yana bir muhim elementi ildiz uchiga yaqin joylashgan tomir-nerv oxirlarining murakkab to'ri - Zekxer chigali hisoblanadi. Bu chigal tishning sezuvchanligini ta'minlaydi, bosim va og'riqni qabul qiladi, mahalliy qon oqimi va mikrosirkulyatsiyani boshqarishda ishtirok etadi. Bunday sensor apparatning mavjudligi tishning chaynov yuklamasiga moslashishiga imkon beradi, shuningdek, muhim diagnostik mo'ljal bo'lib xizmat qiladi: shikastlanish yoki yallig'lanish paytida chigalning shikastlanishi o'ziga xos og'riq va tishning harakatchanligini oshiradi.

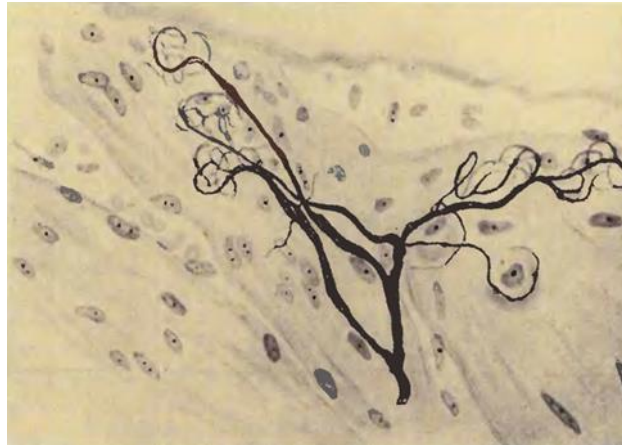
Yoshga bog'liq o'zgarishlar: bolalarda periodont bo'shroq, yaxshi tomirlangan; yosh o'tishi bilan tolalar zichlashadi, hujayralar soni kamayadi, regeneratsiya qobiliyati pasayadi, bu keksa bemorlarda tishlarning ko'proq harakatchanligini tushuntiradi.

Jinsiy tafovutlar erkaklarda tolalarning ancha yo'g'on va zich bo'lishida ifodalanadi. Funksional zo'riqish, masalan, qattiq ovqatni chaynashda apikal va gorizontal tolalarning qalinlashishiga olib keladi, bu fiziologik moslashuvdir.

Parodont faoliyatida, ayniqsa uning kasalliklarida, limfa tomirlarining tarmoqlangan tarmog'i muhim rol o'ynaydi. Sog'lom milkda noto'g'ri shakldagi mayda yupqa devorli limfa tomirlari mavjud. Ular asosan subepitelial biriktiruvchi to'qimali asosda joylashadi. Periodont to'qimalarining hujayralararo moddasida ko'r-ko'rona boshlanadigan kapillyarlardan hosil bo'ladi va ancha sust rivojlangan. Yuqori jag' tishlari periodontlaridan limfa quloq oldi limfa tugunlariga, pastki jag' tishlaridan esa jag' osti va til osti limfa tugunlariga oqadi. Limfa tugunlarining ma'lum guruhlarining kattalashishi, masalan, surunkali periodontitning kuchayishida, aynan shu bilan izohlanadi.

Parodont innervatsiyasi uch shoxli nervning ikkinchi va uchinchi shoxlari chigallari hisobiga amalga oshadi. Alveola ichkarisida tish nervi tutamlari ikki qismga bo'linadi: biri pulpaga boradi, ikkinchisi periodont yuzasi bo'ylab pulpaning bosh nerv stvoliga parallel ravishda milkka boradi. Parodontda parallel joylashgan juda ko'p ingichka miyelinli va miyelinsiz nerv tolalari tafovut qilinadi. Parodontning turli sathlarida miyelin tolalari tarmoqlanib, sementga yaqinlashganda ingichkalashadi. Ko'pchilik tishlarda retseptorlarning maksimal konsentratsiyasi ildiz uchlari sohasida to'plangan, ammo kurak tishlar periodontida - retseptorlar butun periodont bo'ylab teng

taqsimlangan. Periodontda qon oqimini boshqaruvchi simpatik nerv tolalari hamtopilgan.(2.3.1-rasm).



2.3.1-rasm: Periodont innervatsiyasi

Parodont va milkda erkin nerv oxirlari bo‘lib, ular hujayralar orasida joylashadi. Parodontning asosiy nerv stvoli ildizlararo bo‘shliqda avval sementga, yuqori qismida esa ildizlararo yoyga parallel yo‘naladi. Ko‘p sonli asab retseptorlarining mavjudligi parodontni keng refleksogen zona deb hisoblashga imkon beradi, asab impulslerini parodontdan yurakka, oshqozon-ichak trakti a‘zolariga va boshqalarga o‘tkazish mumkin.

2.4. Tish sementi

Sement kalsifikatsiyalangan tuzilma bo‘lib, tishlarning anatomik ildizlarini yopib turadi. Sement tarkibida kollagen tolalari bo‘lgan kalsifikatsiyalangan matritsadan iborat. Sementning anorganik komponenti taxminan 45-50% ni tashkil qiladi.

Sement va sementoid: sement hosil bo‘lishi bilanoq hali ohaklanmagan bo‘ladi va sementoid deb ataladi. Yangi qatlamlar shakllanishi bilan oldindan shakllangan matritsaning kalsifikatsiyasi sodir bo‘ladi va yetuk sement hosil bo‘ladi.

Mikroskopik jihatdan sementni ikki turga bo‘lish mumkin: hujayrali va hujayrasiz, ammo funksional nuqtayi nazardan bu ahamiyatga ega emas. Hujayrali sement tarkibida sementotsit hujayralari joylashgan lakunalar mavjud. Hujayralar naychalar sistemasi orqali bir-biri bilan bog‘langan. Hujayrali va hujayrasiz sementning ildiz yuzasida taqsimlanishi turlicha bo‘ladi. Odatda ildizning toj qismini qoplab

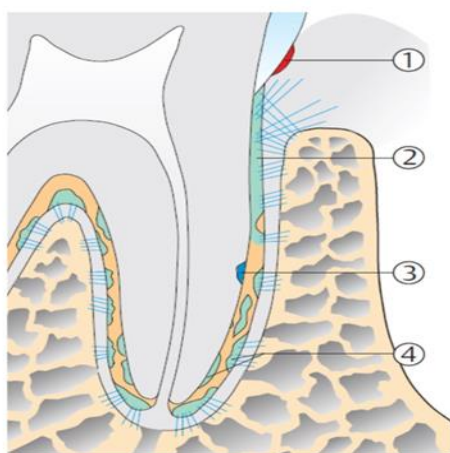
turuvchi sement hujayrasiz, ildizning apikal qismidagi sement esa hujayrali bo'ladi. Bundan tashqari, hujayra sementi furkatsiyalar sohasida va ildiz uchlari atrofida ustunlik qiladi. Bitish davrida aynan hujayra tipidagi sement shakllanadi.

Sement quyidagi vazifalarni bajaradi:

1. Periodontal boylamning asosiy tolalari yordamida tishni suyak katakchasi bilan bog'lash.
2. To'xtovsiz o'sish orqali yeyilish natijasida tish tuzilmalarining yo'qolishini qoplash.
3. Tishlarni medial tomonga fiziologik siljishini ta'minlash.
4. Parodontal boylam tolalarining doimiy yangilanib turishini ta'minlash.

Tishning butun hayoti davomida sement hosil bo'ladi. Sementoidning mavjudligi birikkan epiteliyning apikal migratsiyasi va ildiz yuzasining rezorbsiyasi uchun to'siq hisoblanadi.

Sement emaldan kamroq minerallashuvi bilan farq qiladi, bu unga elastiklik beradi, ammo shu bilan birga uni yallig'lanish va jarohatlar paytida shikastlanishga moyilroq qiladi. Sementning qalinligi har xil: tish tojida 50-200 mkm atrofida, apeks sohasida 300-400 mkm gacha bo'lishi mumkin (2.4.1-rasm).



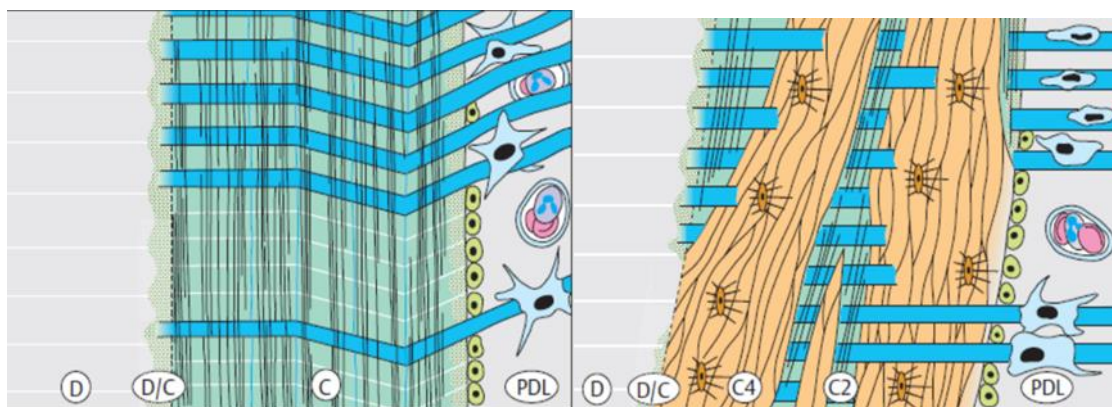
ЦЕМЕНТ

- Тиш илдизини эмаль чегарасидан илдиз бўйлаб қамраб олади.
- Цементнинг кимёвия таркиби: органик моддалар (22%), сув (32%), кальция тузлари, фосфорва бошқа микроэлементлар.
- Тиш бўйин соҳасида цементнинг қалинлиги — **0,015 мм**, илдиз ўрта соҳасида — **0,02—0,03 мм**.

2.4.1-rasm: sement tuzilishi

Mikroskopik jihatdan sement tarkibida organik matritsa, minerallashgan modda va hujayralar mavjud: sement yuzasidagi sementoblastlar organik asosni sintezlaydi va

uni minerallashtiradi, lakunalarda joylashgan sementositlar esa strukturani saqlaydi va metabolik jarayonlarda ishtirok etadi. Sement faol (regeneratsiyaga qodir) va passiv turlarga bo‘linadi, bu terapiyadan keyin parodontni tiklashda muhim ahamiyatga ega (2.4.2-rasm).



2.4.2-rasm: sementning tuzilishi (a - hujayrasiz; b - hujayrali).

Sementning yoshga bog‘liq o‘zgarishlari katta yoshdagi odamlarda apikal qatlamlarning qalinlashishi, regeneratsiya potensialining pasayishi va qisman minerallashtirishdan iborat bo‘lib, bu periodont tolalarining birikishiga va tishlarning harakatchanligiga ta’sir qiladi. Jinsiy farqlar sezilarli emas, ammo erkaklarda sement biroz qalinroq bo‘lishi mumkin, bu ko‘proq funksional yuk bilan bog‘liq.

Sement-emal birikmasi: Sement-emal birikmasi sohasida sementning emalga nisbati klinik ahamiyatga ega. Munosabatlarning uch turi mavjud. 60-65% bemorlarda emal ustiga sement tushadi, 30% bemorlarda emal va sement bir-biriga ulanadi. Lekin 5-10% bemorlarda emal bilan sement bir-biriga tegmaydi, demak, dentin ochiq bo‘ladi. Ochiq dentin bilan og‘rigan bemorlarda retsessiya paydo bo‘lganda, sezilarli harorat va taktil yuqori sezuvchanlik paydo bo‘lishi mumkin. Bundan tashqari, bunday nuqsonlar mavjud bo‘lganda, karash va toshning to‘planishi uchun sharoit yaratiladi. Yaxshi vizualizatsiyaga qaramay, bunday joylarda hosil bo‘lgan toshni olib tashlash juda qiyin.

Emalning bo‘yin proyeksiyasi: bifurkatsiya sohasida emalning sement-emal birikmasidan proyeksiyasi turli darajada (1, 2 va 3 darajalarda) bo‘lishi mumkin. Parodontit tarqalishida emal proyeksiyasining ahamiyati yetarli darajada aniq emas. Emalning bo‘yin oldi proyeksiyasi birikkan epiteliy bilan, sement esa biriktiruvchi to‘qima tolalari bilan qoplangan. Epiteliy birikmasi biriktiruvchi to‘qimaga qaraganda

kamroq mustahkam bo‘lib, patologik jarayonga furkatsiyaning erta qo‘shilishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Tanglay-milk ariqchasi: Ko‘pincha parodontning sezilarli destruksiyasi bilan bog‘liq bo‘lgan yana bir belgi tanglay-milk ariqchasidir. Bunday ariqcha ko‘pincha yuqori jag‘ning markaziy va lateral kurak tishlari sohasida topiladi. Bunda ariqcha ko‘pincha belbog‘dan apeksigacha davom etadi. Tanglay-milk ariqchasining mavjudligi ham bemor, ham stomatolog uchun gigiyenani amalga oshirish nuqtai nazaridan hal qilinishi qiyin bo‘lgan muammodir.

2.5. Alveolyar o‘siq

Alveolyar o‘siq deb, yuqori yoki pastki jag‘ning tishlarga tayanch bo‘lib turadigan katakchalari (alveolalari) ga aytiladi.

Alveola devorining qalinligi har xil: frontal tishlarda 1-2 mm, molyarlarda 1,5-3 mm, apeks sohasida suyak qalinligi kamayadi. G‘ovak suyak kamroq zich, ammo yuqori qon tomirlarga ega bo‘lib, bu parodontning oziqlanishini va qayta shakllanish jarayonida ishtirok etishini ta‘minlaydi.

Suyakning hujayraviy tarkibiga osteoblastlar, osteositlar va osteoklastlar kiradi. Osteoblastlar yangi suyak to‘qimasini sintezlaydi, osteositlar suyak metabolizmini qo‘llab-quvvatlaydi, osteoklastlar rezorbsiya va remodellanishda ishtirok etadi. Alveolyar suyakning doimiy qayta tuzilishi funksional yuklamaga, periodont holatiga va yoshga bog‘liq.

Yosh xususiyatlari: bolalarda suyak devorlari yupqa, g‘ovak suyak bo‘sh; kattalarda devorlarning qalinlashishi va g‘ovak qismining zichlashishi sodir bo‘ladi; yosh o‘tishi bilan suyakning asta-sekin atrofiyasi kuzatiladi, ayniqsa chaynov yuklamasi kamayganda yoki tishlar yo‘qolganda. Jinsiy farqlar shunda namoyon bo‘ladiki, erkaklarda suyak odatda zichroq va qalinroq bo‘lib, bu ko‘proq mushak va funksional yuklama bilan bog‘liq.

Funksional jihatdan alveolyar o‘siqni ikki qismga bo‘lish mumkin:

1. Xususiy alveolyar suyak. Ildizlarni o‘rab turuvchi va periodontal boylamning birikish joyi bo‘lgan suyakning yupqa qatlami. Bunday suyak qattiq plastinka (lamina dura) yoki g‘alvirsimon plastinka deb ham ataladi.

2. Tayanch alveolyar suyak. Alveolyar o‘siqning bir qismi bo‘lib, u alveolyar suyakni o‘rab turadi va katakchani tayanchini ta‘minlaydi. Quyidagilardan iborat:

a. Alveolyar o‘siqning vestibulyar va oral tomonida joylashgan kompakt yoki kortikal suyak.

b. Xususiy alveolyar suyak bilan kortikal suyak o‘rtasida joylashgan g‘ovak suyak.

G‘ovak suyak tarkibida suyak iligi mavjud bo‘lib, u kattalarda ko‘pincha sariq (yoki yog‘li) tipda namoyon bo‘ladi. Qizil suyak iligi qismlari ba‘zan yuqori jag‘ning do‘mboqlari sohasida, shuningdek, pastki jag‘ning molyar va premolyar qismlarida topilishi mumkin.

Qon bilan ta‘minlanishi: Suyakning qon bilan ta‘minlanishi alveolyar o‘siq arteriyalaridan, kortikal plastinka orqali o‘tadigan tomirlardan amalga oshiriladi. Kortikal suyak va xususiy alveolyar suyak bir-biriga qo‘shilib ketgan hollarda, masalan, frontal tishlarning vestibulyar tomonidan, qon ta‘minoti asosan suyak usti tomirlari tomonidan amalga oshiriladi.

Suyak shoxlari: Xususiy alveolyar suyakning qismlarida ko‘pincha kalsifikatsiyalangan kollagen tolalarning “shoxlari” parodontal bog‘lam (Sharpey tolalari) tomonidan mavjud. Bunday suyakni suyak shoxlari deyiladi. Bunday tarmoqlar faqat tish katakchalariga xos emas. Suyak shoxlari tananing boshqa qismlarida ham uchraydi, bu yerda suyakka paylar, bog‘lamlar yoki mushak birikmalari mavjud.

Konturlar: Alveolyar o‘siqning konturlari ildizlarning chiqib turish darajasiga va tishlarning holatiga bog‘liq. Vestibulyar va oral plastinkalarning balandligi va qalinligi tishlarning joylashishiga, ildizlarning shakli va o‘lchamlariga, shuningdek, okklyuzion yuklamaga bog‘liq. Bo‘rtib chiqqan va vestibulyar yo‘nalishda qiyshaygan tishlar ko‘pincha alveolyar suyakda yoriqsimon yoki tugallangan nuqsonlar hosil bo‘lishiga olib keladi.

Ekstruziya, intruziya yoki tishlarning qiyshayishi mavjud bo'lsa, tishlararo sohalarda qirra qiyshaygan bo'ladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, sog'lom holatda alveolyar qirra va sement-ental birikmasi o'rtasidagi masofa o'zgarishsiz qoladi. Masalan, tishlarning o'sishida suyakning shakllanishi alveolyar qirra darajasida sodir bo'ladi, qirra va sement-ental birikmasi orasidagi masofa saqlanib qoladi. Bu xususiyat suyak nuqsonlarini rentgenologik talqin qilishda muhim omil hisoblanadi.

Sement-ental birikmaning keng va yotiq (lunj-til yo'nalishida) konturi (molyarlar va ba'zi premolyarlar sohasida) mavjud bo'lsa, alveolyar o'simtaning konturi ham shu yo'nalishda keng va yotiq bo'ladi. Va, aksincha, frontal qismda suyak konturlari sement-ental birikmasining konfiguratsiyasiga muvofiq tor va o'tkirlashgan. Adabiyotlarda bo'yin sohasidagi alveolyar suyak cheti ko'pincha funksional talablarning oshishiga javoban qalinlashishi haqida ma'lumotlar mavjud. Bunday ta'sir suyak "lab" yoki o'simtasining kompensator shakllanishi deb ataladi.

Labillik: Alveolyar suyak parodont to'qimalari orasida eng beqaror bo'lib, ichki va tashqi ta'sirlarga o'ta sezgirlik bilan javob beradi. Alveolyar suyakning konturi va ichki tuzilishi suyakka tushadigan yuklama va ta'sirotlarga bog'liq. Masalan, gipofunksiya natijasida suyak rezorbsiyaga uchraydi va uning zichligi kamayadi, ingichka trabekulalar soni kamayadi, yirik ilik bo'shliqlari soni ortadi. Bunday holat ba'zan gipofunksional atrofiya deb ataladi. Va, aksincha, giperfunksiyada suyak trabekulalari siquvchi va cho'zuvchi yuk ta'siri yo'nalishida bo'ladi, suyak zichligi ortadi. Parodont kasalligi natijasida alveolyar tayanchning zaiflashishi bilan okklyuzion yuklamaga qarshilik ko'rsatishda tishni qo'llab-quvvatlashga urinishda markaziy va periferik yo'nalishda suyak shakllanishi sodir bo'ladi (suyak bo'rtiqlarining shakllanishi). Biriktiruvchi apparat okklyuzion yuklamaga bardosh bera olmay qolganda, okklyuzion shikastlanish deb ataladigan jarohat hosil bo'ladi.

Periodont va sement bilan bog'langan qon tomir tarmog'i qon bilan ta'minlanadi, nerv oxirlari esa bosimni, og'riqni va proprioepsiyani qabul qiluvchi Zekxer chigalini hosil qiladi. Suyak to'qimasining yallig'lanishida rezorbsiya, mikrosirkulyatsiyaning buzilishi va sezuvchanlikning pasayishi sodir bo'ladi, bu klinik jihatdan tish

harakatchanligining oshishi, parodontal choʻntaklarning chuqurlashishi va tishlarning saqlanish prognozining pasayishi bilan namoyon boʻladi.

2.6. Parodont toʻqimasining vazifalari.

Parodont doimo tashqi (muhit) va ichki omillar taʼsirida boʻladi. Baʼzan bu yuklamalar shunchalik kuchli boʻladiki, parodont toʻqimalari haddan tashqari katta yuklamani boshdan kechiradi, lekin shu bilan birga shikastlanmaydi. Chunki hayot davomida parodont doimo yangi sharoitga moslashib boradi. Masalan, vaqtinchalik va doimiy tishlarning chiqishi, tishlovdan tishning chiqib ketishi, ovqatlanish xarakterining oʻzgarishi, organizmning kasallanishi, shikastlanishi va hokazolar. Parodontning normal funksiyasini saqlab qolish uning katta moslashuv imkoniyatlaridan dalolat beradi. Parodont baryer (toʻsiq), trofik vazifalarni bajaradi; chaynov bosimining reflektor boshqarilishini taʼminlaydi; plastik va amortizatsiyalovchi vazifani bajaradi. U katta jismoniy zoʻriqishlarga bardosh beradi, infeksiya, intoksikatsiya va boshqalarga chidamli. Parodontning baryer toʻsiq funksiyasi parodontning butunligida boʻladi va quyidagi omillar bilan taʼminlanadi:

- milk epiteliysining muguzlanish qobiliyati (parodontozda bu qobiliyat buziladi);
- kollagen tolalar tutamlarining koʻpligi va alohida yoʻnalganligi;
- milk turgori;
- parodont biriktiruvchi toʻqima hosilalarining GAG (glikozaminoglikanlar) holati;
- fiziologik milk choʻntagi tuzilishi va funksiyasining oʻziga xosligi;
- soʻlakda lizotsim, laktoferrin, mutsin kabi biologik faol moddalar, shuningdek fermentlar, immunoglobulinlar, polimorf yadroli leykotsitlar (mahalliy himoyaning gumoral omillari) mavjudligi tufayli soʻlakning antibakterial funksiyasi;
- autoantitanalar ishlab chiqarishda muhim rol oʻynaydigan semiz va plazmatik hujayralarning mavjudligi;
- tarkibida bakteritsid moddalar va immunoglobulinlar boʻlgan milk suyuqligi tarkibi.

Peroksidazalar suyakning osteoklastik rezorbsiyasi va lizosomal fermentlar faolligini idora etishda ishtirok etishi hisobiga ham himoya ta'siri ko'rsatadi. Odam so'lagi peroksidazasining asosiy manbai og'iz shilliq qavatining mayda so'lak bezlari hisoblanadi. Himoya omillariga siklik nukleotidlar (ATF, ADF, AMF) kiradi, ular yallig'lanish va immunitet reaksiyalarini boshqaradi va gomeostazni saqlashda ishtirok etadi.

Baryer funksiyasini bajarish odontogen infeksiyada organizm sensibilizatsiyasining oldini olishga yordam beradi. Mahalliy immunitet gumoral, hujayraviy, spetsifik va nospetsifik omillarni o'z ichiga olgan murakkab ko'p komponentli tizim tomonidan ta'minlanadi. Parodont mahalliy himoyasining hujayraviy omillariga (hujayraviy immunitet) T- va B-limfotsitlar, neytrofillar, makrofaglar, semiz hujayralar kiradi.

Trofik funksiya parodontning asosiy funksiyalaridan biri sifatida qaraladi. Uning bajarilishi kapillyarlar va nerv retseptorlarining keng tarmoqlangan tarmog'i hisobiga ta'minlanadi. Bu funksiya ko'p jihatdan faoliyat ko'rsatayotgan parodontda normal mikrosirkulyatsiyaning saqlanib qolishiga bog'liq.

Chaynash bosimining reflektor boshqarilishi parodontda joylashgan ko'p sonli nerv oxirlari - retseptorlar tufayli amalga oshadi, ularning ta'sirlanishi juda xilma-xil reflektor yo'llar orqali uzatiladi. I.S.Rubinov reflekslardan biri - chaynov muskulaturasining qisqarish kuchini (chaynov bosimini) ovqat xarakteri va periodont nerv retseptorlarining holatiga qarab idora etib boradigan parodont-muskul refleksining o'tish sxemasini ko'rsatib berdi.

Parodontning plastik funksiyasi fiziologik yoki patologik jarayonlarda yo'qotilgan to'qimalarni doimiy ravishda qayta tiklashdan iborat. Bu funksiyaning amalga oshishi semento- va osteoblastlar faoliyati hisobiga ro'y beradi. Bunda boshqa hujayra elementlari - fibroblastlar, semiz hujayralar, shuningdek transkapillyar almashinuv holati ham ma'lum rolni o'ynaydi.

Amortizatsiya vazifasini kollagen va elastik tolalar bajaradi. Periodontal boylam chaynov paytida tish alveolasi to'qimalarini, travma paytida esa periodont tomirlari va

nervlarini himoya qiladi. Amortizatsiya mexanizmda to‘qimalararo tirqishlar va hujayralarning suyuq va kolloid qismi, tomirlar almashinuvining o‘zgarishi ishtirok etadi. Parodontning barcha funksiyalari bir-birini taqozo etib, organizmning tashqi va ichki muhiti o‘rtasidagi fiziologik muvozanatni ta’minlaydi va shu bilan morfologik tuzilishni saqlab qolishga yordam beradi.

Periodontning yemirilishdan himoyalaniishini ko‘p qavatli yassi epiteliyning 10-20 qator hujayralaridan tashkil topgan “emal birikmasi” ta’minlaydi. Ushbu epiteliy (quyidagi rasmda 2-raqam) milk egatining tubini qoplaydi va tish emaliga - emalning ildiz sementiga o‘tish joyiga mahkam yopishgan. Milk egati tubining epiteliysi juda yuqori darajada yangilanish xususiyatiga ega bo‘lib, u atigi 4-8 kunda to‘liq yangilanadi (2.6.1-rasm):.



2.6.1-rasm: Milk egati tubi sohasidagi emal birikmasi. 1 - tish emali; 2 - emal epiteliy birikmasi, 3 - sement-emal birikmasi, 4 - dentindagi Toms donador qavati, 5 - periodont tolalari, 6 - alveolyar suyak, 7 - sementoblastlar, 8 - sementositlar.

Epitelial birikish periodontning mexanik himoyasini ta’minlaydi va patogen bakteriyalar tomonidan ishlab chiqarilgan ko‘plab shikastlovchi omillarni yo‘q qilishga yordam beradi, masalan, surunkali kataral gingivitda. Aynan epitelial birikishning buzilishi gingivitning periodontitga o‘tish nuqtasi bo‘lib, bunda periodontning parchalanishi (periodontal birikish maydonining kamayishi va tish harakatchanligining paydo bo‘lishi) kuzatiladi.

2.7. Parodont to‘qimalarining yoshga bog‘liq o‘zgarishlari.

Parodont to‘qimalarining involyutsion o‘zgarishlari, avvalo, amaliy ahamiyatga ega. Ularning bilimi shifokorga parodont kasalliklarini tashxislashda yordam beradi. To‘qimalarning qarishi murakkab va to‘liq o‘rganilmagan umumtibbiy muammo

hisoblanadi. Bu tish atrofi to‘qimalari hujayralarining genetik apparatidagi o‘zgarishlar, ularda moddalar almashinuvining pasayishi, fizik-kimyoviy jarayonlarning intensivligi bilan bog‘liq. To‘qimalarning qarishida tomirlar devoridagi o‘zgarishlar, kollagen, fermentlar faolligi, immunobiologik reaktivlik, oziq moddalar va kislorod tashilishining kamayishi katta rol o‘ynaydi, bu esa hujayralarning parchalanish jarayonlarining ularning tiklanish jarayonlaridan ustun kelishiga olib keladi. Milkning yoshga bog‘liq o‘zgarishlarida giperkeratozga moyillik, bazal qavatning yupqalashishi, epitelial hujayralarning atrofiyasi, subepitelial qavat tolalarining gomogenizatsiyasi, kapillyarlar sonining kamayishi, tomirlar devorining kengayishi va qalinlashishi, kollagen miqdorining kamayishi, tikanaksimon qavat hujayralarida glikogenning yo‘qolishi, milk to‘qimalarida lizotsim miqdorining kamayishi, ularning degidratatsiyasi kuzatiladi. Suyak to‘qimasida sementning teshib o‘tuvchi tolalari soni kamayadi, gialinoz kuchayadi, proteolitik fermentlar faolligi va miqdori ortadi, suyak iligi bo‘shliqlari kengayadi, kortikal plastinka qalinlashadi, osteon kanallari kengayadi va yog‘ to‘qimasi bilan to‘ladi. Yosh ulg‘aygan sayin suyak to‘qimasining yemirilib borishi jinsiy gormonlar anabolik ta’siri susayib, glyukokortikoidlar nisbatan ko‘proq bo‘lishiga ham bog‘liq bo‘lishi mumkin. Parodontdagi yoshga bog‘liq o‘zgarishlar oraliq chigal tolalarining yo‘qolishi, kollagen tolalarining bir qismining destruksiya, hujayra elementlari sonining kamayishi bilan tavsiflanadi. Klinik-rentgenologik jihatdan parodont to‘qimalaridagi involyutsion o‘zgarishlar milk atrofiyasi, patologik cho‘ntak va milkdagi yallig‘lanish o‘zgarishlari bo‘lmaganda ildiz sementining ochilishi; osteoporoz (ayniqsa postklimakterik) va osteoskleroz, periodontal yoriqning torayishi, gipersementoz bilan tavsiflanadi. Yuqorida tavsiflangan parodontning yoshga bog‘liq o‘zgarishlari hujayra va to‘qima elementlarining mahalliy omillar (shikastlanish, infeksiya) ta’siriga chidamliligining pasayishi bilan birga kechadi.

Shunday qilib, parodont elementlari milk, alveola suyak to‘qimasi va tish ildizi sementi bilan periodont kollagen tolalarining birikishi orqali chambarchas bog‘liq bo‘lib, bu ularning funksiyalarining xilma-xilligini ta’minlaydi. Patologiyada ushbu morfofunktsional kompleks bo‘g‘inlaridan birining buzilishi parodontning bir nechta yoki barcha tuzilmalarida o‘zgarishlarga olib keladi.

Nazorat savollari

1. Parodont qanday toqimalardan tashkil topgan?
2. Parodont to'qimalarining involutsion o'zgarishlari qanday ahamiyatga ega?
3. Yosh ulg'aygan sayin suyak to'qimasida qanday ozgarishlar namoyon boladi?
4. Periodontning yemirilishdan himoyalanihini qanday hujayralar bajaradi?
5. Parodont toqimasining trofik funksiyasini qanday bajaradi?
6. Parodontning baryer to'siq funksiyasi qaysi omillar bilan ta'minlanadi?

Test savollari

1. Tayanch – ushlab turuvchi vazifani periodont tolalari bajarmaydi:

1. oskitalan*
2. kollagen
3. retikulin
4. elastik
5. argirofil

2. Periodontitning himoya funksiyasi bajaradi:

1. retikulo endotelial tizimi*
2. sementoblastlar
3. osteoblastlar
4. kollagen tolalar
5. fibroz tolalar

3. Periodontitning sensor funksiyasini bajaradi:

1. nerv retseptorlari*
2. qon tomirlari
3. biriktiruvchi tolalari
4. retikulo endotelial tizimi
5. limfa to'ri

4. Tishlararo suyak to'sig'i tuzilgan:

1. suyak plastinka va osteon tizimli kompakt suyak to'qimasidan*
2. osteoblast va osteoklastdan
3. osteoblast tizimli suyak plastikasidan
4. osteoklastdan
5. dag'al to'qimali kollagen tolalaridan

5. Tishlararo katakchalar suyagi tashkil topmagan:

1. kollagen tolalardan*
 2. kompakt suyak moddasidan
 3. suyak plastinkali sistemasidan
 4. g'ovak suyakdan
 5. suyak usti pardasidan
6. Milkning yoshga qarab o'zgarishiga kirmaydi:
2. bazal qavat yo'g'onlashuvi*
 3. giperkeratozga beriluvchanligi
 4. epitelial hujayralar atrofiyasi
 5. kapillyarlar soni kamayishi
 6. qon tomir devori yo'g'onlashuvi
7. Parodontning o'tkazuvchi funksiyasi quyidagi omillar bilan belgilanadi:
1. milk epiteliasini muguzlanuvchan qobiliyati*
 2. kollagen tolalar ko'p sonli boylamlari
 3. nerv oxirlari
 4. sementoblastlar
 5. osteoblastlar
8. Milkda mavjud bo'lgan hujayrali elementlar:
1. fibroblast, gistiosit va limfotsitlar*
 2. shoxsimon, epitelial egat va biriktiruvchi to'qima
 3. biriktiruvchi epitelial va ko'p qavatli yassi oraliq epitelialdan
 4. ko'p qavatli yassi epitelialdan
 5. osteoblastlar, sementotsitlar

Vaziyatli masalalar

1. Bemorni ko'rikda parodontal cho'ntak chuqurligi aniqlanishi kerak. Qaysi asbob ishlatiladi?
 - A) Ekskavator
 - B) Parodontal zond *
 - C) Elevator
 - D) Shpatel
 - E) Bor
2. Suyak darajasini baholash uchun asosiy usul:
 - A) Vizual ko'rik
 - B) Rentgenologik tekshiruv *
 - C) Termometriya
 - D) Perkussiya
 - E) Oqartirish testi
3. Milk qonashini aniqlash uchun:

- A) Indeks usuli va zondlash *
 - B) Faqat rentgen
 - C) Allergik test
 - D) Perkussiya
 - E) Oqartirish
4. Tish qimirlash darajasini aniqlash:
- A) Rentgen
 - B) Ikki instrument bilan tekshirish *
 - C) Oqartirish
 - D) Termometriya
 - E) Laborator analiz

Xulosa

Ushbu bo‘limda parodontning anatomik va fiziologik asoslari, uning tuzilishi hamda funksional xususiyatlari yoritildi. Parodont to‘qimalari — milk, periodontal bog‘lam, tsement va alveolyar suyak — bir butun funksional kompleks sifatida tishning barqarorligini ta’minlaydi.

Parodontning asosiy funksiyalari tayanch (tishni jag‘ suyagida mustahkamlash), amortizatsion (chaynash bosimini yumshatish), trofik (to‘qimalarni qon bilan ta’minlash), plastik (regeneratsion) va himoya funksiyalaridan iborat ekanligi ko‘rsatildi. Ushbu funksiyalar chaynash jarayonining fiziologik ravishda amalga oshirishini va og‘iz bo‘shlig‘i to‘qimalarining butunligini saqlashni ta’minlaydi.

Shunday qilib, parodontning anatomik-fiziologik xususiyatlari va funksiyalarini chuqur o‘rganish uning normal faoliyatini tushunish, patologik o‘zgarishlarni erta aniqlash hamda klinik parodontologiyada to‘g‘ri davolash yondashuvlarini shakllantirish uchun muhim ilmiy va amaliy ahamiyatga ega.

3-bob. Parodontologik bemorlarni tekshirish usullari

3.1. Parodont to‘qimalarini klinik diagnostika usullari

Parodont kasalliklari bilan og‘rigan bemorni tekshirishning asosiy maqsadi organizmning umumiy holatini har tomonlama baholash, parodont to‘qimalarining batafsil klinik tavsifi, shuningdek, umumiy va mahalliy etiologik va patogenetik

omillarni aniqlashdir. Tekshirish jarayonida kasallikning shakli, uning ifodalanganlik darajasi va klinik kechish xususiyatlarini aniqlash zarur. Iloji boricha to‘liq va ishonchli ma’lumot olish shifokorga tashxisni asosli qo‘yish, davolash tadbirlarini oqilona rejalashtirish va samarali profilaktika choralarini ishlab chiqish imkonini beradi.

Differensial-diagnostik ma’lumotlar to‘plami anamnestik ma’lumotlarni izchil va chuqur tahlil qilish, sinchkov klinik ko‘rik, laboratoriya tadqiqotlari natijalari, shuningdek, turdosh tibbiyot yo‘nalishlari mutaxassislarining xulosalari asosida shakllantiriladi.

Shikoyatlar. Parodont kasalliklari bilan og‘rigan bemorlar ko‘pincha mexanik ta’sir (tishlarni tozalash, ovqatlanish) natijasida milklardan qon ketishi, qichishish, milklar sohasida achishish yoki jimirlash hissi paydo bo‘lishini ko‘rsatadilar. Bir qancha hollarda tishlarning qimirlashiga, milk og‘rig‘iga, shuningdek parodontal cho‘ntaklardan yiringli suyuqlik ajralib chiqishiga shikoyat qilinadi. Shuni hisobga olish kerakki, patologik jarayonning dastlabki bosqichlarida subyektiv sezgilar bo‘lmasligi mumkin, shuning uchun bemorni batafsil va maqsadli so‘rov, hatto kasallikning minimal ko‘rinishlarini aniqlashtirish alohida ahamiyatga ega.

Kasallik anamnezi. Kasallik anamnezini yig‘ishda shifokor patologiyaning birinchi belgilari paydo bo‘lgan vaqtni aniqlashi, ularning paydo bo‘lishining mahalliy qo‘zg‘atuvchi omillar yoki umumiy somatik kasalliklar bilan mumkin bo‘lgan bog‘liqligini aniqlashi kerak. Patologik jarayonning rivojlanish dinamikasini, takrorlanish chastotasi va sabablarini kuzatish, shuningdek, ilgari o‘tkazilgan davolash, uning muddatlari va klinik samaradorligi haqidagi ma’lumotlarni aniqlashtirish zarur.

Hayot anamnezi. Hayot anamnezi doirasida bemorning pasport ma’lumotlari, mehnat sharoitlari va kasbiy zararlari, ovqatlanish xususiyati, boshdan kechirgan va yondosh kasalliklari, stress omillarining mavjudligi, ekologik, ijtimoiy va maishiy sharoitlari, shuningdek, og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasining darajasi va muntazamligi aniqlanadi. Irsiy moyillikni aniqlash - yaqin qarindoshlarda (ota-onalar, aka-ukalar, opa-singillar) shunga o‘xshash kasalliklarning mavjudligi muhim ahamiyatga ega.

Bolalarni tekshirishda onadagi homiladorlikning kechishi, bu davrda dori-darmonlarni qo'llash, bolani ovqatlantirish xarakteri va uning erta rivojlanish sharoitlari to'g'risidagi ma'lumotlarga alohida e'tibor beriladi. Zararli odatlarning mavjudligi, xususan, chekish (davomiyligi, intensivligi), shuningdek, allergik anamnez ma'lumotlari albatta aniqlanadi.

Anamnez yig'ishda olingan ma'lumotlar ko'p hollarda tashxisni aniqlashtirishda asosiy rol o'ynaydi. Shu munosabat bilan anamnestic ma'lumotlarni yig'ish faol va maqsadga yo'naltirilgan xarakterga ega bo'lishi, shifokorning tashabbuskor pozitsiyasini nazarda tutishi, bemorni passiv tinglash bilan cheklanmasligi kerak.

Ko'zdan kechirish Bemorni ko'zdan kechirish jarayonida uning umumiy ko'rinishi, mimikasi, yuz-jag' sohasi terisi va yumshoq to'qimalari holati, yuz asimmetriyasi bor-yo'qligi, lab va og'iz burchaklari holati aniqlanadi. Nutqning o'ziga xos xususiyatlari, og'izni ochish amplitudasi va erkinligi, pastki jag'ning harakatchanligi va boshqa funksional ko'rsatkichlarga e'tibor beriladi.(3.1.1-rasm)



3.1.1-rasm: Og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish

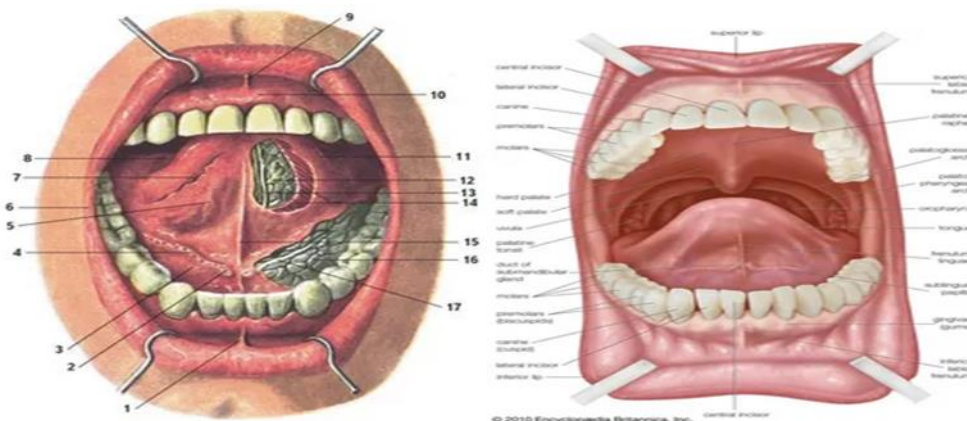
Klinik tekshiruv qat'iy ketma-ketlikda o'tkaziladi. Yuz-jag' sohasining tashqi bo'limlari umumiy ko'rikdan o'tkazilgandan so'ng og'iz dahlizini tekshirishga o'tiladi, so'ngra tish qatorlari va parodont to'qimalarining holati baholanadi. Ko'rik, odatda, pastki jag'ning chap tomonidan boshlanadi, so'ngra pastki jag'ning o'ng yarmi, yuqori jag'ning o'ng tomoni ketma-ket tekshiriladi va tekshiruv yuqori jag'ning chap retromolyar bo'shlig'i sohasida yakunlanadi. Og'iz bo'shlig'i yuzalarini ko'zdan kechirishda ham xuddi shunday tartibga rioya qilinadi. Yakuniy bosqich til shilliq qavati, og'iz bo'shlig'i tubi, qattiq va yumshoq tanglay holatini baholash hisoblanadi.

Patologiyasi bo'lmagan odamlarning yuzi simmetrik, lablari harakatchan; yuqori lab tinch holatda yuqori kesuvchi tishlarning kesuvchi qirralaridan 2-3 mm masofada joylashgan. Og'iz ochilishi va pastki jag' harakati chegaralanmagan, regionar limfa tugunlari kattalashmagan. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati och pushti yoki pushti rangda bo'lib, qonashga moyil emas va tishlar yuzasiga zich yopishib turadi. Tishlararo milk so'rg'ichlari yaxshi ifodalangan bo'lib, aniq feston chizig'ini hosil qiladi va bo'yin sohasidagi tishlararo oraliqlarni to'liq to'ldiradi. Milk zich, og'riqsiz, parodontal cho'ntaklar yo'q, milk egatining chuqurligi normada 1-1,5 mm. Birikkan milk yuzasi apelsin po'stlog'ining tuzilishiga o'xshash mayda donali relyef bilan ajralib turadi. Tishlar zich joylashgan bo'lib, bir-biri bilan kontakt nuqtalari orqali birlashadi va yagona gnatodinamik tizimni hosil qiladi; prikus - ortognatik. Yuqori va pastki lablarning yuganchalari fiziologik birikishga ega. Harakatchan shilliq qavat yorqinroq rangda, ba'zan tomirsimon naqsh bilan ajralib turadi.

Keyingi bosqichda o'tish burmasi sohasida joylashgan lunj-milk boylamlari baholanadi: ularning birikish darajasi, harakatchanlik darajasi va tishlararo so'rg'ichlar bilan o'zaro bog'liqligi aniqlanadi. Lab va til yuganchalarini ko'zdan kechirishda rivojlanish anomaliyalari, birikish balandligi va diastemalar mavjudligiga e'tibor qaratiladi. Yuganchalar o'tish burmasi sohasida, tishlararo so'rg'ich cho'qqisidan 1-5 mm masofada yoki bevosita uning cho'qqisida mahkamlanishi mumkin. Oxirgi holatda lab yoki til taranglashganda to'qimalar oqarishi yoki erkin milk siljishi mumkin.

Og'iz dahlizini tekshirishda shilliq qavatda tish izlari bor-yo'qligi hisobga olinadi va uning chuqurligi aniqlanadi. Buning uchun milkning chetidan dahliz tubigacha

bo'lgan masofa darajalangan asbob yordamida o'lchanadi. Dahliz chuqurligi 5 mm gacha bo'lganda kichik, 8-10 mm bo'lganda o'rtacha va 10 mm dan ortiq bo'lganda chuqur hisoblanadi. (3.1.2-rasm).



3.1.2-rasm: og'iz dahlizi

Og'iz bo'shlig'ini bevosita ko'zdan kechirishda tish qatorlarining holati, tishlarning harakatchanlik darajasi va xarakteri, ularning siljishi, shuningdek, parodont to'qimalarining ta'sirlanishiga olib keladigan mahalliy omillar, masalan, tish cho'kmalari, nuqsonli plombalar va boshqa retension zonalar mavjudligi qo'shimcha ravishda baholanadi.

Klinik ko'rik paytida ortopedik konstruksiyalar va ortodontik apparatlarning mavjudligi ham hisobga olinadi, shuningdek, tish-jag' deformatsiyalari, tishlov va alohida tishlar holatining buzilishi, diastemalarning mavjudligi, lablar va til yuganchalarining birikish darajasi va boshqa anatomik-funksional xususiyatlar aniqlanadi. Milk to'qimalarining holati, parodontal cho'ntaklarning mavjudligi va chuqurligi hamda yondosh o'zgarishlar albatta baholanadi.

Milk to'qimalarini ko'zdan kechirish vestibulyar va oral (til) yuzalaridan tekshiriladi. To'qimalarning rangi, zichligi va konsistensiyasi, qonashga moyilligi, milk egatining chuqurligi, tish-milk birikishining saqlanganligi, tishlararo so'rg'ichlarning shakli va ifodalanganligi tahlil qilinadi.

Milk rangining o'zgarishi mahalliy xarakterga ega bo'lib, tishlarning alohida guruhlariga ta'sir qilishi yoki umumiy tarqalishga ega bo'lishi mumkin. Bir qancha hollarda patologik o'zgarishlar tishlar orasidagi so'rg'ichlar bilan chegaralanadi yoki

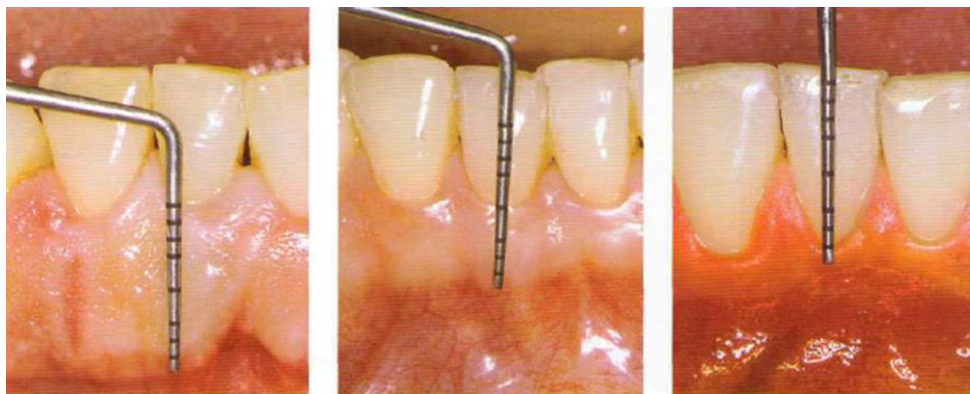
milk chetini butunlay qamrab oladi. Milkning oqarishi anemiya holatlarida va qon aylanish tizimi kasalliklarida kuzatilishi mumkin, ko'kimtir rang esa surunkali yallig'lanish jarayonlari, endokrin buzilishlar, jumladan, qandli diabet, shuningdek, ba'zi gematologik kasalliklar uchun xosdir. Milk shilliq qavatida endokrin buzilishlar (masalan, Addison kasalligi), og'ir metall tuzlari bilan zaharlanish va boshqa holatlarda yuzaga keladigan tug'ma yoki orttirilgan pigmentatsiya joylari aniqlanishi mumkin. (3.1.3-rasm).



3.1.3-rasm: milk holatini baholash

Klinik jihatdan zararlanmagan milk paypaslab ko'rilganda og'rimaydi, qayishqoq va zich konsistensiyasi bilan ajralib turadi. Yallig'lanish o'zgarishlarida milk to'qimalari bo'shashgan, pastoz yoki, aksincha, zichlashgan bo'ladi. Bunda tishlararo so'rg'ichlar giperemiyalangan, shishgan, tishlararo oraliqlardan tashqariga chiqib turadi, ularning yuzasi o'ziga xos donadorlikni yo'qotadi va silliq, yaltiroq bo'lib qoladi.

Milk to'qimalarining shishganligini aniqlash uchun dozalangan bosim usuli qo'llaniladi: tekshirilayotgan sohaga bir necha soniya davomida asbobning to'mtoq uchi bilan ehtiyotkorlik bilan ta'sir qilinadi (masalan, tugmachali zond yoki stomatologik zondning egilgan qismi). Shish mavjud bo'lganda, bosim bartaraf etilgandan so'ng, bir necha daqiqa davomida saqlanib qoladigan botiqlik hosil bo'ladi. (3.1.4-rasm).



3.1.4-rasm: parodontal choʻntaklarni chuqurligini aniqlash

Bir qancha patologik holatlarda tishlararo soʻrgʻichlar va umuman milk gipertrofiyasi kuzatilishi mumkin. Bunga qarama-qarshi oʻlaroq, koʻpincha milk retsessiyasi aniqlanadi, bunda milk cheti apikal tomonga siljiydi va emal-sement birikmasi sathidan pastroqda joylashadi.

Parallel ravishda milk va parodontal choʻntaklarning mavjudligi baholanadi, ularning chuqurligi, shuningdek eksudatning xususiyati va miqdori aniqlanadi. Tish qatorlari holatini tahlil qilishda qoʻshimcha ravishda tishlarning oʻzaro munosabatlari tabiati, yumshoq tish karashi va parodont toʻqimalarining taʼsirlanishiga hissa qoʻshadigan minerallashtirilgan tish karashlarining mavjudligi hisobga olinadi.

Ogʻiz boʻshligʻini klinik tekshirishda ortopedik konstruksiyalar va ortodontik apparatlarning mavjudligi hisobga olinadi, shuningdek tish-jagʻ deformatsiyalari, tishlov anomaliyalari va alohida tishlarning joylashuvi, diastemalar, tremalar mavjudligi, lablar va til yuganchalarining birikish balandligi va boshqa anatomik-funksional xususiyatlar aniqlanadi. Parodont toʻqimalarining holati, shu jumladan parodontal choʻntaklarning mavjudligi va chuqurligi hamda yondosh oʻzgarishlar albatta baholanadi.

Milk holati vestibulyar va oral (til) yuzalaridan tahlil qilinadi. Koʻrikda toʻqimalarning rangi, zichligi va konsistensiyasi, qonashga moyilligi, milk egatining chuqurligi, tish-milk birikmasining saqlanganligi, tishlararo soʻrgʻichlarning shakli va ifodalanganligiga eʼtibor beriladi. Milk rangining oʻzgarishi mahalliy yoki umumiy xususiyatga ega boʻlishi, asosan milk soʻrgʻichlari sohasida namoyon boʻlishi yoki butun marginal chegarani qamrab olishi mumkin.

Klinik sog'lom milk paypaslab ko'rilganda og'rimaydi, qayishqoq va zich konsistensiyali bo'ladi. Yallig'lanishga aloqador o'zgarishlar to'qimalarning bo'shashib, yumshab qolishi yoki, aksincha, qattiqlashib qolishi bilan birga davom etib boradi. Bunda tishlararo so'rg'ichlar giperemiyalangan, shishgan, hajmi kattalashgan va tishlar oralig'iga bo'rtib chiqqan bo'ladi, ularning yuzasi o'ziga xos donadorligini yo'qotadi va silliq, yaltiroq ko'rinishga ega bo'ladi. Shishni aniqlash uchun stomatologik asbobning to'mtoq uchi bilan yengil bosish sinamasi o'tkaziladi; shish mavjud bo'lsa, bosim olingandan so'ng bir necha daqiqadan keyin yo'qoladigan botiqlik saqlanib qoladi. Bir qancha hollarda milk so'rg'ichlari va umuman marginal milk gipertrofiyaga uchraydi. Qarama-qarshi ko'rinish milk retsessiyasi bo'lib, bunda milk cheti emal-sement chegarasiga nisbatan apikal tomonga siljiydi.

Parallel ravishda milk va parodontal cho'nta klarning mavjudligi aniqlanadi, ularning chuqurligi o'lchanadi, ajralmaning xarakteri va miqdori baholanadi. Tish qatori holatini tahlil qilishda okklyuzion munosabatlar, yumshoq va qattiq tish qatlamlarining mavjudligi, emal rangining o'ziga xos xususiyatlari, tishlar toj qismining shakli, yemirilish darajasi, siljishi, diastema va tremalarning shakllanishi, travmatik okklyuziya belgilari, shuningdek, tishlarning harakatchanligi hisobga olinadi.

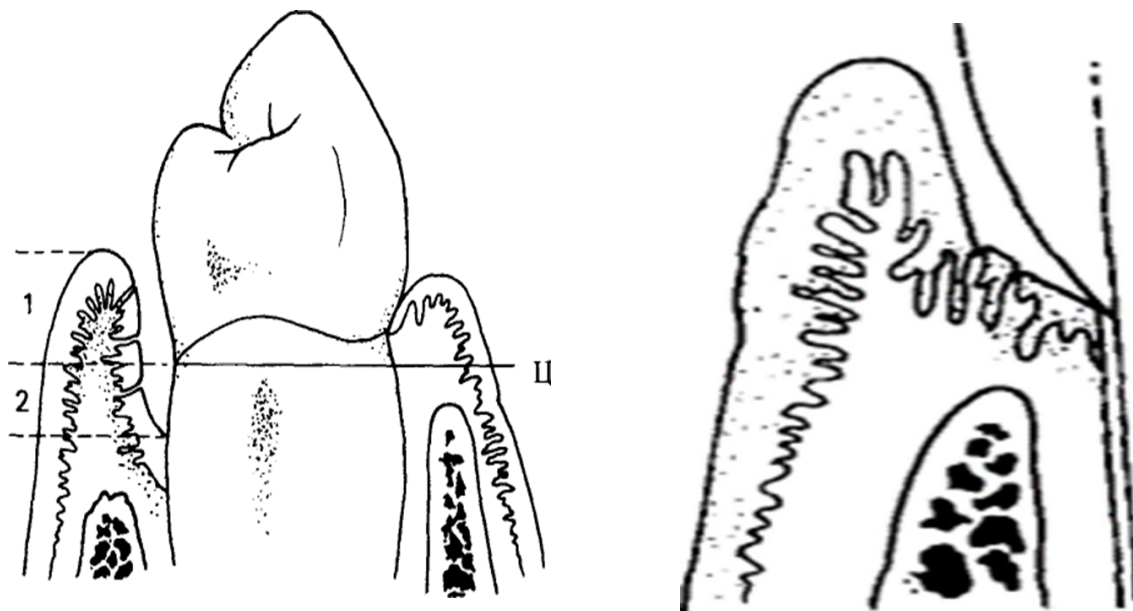
Tish karashlarini aniqlash, ularning turi, konsistensiyasi, hajmi va joylashishini baholashga alohida ahamiyat beriladi. Tish karashini ko'rish va milkning yallig'lanish darajasini obyektiv baholash uchun milk to'qimalaridagi glikogenni yodli eritma bilan bo'yashga asoslangan Shiller-Pisarev sinamasi keng qo'llaniladi. Eritma yod, kaliy yodid va distillangan suvdan iborat bo'lib, milkka paxta tampon yordamida surtiladi. Glikogen miqdori ko'paygan yallig'lanish joylarida to'qimalarning och jigarrangdan to'q jigarranggacha intensiv bo'yalishi sodir bo'ladi, uning darajasi yallig'lanish jarayonining og'irligi bilan bog'liq. Ushbu sinama zararlanishning tarqalganligini aniqlash, jarrohlik aralashuvi hajmini aniqlashtirish (gingivektomiya, papillotomiya, kyuretaj), milk osti karashlarini aniqlash imkonini beradi va o'tkazilayotgan davolash samaradorligini obyektiv baholash va qiyosiy tashxislash uchun ishlatiladi.(3.1.5-rasm).



3.1.5-rasm: gigiyenik holatni baholash

Parodontal choʻntakning shakllanishi epiteliyning apikal migratsiyasi, periodontal ligamentning parchalanishi, alveolyar suyakning rezorbsiyasi va tish ildizi sementining shikastlanishi tufayli tish-milk birikishining yaxlitligining buzilishi bilan bogʻliq. Parodontal choʻntaklarning mavjudligi, chuqurligi va uzunligi koʻp jihatdan kasallikning klinik koʻrinishini, uning prognozini va davolash taktikasini tanlashni belgilaydi. Choʻntakning holati uning chuqurligi, tubining holati, yaralarning mavjudligi, shuningdek, ekssudatning tabiati bilan baholanadi.

Milk va parodontal choʻntaklar. Klinik amaliyotda parodontal choʻntaklarning bir necha turlari farqlanadi. Suyakdan tashqaridagi choʻntak alveolyar suyak yemirilmasdan hosil boʻladi, suyak choʻntagi esa suyak toʻqimasining sezilarli rezorbsiyasi bilan birga kechadi. Milk choʻntagida tish-milk



3.1.6-rasm: parodontal cho‘ntak turlari

birikishining yaxlitligi saqlanib qoladi, chuqurligining oshishi esa asosan to‘qimalarning shishishi yoki gipertrofiyasi bilan bog‘liq. Haqiqiy parodontal cho‘ntakda cho‘ntak tubining yaralanishi kuzatiladi, bu tish-milk birikmasi butunligining buzilishi va pastki tuzilmalarning shikastlanishi bilan bog‘liq.

Parodontal cho‘ntakning mavjudligi haqida bir qator bilvosita belgilar guvohlik berishi mumkin: milk chetining sianotik rangi, tish yuzasidan ajralgan yumaloq yoki ko‘tarilgan tishlararo so‘rg‘ichlar; milk chetidan o‘tish burmasigacha vertikal tarqaladigan milk giperemiyasi; tishlararo so‘rg‘ichlarning vestibulo-til birikmasining buzilishi; tish ildizining yalang‘ochlanishi bilan birgalikda milk shishi; seroz-yiringli yoki yiringli ajralmalar; tishlarning harakatchanligi, ularning siljishi, shuningdek patologik diastemalar va tremalarning shakllanishi.

Parodontal cho‘ntaklarni aniqlash, ularning chuqurligi va shaklini aniqlashning eng ishonchli usuli har bir tish yuzasi bo‘ylab milk chetini ehtiyotkorlik bilan zondlashdir. Chuqurlikni o‘lchash uchun kalibrlangan asboblar, masalan, silliqلاغichlar yoki millimetrli to‘mtoq zondlar qo‘llaniladi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tomonidan 25 g doimiy bosim kuchiga ega bo‘lgan maxsus kalibrlangan zond taklif etilgan bo‘lib, bu o‘lchovlarni standartlashtirish imkonini beradi.

Bundan tashqari, bu maqsadlar uchun maxsus asboblari - parodontometrli, masalan, N.F.Danilevskiyning parodontometri ishlatiladi. Tekshirish paytida asbob cho‘ntakka solinadi va asta-sekin, biroz qarshilik paydo bo‘lguncha suriladi. Parodontal cho‘ntak chuqurligini o‘lchash paytida asbob tishning uzun o‘qi bo‘ylab milk chetiga qat’iy perpendikulyar ravishda joylashtiriladi, asbobning ishchi qismi iloji boricha aniq ma’lumotlarni olish uchun tish yuzasiga yaqinroq bosiladi.

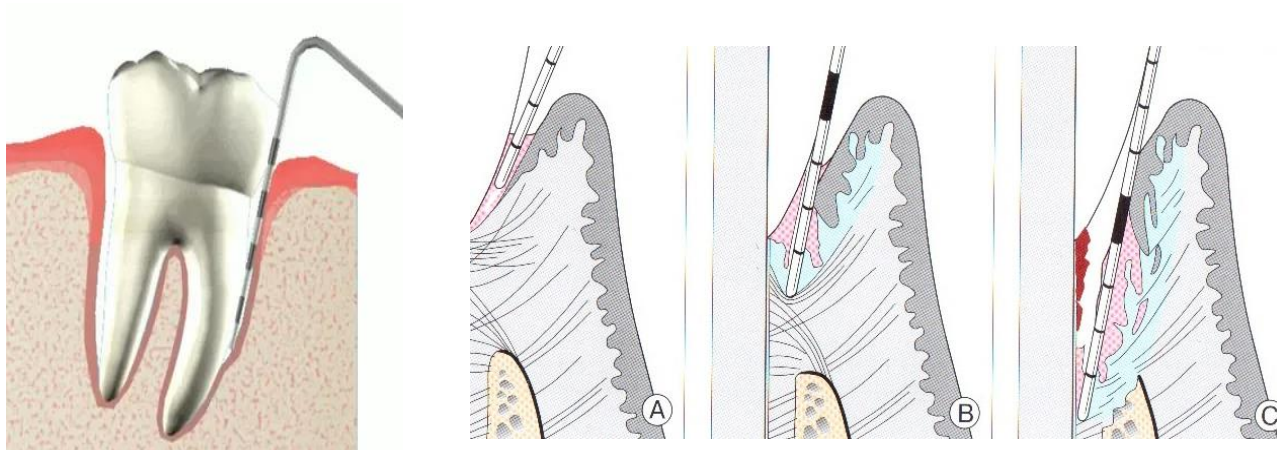
O‘lchashlarni amalga oshirishda asbobning ishchi qismi tish yuzasiga bosiladi. Parodontal cho‘ntakning chuqurligi tishning to‘rtta tomonining har birida aniqlanadi: medial, lunc, distal va til. Cho‘ntak o‘lchamlari va konfiguratsiyasini yanada aniqroq baholash uchun vestibulyar va til tomondan koronka kengligi bo‘ylab bir nechta parallel o‘lchovlar o‘tkaziladi. Har bir tomonda kamida uchta o‘lchov o‘tkazish tavsiya etiladi: bittasi cho‘ntakning markaziy qismida va ikkitasi cho‘ntakning chekka qismlarida.

Natijalarni qayta ishlashda eng chuqur joyda aniqlangan cho‘ntak chuqurligining maksimal qiymati hisobga olinadi. Darajalanmagan stomatologik zond qo‘llanilganda, uning uchi qarshilik paydo bo‘lguncha ehtiyotkorlik bilan cho‘ntakka kiritiladi, shundan so‘ng asbob milkning cheti darajasida pinset bilan mahkamlanadi va chizg‘ich yordamida botirilgan qism o‘lchanadi.

Shuni hisobga olish kerakki, milk chetiga nisbatan cho‘ntak chuqurligini baholash faqat milk to‘qimalari gipertrofiyasi bo‘lmaganda haqiqiy qiymatni aks ettiradi. Milk chetining qalinlashishi yoki o‘sishi mavjud bo‘lganda, o‘lchovlarni emal-sement birikmasi darajasidan boshlash tavsiya etiladi, bu esa aniqroq klinik baholashni ta’minlaydi.

Parodontal cho‘ntak chuqurligini milk chetiga nisbatan o‘lchashda, ayniqsa milk to‘qimalari gipertrofiyasida, natijalar buzilishi mumkin. Bu holda cho‘ntakning haqiqiy chuqurligi ikki komponentning yig‘indisi sifatida aniqlanadi: milk chetidan emal-sement birikmagacha bo‘lgan masofa (h_1) va emal-sement chegarasidan cho‘ntak tubigacha bo‘lgan masofa (h_2). Milk gipertrofiyasida haqiqiy chuqurlik $L - h_1$ sifatida, milk atrofiyasida esa $h_2 - h_1$ sifatida hisoblanadi.

Parodontal choʻntakning joylashuvi va chuqurligini yanada aniqroq aniqlash uchun baʼzan choʻntakka rentgen kontrastli shtiftlar, turundalar yoki kontrast moddalar (masalan, bariy sulfat, yodolipol va boshqalar) shimdirilgan markerlarni kiritish bilan



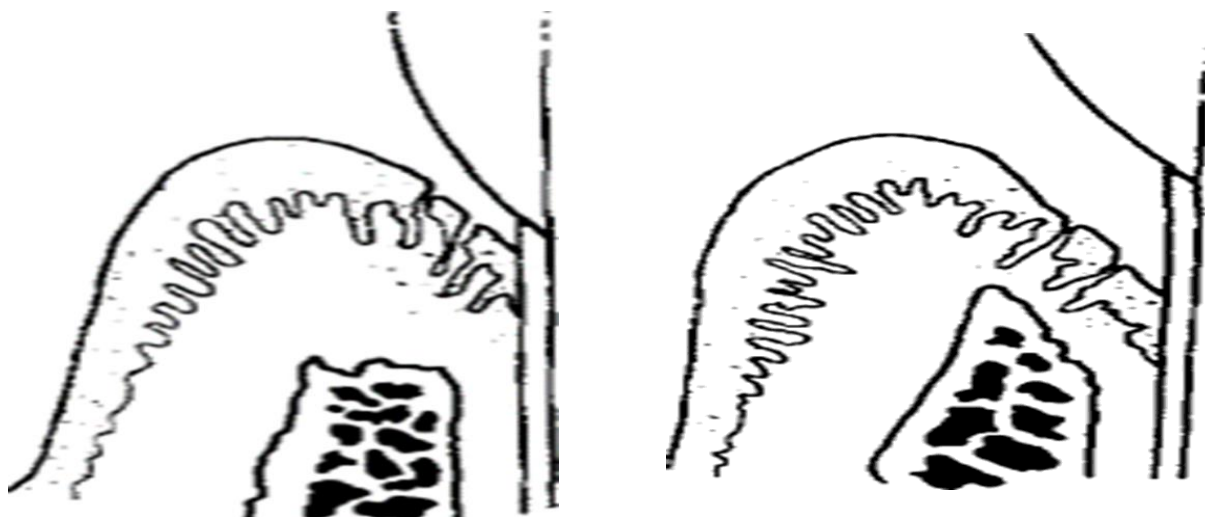
3.1.7-rasm: Periodontal choʻntak chuqurligini aniqlash

rentgenografiya usullaridan foydalaniladi. Olingan maʼlumotlar tish qolipida yoki parodontogrammada qayd etiladi, bu esa choʻntaklarning joylashuvi va uzunligini hujjatlashtirish imkonini beradi.(3.1.7-rasm).

Parodontal choʻntakni zondlash bilan bir qatorda, uning chuqurligida joylashgan tishning qattiq toʻqimalarining holati baholanadi. Zond tish yuzasiga mahkam bosiladi va milk shikastlanishiga yoʻl qoʻymaslik uchun choʻntakning barcha mavjud ichki yuzasi vertikal va gorizontal sirpanuvchi harakatlar bilan ehtiyotkorlik bilan tekshiriladi. Zarur hollarda, tekshiruv asbobning ildiz yuzasi bilan aloqasi darajasini aniqlashga va tish karashlari, tish toshlari yoki yemirilish joylarini aniqlashga imkon beradigan malakaviy tekshirish bilan toʻldiriladi.

Parodontal choʻntakni koʻzdan kechirishda iloji boricha ildiz sementi yoki ochilgan dentin holati vizual baholanadi. Bu toʻqimalarning yuzasi silliq va zich yoki gʻadir-budur va yumshoq boʻlishi mumkin. Unda tish karashlari, karies, plomba chetlarining osilib turishi va boshqa patologik oʻzgarishlar aniqlanadi.

Parodontal cho‘ntak tubining alveolalararo to‘siq bilan munosabatiga qarab, tubi alveolyar suyak qirrasidan yuqorida joylashgan suyak usti (a-rasm, supraossal) cho‘ntaklari va tubi alveolalararo to‘siq cho‘qqisidan pastda joylashgan suyak ichi (b-rasm, intraossal) cho‘ntaklari farqlanadi.



a - supraossal;

b - intraossal

Periodontal cho‘ntaklar suyak devorlarining soniga qarab bir, ikki, uch va to‘rt tomonlama (sirkulyar) yoki aralash bo‘ladi. Bu cho‘ntakning bitta, ikkita yoki uchta suyak devorlari borligini aks ettiradi. Tishning faqat bitta yuzasini qamrab oluvchi cho‘ntak oddiy, ikki yoki undan ortiq yuzaga ta‘sir qiluvchi cho‘ntak tarkibiy, tishni aylanib o‘tuvchi yoki bifurkatsiya sohasiga kiruvchi cho‘ntak murakkab hisoblanadi.

Shuni hisobga olish kerakki, alveolyar suyakning rezorbsiya darajasi har doim ham parodontal cho‘ntakning chuqurligi bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri bog‘liq emas. Bir qator hollarda cho‘ntak chuqurligi suyak to‘qimasining o‘rtacha yo‘qotilishi bilan sezilarli bo‘lishi mumkin va aksincha, bu tashxis qo‘yish va davolashni rejalashtirishda hisobga olinishi kerak.

Parodontal cho‘ntakning chuqurlik darajasi har doim ham suyak to‘qimasining so‘rilish darajasini to‘g‘ridan-to‘g‘ri aks ettirmaydi: suyakning sezilarli darajada

kamayishi bilan cho‘ntak nisbatan sayoz bo‘lib qolishi mumkin va aksincha. Rentgenologik jihatdan suyak cho‘ntagi uch tomondan suyak devorlari bilan chegaralangan nuqson sifatida aniqlanadi.

Ko‘p ildizli tishlarda patologik jarayonga bifurkatsiyaning qo‘shilishi baholanadi. Jalb etishning uchta darajasi (sinfi) mavjud:

1. Boshlang‘ich (I sinf) - suyak to‘qimasining rezorbsiyasi ildizlarning ajralish darajasiga yetadi;
2. Qisman (II sinf) - suyak atrofiyasi milk chetidan yuqorida ildizlarning ajralish darajasiga yetadi;
3. To‘liq (III sinf) - ildiz ichki yuzasining taxminan yarmi milk ustida ochilib qoladi.(3.1.8-rasm).



3.1.8-rasm: bifurkatssiya ochilishini baholash

Parodontal cho‘ntakdan ekssudat borligini aniqlash uchun klinik sharoitda bosish usuli qo‘llaniladi. Tegishli tish ildizi cho‘qqisining proyeksiyasida barmoq yoki paxta tamponi bilan milkka yengil bosish cho‘ntak tarkibini milk chetiga siljitish imkonini beradi. Bunda ajralayotgan ekssudatning mavjudligi, hajmi va xarakteri vizual baholanadi.



3.1.9-rasm: milk recessiyasi aniqlash

Yiringli ajralmani aniqlash uchun benzidin sinamasidan foydalaniladi (S.Sorin, 1960). 0,5 ml benzidin, 10 ml polietilenglikol va 15 ml sirka kislotaning 1:1000 nisbatdagi eritmasidan iborat eritmadan bir tomchi olib, bir tomchi 3% li vodorod peroksid bilan aralashtiriladi va turundaga tomizilib, cho‘ntakka qo‘yiladi. Turunda yashil, ko‘kimtir-yashil yoki ko‘k rangga bo‘yaladi, bunda bo‘yalish intensivligi yiringli modda miqdorini aks ettiradi.

Milk va parodontal cho‘ntaklarni qiyosiy tashxislash uchun C.Parma (1960) bo‘yicha cho‘ntak tubidagi yaralarni aniqlashga imkon beradigan formalin sinamasi qo‘llaniladi. 5 ml 40% li formalin, 20 ml glitserin va 175 ml distillangan suvdan iborat ozroq eritma shprist yoki turunda yordamida cho‘ntakka yuboriladi va to‘qimalar reaksiyasi aniqlanadi.

Og‘izdan yoqimsiz hid kelishi sabablari to‘rtta asosiy guruhga bo‘linadi: oshqozon-ichak trakti, LOR a‘zolari, nafas olish a‘zolari va og‘iz bo‘shlig‘i kasalliklari. Parodont patologiyasida hidning asosiy manbai parodontal cho‘ntaklarning yiringli tarkibi yoki yarali-nekrotik gingivitdir. Yoqimsiz hidning kuchayishi retension sohalarda ovqat qoldiqlarining parchalanishi, ko‘chib tushgan epiteliy hujayralari va leykotsitlarning parchalanishi natijasida yuzaga keladi. Hidni kuchaytiruvchi omillar: og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasiga rioya qilmaslik, tish protezlari, karioz tishlar, surunkali periodontitda paydo bo‘ladigan oqmalar va plombaning osilib turgan qirralari.

Parodont kasalliklarida travmatik okklyuziya tugunlarini aniqlash va istisno qilish kerak. Tish qatorlarini baholab, prikus turi aniqlanadi: fiziologik prikusga ortognatik, to‘g‘ri, progenik va biprognatik prikuslar kiradi. Tish qatorlari nisbatining buzilishi - chuqur, distal prikus, tishlarning zichligi, ularning yoydan tashqariga siljishi va boshqa anomaliyalar parodontda patologik o‘zgarishlar rivojlanishiga moyillik tug‘diradi.

Yuqori jag‘ tishlari biroz oldinga egilgan bo‘lib, bu tojlarning yelpig‘ichsimon tarqalishini va toj yoyidan kichikroq yoy bo‘ylab joylashgan ildizlarning yaqinlashishini hosil qiladi. Oldingi tishlarning kesuvchi qirralari va premolyarlar, molyarlar va qoziq tishlarning chaynov yuzalari yoysimon qiyshaygan okklyuzion yuzani hosil qiladi. Yuqori tish qatori pastki tish qatoriga nisbatan turg‘un emas, bu ildizlarning ko‘pligi va ularning alveolyar suyak bilan tutashish maydoni bilan bog‘liq.(3.1.10- rasm).



3.1.10-rasm: Ortognatik prikus

Pastki jag‘ tishlari og‘iz bo‘shlig‘iga biroz qiyshaygan bo‘lib, toj va ildizlar nisbati yuqori jag‘nikiga nisbatan teskari bo‘ladi. Molyar tishlarning tojlari oldinga, ildizlari esa orqaga egilgan bo‘lib, chaynash paytida ularning retrograd siljishiga to‘sqinlik qiladi va tishlarning yuqori barqarorligini ta’minlaydi. Yuqorigi tishlar pastki tishlarni qoplab, alveolyar yoylarning ichki va tashqi chiziqlarini hosil qiladi: ichki tishlar ildizlarning uchlari bo‘ylab, tashqi tishlar esa bir-biriga ichki chizilgan kesuvchi va chaynov yuzalari bo‘ylab o‘tadi.

Fiziologik prikusning asosiy belgisi har bir tishning shu nomdagi antagonist bilan, shu jumladan asosiy va qo‘shimcha kontakt (distal yoki medial) bilan aloqada

bo'lishidir. Sagittal tekislik markaziy yuqori va pastki kurak tishlar orasidan o'tadi. Okklyuziyaning asosiy belgisi birinchi molyarlarning o'zaro munosabati hisoblanadi.

Ortognatik prikus oldingi tishlar pastki tishlarni yopishi va jag' tanasiga nisbatan oldinga egilishi bilan tavsiflanadi.

To'g'ri prikus yuqori va pastki oldingi tishlarning kesuvchi yuzalari, shuningdek, chaynov tishlarining kesuvchi do'mboqlari nishablarining bevosita bir-biriga tegib turishi bilan namoyon bo'ladi, bunda tishlar va alveolyar o'simtalar jag'larning shakliga mos ravishda vertikal holatda joylashadi.



3.1.11-rasm: a - ochiq prikus; b - ortognatik prikus

Progenik va biprognatik tishlov Progenik prikusda pastki kesuvchi tishlar ustki kesuvchi tishlarni yopib turadi.(3.1.12.a-rasm) Bunda yuqori kurak tishlarning kesuvchi yuzalari pastki kurak tishlarning til yuzasiga tegib turadi, yuqori jag'ning alveolyar qismi esa pastki jag' tanasiga nisbatan birmuncha oldinda joylashadi. Bunday prikus



3.1.12-rasm: a - prognatik prikus; b - biprognatik prikus

oldingi tishlarning doimiy shikastlanishiga sharoit yaratadi, bu esa xavf omili bo‘lib, gingivit va tarqalgan parodontitning kechishini murakkablashtirishi mumkin.

Biprognatik prikus ikkala jag‘ning oldingi tishlari oldinga egilganligi bilan farq qiladi (3.1.12.b-rasm). Yuqori tishlarning pastki tishlarni qoplashi saqlanib qolganiga qaramay, oldingi tishlar parodontlari doimiy travmatik yuklamaga uchraydi.

Tishlov anomaliyalari va tishlarning noto‘g‘ri joylashuvi - chuqur tishlov, distal yoki mezial tishlov, alohida tishlarning zichligi, ularning yoydan tashqarida joylashuvi ovqat qoldiqlarining to‘planishi, tish qatlamlarining shakllanishi va alohida tishlarning ortiqcha yuklanishi uchun qulay sharoit yaratadi. Ushbu omillar parodont kasalliklari, jumladan, gingivit, mahalliy va tarqalgan parodontit rivojlanish xavfini oshiradi.

Tishlarning siljishi parodontdagi patologik jarayonning erta va ishonchli belgilaridan biridir. Bunda tishlar orasida bo‘shliqlar hosil bo‘ladi, ovqat chaynash vaqtida shu bo‘shliqlarga tushib, parodontni jarohatlaydi. Vestibulyar yo‘nalishda siljish eng xarakterli bo‘lib, bunda kesuvchi qirra yoki chaynov yuzasi tish yoyidan sezilarli darajada chiqib turadi. Qo‘shnilari yoki antagonistlari bo‘lmagan tishlar eng katta harakatchanlikka ega, bunda tishning alveoladan chiqishi ham, o‘q atrofida burilishi ham kuzatilishi mumkin, bu ko‘pincha diksiyaning buzilishiga olib keladi. Siljigan tishlar ko‘pincha harakatchan bo‘lib, diqqat bilan klinik kuzatishni talab qiladi.

Bruksizm - tishlarning tungi ixtiyorsiz g‘ijirlashi - parodont to‘qimalarida diffuz yallig‘lanish-destruktiv o‘zgarishlarni keltirib chiqarishga qodir. Bemorlar chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imlarida qirsillash, og‘izni katta ochganda og‘riq sezish, milklardan qon ketishi va boshqalardan shikoyat qilishlari mumkin. Og‘ir holatlarda quyidagilar qayd etiladi:

- tishlarning umumiy siyqalanishi va tishlovning pasayishi,
- pastki jag‘ bo‘g‘im o‘sig‘i boshchasining distal siljishi,
- chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imini paypaslaganda og‘riq,
- quloq bitishi, shilliq parda paresteziyasi, tish qattiq to‘qimalari giperesteziyasi,
- surunkali gingivit va parodont zararlanishining boshqa belgilari.

Parodont kasalliklarida yumshoq to‘qimalarda distrofik-yallig‘lanish o‘zgarishlari bilan bir qatorda tish qattiq to‘qimalarida ham distrofik o‘zgarishlar kuzatiladi. Eng ko‘p uchraydigan belgilardan biri ponasimon nuqsonlardir. Ular tishning bo‘yin sohasida joylashadi, uchi tish bo‘shlig‘iga yo‘nalgan uchburchak shaklida bo‘lib, ko‘pincha vestibulyar yuzada, kamroq til yuzasida uchraydi. Bunday nuqsonlar tishlar sezuvchanligining oshishiga olib keladi va parodontdagi patologik jarayonlarni kuchaytirishi mumkin.

O‘z konfiguratsiyasiga ko‘ra bu nuqson daraxt tanasini arralashdan oldingi chopilgan shaklini eslatadi. Uning tuzilishida ikkita yuza (maydoncha) ajratiladi. Ulardan birinchisi deyarli gorizontal joylashadi va milk qirrasi sathidan birmuncha yuqorida bo‘ladi. Ikkinchi yuza birinchi yuza bilan taxminan 45° burchak hosil qiladi, bunda uning tekisligi tishning bo‘yin qismidagi emalga qisman tarqalishi mumkin



3.1.13-rasm: ponasimon nuqsonlar va ularning plombalash

Shakllanishning dastlabki bosqichlarida ponasimon nuqson (3.1.13-rasm) tishning vestibulyar yuzasida tor ko‘ndalang mikroyoriq ko‘rinishida namoyon bo‘ladi, u faqat instrumental tekshiruvda yoki bo‘yoq eritmaları qo‘llanilgandan so‘ng aniqlanadi. Patologik jarayon zo‘rayib borgan sayin nuqsonning o‘lchamlari asta-sekin kattalashib boradi, bunda tish atrofidagi qattiq to‘qimalarning yemirilishi odatda bo‘lmaydi. Ikkilamchi dentinning faol shakllanishi tufayli, hatto shikastlanish chuqurligi tishning ko‘ndalang diametrining yarmidan oshgan hollarda ham pulpar kameraning ochilishi sodir bo‘lmaydi. Natijada tish bo‘shlig‘ining torayishi kuzatiladi, pulpada esa distrofik o‘zgarishlar, hatto uning qisman yoki to‘liq atrofiyasi rivojlanadi. Biroq, ba’zi klinik

vaziyatlarda nuqsonning tubi pigmentatsiya va yumshashga uchrashi mumkin, bu esa pulpaning yallig'lanishli o'zgarishlari rivojlanishiga zamin yaratadi.

Deyarli barcha hollarda ponasimon nuqsonlarning mavjudligi tishlarning harorat, kimyoviy va mexanik ta'sirlovchi omillarga yuqori sezuvchanligi bilan birga keladi.

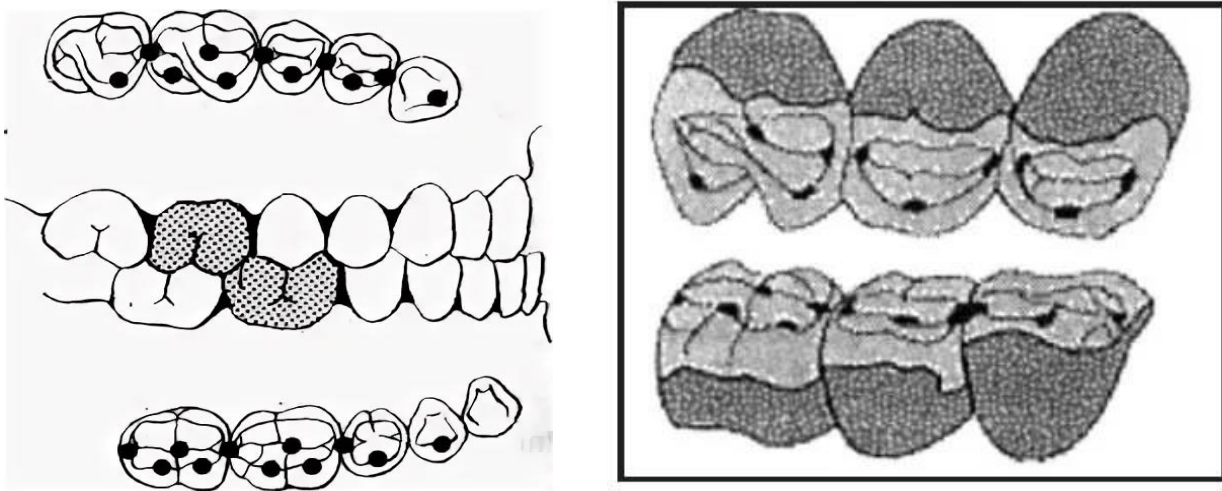
Ponasimon nuqsonlar ko'pincha parodontozda, asosan karies jarayoniga yuqori chidamliligi bilan ajralib turadigan tishlarda aniqlanadi. Ularning paydo bo'lishida parodont to'qimalarida rivojlanadigan umumiy distrofik jarayonning tarkibiy qismi bo'lgan tish to'qimalaridagi neyrodistrofik buzilishlar yetakchi rol o'ynaydi, degan fikr mavjud. Ushbu taxmin klinik kuzatuvlar bilan tasdiqlanadi: ponasimon nuqsonlar parodontozning o'ziga xos va doimiy belgisi sifatida qaraladi va ularning namoyon bo'lish darajasi parodontdagi patologik o'zgarishlarning og'irligi bilan bevosita bog'liq.

Tishlarning harakatchanligi muhim klinik belgi bo'lib, tishning bog'lovchi apparati shikastlanishining chuqurligi va darajasini, shuningdek, parodont to'qimalarida destruktiv jarayonlarning kechish xususiyatlarini aks ettiradi. Eng kuchli harakatchanlik alveolyar o'siq rezorbsiyasining vertikal turida va yallig'lanishning kuchayish fazasida kuzatiladi. Yallig'lanish jarayoni bartaraf etilgandan so'ng, odatda, tishlarning harakatchanligi sezilarli darajada pasayadi va nisbatan barqarorlashadi. Harakatchanlikni baholash tishning fiziologik holatidan og'ish yo'nalishi va amplitudasini hisobga olgan holda o'tkaziladi va paypaslab, pinset yoki maxsus diagnostika asboblari bilan foydalangan holda amalga oshiriladi.

Klinik amaliyotda tishlar harakatchanligining uch darajasi farqlanadi. I darajasida tishning vestibulyar-oral (lab-lingval) yo'nalishda kesuvchi qirra chegarasida 1-2 mm ga siljishi qayd etiladi.

Harakatchanlikning II darajasida I darajaga xos bo'lgan siljishdan tashqari, meziodistal yo'nalishda tishning qo'shimcha harakatchanligi aniqlanadi.

Tishlar harakatchanlikning III darajasi siljishning ko'rsatilgan turlari bilan aniq ifodalangan vertikal harakatchanlikning kombinatsiyasi bilan tavsiflanadi, bu ba'zi hollarda vizual ravishda aniqlanadi.



3.1.14-rasm: a - markaziy okklyuziyada kontaktlar; b - travmatik ortiqcha yuklanishlar

Jarohatli okklyuziya alohida tish yoki tishlar guruhi tish qatorlari jipslashganda ortiqcha, shikastlovchi yuklamaga duchor bo'lgan vaziyatlarda yuzaga keladi. Travmatik okklyuziyaning shakllanishi surunkali tarqalgan parodontit va parodontozning doimiy va o'ziga xos belgilaridan biri sifatida qaraladi. Uning rivojlanishiga tishlarning bog'lovchi apparati butunligi va funksiyasining buzilishi, ularning fazodagi holatining o'zgarishi sabab bo'ladi.

Travmatik okklyuziyaning og'irligi parodont to'qimalaridagi patologik jarayonning og'irlik darajasiga chambarchas bog'liq. Okklyuzion buzilishlarni obyektiv baholash okklyuzion kontaktlarning xarakteri va intensivligini aniqlashga imkon beruvchi okklyuzionogramma yordamida amalga oshiriladi. Okklyuzogramma markaziy okklyuziyaga mos keladigan tish qatorlarining birlashishi bilan ma'lum bir bemor uchun odatiy holatda plastik ro'yxatga olish materialidan foydalangan holda tish qatorlarining izlarini olish usulidir. Ro'yxatga olish materiali sifatida mum plastinalar, metall folga tasmalari, shuningdek nusxa ko'chirish qog'ozi qo'llanilishi mumkin.

Tish qatorlarining o‘zaro joylashuvi va okklyuzion tekislik xarakterini yanada yaqqolroq baholash uchun A.I.Pushenko (1972) tomonidan taklif etilgan maxsus ro‘yxatga olish qistirmasidan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Ushbu qurilma ikki buklangan nusxa ko‘chirish qog‘ozidan bo‘yoq qatlami ichkariga qaragan holda tayyorlanadi, uning yarimlari orasida kalka bilan qoplangan millimetrli qog‘oz varag‘i joylashtiriladi. Tish qatoriga ro‘yxatga olish qistirmasi qo‘yilgandan so‘ng, bemorga jag‘larni xotirjam yopish va keyin ularni maksimal darajada siqish taklif etiladi. Natijada millimetrli qog‘ozda yuqori va pastki jag‘ tishlarining aniq izlari hosil bo‘ladi, bu esa okklyuzion kontaktlarning tabiatini obyektiv baholash imkonini beradi.

Mahalliy shikastlovchi omillarni aniqlash parodont kasalliklarining klinik diagnostikasida asosiy o‘rinlardan birini egallaydi. Bunday omillar qatoriga mikroblar tish karashlari, milk usti va milk osti tish karashlari, noto‘g‘ri bajarilgan plombalar, noto‘g‘ri ortopedik konstruksiyalar, tishlarning kontakt yuzalari va bo‘yin sohasining karioz shikastlanishi, fiziologik kontakt nuqtasining yo‘qligi, patologik prikusning turli shakllari, shuningdek, alohida tishlar holatining anomaliyalari kiradi. Sanab o‘tilgan barcha omillar parodont to‘qimalarida distrofik-yallig‘lanish o‘zgarishlarining shakllanishiga yordam beradigan yoki allaqachon mavjud bo‘lgan patologik jarayonni og‘irlashtiradigan uzoq muddatli ta’sir qiluvchi omillardir.

Bemorni klinik tekshirish davomida barcha mahalliy shikastlovchi omillarni maqsadli izlash amalga oshiriladi, ularning patogenetik ahamiyati aniqlanadi va kompleks davolash doirasida ularni bartaraf etish zarurligi asoslanadi.

Parodontning yallig‘lanish va distrofik-yallig‘lanish kasalliklari rivojlanishining yetakchi etiologik omillaridan biri mikroblar florasi hisoblanadi. Og‘iz bo‘shlig‘ida mikroorganizmlar asosan chaynash va o‘z-o‘zini tozalash jarayonida yetarli darajada tozalanmaydigan joylarda, tishlarning bo‘yin qismida, ularning kontakt yuzalarida, parodontal cho‘ntaklar sohasida, karioz bo‘shliqlar ichida, tish protezlari yuzalarida, shuningdek, plomba materialining nuqsonlarida to‘planadi.

Mikroorganizmlar, ovqat qoldiqlari, og‘iz suyuqligi tarkibiy qismlari, ko‘chib tushgan epitelial hujayralari va leykotsitlar to‘plami tish karashini hosil qiladi, u yetilib, tuzilma hosil qilganda tish pilakchasiga aylanadi. Klinik jihatdan sog‘lom odamning

og‘iz bo‘shlig‘ida tish karashining bir kub millimetrida 100 milliondan 200 milliongacha saprofit va shartli patogen mikrofloraning koloniya hosil qiluvchi birliklari mavjud. Shuni hisobga olish kerakki, saprofit mikroorganizmlar og‘izdagi muhit sharoitlari o‘zgarganda patogen xususiyatlarga ega bo‘lishi mumkin. Tish karashining asosiy mikrobiotasini grammanfiy kokklar, spiroxetalar, vibriionlar, aktinomitsetlar, sodda jonivorlar, achitqisimon zamburug‘lar va boshqa mikroorganizmlar tashkil etib, ular me’yorda dinamik biologik muvozanat holatida bo‘ladi.

Pigmentli oziq-ovqat komponentlari va dori-darmonlar ta’sirida tish karashlari o‘z rangini o‘zgartirib, sariq, jigarrang yoki yashil tusga kirishi mumkin. Ayrim hollarda karash tish ildizi emaliga yoki sementiga zich yopishadi. Tish yuzasida uzoq vaqt saqlanganda, u asta-sekin mikrobli tish pilakchasiga aylanadi, u mustahkam fiksatsiya bilan ajralib turadi va tish cho‘tkasi yordamida og‘iz bo‘shlig‘ining oddiy gigiyenasida har doim ham to‘liq olib tashlanmaydi. Bundan tashqari, tish pilakchasining yuzasi tish karashining yangi qismlarini qoplash uchun qulay asos hisoblanadi.



3.1.15-rasm: mikrobli tish pilakchasi

Mikrobli tish pilakchasi parodont to‘qimalarida yallig‘lanish jarayonlari rivojlanishining birlamchi etiologik omili sifatida qaraladi, bu mikrob metabolizmi mahsulotlari, bakterial toksinlar va fermentativ tizimlarning ta’siri bilan bog‘liq. Mikroblardan kelib chiqqan proteolitik fermentlar, shuningdek, tish pilakchasi tarkibiga kiruvchi gialuronidaza va kollagenaza biriktiruvchi to‘qima strukturaviy elementlarining parchalanishiga va parodont to‘qimalarida mikrotsirkulyatsiyaning buzilishiga yordam beradi.(3.1.15-rasm)

Tish pilakchasi yaqqol antigenlik xususiyatiga ega bo'lib, "antigen-antitelo" tipidagi immun komplekslar to'planib, keyinchalik komplement sistemasi faollashadi, vazoaktiv mediatorlar ajralib chiqadi, leykotsitlar va fagotsitlar qo'zg'aladi. Ikkinchisi, o'z navbatida, biriktiruvchi to'qimaning asosiy tarkibiy qismlariga shikastlovchi ta'sir ko'rsatadigan proteolitik fermentlarni ajratadi. Epitelial to'siq orqali milk to'qimasiga o'tib, immun sistemaning ayrim bo'g'inlarini faol holga keltira oladigan va yallig'lanish jarayonini qo'llab-quvvatlab, kuchaytirib boradigan autoimmun reaksiyalarni yuzaga chiqara oladigan bakterial endotoksinlar ham muhim ahamiyatga ega.



3.1.16-rasm: tish blyashkasi

Tish toshi zich minerallashtgan ohakli hosila bo'lib, tish yuzasida hosil bo'ladi. Ular ko'pincha bo'yin sohasida, shuningdek, so'lak bezlari chiqaruv yo'llarining og'izlari yaqinida joylashgan tish qatorlari sohalarida joylashadi. Tish toshining hajmi va tarqalishi organizmning individual xususiyatlariga, minerallar almashinuvi holatiga, og'iz bo'shlig'i gigiyenasi darajasiga, parodont to'qimalarida yallig'lanish o'zgarishlarining mavjudligi va ifodalanishiga va boshqa bir qator omillarga qarab o'zgaradi.

Klinik amaliyotda tish pilakchalarini ko'rish va aniqlash uchun ularni maxsus bo'yoqlar yordamida bo'yash usullari qo'llaniladi, bu mikroblar cho'kmalarining tarqalishi va intensivligini obyektiv baholash imkonini beradi.

Klinik stomatologiyada tish toshlarining milk usti va milk osti shakllarini ajratish qabul qilingan. Ushbu turlar shakllanish mexanizmlari, lokalizatsiya xarakteri, zichlik va qattiqlik darajasi, shuningdek, parodont to'qimalarida patologik jarayonlarning rivojlanishi va rivojlanishiga ta'sir qilish xususiyatlari bilan bir-biridan farq qiladi.



3.1.17.-rasm: Milk usti va milk osti tish toshlari

Milk usti toshi asosan tish bo'yinlari sohasida joylashadi, klinik ko'rikda oson aniqlanadi va milk osti toshiga nisbatan zichligi kamligi bilan ajralib turadi. U ham oziq-ovqat pigmentlari, ham maxsus diagnostik bo'yoqlar bilan yaxshi bo'yaladi, bu esa uni vizualizatsiya qilishni osonlashtiradi.

Milk osti tish toshi milk cheti sathidan pastroqda joylashadi va og'iz bo'shlig'ini oddiy ko'zdan kechirishda bevosita aniqlanmaydi. U tish ildizi sementiga mustahkam yopishishi bilan ajralib turadi va odatda qon pigmentlari tufayli to'q rangga ega. Milk osti cho'kmalarining organik asosi parodont to'qimalarining qon tomir o'zanidan ekssudatsiya natijasida kelib tushadigan oqsil komponentlaridan iborat. Aynan kelib chiqishi va kimyoviy tarkibining o'ziga xos xususiyatlari uning "zardobli" tish toshi deb nomlanishiga sabab bo'lgan.(3.1.17-rasm).

Tish toshi parodont to'qimalariga doimiy shikastlovchi ta'sir ko'rsatadi. Uning tarkibida turli metallarning toksik oksidlari, jumladan, vanadiy, qo'rg'oshin, mis va

boshqa elementlar, shuningdek, turli xil mikroflora va uning metabolik faolligi mahsulotlari, bakterial toksinlar va proteolitik fermentlar mavjud. Tish toshining mavjudligi parodont to'qimalarida mahalliy C vitamini yetishmovchiligining rivojlanishiga hissa qo'shadi, milkka mexanik shikastlovchi ta'sir ko'rsatadi, yallig'lanish jarayonini boshlaydi va qo'llab-quvvatlaydi, shuningdek, aylana va periodontal boylamlarning parchalanishiga va alveolyar suyak devorining rezorbsiyasiga olib keladi va shu bilan parodont to'qimalarida surunkali yallig'lanish jarayonini qo'llab-quvvatlashga yordam beradi.

Tish toshi hosil bo'lishining etiologiyasi ko'p omilliligi bilan ajralib turadi. Bir qator klinik holatlarda uning shakllanishi mineral almashinuvining buzilishi, shuningdek, A vitamini almashinuvi bilan bog'liq bo'lib, bu murakkab biokimyoviy muvozanatlarning siljishi va keyinchalik mineral tuzlarning cho'kishi bilan birga keladi. Tish toshlarining hosil bo'lishi so'lakning fizik-kimyoviy xususiyatlarining o'zgarishi, jumladan, pH ko'rsatkichi va sirt tarangligining o'zgarishi, mikroblar tish pilakchalarining faol o'sishi bilan ham izohlanadi.

Tish toshining minerallasuvi organik matritsada sodir bo'ladi, u asta-sekin noorganik tuzlar bilan to'yinadi. Bunday asos sifatida mutsin, mikroorganizmlar, leykotsitlarning parchalanish mahsulotlari, ko'chib tushgan epitelial hujayralari, ovqat qoldiqlari, zamburug'lar mitseliysining elementlari va mineral moddalarning kristallanishi uchun sharoit yaratuvchi boshqa komponentlar ishtirok etadi.

Milk usti tish toshining shakllanishiga og'iz bo'shlig'ini qoniqarsiz gigiyenik parvarish qilish, ratsionda yumshoq ovqatning ustunligi, milkning surunkali yallig'lanish o'zgarishlari, so'lakning dimiqishi, uning yopishqoqligining oshishi va boshqa bir qator noqulay omillar sabab bo'ladi.

Milklardan qon ketishini baholash asosan anamnez va klinik kuzatuv ma'lumotlariga asoslanadi. Amaliy stomatologiyada qon ketishining uchta darajasini ajratib ko'rsatish qabul qilingan:

I daraja - asosan qattiq ovqat iste'mol qilganda vaqti-vaqti bilan qon ketishining paydo bo'lishi;

II daraja - tishlarni tozalash jarayonida qon ketishining paydo bo'lishi;

III daraja - ko'zga ko'rinadigan tashqi ta'sirotsiz o'z-o'zidan qon ketishining paydo bo'lishi.(3.1.18-rasm).



3.1.18-rasm: milkdan qon ketishi

Milklardan qon ketishini so'lakdagi gemoglobin miqdori bo'yicha miqdoriy aniqlash gemoglobinning kislotali muhitda vodorod peroksidi mavjudligida benzidin bilan kimyoviy o'zaro ta'sirga kirishish qobiliyatiga asoslangan. Bu reaksiya asta-sekin qo'ng'ir rangga o'tadigan xarakterli ko'k rang paydo bo'lishi bilan kechadi. Bevosita benzidin gidrokslorid ishlatishdan oldin tayyorlangan pH 4,6 atsetat buferi, 3% li vodorod peroksid eritmasi ishlatiladi.

Tahlil o'tkazish uchun 3 ml so'lakda saponin yordamida eritrotsitlar gemolizi amalga oshiriladi, shundan so'ng namuna daqiqasiga 3000 aylanish tezligida 20 daqiqa davomida sentrifugalanadi. Sentrifugalashdan keyin olingan cho'kma ustidagi suyuqlik tarkibida erigan gemoglobin mavjud bo'ladi.

Probirkaga 2 ml atsetat buferi solinadi, so'ngra 1 ml vodorod peroksid eritmasi va 1 ml benzidin qo'shiladi, so'ngra 0,05 ml cho'kma ustidagi suyuqlik yuboriladi. Aralashma bir daqiqa davomida ushlab turiladi, so'ngra probirka kyuvetaga joylashtiriladi va 6-raqamli yorug'lik filtridagi FEK-56 fotoelektrokolorimetr yordamida kolorimetrik tadqiqot o'tkaziladi. Optik zichlikni o'lchash 3-4 marta

bajarilib, olingan maksimal qiymat fiksatsiyalanadi. Kalibrlash egri chizig'i yordamida optik zichlik qiymati bo'yicha 1 litrga grammlarda ifodalangan erigan gemoglobin konsentratsiyasi hisoblanadi.

Mikrotsirkulyator o'zanning holatini va tomir devorining o'tkazuvchanligini baholash uchun V. M. Kulajenko (1960) tomonidan taklif qilingan kapillyarlarning barqarorligini aniqlash usuli qo'llaniladi. Bu usul manfiy bosim ta'sirida vujudga keladigan to'qima ichi qon quyilishlarining xarakterini o'rganish uchun qo'llaniladi. Gematoma hosil bo'lishiga kapillyarlar o'tkazuvchanligining ortishi sabab bo'ladi. Natijalarni talqin qilishda hosil bo'lgan manfiy bosimning kattaligi, shuningdek, qon ketishining paydo bo'lish tezligi hisobga olinadi.

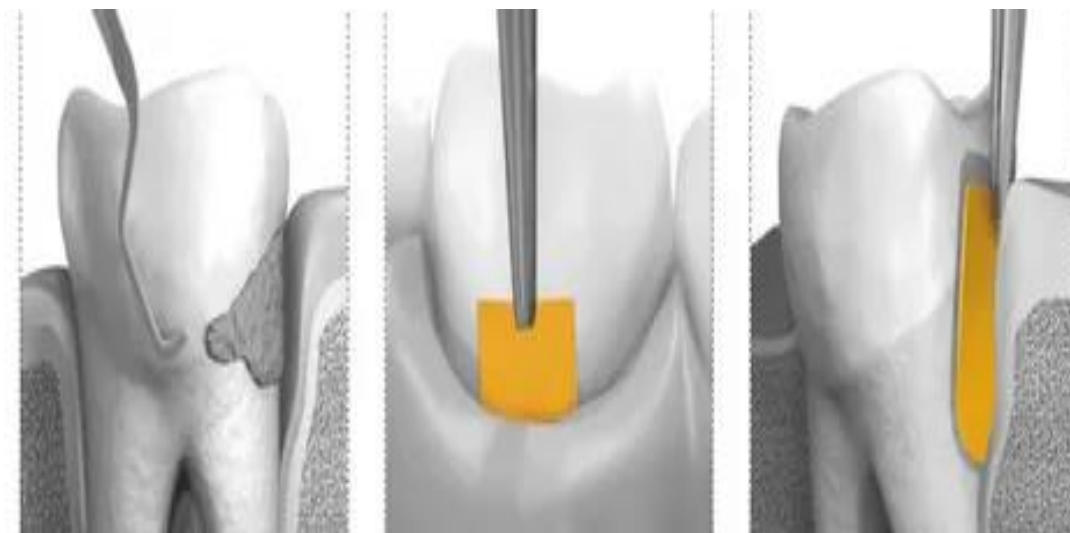
Metodika gematoma hosil bo'lish vaqtini qayd etishga asoslangan. Tekshirish o'tkazish uchun vakuum apparatga ulangan 6-7 mm diametrli egilgan shisha yoki plastmassa naychadan foydalaniladi. Nay milkning harakatchan qismi sohasidagi shilliq pardaga qo'yiladi. Manfiy bosim hosil qilinib, naycha fiksatsiyalangandan so'ng gematomaning shakllanish dinamikasi vizual baholanadi. Tadqiqot tugagandan so'ng, apparat tizimi va atrof-muhit o'rtasidagi bosim tenglashtirilgandan so'ng, naycha olinadi.

Me'yorda 20-40 yoshdagi klinik sog'lom shaxslarda 720-740 mm simob ustuni oralig'ida siyraklanish hosil bo'lganda (bu 20-40 mm simob ustuni qoldiq bosimiga to'g'ri keladi) klinik sog'lom shaxslarda shilliq qavatda vakuumli gematoma shakllanishi o'rtacha 50-80 soniyadan keyin sodir bo'ladi. Yaqqol yallig'lanish komponenti bilan kechadigan parodont kasalliklarida ko'rsatkichlarning sezilarli o'zgaruvchanligi qayd etiladi: gingivitda gematomaning paydo bo'lish vaqti 15-25 soniyagacha qisqaradi, tarqalgan parodontitda esa o'rtacha 5-10 soniyani tashkil etadi. Parodontozda esa, aksincha, gematoma hosil bo'lish vaqti ko'rsatkichlari nisbatan yuqori bo'lib qoladi va parodont to'qimalaridagi distrofik o'zgarishlarning xarakteri va ifodalanishiga bog'liq bo'ladi.

Vakuumli gematomalar nafaqat diagnostik, balki davolash ahamiyatiga ham ega. Ularning ta'sir mexanizmi autogemoterapiya ta'siriga o'xshash bo'lib, fermentativ jarayonlarni rag'batlantirish, shuningdek, parodont to'qimalarida regenerativ

reaksiyalarni faollashtirish bilan namoyon bo‘ladi. Ushbu usulni qo‘llash patologik jarayonning og‘irlik darajasini obyektiv baholash va o‘tkazilayotgan davolash samaradorligini dinamik nazorat qilish imkonini beradi.

Milk suyuqligini tekshirish parodontning mahalliy immunitet omillari holatini baholash uchun qo‘llaniladi. Parodontning intakt to‘qimalarida milk suyuqligining o‘rtacha miqdori 0,06 mg atrofida bo‘ladi. Yallig‘lanish jarayonining klinik oldi bosqichlarida bu ko‘rsatkich o‘rtacha 0,18-0,3 mg gacha oshadi.(3.1.19-rasm).



3.1.19-rasm: milk suyuqligi to‘plami

Material olishdan oldin tekshirilayotgan joy tish karashidan yaxshilab tozalanadi, so‘lakdan paxta valiklari yordamida ajratiladi va paxta tamponlari yoki kuchsiz havo oqimi bilan quritiladi. Shundan so‘ng, 15 × 4 mm o‘lchamdagi filtr qog‘oz tasmlari vestibulyar yuzadan 6 | 1 | 4 va 4 | 1 | 6 tishlarning milk yoki parodontal cho‘ntaklariga 3-5 daqiqaga kiritiladi. Har bir tishdan olingan milk suyuqligining miqdori quruq tasma va parodontal cho‘ntak tarkibi shimdirilgan tasma massasining farqi bo‘yicha aniqlanadi. Torsion tarozida tortiladi, so‘ngra bitta tekshiriluvchiga to‘g‘ri keladigan o‘rtacha qiymat hisoblab chiqiladi.

G. M. Barer va hammualliflar (1987) milk suyuqligi indeksidan foydalanishni taklif qilib, uni dastlab 20 ta tishda, tadqiqot vaqtini qisqartirish uchun esa 8 ta yoki hatto 6 ta tishda aniqlashni tavsiya qildilar. Mualliflar, shuningdek, milk suyuqligi miqdorini filtr qog‘ozining shimilish maydoni bo‘yicha baholashning muqobil usulini

taklif qilishdi. Olingan ko'rsatkichlar umumlashtiriladi va milk suyuqligi indeksining qiymatini hisoblash uchun yakuniy son tekshirilgan tishlar soniga bo'linadi.

Fiziologik sharoitda filtr qog'ozining shimilish maydoni 0-0,5 mm², massasi esa 0-0,1 mg ni tashkil etadi. Surunkali kataral gingivitda bu ko'rsatkichlar mos ravishda 0,5-1 mm² va 0,1-0,3 mg gacha oshadi, generallashtirilgan parodontitda esa singdirish maydoni 1 mm² va undan ko'proqqa yetadi, og'irligi esa 0,1 mg dan oshadi. Milk suyuqligining miqdoriy xususiyatlari parodont kasalligining nozologik shakli va yallig'lanish yoki distrofik-yallig'lanish jarayonining og'irlik darajasiga chambarchas bog'liq.

Parodontal cho'ntaklar tarkibidagi pH ko'rsatkichining o'zgarishi yallig'lanish reaksiyasining intensivligini, og'iz bo'shlig'i gigiyenasi darajasini va olib borilayotgan davolash samaradorligini baholash uchun ma'lumot beruvchi mezon bo'lib xizmat qiladi. Buning uchun shisha elektrodlar to'plami bilan jihozlangan pH-metrlar (masalan, pH-340) ishlatiladi. Rang shkalasi bo'lgan indikator qog'ozi yordamida ham taxminiy ma'lumot olish mumkin, bunda rang intensivligining o'zgarishi pH qiymatini aks ettiradi.

To'qimalarda yallig'lanish o'zgarishlari va yaralar paydo bo'lganda muhit reaksiyasi kislotali tomonga siljiydi va pH 4,6-5,1 ga yetadi. Samarali davolash va og'iz bo'shlig'ining yetarli darajada gigiyenasiga rioya qilinganda, parodontal cho'ntaklar tarkibining ishqorlanishi va pH ko'rsatkichining 9-11 gacha ko'tarilishi kuzatiladi.

3.2. Parodont to'qimalari holatini indeksli baholash

Parodont holatini klinik baholashni obyektivlashtirish maqsadida parodont to'qimalaridagi qaytar va qaytmas hamda aralash patologik o'zgarishlarni miqdoriy tavsiflash imkonini beruvchi bir qator parodontal indekslar ishlab chiqildi.

Muayyan bemor uchun hisoblangan indekslar individual deb belgilanadi, bemorlar guruhini tekshirishda olingan o'rtacha qiymatlar esa guruh indekslari sifatida qaraladi. F.Carranza (1990) tasnifiga muvofiq, parodontal indekslarni baholanayotgan parametrlarning xususiyatiga ko'ra tizimlashtirish va quyidagi asosiy toifalarga ajratish maqsadga muvofiq:

1. Milkdagi yallig'lanish o'zgarishlarining og'irligini aks ettiruvchi indekslar;
2. Parodont to'qimalarining destruktiv o'zgarishlari darajasini tavsiflovchi indekslar;
3. Tish karashini miqdoriy baholash uchun mo'ljallangan indekslar;
4. Tish toshining hajmi va tarqalganligini aniqlovchi indekslar.

Milkning yallig'lanish darajasini baholash uchun ishlatiladigan indekslar guruhiga papillary-marginal-alveolyar indeks (PMA), parodontal indeks (PI), gingival indeks, qon ketish indeksi va boshqa bir qator ko'rsatkichlar kiradi. Tish karashi miqdorini aniqlash uchun mo'ljallangan indekslar turli xil gigiyenik indekslar, jumladan, tish karashi indeksi va uning modifikatsiyasi bilan ifodalanadi. Tish toshining miqdoriy tavsifi uchun maxsus ko'rsatkichlar yoki kompleks gigiyenik indekslarning tegishli tarkibiy qismlari qo'llaniladi.

Og'iz bo'shlig'ining gigiyenik holatini miqdoriy baholash uchun tishlarning vestibulyar va oral yuzalarida tish karashining vizualizatsiyasiga asoslangan indekslar qo'llaniladi. Buning uchun turli bo'yoqlar, jumladan, Lyugol eritmasi (1 qism yod, 2 qism kaliy yodid, 17 qism suv), yodning standart nastoykasi, metilen ko'kining 2% li suvdagi eritmasi yoki 2% li fuksin eritmasi ishlatiladi. Tish yuzasiga yod eritmalari bilan ishlov berilganda karash to'q jigarrang, metilen ko'ki bilan ishlov berilganda ko'k, fuksin bilan ishlov berilganda esa yorqin to'q sariq rangga kiradi.

Og'iz bo'shlig'i gigiyenasini baholashning yetarlicha oddiy va ko'rgazmali mezoni karash bilan qoplangan tish yuzasining raqamli qiymatlarda ifodalangan maydonini shartli hisoblashdir. J.C.Green va J.R. ermillion (1960, 1964) og'iz bo'shlig'i gigiyenasining soddalashtirilgan indeksini taklif qilishdi - OHI-S (Simplified Oral Hygiene Index), u ikki komponentdan iborat: DI-S (Simplified Debris Index) tish karashi indeksi va tish toshi indeksi CI-S (Simplified Calculus Index).

OHI-S ni hisoblash uchun barcha birinchi molyarlarning lunj va til yuzalari, shuningdek, birinchi yuqori kesuvchi tishlarning lab yuzasi tekshiriladi. Har bir yuzada avval tish karashi, so'ngra tish toshi aniqlanadi.

DI-S tish karashi indeksi quyidagi shkala bo'yicha aniqlanadi:

- 0 – karash mavjud emas;
- 1 - karash tish yuzasining ko‘pi bilan uchdan bir qismini qoplaydi;
- 2 - karash sirtning uchdan bir qismidan ko‘pini, lekin uchdan ikki qismidan ko‘pini qoplamaydi;
- 3 - karash tish yuzasining uchdan ikki qismidan ko‘prog‘ini qoplaydi.

Indeksning o‘rtacha qiymatini hisoblash uchun ballar yig‘indisi tekshirilgan tishlar soniga bo‘linadi.

Tish toshi indeksi CI-S quyidagi mezonlarni hisobga olgan holda xuddi shunday aniqlanadi:

- 0 - tosh yo‘q;
- 1 - milk usti toshi tish yuzasining uchdan bir qismidan kamrog‘ini qoplaydi;
- 2 - milk usti toshi yuzaning uchdan bir qismidan ikki qismigacha qoplaydi yoki milk osti toshining alohida zarralari aniqlanadi;
- 3 - milk usti toshi tish yuzasining uchdan ikki qismidan ko‘prog‘ini qoplaydi.

Indeksni hisoblash va o‘rtachalashtirish tish karashi indeksi kabi amalga oshiriladi.

S. P. Ramfjord (1959, 1967) gigiyenik indeksi oltita tishning lunj, til va kontakt yuzalaridagi tish pilakchalarini baholash uchun mo‘ljallangan (11;14;26;31;34;46). Tish pilakchasini bo‘yash uchun muallif jigarrang bismark eritmasidan foydalangan. Tish pilakchasi holatini baholash quyidagi shkala bo‘yicha amalga oshiriladi:

- 0 - tish karashi yo‘q;
- 1 - pilakcha tishning barcha aproksimal, lunj va til yuzalarida emas, balki alohida yuzalarida mavjud;
- 2 - karash barcha aproksimal, lunj va til yuzalarini qoplaydi, lekin tish maydonining yarmidan ko‘p emas;
- 3 - pilakcha tishning barcha yuzalarini va uning maydonining yarmidan ko‘pini qamrab oladi.

Indeks ballar yig'indisining tekshirilgan tishlar soniga nisbati hisoblanadi. R.A.Shick va M.M.Ash (1961) - S.P.Ramfjord gigiyenik indeksining soddalashtirilgan versiyasini taklif qilishdi, unda tishlarning kontakt yuzalari istisno qilingan va faqat vestibulyar va til tomonlarida hisoblangan.

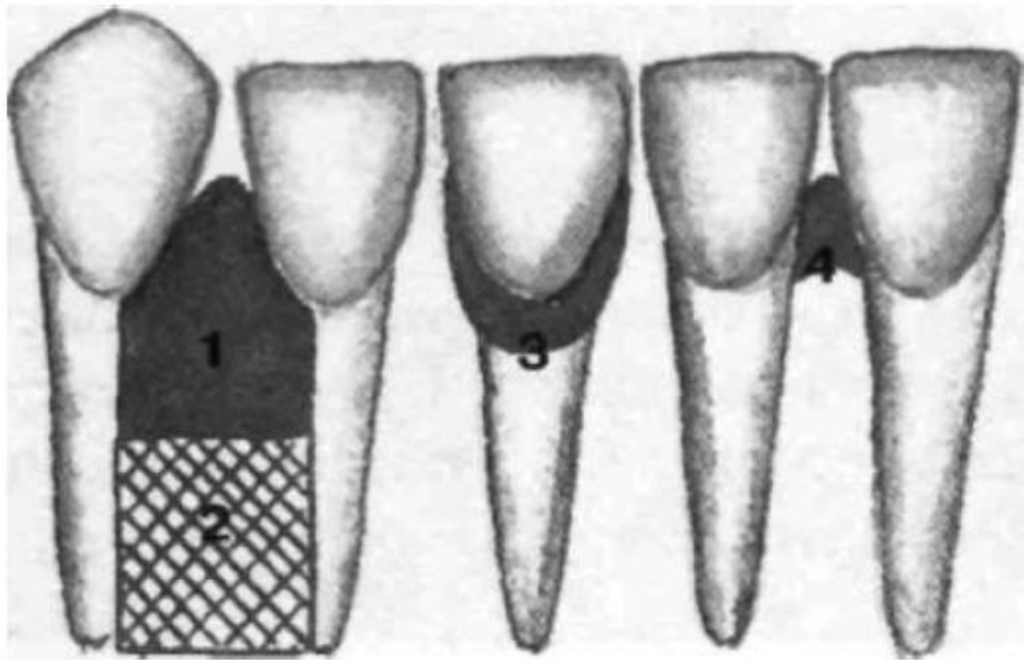
1964-yilda J. Silness va H. Loe bo'yin sohasidagi karash miqdorini baholashga qaratilgan pilakchalar indeksini ishlab chiqdilar. Tadqiqot barcha tishlarni yoki ma'lum bir guruhni qamrab olishi mumkin. Bunda tishlar bo'yalmaydi - ular shunchaki havo bilan quritiladi. Tishning to'rtta yuzasining har birida (distal, vestibulyar, medial va til) bo'yin sohasida zond yordamida karash bor-yo'qligi tekshiriladi.

Pilakchalar indeksi barcha to'rtta tish yuzasi kodlarining o'rtacha arifmetik qiymati sifatida aniqlanadi va individual indeks barcha tekshirilgan tishlar uchun o'rtacha qiymat sifatida hisoblanadi. Baholash mezonlari quyidagicha:

- 0 - bo'yin sohasida karash yo'q;
- 1 - tish karashi faqat zondni erkin milk qirrasi sohasida yuza bo'ylab o'tkazilganda aniqlanadi;
- 2 - milk cho'ntaklarida yoki milkning marginal chekkasida oddiy ko'z bilan ko'rinadigan karashning o'rtacha to'planishi;
- 3 - milkning marginal chekkasi va tish yuzasi o'rtasidagi bo'shliqni, shu jumladan tishlar orasidagi bo'shliqni to'ldiradigan tish karashining keng to'planishi.

Qaytar indekslar parodont holatining dinamikasini baholash uchun qo'llaniladi, chunki ular kasallikning kechishi va davolash ta'sirida o'zgaradigan yallig'lanish, qon ketish va tishlarning harakatchanligi kabi klinik belgilarni aks ettiradi. Eng ko'p qo'llaniladigan ko'rsatkichlardan biri I.Schour va M.Massler (1947, 1948) tomonidan taklif etilgan papillyar-marginal-alveolyar indeks (PMA) bo'lib, u milkdagi yallig'lanish jarayonlarining ifodalanganligini miqdoriy baholash imkonini beradi.

Milk uchta zonaga bo'linadi: tishlararo milk so'rg'ichlari (R), marginal milk (M) va alveolyar birikkan milk (A). Ushbu zonalarining har birida yallig'lanishning yo'qligi yoki mavjudligi har bir tish uchun 0-1 shkala bo'yicha baholanadi. (3.2.1-rasm).



3.2.1-rasm: milk topografik zonalar 1 — альвеоляр милк; 2 — эркин милк; 3 — милк қирғоғи; 4 — тишлараро сўғич

Tekshiruvdan so‘ng qiymatlar qo‘shiladi va o‘rganilgan tishlar soniga bo‘linadi, bu o‘rtacha indeksni olish imkonini beradi.

1960-yilda C.Parma yanada tabaqalashtirilgan shkalani taklif qildi: alohida milk so‘rg‘ichining yallig‘lanishi 1 ball, milk marginal qismining yallig‘lanishi 2 ball (jiddiyroq ko‘rinish sifatida) va alveolyar milk yallig‘lanishi 3 ball bilan baholanadi. PMAning umumiy indeksi foizlarda quyidagi formula bo‘yicha hisoblanadi:

$$\text{PMA (\%)} = \frac{\text{ballar yig'indisi}}{3 \times \text{tishlar soni}} \times 100$$

Indeksni hisoblashda hisobga olinadigan tishlar soni bemorning yoshiga bog‘liq: 6-11 yoshli bolalarda normada 24 ta, 12-14 yoshli o‘smirlarda 28 ta, 15 yoshdan kattalarda 28 yoki 30 ta tish bo‘ladi. PMA indeksi klinik ko‘rinishning eng kichik o‘zgarishlariga yuqori sezuvchanligi bilan ajralib turadi va kasallik dinamikasini va o‘tkazilayotgan davolash samaradorligini obyektiv kuzatish imkonini beradi.

Milkning yallig‘lanish darajasini baholash uchun gingival indeks ham qo‘llaniladi (N.Lee, P.Silness, 1963). Milk holati tishning vestibulyar, til, medial va distal yuzalarida aniqlanadi. Har bir tomon shkala bo‘yicha baholanadi:

- 0 - normal milk;
- 1 - yengil yallig‘lanish, rangining biroz o‘zgarishi va shish, ushlab ko‘rilganda qonash yo‘q;
- 2 - o‘rtacha yallig‘lanish, giperemiya, shish, ushlab ko‘rilganda qon ketishi;
- 3 - yaqqol yallig‘lanish, sezilarli giperemiya va shish, yaralar, o‘z-o‘zidan qon ketishga moyillik.

Muayyan tish indeksini hisoblash uchun ballar yig‘indisi 4 ga bo‘linadi. Indeksni molyarlarda, premolyarlarda va jag‘ning har bir yarmining kurak tishlarida aniqlash optimal hisoblanadi. Indeks 0,1-1 yengil gingivitga, 1,1-2 o‘rtacha og‘irlikdagi gingivitga, 2,1 dan yuqori og‘ir darajadagi gingivitga to‘g‘ri keladi.

Parodontal indeks (PI, A.L.Russel, 1956) bir nechta klinik parametrlarni hisobga oladi: gingivitning og‘irligi, parodontal cho‘ntaklarning mavjudligi, tishlarning harakatchanligi, suyak to‘qimalarining parchalanishi va boshqalar. Har bir tishga parodont to‘qimalari holatini aks ettiruvchi shartli baho beriladi. Indeks barcha tekshirilgan tishlar bo‘yicha o‘rtacha arifmetik ko‘rsatkich sifatida hisoblanadi. Ballar quyidagicha talqin qilinadi:

- **0** - yallig‘lanish yoki parodont tuzilishi va funksiyalarining buzilishi belgilari yo‘q;
- **1** - milkning yengil yallig‘lanishi, mahalliy, tishni sirkulyar qamrab olmaydi;
- **2** - birikkan epiteliyni buzmasdan tish atrofidagi gingivit;
- **4** - alveolalararo to‘siqlar cho‘qqilarining boshlang‘ich rezorbsiyasi (rentgen orqali);
- **6** - gingivit parodontal cho‘ntak shakllanishi bilan, tish harakatsiz;
- **8** - parodont to‘qimalarining sezilarli destruksiyasi, tish harakatchan, siljishi mumkin.

Indeks qiymatlari: 0-0,2 - klinik o'zgarmagan milk; 0,1-1 - yengil gingivit; 0,5-1,9 - generallashtgan parodontitning boshlang'ich bosqichi yoki I darajasi; 1,5-4 - II daraja; 4-8 - generallashtgan parodontitning III darajasi.

Parodont kasalligining og'irlik darajasini baholash uchun S.P.Ramfjord (1959) parodontal indeksi ham qo'llaniladi. Tishlar sohasidagi parodont to'qimalari tekshiriladi (11;14;26;31;34;46). Har bir tish atrofidagi milk tampon bilan quritiladi va rangi, shakli, qonashi o'zgarganligi tekshiriladi. Balli baholash quyidagi mezonlar bo'yicha o'tkaziladi:

- **0** - yallig'lanish yo'q;
- **1** - tish atrofidagi butun milk bo'ylab tarqalmaydigan yengil yoki o'rtacha darajadagi yallig'lanish;
- **2** - tish atrofidagi butun milkni qamrab oluvchi o'rtacha og'irlikdagi gingivit;
- **3** - og'ir gingivit, yaqqol giperemiya, qon ketish va yaralar bilan.

Chuqurligi 3 mm gacha bo'lgan parodontal cho'ntak **4 ball**, chuqurligi 3-6 mm bo'lsa - **5 ball**, 6 mm dan ortiq bo'lsa - **6 ball** bilan baholanadi. Olingan yig'indi o'rtacha ko'rsatkichni hisoblash uchun tekshirilgan tishlar soniga bo'linadi.

Qon ketish indeksi (Sulcus Bleeding Index; H.R. Muhlemann, A.S. Mazor, 1958) parodont holatini baholashning quyidagi shkalasini taklif qiladi:

- **0** - yallig'lanish yo'q;
- **1** - to'mtoq zond bilan ehtiyotkorlik bilan zondlanganda milk egatida qon ketishi;
- **2** - milk giperemiyasi bilan zondlashda qon ketishi;
- **3** - yaralar, shish, parodontal cho'ntak va boshqa aniq o'zgarishlar.

Suyak to'qimasining holatini baholash uchun ildizning ochilish indeksi (retsessiya indeksi) qo'llaniladi, bunda cho'ntak chuqurligi yoki aniqroq qilib aytganda, rentgenogrammada alveolyar o'simta cho'qqisidan sement-emal chegarasigacha bo'lgan masofa o'lchanadi. Olingan ko'rsatkichlar jamlanib, tekshirilgan tishlar soniga bo'linadi.

Parodont kasalliklarining epidemiologik tadqiqotlarida Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) parodontal indeksini qo‘llashni tavsiya etadi (J. Ainamo va hammual., 1982). Uni aniqlash uchun tish qatorlari oltita sekstantga bo‘linadi: har bir jag‘da uchtdan (frontal va ikkita yon). Sekstantlar orasidagi chegara qoziq tish va premolyar orasidan o‘tadi. Tekshiruv 16, 17, 26, 27, 36, 37, 46, 47 tishlarda o‘tkaziladi, lekin har bir sekstantda faqat bitta tishning holati hisobga olinib, klinik holati eng og‘ir bo‘lgan tish tanlanadi.

Tekshiruvda milkdan qon ketishi, tish cho‘kmalari va cho‘ntak chuqurligi kabi belgilar maxsus parodontal zond yordamida 3,5-5,5 mm darajasida vazni 25 g bo‘lgan to‘q rangli belgi bilan qayd etiladi (105-rasm). Zondlash bosimsiz amalga oshiriladi: zond cho‘ntak tubiga tegguncha botiriladi va tish periferiyasi bo‘ylab siljiriladi. Natijalar quyidagi shkala bo‘yicha baholanadi:

- cho‘ntak chuqurligi >6 mm - 4 ball;
- 4-5 mm - 3 ball;
- 3-4 mm - 2 ball;
- cho‘ntak chuqurligi ≤ 3 mm bo‘lganda qon ketishi - 1 ball;
- zararlanish belgilarining yo‘qligi (sog‘lom parodont) - 0 ball.

Har bir sekstant (yoki individum) eng og‘ir klinik belgi bo‘yicha baholanadi.

Zaruriy davolash tadbirlari hajmi quyidagicha aniqlanadi:

- 0 ball - davolanish talab etilmaydi;
- 1 ball - og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasini yaxshilash (keyingi nazorat bilan yo‘riqnoma);
- 2-3 ball - tish karashlarini olib tashlash va og‘iz bo‘shlig‘ining professional gigiyenasi;
- 4 ball - parodont kasalliklarini kompleks davolash.

3.3. Parodontni tekshirishning funksional usullari

Tomirlardagi o'zgarishlar parodont kasalliklarining erta patogenetik belgisi bo'lib, moddalar almashinuvi va qon oqimining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Ularni baholash uchun funksional, biokimyoviy va morfologik usullar qo'llaniladi.

- **Stomatoskopiya** - milk so'rg'ichlari, marginal va alveolyar milk, tish cho'kmalari mavjudligi va kapillyarlar holatini baholash uchun milkni 10-30× kattalashtirish bilan vizual tekshirish.
- **Kapillyaroskopiya va biomikroskopiya** - milk kapillyarlarining shakli, zichligi, tuzilishi, qon oqimi va o'tkazuvchanligini baholash uchun ularni tekshirish. Birikkan va harakatchan milkdagi kapillyarlarning o'ziga xos xususiyatlarini farqlaydi.
- **Reografiya (RPG)** - to'qimalarning elektr qarshiligiga asoslangan qon ta'minotini baholashning qonsiz usuli. Qon tomirlarining elastikligi, periferik qarshiligi, tonusi, qon oqimi tezligi hamda arteriola va venulalar holatini aniqlash imkonini beradi.
- **Fotopletizmografiya** - mikrosirkulyatsiya va qon oqimini tahlil qilish uchun to'qimalarning yorug'lik yutishini qayd etish.
- **Polyarografiya** - oksidlanish-qaytarilish jarayonlari va hujayralar tomonidan kislorod o'zlashtirilishini baholash uchun parodont to'qimalarining kislorod muvozanatini aniqlash.
- **Termometriya** - tashxis qo'yish va davolash samaradorligini nazorat qilish uchun tishlararo so'rg'ichlar va parodontal cho'ntaklarda milk haroratini o'lchash; qiymatlar jag'larning joylashuvi va funksional yuklamasiga bog'liq.

Ushbu usullar qon tomir tizimidagi erta o'zgarishlarni baholash, kasallik dinamikasini va terapevtik aralashuvlarning samaradorligini nazorat qilish imkonini beradi.(3.3.1-rasm).



3.3.1-rasm: stomatoskopiya

3.4. Jag' suyak to'qimasini tekshirish usullari

Rentgenografiya jag'suyak to'qimasi holatini baholashning asosiy usuli hisoblanadi. U tashxisni aniqlashtirish, qiyosiy tashxis o'tkazish, patologik jarayonning tarqalish darajasini aniqlash, suyak to'qimasidagi o'zgarishlar dinamikasini kuzatish, suyak to'shamasining to'liqligi va bog'lovchi apparat holatini baholash, shuningdek, optimal ortopedik tuzilmalarni tanlash va o'tkazilayotgan davolash samaradorligini nazorat qilish imkonini beradi.

Rentgenogrammalarni tahlil qilishda alveolalararo to'siqlar uchlarining shakli, balandligi va holatiga, g'ovak moddaning minerallashuv darajasiga, kortikal qatlamning yaxlitligi va qalinligiga alohida e'tibor beriladi. To'siqlarning anatomik tuzilishi individual bo'lib, patologik o'zgarishlar deb noto'g'ri qabul qilinishi mumkin bo'lgan ko'plab variantlarga ega. Eng katta o'zgaruvchanlik bolalar va yoshlarda, xususan,

markaziy kesuvchi tishlar o'rtasida kuzatiladi va kortikal qatlamning shakli, balandligi, holati va to'siqlarning minerallasuviga taalluqlidir (109-rasm).

Og'iz ichi rentgenogrammalarida periodontal yoriq tish ildizi bo'ylab bir xil kenglikdagi to'q chiziq shaklida ko'rinadi. Shakllanmagan tishlarda ildiz uchi sohasidagi yoriq keng yoki ildiz va alveolaning shakllanishi tugallanmaganligi sababli kolba shaklida bo'lishi mumkin. Parodontitda periodontal yoriq turli uzunlikda kengaygan bo'ladi. Alveolaning kortikal qatlami alveolalararo to'siqlarning cho'qqilari sohasida eng aniq ko'rinadigan uzluksiz oq hoshiya sifatida namoyon bo'ladi. Rentgenogrammalarni tahlil qilishda uning uzunligi, qalinligi va uzluksizligi baholanadi.

Suyak to'qimasi holatini batafsilroq baholash uchun zamonaviy vizualizatsiya usullari keng qo'llaniladi: ortopantomografiya (OPTG) va kompyuter tomografiyasi (KT). Ushbu usullar alveolyar o'siqning uch o'lchamli tuzilishini o'rganish, suyak to'qimasining hajmi va zichligini baholash, mahalliy nuqsonlarni va alveolalararo to'siqlarning rezorbsiya darajasini aniqlash imkonini beradi. Kompyuter tomografiyasi, ayniqsa, implantologik va ortopedik davolashni rejalashtirishda muhim



3.4.1-rasm: ortopantomogramma

ahamiyatga ega, chunki u kortikal qatlam qalinligi va g'ovak moddaning holatini aniq aniqlash imkonini beradi. (3.4.1-rasm).

Rentgenologik ma'lumotlar va KT tasvirlarini tahlil qilish suyak to'qimasi tuzilishining individual xususiyatlarini aniqlash, erta patologik o'zgarishlarni aniqlash, alveolalararo to'siqlarni miqdoriy va sifat jihatidan baholash va terapevtik aralashuvlarning samaradorligini nazorat qilish imkonini beradi.

Exoosteometriya EOM-01s exoosteometri yordamida jag' suyak to'qimasi holatini miqdoriy baholash uchun qo'llaniladi. Uzatuvchi va qabul qiluvchi datchiklar kontakti yaxshilash uchun oldindan vazelin bilan moylanadi va tekshirilayotgan suyak sohasidagi shilliq qavatga yoki teriga mahkam o'rnatiladi. Parodont shikastlanishlarida ultratovush to'lqinining tarqalish vaqtining uzayishi apparat tomonidan qayd etiladi. Exoosteometriya rentgenografiyaga qo'shimcha usul bo'lib xizmat qilishi mumkin va aholining uyushgan guruhlarini ommaviy tekshirish doirasida rentgenologik tekshiruv o'rnini bosishi mumkin

3.5. Parodont to'qimalarining laborator tekshirish usullari

Sitologik usullar parodont to'qimalarining holatini, yallig'lanish jarayonlarining faolligini va organizmning himoya reaksiyalarini baholashga imkon beradi. An'anaga ko'ra, parodontal cho'ntaklar va shilliq qavat tarkibi o'rganiladi. Material steril zondlar yoki tasmalar yordamida olinadi, fiksatsiya qilinadi va bo'yaladi (Gram, Gimza-Romanovskiy va boshqa usullari), so'ngra hujayra tarkibi: neytrofillar, limfotsitlar, epitelial va plazmatik hujayralar soni, fagotsitoz va distrofiya darajasi aniqlanadi.

Eksfoliativ sitologiya shilliq qavatni dinamik kuzatish uchun ishlatiladi. To'qimalarning to'siq funksiyasini aks ettiruvchi epiteliyning keratinizatsiyasi o'rganilmoqda. Shuningdek, usul gormonal holatning og'iz bo'shlig'i shilliq qavatiga ta'sirini baholash imkonini beradi.

MAR usuli (mikroorganizmlar adsorbsiyasi reaksiyasi) shilliq qavatning nospetsifik rezistentligini kokk florasining epiteliy hujayralariga adsorbsiyalanish darajasi bo'yicha baholash imkonini beradi. Og'izni ketma-ket chayish leykotsitlar migratsiyasi haqida miqdoriy ma'lumot beradi, bu himoya reaksiyasining intensivligi va

yallig‘lanish faolligini aks ettiradi. Bu usullar davolash samaradorligini obyektiv baholaydi.

Zamonaviy yondashuvlarga milk suyuqligi mikroskopiyasi, immunogistokimyo va molekulyar usullar (masalan, patogen mikroorganizmlarni aniqlash uchun PZR) kiradi. Milk suyuqligi mikroskopiyasi hujayra tarkibi, leykotsitlar faolligi va epiteliy holatini miqdoriy baholash imkonini beradi. Biokimyoviy va molekulyar usullar sitokin profillari, fermentativ faollik va mikroorganizmlar tarkibini aniqlash imkonini beradi, bu esa tashxis qo‘yish va davolashni kuzatish aniqligini sezilarli darajada oshiradi.

Parodont yallig‘lanishiga organizmning tizimli reaksiyasini, jumladan leykotsitlar, eritrotsitlar, gemoglobin va ECHT miqdorini baholash uchun qo‘shimcha usul sifatida gemogramma va qonning boshqa laborator ko‘rsatkichlari qo‘llaniladi.

Mikrobiologik tadqiqot parodontal cho‘ntakning yuza va chuqur qatlamlarida mikroorganizmlarning tarkibi va miqdoriy tarkibini aniqlash imkonini beradi, bu esa tashxis qo‘yish va davolash usulini tanlashda muhim ahamiyatga ega. Material steril turunda yoki filtr qog‘ozi bilan 1-2 mm chuqurlikdan olinadi va ozuqa muhitiga yoki buyum oynasiga o‘tkaziladi.

Mikroblar sonini hisoblash uchun cho‘ntak yuvish suyuqligidan foydalaniladi va bir qator suyultirishlar tayyorlanadi, so‘ngra ular agarga ekiladi va 37 °C da inkubatsiya qilinadi. Koloniyalar o‘sganidan so‘ng, muhitning hajm yoki maydon birligiga to‘g‘ri keladigan mikroorganizmlar soni hisoblanadi. Surunkali parodontit bilan og‘rigan bemorlarda davolanishdan oldin koloniyalar soni 1 sm² da o‘nlab bo‘lishi mumkin; zo‘rayganda - ancha yuqori. Muvaffaqiyatli davolanishdan so‘ng, ko‘rsatkich 1 sm² ga 1-2 koloniyagacha kamayadi, bu terapiyaning samaradorligini aks ettiradi.

Zamonaviy usullarga sitologik, gistokimyoviy, mikrobiologik va immunologik tahlillar uchun milk suyuqligidan foydalanish kiradi. Suyuqlikda epiteliy hujayralari, leykotsitlar, limfotsitlar, monotsitlar, bakteriyalar, fermentlar, immun tanachalar va boshqa biomarkerlarni aniqlash mumkin. Ushbu ma’lumotlar yallig‘lanish jarayonining

dinamikasini nazorat qilish va parodont to'qimalarining himoya mexanizmining funksional holatini baholash imkonini beradi.

Parodont kasalliklarini erta tashxislash va davolash samaradorligini baholash uchun qon, so'lak va siydikning biokimyoviy ko'rsatkichlaridan foydalaniladi. Neyramin kislota, fukoza, oksiprolin, fermentlar va ularning ingibitorlari miqdori aniqlanadi. Ushbu ma'lumotlarni terapiyadan oldin va keyin taqqoslash uning samaradorligini baholash imkonini beradi.

To'qimalarning C vitamini bilan to'yinishini o'rganish uchun askorbin kislota ta'sirida rangsizlanadigan 2,6-dixlorfenolindofenol indikator bilan til sinamasi qo'llaniladi. Rangsizlanish vaqti to'qimalardagi vitamin miqdorini ko'rsatadi.

Nishonlangan moddalar (masalan, Na-24, Ca-45, P-32) bilan radioizotop usullari metabolik buzilishlarni aniqlash va davolash samaradorligini erta bosqichlarda baholash imkonini beradi.

Immunologik usullar organizmning nospetsifik rezistentligini baholashga yordam beradi. Parodontitda leykotsitlarning fagotsitar faolligi, lizotsim miqdori, zardobning komplementar faolligi va makrofaglar faolligi pasayadi. Bir vaqtning o'zida neytrofillarning shikastlanish ko'rsatkichlari, milklarga qarshi autoantitelolar titri, to'qima bazofillari miqdori va alveolalararo so'rg'ich hujayralarining mitotik faolligi oshadi.

Kavetskiy bo'yicha teri sinamasi (Bazarnova modifikatsiyasi) biriktiruvchi to'qimaning funksional holatini baholash imkonini beradi: lablarning shilliq qavatiga tripan ko'ki yuboriladi va dog'ning maydoni darhol va bir necha soatdan keyin o'lchanadi. Namuna koeffitsiyenti to'qimalarning faolligini aks ettiradi: me'yordan past qiymatlar - susayish, yuqori - faollikning oshishi.

So'lak lizotsimi bakteriyalar (*Micrococcus lysodectius*) polisaxaridlarini parchalash qobiliyati bo'yicha nefelometrik usulda aniqlanadi, bu so'lakning himoya funksiyasini aks ettiradi.

Leykotsitlarning fagotsitar faolligi ularni o'ldirilgan mikroorganizmlar (stafilokokk) bilan aralashtirish, inkubatsiya qilish va bakteriyalarni yutgan hujayralar sonini sanash orqali baholanadi - fagotsitar indeks. Bu ko'rsatkichlar organizmning nospetsifik rezistentligini va kasalliklarini davolash samaradorligini obyektiv baholash imkonini beradi.

3.6. Milk suyuqligini tekshirishning zamonaviy usullari

1. **Milk suyuqligini yig'ish.** Material steril filtrlovchi tasmalar yoki mikropipetkalar yordamida olinadi, ular parodontal cho'ntakka 1-2 mm kiritiladi va 30-60 soniya ushlab turiladi. So'ngra tasmalar bufer eritmali mikroprobirkalarga qo'yilib, keyinchalik tahlil qilinadi. Bu usul to'qimalarga minimal shikast yetkazgan holda oqsil va hujayra tarkibiy qismlarining yuqori konsentratsiyasini ta'minlaydi.
2. **ELISA yordamida biomarkerlar darajasini aniqlash.** Periostin, katelitsidin (LL-37) va TGF- β oqsillarini miqdoriy aniqlash uchun **immunoferment usuli (IFA)** qo'llaniladi.

Periostin: maxsus monoklonal antitanachalar milk suyuqligi namunasidagi oqsil bilan bog'lanadi, shundan so'ng spektrofotometrik usulda o'lchanadigan rangli reaksiya uchun substratdan foydalaniladi.

- Katelitsidin (LL-37): mikromolyar diapazondagi antibakterial peptidning kichik konsentratsiyalariga mo'ljallangan ELISA to'plamlari qo'llaniladi.
- TGF- β : avval sitokinning latent shakllari faollashtiriladi, so'ngra standart ELISA tahlili o'tkaziladi.

3. Molekulyar usullar: PZR va RT-PZR

- **Miqdoriy PZR (qPCR)** milk suyuqligi hujayralarida periostin, katelitsidin va TGF- β ni kodlovchi genlar ekspressiyasini aniqlash uchun ishlatiladi.
- DNK/RNK kichik biologik namunalar uchun tijorat to'plamlari yordamida ajratib olinadi.
- RT-qPCR - mRNK darajasini aniqlash imkonini beradi, bu esa parodont hujayralarining sintetik faolligi va yallig'lanishning mahalliy boshqaruvi haqida ma'lumot beradi.

- LL-37, periostin va TGF- β uchun praymerlar bilan PZRdan foydalanish tahlilning yuqori sezgirliги va o'ziga xosligini ta'minlaydi.

4. Immunoflyuoressensiya va konfokal mikroskopiya usullari

- Periostin, LL-37 va TGF- β ning milk to'qimasi hujayralarida yoki milk suyuqligining mikroskopik qirindilarida joylashishini ko'rish uchun qo'llaniladi.
- Oqsillarning alohida hujayralar va to'qima tuzilmalari darajasida taqsimlanishini aniqlash imkonini beradi.

5. Zamonaviy yuqori samarali usullar (Multiplex, Luminex, Mass Spectrometry)

- **Multipleks immuntahlil** milk suyuqligining bitta namunasida bir vaqtning o'zida bir nechta biomarkerlarni (masalan, periostin, LL-37, TGF- β va IL-10, IL-17) aniqlash imkonini beradi.
- **Mass-spektrometriya** (LC-MS/MS) yuqori sezuvchanlik bilan oqsillar va peptidlarni, jumladan, katelitsidinlar va fibroplastik o'sish omillarini aniq miqdoriy tahlil qilish uchun ishlatiladi.

6. Sifat nazorati va standartlashtirish

- Milk suyuqligining barcha zamonaviy tadqiqotlari standartlashtirilgan yig'ish vaqtini, so'lak bilan ifloslanishni minimallashtirishni, proteaza ingibitorlari bilan buferlardan foydalanishni va oqsillar degradatsiyasini nazorat qilishni talab qiladi.
- Natijalar oqsillar uchun konsentratsiyada (ng/ml yoki pg/ml) va genetik tahlillar uchun mRNK/ml nusxalarida ifodalanadi.

Nazorat savollari

1. Parodont kasalliklarini tekshirishda klinik ko'rik qanday bosqichlarda o'tkaziladi?
2. Parodontal zondlash (probing) nima va u yordamida qanday ko'rsatkichlar aniqlanadi?
3. Parodontal cho'ntak chuqurligi va klinik birikish yo'qolishi (CAL) qanday o'lchanadi?

4. Rentgenologik tekshiruv usullari parodont kasalliklarini diagnostika qilishda qanday ahamiyatga ega?
5. Gigiyenik indekslar (masalan, OHI-S, PMA, CPITN) nimani baholaydi va ular qanday qo‘llaniladi?
6. Qo‘shimcha tekshiruv metodlari (mikrobiologik, immunologik yoki laborator tahlillar) qaysi holatlarda tavsiya etiladi?

Tast savollari

1. Asosiy tekshiruv usuli:

1. paypaslash*
2. gistamin sinamasi
3. teri sinamasi
4. EOD
5. laborator usullar

2. Asosiy tekshirish usullariga kiradi:

1. so‘rov, ko‘rik, paypaslash*
2. so‘rov, R-grafiya, EOD
3. RMA, PI, KPI indeksni aniqlash
4. laborator tekshirish usullari
5. Shiller–Pisarev sinamasi

3. Funktsional klinik usullarga kirmaydi:

1. ko‘rik, R-grafiya*
2. stomatoskopiya, EOD
3. reografiya, kapillyaroskopiya
4. polyarografiya
5. fotopletizmografiya

4. Shiller–Pisarev sinamasini o‘tkazish uchun eritma tarkibi:

1. 1 g kristallik yod, 2 g kaliy yodit, 40 ml distillangan suv*
2. 0.5 g kristallik yod, 2 g kaliy permanganat, 60 ml distillangan suv
3. 10% li rezotsin eritmasi, 60 ml distillangan suv
4. 2 ml lyugol eritmasi, 2 g kaliy yodit, 40 ml distillangan suv
5. furatsilin, rezorsin eritmasi

5. Parodont kasalligining diagnostikasi uchun qo‘shimcha tekshirish usullarini tanlang:

1. rentgenografiya, Shiller–Pisarev sinamasi*

2. so‘rov, Kulajenko usuli
3. ko‘rik, palpatsiya
4. so‘rov, PI va KPI indekslarini aniqlash
5. ko‘rik, reografiya

6. RMA indeksi bu:

1. parodont to‘qimasi kasalliklarining boshlang‘ich bosqichi va gingivitlar indeksi*
2. parodont to‘qimasi holatini baholovchi parodontal indeks
3. kompleks parodontal indeks
4. og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasining indeksi
5. tish toshi indeksi

7. PI indeksi qo‘llaniladi:

1. guruhli parodontal statusni aniqlashda*
2. gigiyenik indeksni aniqlashda
3. profilaktik ko‘rikda
4. milkda glikogenni aniqlashda
5. bo‘yash intensivligini aniqlashda

8. Rotter sinamasini qo‘yishda qo‘llaniladigan eritma:

1. 0.1 ml 0.1% li normal Timmans bo‘yoqi eritmasidan*
2. 40% li formalin eritmasi
3. 0.5% li benzidin 0.5 g
4. 0.25% tripan ko‘ki eritmasi 0.1 ml
5. 40% li rezorsin

Vaziyatli masalalar

1. 18 yoshli bemorda milk qizarishi va qonashi bor, ammo suyak o‘zgarishi yo‘q.

Tashxis:

- A) Parodontit
- B) Parodontoz
- C) Gingivit *
- D) Periostit
- E) Kista

2. Gingivitda asosiy patologik jarayon:

- A) Suyak rezorbsiyasi
- B) Yallig‘lanish *
- C) Distrofiya
- D) Nekroz
- E) Travma

3. Gingivitni parodontitdan farqlovchi belgi:

- A) Milk qonashi
 - B) Qizarish
 - C) Suyak destruksiyasining yoʻqligi *
 - D) Ogʻriq
 - E) Shish
4. Gingivitni davolashda asosiy bosqich:
- A) Jarrohlik
 - B) Antibiotik
 - C) Professional gigiyena *
 - D) Protezlash
 - E) Oqartirish

Xulosa

Ushbu bobda parodontologik bemorlarni tekshirish usullari, ularning klinik parodontologiyada tutgan oʻrni va diagnostik ahamiyati yoritildi. Parodontal toʻqimalar holatini baholashda klinik koʻrik, instrumental va qoʻshimcha tekshiruv usullari kompleks yondashuv asosida qoʻllanishi zarurligi taʼkidlandi.

Bemorni toʻliq va toʻgʻri tekshirish parodontal kasalliklarning erta bosqichlarini aniqlash, ularning ogʻirlik darajasini baholash hamda individual davolash rejasini ishlab chiqishda muhim ahamiyatga ega ekanligi koʻrsatildi. Shu bilan birga, diagnostik maʼlumotlarning toʻgʻriligi va toʻliqligi davolash samaradorligini belgilovchi asosiy omillardan biri hisoblanadi.

Shunday qilib, parodontologik bemorlarni tekshirish usullarini chuqur oʻrganish klinik fikrlashni shakllantirish, aniq tashxis qoʻyish va optimal davolash taktikasini tanlash uchun muhim ilmiy va amaliy asos boʻlib xizmat qiladi.

4-bob. Parodont kasalliklari tasnifi

Zamonaviy parodontologiyada parodont kasalliklarining bir necha oʻnlab tasniflari maʼlum. Tasniflash sxemalarining bunday xilma-xilligi nafaqat parodont patologiyasi turlarining koʻpligi, balki, asosan, yagona tizimlashtirish tamoyilining yoʻqligi bilan izohlanadi. Asosiy belgi sifatida kasallikning klinik koʻrinishlari, patomorfologiyasi, etiologiyasi, patogenezini, shuningdek, jarayonning tabiati va

tarqalishi qo'llaniladi. Parodont kasalliklarining turli xil tasniflarining ko'pligi, shuningdek, parodont shikastlanishida intim mexanizmlarning lokalizatsiyasi va organizmning turli a'zolari va tizimlari kasalliklari va parodont patologiyasining sabab-oqibat munosabatlari to'g'risida aniq bilimlarning yo'qligi bilan izohlanadi.

Parodont kasalliklarini tizimlashtirish uchun stomatologlar foydalanadigan asosiy toifalarga parodont kasalligining klinik shakli va patologik jarayonning tabiati, ushbu shaklda uning bosqichi (og'irligi) kiradi. Parodont kasalligining klinik shakllari - gingivit, parodontit, parodontoz va parodontoma.

Parodont kasalliklari tasnifi Yerevan (1983)

I. Gingivit - mahalliy va umumiy omillarning salbiy ta'siri natijasida milk yallig'lanishi bo'lib, tish-milk birikishining butunligi buzilmasdan kechadi.

Shakli: kataral, gipertrofik, yarali. Og'irligi: yengil, o'rtacha, og'ir. Kechishi: o'tkir, surunkali, zo'rayish, remissiya. Tarqalishi: lokal, generallashtgan.

II. Parodontit - parodont to'qimalarining yallig'lanishi bo'lib, periodont va suyakning progressiv destruksiyasi bilan tavsiflanadi.

Og'irligi: yengil, o'rtacha, og'ir.

Kechishi: o'tkir, surunkali, zo'rayish (shu jumladan abscesslanish), remissiya.

Tarqalishi: lokal, generallashtgan.

III. Parodontoz - parodontning distrofik zararlanishi.

Og'irligi: yengil, o'rtacha, og'ir. Kechishi: surunkali, remissiya. Tarqalishi: generallashtgan.

IV. Parodont to'qimalarining progressiv lizisi bilan kechuvchi idiopatik parodont kasalliklari.

V. Parodontomalar - parodontdagi o'smalar va o'smasimon jarayonlar.

1983-yilda qabul qilingan parodont kasalliklarining Yerevan tasnifi uzoq vaqt davomida postsovet hududidagi mamlakatlarning stomatologiya amaliyoti va tibbiy ta'limida asosiy klinik tasnif bo'lib kelgan. Ushbu tasnif klinik-morfologik tamoyilga asoslangan bo'lib, yallig'lanish jarayonining tabiati, parodont to'qimalarining shikastlanish darajasi va kasallikning klinik kechishiga qaratilgan.

Asosiy tamoyil (biriktiruvchi to'qima shikastlanishining barcha ma'lum turlarini birlashtirish) nuqtai nazaridan, keltirilgan tasnifning zaif tomonlari yo'q, u parodont kasalligining har bir shaklini davolash va oldini olishni ilmiy asoslashga yordam beradi.

1995-yildan boshlab XKT-10 (XKT-S) asosida stomatologik kasalliklarning xalqaro tasnifi foydalanishga tavsiya etilgan [16]. O'ninchi qayta ko'rib chiqilgan xalqaro kasalliklar tasnifi (XKT-10) sog'liqni saqlash tizimida kasallanishni statistik hisobga olish, tibbiy hujjatlarni rasmiylashtirish va tashxislarni kodlash uchun ishlatiladi. XKT-10 dagi parodont kasalliklari og'iz bo'shlig'i, so'lak bezlari va jag'lar kasalliklari sinfiga kiradi va ushbu bo'limda keltirilgan.

Xalqaro kasalliklar tasnifi (XKT-10) - parodont kasalliklari

XI sinf. Ovqat hazm qilish kasalliklari

K05 - Gingivit va parodont kasalliklari

K05.0 - O'tkir gingivit

K05.1 - Surunkali gingivit

K05.2 - O'tkir parodontit

K05.3 - Surunkali parodontit

K05.30 – Mahalliy (lokal)

K05.31 - Generallashtirgan

K05.4 - Parodontoz

K06 - Milk va alveolyar o'siqning boshqa kasalliklari

K06.0 - Milk retsessiyasi

K06.1 - Milk gipertrofiyasi

K06.8 - Milk va tishsiz alveolyar qirradagi boshqa aniqlangan o'zgarishlar

Parodont kasalliklarining zamonaviy xalqaro tasnifi (2017-2018 yy.)

Parodontologiya rivojlanishining hozirgi bosqichida 2017-yilda ishlab chiqilgan va 2018-yilda rasman e'lon qilingan parodont va implant atrof to'qimalari kasalliklarining xalqaro tasnifi eng katta ahamiyatga ega. Ushbu tasnif yetakchi mutaxassislarning kelishuvi asosida yaratilgan bo'lib, parodont kasalliklarining patogenezi, klinik kechishi va prognozi haqidagi zamonaviy g'oyalarni aks ettiradi.

I. Parodont salomatligi va milk kasalliklari

- klinik sog'lom parodont;
- tish pilakchasi keltirib chiqargan gingivit;
- mahalliy, tizimli va dori-darmon ta'sirida o'zgargan gingivitlar.

II. Parodontit

Parodontit yagona kasallik sifatida qaraladi va bosqichlar hamda darajalar bo'yicha tasniflanadi.

Parodontit bosqichlari:

- I bosqich - boshlang'ich parodontit;
- II bosqich - o'rtacha og'irlikdagi parodontit;
- III bosqich - tishlarni yo'qotish xavfi bilan og'ir parodontit;
- IV bosqich - tish-jag' tizimi funksiyasining buzilishi bilan kechadigan og'ir parodontit.

Parodontit greydlari:

- greyd A - sekin progressiya.
- greyd B - o‘rtacha progressiya;
- greyd C - tezkor progressiya.

III. Parodontning nekrotik kasalliklari

- nekrotik gingivit;
- nekrotik parodontit.

IV. Parodontit tizimli kasalliklarning namoyon bo‘lishi sifatida

- genetik va immun buzilishlarda;
- tizimli yallig‘lanish va almashinuv kasalliklarida.

V. Parodontga ta’sir qiluvchi boshqa holatlar

- parodontal abscesslar;
- endo-parodontal zararlanishlar;
- mukogingival deformatsiyalar va retsessiyalar;
- travmatik okklyuziya va anatomik xavf omillari.

Ushbu tizimning muhim farqi shundaki, u parodontitni surunkali va agressiv turlarga ajratishni rad etadi. Zamonaviy tasnifda parodontit turli xil kechish variantlariga ega bo‘lgan yagona kasallik sifatida qaraladi. Aniqroq klinik baholash uchun bosqichlar va greydlar tushunchalari kiritilgan.

Bosqichlar kasallikning og‘irligini, klinik birikishning yo‘qolish darajasini, suyak rezorbsiyasining yaqqolligini va davolashning murakkabligini tavsiflaydi. Greydlar patologik jarayonning rivojlanish tezligini, xavf omillarining mavjudligini va kasallikning prognozini aks ettiradi. Bunday yondashuv shifokorga nafaqat tashxis qo‘yish, balki davolash istiqbollari va davolash taktikasini individuallashtirish zarurligini baholash imkonini beradi.

Zamonaviy tasnif klinik fikrlashga, kasallik rivojlanishining oldini olishga va bemorni boshqarishga individual yondashuvga qaratilgan. O‘quv jarayonida u

talabalarda parodont kasalliklari har tomonlama baholashni talab qilishi va faqat yallig'lanish mavjudligi yoki yo'qligi nuqtayi nazaridan ko'rib chiqilishi mumkin emasligi haqidagi tushunchani shakllantiradi.

Shunday qilib, ko'rib chiqilgan tasniflarning har biri o'zining amaliy va o'quv ahamiyatiga ega. Yerevan tasnifi asosiy klinik tushunchalarni shakllantirish uchun, XKT-10 tasnifi tashxislarni rasmiylashtirish uchun, 2017-2018-yillardagi zamonaviy xalqaro tasnif esa jahon parodontologiyasining dolzarb yondashuvlarini aks ettiradi. Ushbu tasniflarni bilish va tushunish bo'lajak shifokor-stomatologga klinik amaliyotda to'g'ri yo'nalish olish va kasbiy fikrlashni izchil rivojlantirish imkonini beradi.

Nazorat savollari

1. Zamonaviy klassifikatsiyaga ko'ra parodont kasalliklari qanday asosiy guruhlariga bo'linadi?
2. Gingivit va parodontit o'rtasidagi asosiy farqlar nimadan iborat?
3. Parodontitning bosqichlari (I–IV) qaysi klinik va rentgenologik mezonlarga asoslanib aniqlanadi?
4. Parodontitning darajalari (Grade A, B, C) nimani anglatadi va ularni baholashda qaysi omillar hisobga olinadi?
5. Nekrotik parodont kasalliklari qaysilar va ular qanday klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi?
6. Tizimli kasalliklar bilan bog'liq bo'lgan parodont holatlari klassifikatsiyada qanday o'rin egallaydi?

Test savollari

1. Zamonaviy klassifikatsiyaga ko'ra parodont kasalliklari nechta asosiy guruhga bo'linadi?

- A) 2 ta
- B) 3 ta
- C) 4 ta*
- D) 5 ta
- E) 6 ta

2. Gingivitning asosiy belgisi nima?

- A) Suyak rezorbsiyasi mavjudligi
- B) Klinik birikish yo‘qolishi
- C) Tishlarning patologik harakatchanligi
- D) Milk yallig‘lanishi birikish yo‘qolishisiz*
- E) Parodontal cho‘ntak >6 mm

3. Parodontitning I bosqichi (Stage I) uchun xos belgi qaysi?

- A) Klinik birikish yo‘qolishi 1–2 mm*
- B) Klinik birikish yo‘qolishi ≥ 5 mm
- C) Tish yo‘qotilishi >5 ta
- D) Og‘ir suyak defektlari
- E) Tishlarning III darajali harakatchanligi

4. Parodontitning Grade C darajasi nimani bildiradi?

- A) Kasallikning sekin rivojlanishi
- B) O‘rtacha tezlikda rivojlanish
- C) Juda tez progressiya*
- D) Yallig‘lanishsiz kechishi
- E) Faqat keksa yoshdagilarda uchrashi

5. Nekrotik parodont kasalliklariga qaysi holat kiradi?

- A) Surunkali gingivit
- B) Aggressiv parodontit
- C) Nekrotik yarali gingivit*
- D) Travmatik okklyuziya
- E) Gingival gipertrofiya

6. Tizimli kasalliklar bilan bog‘liq parodont holatlari qaysi guruhga kiradi?

- A) Faqat gingival kasalliklar
- B) Parodontitning alohida shakli
- C) Parodont to‘qimalarining boshqa kasalliklari*
- D) Travmatik shikastlanishlar
- E) Okklyuzion patologiyalar

Vaziyatli masalalar

1. Bemor 35 yoshda. Parodontal cho‘ntak 6 mm, rentgenogrammada suyak kamaygan.

Tashxis:

- A) Gingivit
- B) Parodontit *

C) Parodontoz

D) Stomatit

E) Oqartirish

2. Parodontit uchun xos belgi:

A) Oqartirilgan milk

B) Suyak rezorbsiyasi va cho‘ntak hosil bo‘lishi*

C) Faqat qonash

D) Oqartirish

E) Oqartirilgan tish

3. Parodontitda asosiy etiologik omil:

A) Travma

B) Mikroblar va blyashka *

C) Oqartirish

D) Issiq ovqat

E) Oqartirish geli

4. Parodontitni kompleks davolash:

A) Faqat antibiotik

B) Faqat jarrohlik

C) Gigiyena + RSD + zarur bo‘lsa jarrohlik *

D) Oqartirish

E) Davolash talab qilinmaydi

Xulosa

Ushbu bobda parodont kasalliklarining tasnifi, ularning tarixiy va zamonaviy yondashuvlari yoritildi. Parodontal kasalliklarni tizimlashtirishda avval qo‘llanilgan

klassik tasniflar hamda hozirgi kunda keng qabul qilingan zamonaviy (2017 World Workshop asosidagi) tasnif o‘zaro qiyosiy tahlil qilindi.

Zamonaviy tasnif parodont kasalliklarini yanada aniqroq klinik va patogenetik mezonlar asosida ajratish imkonini berishi, kasallikning og‘irlik darajasi va progressiya xavfini baholashda muhim ahamiyat kasb etishi ta’kidlandi. Bu esa diagnostika va davolash yondashuvlarini individuallashtirishga xizmat qiladi.

Shunday qilib, parodont kasalliklari tasnifini chuqur o‘rganish klinik amaliyotda to‘g‘ri tashxis qo‘yish, davolash strategiyasini tanlash va ilmiy tadqiqotlarda yagona yondashuvni ta’minlash uchun muhim nazariy va amaliy asos bo‘lib xizmat qiladi.

5 bob Parodont kasalliklarining etiologiyasi va patogenezi

5.1. Tish karashlari

Parodont to‘qimalaridagi patologik jarayonlar ham ekzogen, ham endogen yo‘l bilan kelib chiqadigan har xil omillar ta’sirida boshlanishi mumkin. Bu ta’sirlar turlicha bo‘lishiga qaramay, yallig‘lanish va distrofik-yallig‘lanish reaksiyalari nisbatan bir xil kechadi. Ularning namoyon bo‘lishi ta’sirning lokalizatsiyasiga, etiologik omil ta’sirining davomiyligiga va organizmning himoya mexanizmlarining holatiga bog‘liq. Parodont to‘qimalarining qarshiligi va immunitet reaksiyasining umumiy darajasi distrofik-yallig‘lanish jarayonining intensivligi va tarqalishini belgilaydi.

To‘qimalarning moslashish qobiliyati oshganda, shuningdek, organizmning umumiy reaktivligi pasayganda patogen ta’sirni amalga oshirish mumkin. Barcha etiologik omillar shartli ravishda umumiy va mahalliyga bo‘linadi.

Mahalliy omillar. Parodont holatiga ta’sir qiluvchi asosiy mahalliy omillarga quyidagilar kiradi: tish karashlari, og‘iz bo‘shlig‘i mikroflorasi, travmatik okklyuziya, noto‘liq protezlash, ortodontik moslamalar, zararli odatlar, lab va til yuganchalarining noto‘g‘ri joylashuvi.

Tish karashlari mahalliy shikastlovchi omillar orasida alohida o‘rin tutadi, chunki ular parodont to‘qimalariga mexanik, kimyoviy va biologik (bakteriyalar, toksinlar) ta’sirlarni birlashtiradi. Ko‘plab klinik, epidemiologik va eksperimental tadqiqotlar ularning parodontning yallig‘lanish va distrofik-yallig‘lanish kasalliklarining kelib chiqishida patogenetik ahamiyatini tasdiqladi.

G.Cowley va T.Macphee (1969) parodontopatiyalarning rivojlanishiga ta’sir qiluvchi omillarning uchta guruhini ajratib ko‘rsatadilar:

1. tish cho‘kmalaridagi moddalar almashinuvining holati va mahsulotlari;
2. mikroblarning patogen potensialini kuchaytiradigan yoki susaytiradigan og‘iz bo‘shlig‘i muhitining xususiyatlari;
3. organizmning patogen ta’sirlarga javob reaksiyasini belgilovchi umumiy omillar.

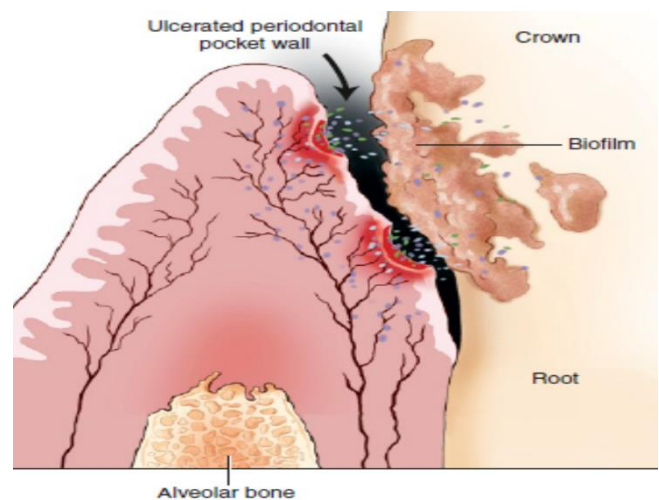
Tish karashlari yumshoq (minerallashmagan) va qattiq (minerallashgan), ya’ni tish karashi va milk usti yoki milk osti toshlariga bo‘linadi.

Yumshoq tish karashi - tish yuzasida tish pellikulasini qoplaydigan yuzaki hosiladir. U sarg‘ish yoki kulrang-oq rangli yumshoq yopishqoq modda bo‘lib, tishga tish pilakchasiga qaraganda kamroq yopishadi. Eng ko‘p to‘planish tish bo‘yinlarida, tishlar oralig‘ida, kontakt yuzalarida va oziq tishlarning lunj sohalarida kuzatiladi. Karash mexanik usulda oson tozalanadi: paxta tamponi, suv, tish cho‘tkasi yoki qattiq ovqatni chaynash orqali.

Asosan tish karashi ovqat qoldiqlari konglomeratidan, mikroorganizmlar, ko‘chib tushuvchi epiteliy hujayralari, leykotsitlar va so‘lak oqsillari va lipidlar aralashmasidan iborat (S.S. Socransky, 1977). Uning tarkibida anorganik komponentlar (kalsiy, fosfor, natriy, kaliy), mikroelementlar (temir, fluor, rux), shuningdek, organik moddalar (oqsillar, uglevodlar, proteolitik fermentlar) mavjud. Karashning asosini mikroorganizmlar tashkil etadi: 1 mg karashda $2,5 \times 10^{10}$ gacha hujayralar, asosan streptokokklar ($\approx 70\%$), shuningdek veylonellalar, neyссерiyalar, stafilokokklar, leptotrixiyalar, fuzobakteriyalar, aktinomitsetlar va achitqisimon zamburug‘lar bo‘lishi mumkin.

Tish karashining hosil bo'lishi va to'planishi ko'plab omillarga, jumladan, ovqatning tarkibi va miqdori, so'lakning yopishqoqligi, og'iz bo'shlig'i mikroflorasi, gigiyena samaradorligi va parodont to'qimalarining holatiga bog'liq. Uglevodlarni ko'p iste'mol qilish qatlam hosil bo'lishini tezlashtiradi va uning massasini oshiradi.

Tish pilakchasi - bu karashning bir turi bo'lib, tishlarga, plombalarga, protezlarga zich yopishib turadigan va faqat mexanik usullar bilan olib tashlanadigan yumshoq amorf donador tuzilmadir. Kam miqdorda u deyarli sezilmaydi, lekin ko'p miqdorda to'planganda kulrang yoki sariq-kulrang tusga kiradi. Pilakcha yuqori va pastki jag'larda, asosan yon tishlarning vestibulyar yuzalarida va pastki frontal tishlarning til



yuzalarida hosil bo'ladi.

Uning tarkibida asosiy qismini ($\approx 70\%$) suv egallaydi, quruq qoldiq esa mikroorganizmlar, epiteliy hujayralari, leykotsitlar, makrofaglar va hujayralararo matriksni o'z ichiga oladi. Matriks glikozaminoglikanlar ($\approx 60\%$), lipidlar ($\approx 15\%$) va bakteriyalarning hayot faoliyati mahsulotlari, sitoplazma qoldiqlari, hujayra membranalari, ovqat va so'lak glikoproteinlaridan iborat. Asosiy anorganik komponentlar - kalsiy, fosfor, magniy, kaliy va oz miqdorda natriy.(5.1.1-rasm).

5.1.1-rasm: og'iz bo'shlig'i mikrobiologiyasi

Pilakcha asosan bakterial hosila bo'lib, uning yetuklik bosqichidagi massasi 70-80% gacha mikroorganizmlarni o'z ichiga oladi, o'rtacha 1 mg da $\approx 2,5 \times 10^{10}$ bakteriya.

Yetilish jarayonida mikroblarning tur tarkibi o'zgaradi: kokklarning ustunligidan murakkabroq populyatsiyalargacha (J. Carlsson, 1967).

Yetuk pilakchanning tuzilishi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Orttirilgan pellikula emal bilan yopishishini ta'minlaydi;
2. Pellikula ustiga cho'kkan ustunsimon tolali mikroorganizmlar qatlami;
3. Tolali mikroorganizmlarning qalin to'ri, shu jumladan boshqa mikroblar koloniyalari;



4. Kokka o'xshash mikroorganizmlarning yuza qatlami (Z.Broukal, I.Svejda, 1977).

Milk qirrasiga nisbatan joylashishiga qarab milk usti (toj va marginal) va milk osti pilakchalari farqlanadi. Milk osti pilakchalari tish bilan bog'liq va epiteliy bilan bog'liq turlarga bo'linadi. Epiteliy bilan aloqada bo'lgan milk osti pilakchasining mikroorganizmlari milkning biriktiruvchi to'qimasiga va alveolyar suyakka kirishi mumkin (R. Saglie va hammual., 1982). (5.1.2-rasm).

5.1.2-rasm: tishdagi pigmentlangan blyashka

Bakteriyalar oziq-ovqat uglevodlaridan matriksning tarkibiy qismlarini, shu jumladan tish emaliga yopishqoqlikni ta'minlaydigan polisaxaridlarni (dekstranlar, levanlar) sintez qilish uchun foydalanadi (R. Gibbons, 1969). Pilakchanning o'rtacha

yetilish vaqti taxminan 30 kunni tashkil etadi, shundan so‘ng u milk ostiga tarqaladi va parodont to‘qimalarining ta’sirlanishi va yallig‘lanishini keltirib chiqaradi.

Mikroorganizmlar ajratadigan endo- va ekzotoksinlar hujayra metabolizmini buzadi, vazomotor buzilishlarni va to‘qimalar sensibilizatsiyasini keltirib chiqaradi. Ishlab chiqarilgan fermentlar (gialuronidaza, xondroitin sulfataza, proteazalar, kollagenaza va boshqalar) proteolitik faollikka ega bo‘lib, kollagenning shikastlanishiga, glikozaminoglikanlarning depolimerlanishiga va mikrotsirkulyatsiyaning buzilishiga yordam beradi, bu esa parodontning yallig‘lanish-distrofik jarayonlari patogenezida asosiy rol o‘ynaydi (L.A. Xomenko, 1980).

Vaqt o‘tishi bilan blyashkadagi mineral moddalar konsentratsiyasi ortib boradi va u tish toshining shakllanishi uchun asos bo‘ladi. Kalsiy fosfat pilakchaning kolloid matritsasiga singib, mikroorganizmlar va matriks komponentlari o‘rtasidagi muvozanatni o‘zgartiradi.

Tish toshi ko‘chib tushgan epiteliy, leykotsitlar, mikroorganizmlar va polisaxarid-oqsil tabiatli matriksdan hosil bo‘ladi. Milk qirrasiga nisbatan joylashishiga ko‘ra milk usti va milk osti toshlari farqlanadi. Milk usti tish toshining mineral komponentlari so‘lakdan, milk osti tish toshiniki esa qon zardobidan hosil bo‘ladi. Mineral komponentning asosiy ulushi ($\approx 75\%$) kalsiy fosfatga, 3% kalsiy karbonatga, qolgani magniy fosfat va turli metallarning izlariga to‘g‘ri keladi. Ko‘pincha noorganik qism gidroksiapatit va boshqa apatitlar bilan ifodalangan kristall tuzilishga ega bo‘ladi/

Tish toshining organik asosini oqsil-polisaxarid kompleksi konglomerati, ko‘chib tushgan epiteliy hujayralari, leykotsitlar va mikroorganizmlar tashkil qiladi. Uglevodlar (galaktoza, glyukoza, glyukuron kislota), oqsillar va aminokislotalar muhim tarkibiy qismlar hisoblanadi. Tuzilishi bo‘yicha tish toshi quyidagilarga bo‘linadi:

1. Mineralizatsiyasiz bakterial qoplamaning yuza zonasi;
2. Kristallanish markazlari bo‘lgan oraliq zona;
3. Xususiy tish toshi zonasi (L.T. Malishkina, 1979).

Bakteriyalarning yuqori miqdori tish toshining sensibilizatsiya qiluvchi, proteolitik va toksik ta'sirini tushuntiradi. Milk osti toshi parodontga sezilarli darajada mexanik shikastlovchi ta'sir ko'rsatadi va mahalliy C gipovitaminozining rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Tarkibida parodont to'qimalariga toksik ta'sir ko'rsatadigan metall oksidlari (vanadiy, qo'rg'oshin, mis va boshqalar) aniqlangan. Tosh yuzasida parodontning asosiy qo'zg'atuvchilari bo'lgan minerallashmagan pilakchalar saqlanib qoladi. Tish toshining yuqori proteolitik faolligi mikrofloraning fermentativ xususiyatlari bilan bog'liq bo'lib, bu mikrotsirkulyator buzilishlar va biriktiruvchi to'qima destruksiyasini keltirib chiqaradi.

Tish toshi shakllanishining bir nechta nazariyalari mavjud. Fizik-kimyoviy nazariya minerallashuvni so'lakning kolloid holati o'zgarganda va pH pasayganda kalsiy va fosfor tuzlarining cho'kishi bilan bog'laydi, bu esa pilakcha mikroorganizmlari tomonidan ammiak ajralishi bilan tezlashadi. Enzimatik nazariya kalsiyni ajralib chiqishini so'lak va mikroorganizmlar fermentlari tomonidan fosfor birikmalarining gidrolizi bilan izohlaydi.

Travmatik okklyuziya tishlar va parodont to'qimalariga ortiqcha chaynov yuklamasi ta'sir qilganda yuzaga keladi. Odam chaynov mushaklarining umumiy quvvati 4000 N gacha yetishi mumkin, bu tishlar va periodontga sezilarli bosim beradi. Fiziologik zo'riqishda to'qimalar moslashib, mikrosirkulyatsiya va moddalar almashinuvini yaxshilaydi.

Uzoq muddatli, lekin nisbatan kuchsiz bosim zararli hisoblanadi, masalan, tishlovni ko'tarishda, yaxshi o'rnatilmagan plombalarda, koronkalarda, ortodontik apparatlarda. Bunday holat parodont to'qimalarida kompensator o'zgarishlarni keltirib chiqaradi, zaxira imkoniyatlari oshib ketganda esa uning tuzilmalarining shikastlanishi yoki buzilishiga olib keladi.

Birlamchi travmatik okklyuziya sog'lom tishlarga haddan tashqari chaynov yuklamasi ta'sir qilganda quyidagilar tufayli shakllanadi:

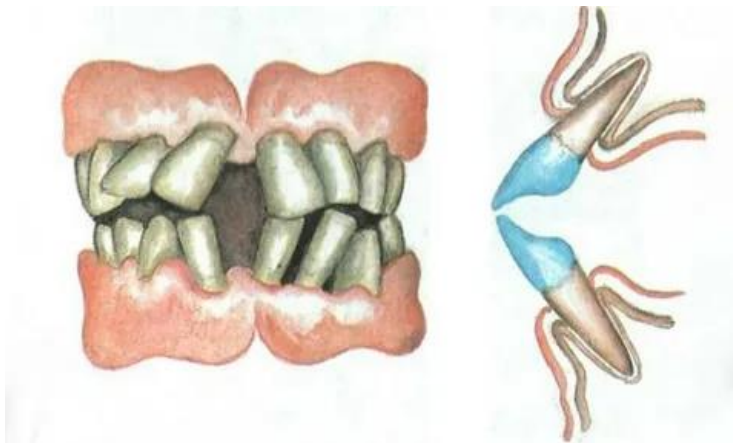
- tishlov anomaliyalari, tishlarning yemirilishi, tishlarning yo'qolishi;

- parafunksiyalar (bruksizm, chaynov mushaklarining tonik reflekslari);
- noto‘g‘ri protezlash.

Chaynash zo‘riqishida parodont to‘qimalarida gemorragiyalar, tomirlar trombozi va shish rivojlanishi tajribada aniqlangan. Bosim kapillyar bosimdan oshib ketgan ($\approx 25 \text{ g/sm}^2$) ezilgan joylarda pulpa ishemiyasi va nekrozi yuzaga keladi. Bu o‘zgarishlar chegaralangan bo‘lib, tish qatorining ortiqcha zo‘riqmagan qismlariga tarqalmaydi.

5.2. Ikkilamchi va qo‘shma travmatik okklyuziya

Parodont to‘qimalaridagi patologik o‘zgarishlar fonida hatto odatdagi fiziologik chaynov yuklamasi tish-jag‘ apparatining kompensator imkoniyatlaridan oshib ketishi mumkin. Alveolyar suyakning rezorbsiyasi va periodont tolalarining shikastlanishi



natijasida tish odatdagi yuklamalarga qarshilik ko‘rsatish qobiliyatini yo‘qotadi. Bunday zo‘riqish fiziologik zo‘riqishdan parodont to‘qimalarini shikastlovchi va yemiruvchi omilga aylanadi.

Klinik toj balandligi va tish ildizi uzunligi o‘rtasidagi nisbat qo‘shimcha ravishda o‘zgaradi. Gorizontaal yuklamada toj balandligining ortishi richag vazifasini bajarib, alveola suyak devorlarining ortiqcha yuklanishini kuchaytiradi va suyak to‘qimasining rezorbsiyasini tezlashtiradi. Bu holat ikkilamchi travmatik okklyuziya sifatida aniqlanadi, u tarqalgan parodontitda eng ko‘p uchraydi va kasallikning rivojlanishiga sezilarli hissa qo‘shadi.(5.2.1-rasm).

5.2.1-rasm: ikkilamchi travmatik okklyuziya

Yopiq patologik sikl shakllanadi: travmatik okklyuziya parodontdagi o'zgarishlar fonida yuzaga keladi va bir vaqtning o'zida alveolyar suyak va boshqa to'qimalarning yemirilishini kuchaytiradi. Birlamchi travmatik okklyuziyadan farqli o'laroq, pulpa shikastlanishi kamroq uchraydi. Ba'zan kombinatsiyalangan travmatik okklyuziya ajratiladi, bunda birlamchi va ikkilamchi shakl belgilari birgalikda namoyon bo'ladi - tishlarning ortiqcha yuklanishi parodontdagi mavjud patologik jarayon fonida yuzaga keladi.

Ikkilamchi okklyuziyaning dastlabki bosqichlarida parodont to'qimalarining shishishi qayd etiladi, bu esa tishlarning alveoladan chiqishiga va ularning harakatchanligining oshishiga olib keladi. Bu tishlar birinchi bo'lib antagonistlar bilan kontaktga kirishadi va qo'shimcha zo'riqishni boshdan kechiradi. Bir vaqtning o'zida periodont tolalarining cho'zilishi chaynov bosimining normal taqsimlanishini buzadi, tish to'qimalarining ishqalanishini qiyinlashtiradi va pastki jag'ning yonlama harakatlarida gorizontal ortiqcha yuklanishni keltirib chiqaradi.

Gorizontal yuklama tishlarning turli yo'nalishlarga (vestibulyar, til) siljishi va egilishiga, ularning vertikal o'q atrofida burilishiga va tish qatoridan chiqishiga olib keladi. Bu esa tishlarning yuklamani qabul qilish qobiliyatini pasaytirib, patologik holatni og'irlashtiradi. Travmatik okklyuziyaning gorizontal qismi eng katta yemiruvchi ta'sir ko'rsatadi, bu oxir-oqibat tish ildizlari sementi va dentinining atrofiyasiga olib keladi.

Tishlarni olib tashlash patologiyani yanada kuchaytiradi. Me'yorda tishlar yagona anatomik tizim sifatida faoliyat ko'rsatib, yuklamani bir tekis taqsimlaydi. Tishlar tushib ketganda qo'shni tishlarga tushadigan og'irlik ortadi, tishlar nuqson tomonga qiyshaya boshlaydi, qo'shni tishlar bilan kontaktlar buziladi. Mahalliy zo'riqish paydo bo'ladi va alveolyar o'siq atrofiyasi kuchayadi.

Travmatik okklyuziya chaynov mushaklari funksiyasini va pastki jag' harakatini ham buzadi. Bemor reflektor ravishda harakatchan tishlarini ayab, tish qatorlariga tushadigan yuklamani muvozanatini buzilishiga va chakka-pastki jag' bo'g'imlari funksiyalarini o'zgarishiga olib keladi.

Bundan tashqari, tishlov anomaliyalari va tishlarning noto'g'ri joylashuvi ovqat qoldiqlari, mikroorganizmlar to'planishi, tish pilakchalari va toshlar hosil bo'lishi uchun sharoit yaratadi, bu esa parodontga shikastlovchi ta'sirni kuchaytiradi. Ayniqsa, chuqur prikusda frontal, distal va medial prikusda yaqqol o'zgarishlar kuzatilib, tishlarning siljishi, jipslashuvi va yelpig'ichsimon ajralishiga sabab bo'ladi.

Sanatsiya qilinmagan og'iz bo'shlig'i, karioz tishlar, noto'g'ri plomba va protezlar qo'shimcha zo'riqishni keltirib chiqaradi va travmatik tugunlarning rivojlanishiga yordam beradi. Prikusni oshiruvchi plombalar va olinmaydigan protezlar okklyuzion shikastlanishni kuchaytiradi, bu esa parodontning mahalliy va tizimli patologik o'zgarishlarini keltirib chiqaradi.

Shunday qilib, ham birlamchi, ham ikkilamchi travmatik okklyuziya parodont to'qimalari yemirilishining muhim patogenetik omili bo'lib, tish karashlari va patologik o'zgargan tish qatorlari ta'sirini kuchaytiradi va parodontopatiya rivojlanishining yopiq doirasini shakllantiradi.

5.3. Parodont kasalliklari patogenezida anatomik xususiyatlar, zararli odatlar va mikrofloraning roli

Milk, shilliq qavat va umuman og'iz bo'shlig'i to'qimalarining anatomik tuzilishidagi anomaliyalar parodont holatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Shunday qilib, lablar yoki til yuganchalarining yuqori darajada birikishi ushbu tuzilmalarning harakatlari paytida milkning tish bo'yinlaridan ajralishiga olib keladi. Milk egati epiteliysining tish qattiq to'qimalariga birikish sohasida doimiy zo'riqish paydo bo'ladi, bu keyinchalik epitelial birikishning yaxlitligini buzadi va yoriqlar va parodontal cho'ntaklarning shakllanishiga yordam beradi. Shunga o'xshash shikastlovchi ta'sir mexanizmi og'iz bo'shlig'i dahlizi sayoz bo'lganda ham kuzatiladi.

Zararli odatlar (tilni, lunjlarni, og'iz bo'shlig'ining yumshoq to'qimalarini, shuningdek, begona narsalarni so'rish yoki tishlash) tishlar va milklarga sezilarsiz bo'lsa-da, surunkali travmatik yukni keltirib chiqaradi. Yumshoq to'qimalarni, masalan, lunjni tishlash ularning biriktiruvchi to'qima tuzilmalarining qo'shimcha

taranglashuvini keltirib chiqaradi, bu esa o'tish burmasining shilliq qavati orqali milkka uzatiladi va uning tishlarning qattiq to'qimalaridan ajralishiga yordam beradi. Keyinchalik bu ovqat qoldiqlarining to'planishiga va tish karashlarining paydo bo'lishiga olib keladi, bu esa parodontdagi patologik jarayonni chuqurlashtiradi.

5.4 Og'iz bo'shlig'i mikroflorasi va uning parodont to'qimalariga ta'siri

Og'iz bo'shlig'ida 400 ga yaqin turli xil mikroorganizmlar doimiy yashaydi, ulardan 30 ga yaqin turi parodont uchun shartli patogen hisoblanadi. Zamonaviy tadqiqotlar parodontal kasalliklarning klinik ko'rinishlarini og'iz bo'shlig'idagi va inson tanasidagi mikrobiologik va immunologik o'zgarishlar bilan bog'lashda davom etmoqda.

Mikroorganizmlar og'iz bo'shlig'ining turli yuzalarida yopishish qobiliyatiga ko'ra farqlanadi. Shunday qilib, *Streptococcus mutans*, *S.sanguis*, *Lactobacillus* va *Actinomyces viscosus* shtammlari asosan tish emaliga birikadi; *Streptococcus salivarius* va *Actinomyces naeslundii* - til orqasiga; *Bacteroides* va spiroxetalar milk egatlari va parodontal cho'ntaklarda joylashgan. Ko'pgina turlar oziq-ovqat uglevodlaridan hujayradan tashqari polisaxaridlarni sintez qila oladi, bu esa mikroorganizmlarning pellikulalarga yopishqoqligini oshiradi va tish pilakchalarining o'sishini tezlashtiradi.

Ortiqcha mikroflorani so'ndirishda so'lak asosiy rol o'ynaydi. Uning tarkibida lizotsim, laktoperoksidaza, laktoferrin, immunoglobulin IgA va boshqa immun komponentlar mavjud bo'lib, ular bakteriyalarning tishlarga va shilliq qavat hujayralariga yopishishiga to'sqinlik qiladi. Milk suyuqligi ham mahalliy himoyada ishtirok etib, antigen invaziyasida antitelolarning leykotsitlar va boshqa immunitet hujayralari bilan o'zaro ta'sirini ta'minlaydi.

Kasalliklarning surunkali shakllarida mikroorganizmlarning parodont to'qimasiga to'g'ridan-to'g'ri kirib borishi kamdan-kam hollarda kuzatiladi va asosan o'tkir yarali-nekrotik jarayonlarda ishonchli tarzda tasdiqlanadi. Bakteriyalarning kirishi egat epiteliysining tish qattiq to'qimalariga birikish butunligining buzilishi orqali sodir bo'ladi va bazal membrana mikroblar yo'lida muhim to'siq vazifasini bajaradi.

Parodontit patogenezida mikrofloraning etiologik roli ham bevosita, ham bilvosita ta'sir orqali aniqlanadi:

- To'g'ridan-to'g'ri ta'sir - bakterial toksinlar, fermentlar va metabolizm mahsulotlari ta'sirida to'qimalarning shikastlanishi.
- Bilvosita ta'sir - parodontning o'z to'qimalariga zarar yetkazadigan xo'jayinning immun javoblarini keltirib chiqaradi.

Bakterial patogenlikning asosiy mexanizmlariga quyidagilar kiradi:

1. Mikroorganizmlarni parodont to'qimasiga kiritish;
2. Patogen endotoksinlar (grammanfiy bakteriyalarning lipopolisaxaridlari) ishlab chiqarish;
3. Xo'jayin hujayralariga ta'siri (endotoksinlar, bakterial membranalarining yuza komponentlari, kapsula komponentlari);
4. Proteolitik fermentlar (gialuronidaza, kollagenaza, aminopeptidaza, fosfolipaza va b.) sekretiysasi;
5. Mikroorganizmlarga ham, xo'jayin to'qimalariga ham qaratilgan immun javobning buzilishi.

Endotoksinlar va bakteriyalar almashinuvi mahsulotlari komplement tizimini faollashtiradi, mahalliy nekrozlarni keltirib chiqaradi, qon ivishini buzadi, suyak rezorbsiyasini rag'batlantiradi va sitotoksik ta'sirga ega. Bakteriyalarning hujayra tarkibiy qismlari va kapsulalari immun javobni modulyatsiya qilish qobiliyatiga ega bo'lib, suyak to'qimasi va milk epitelial birikishining buzilishiga olib keladi.

Immunopatologik reaksiyalarga quyidagilar kiradi:

- Anafilaktik reaksiyalar - sezgir bazofillar yallig'lanish mediatorlarini, jumladan gistaminni chiqaradi;
- Sitotoksik reaksiyalar - IgG va IgM antitanalari hujayra yoki to'qima antigenlariga hujum qilib, komplement tizimini faollashtiradi;

- Immun kompleks reaksiyalari - antigenlarning antitanalar bilan mikropretsipitatsiyasi leykotsitar infiltratsiya va to'qimalarning fermentativ shikastlanishiga olib keladi;
- Hujayra reaksiyalari - sezgirlashgan T-limfotsitlar suyak rezorbsiyasini rag'batlantiruvchi limfokinlar, shu jumladan osteoklastatik omilni ajratib chiqaradi.

Shunday qilib, anatomik omillar, zararli odatlar, mikroflora va immun javobning kompleks o'zaro ta'siri parodont kasalliklarining klinik ko'rinishlarining xilma-xilligini, ularning kechishi va prognozini belgilaydi.

Milk egati va milk atrofidagi sohalarda mikroorganizmlarning to'planishi milk biriktiruvchi to'qimasida yallig'lanishni keltirib chiqaradi. Dastlabki bosqichlarda yallig'lanish jarayoni klinik belgilersiz kechishi mumkin, biroq tish pilakchalarining kattalashishi bilan yallig'lanish belgilari yaqqol namoyon bo'ladi.

Gingivitning boshlang'ich davrlarida yallig'lanish infiltrati asosan limfotsitlardan iborat bo'ladi, bular orasida T-hujayralar ustun turadi. Jarayon zo'rayib borgan sayin va parodontit boshlanganida plazmatik hujayralar soni ko'payib boradi. Shu bilan birga, parodontitda limfotsitlar asosan B-hujayralar bilan ifodalanadi va T-limfotsitlarning ulushi infiltratlarning 6% dan kamrog'ini tashkil qiladi. T-limfotsit-xelperlarning T-limfotsit-supressorlarga nisbati bolalarda gingivitda va tajribada qayta tiklanadigan yallig'lanishda odatda 2:1 ni tashkil qiladi, parodontitlarda esa 1:1 gacha kamayadi. Orttilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS) bilan og'rigan bemorlarda bu nisbat yanada past bo'lib, bu odam immunitet tanqisligi virusi yordamchi T-limfotsitlarni tanlab zararlashi bilan bog'liq. Bunday o'zgarishlar parodont to'qimalarining mahalliy yemirilishida immunopatologik mexanizmlarning ishtirokini ko'rsatadi.

Parodontal cho'ntaklarning mikroorganizmlari to'qimalarning bevosita shikastlanishiga olib keladigan turli xil mahsulotlarni sintez qiladi. Tish pilakchalarining to'planishida mikrofloraning sifat va miqdoriy o'zgarishi sodir bo'ladi: sog'lom parodontga xos bo'lgan grammusbat kokklarning ulushi kamayadi, ipsimon bakteriyalar, grammanfiy tayoqchalar va spiroxetalar soni ko'payadi. Gingivitning

dastlabki bosqichlarida aktinomitsetlar ko‘p miqdorda aniqlanadi. Jarayon surunkali tus olganida grammanfiy bakteriyalar, jumladan, veylonellalar va fuzobakteriyalar soni ko‘payib, pilakcha umumiy mikroflorasining 25 foiziga yetadi.

Parodontitda mikroflora tarkibining grammanfiy tayoqchalar sonining ko‘payishi tomonga doimiy o‘zgarishi qayd etiladi. Milk osti florasi gingivit yoki sog‘lom parodontdagi mikrofloraga nisbatan o‘zgaruvchan va murakkab tarkibga ega bo‘ladi. Alveolyar suyak rezorbsiyasi kuzatiladigan “faol” qismlarda grammanfiy tayoqchalar, aktinomitsetlar, fuziform bakteriyalar, veylonellalar va spiroxetalar ustunlik qiladi. Muvaffaqiyatli davolanganda bu mikroorganizmlar miqdori kamayadi, flora esa streptokokk shtammlari hisobiga tiklanadi.

Parodont shikastlanishining saqlanishi umumiy va mahalliy omillarning o‘zaro ta’siri bilan belgilanadi. Kasallikning faol kechishi patogen bakteriyalar nisbatining ko‘payishi, xo‘jayinning immun javobining o‘zgarishi va parodont to‘qimasida bakterial invaziyaning paydo bo‘lishi bilan bog‘liq bo‘lib, uning aniq boshlanish mexanizmi hozircha noma’lum.

Parodont kasalliklarining rivojlanishida mikroorganizmlarning roli haqida dalillar quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

1. Epidemiologik tadqiqotlar. Tish karashlari gingivit va parodontitning birlamchi etiologik omili sifatida tan olingan. Uzoq muddatli kuzatuvlar shuni ko‘rsatadiki, pilakchalarni yomon nazorat qilish parodontitning rivojlanishiga olib keladi, pilakchalarni o‘z vaqtida olib tashlash esa uning rivojlanishining oldini oladi.
2. Antimikrob tekshiruvlar. Mikroorganizmlarga qarshi antibiotiklar, antiseptiklar va dezinfeksiyalovchi vositalardan foydalanish to‘qimalarga zarar yetkazmasdan parodont holatini yaxshilaydi.
3. Og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasi bo‘yicha tadqiqotlar. Gingivitning tajribaviy modellari tish pilakchalarining to‘planishi va milk yallig‘lanishining rivojlanishi o‘rtasidagi sabab-oqibat bog‘liqligini ko‘rsatadi.
4. Patogenetik tadqiqotlar. Milk osti bakteriyalari hayvonlarga (gnotobiontlar yoki oddiy hayvonlarga) yuborilganda yallig‘lanish, biriktiruvchi to‘qimaning

parchalanishi, vaskulitlar, suyak rezorbsiyasi va tish-milk epiteliysining apikal migratsiyasini keltirib chiqaradi. *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* kabi monokulturalar parodontning tez destruksiyasiga olib keladi, *Bacteroides* bilan aralash kulturalar esa to'qimalarning kuchli destruksiyasini keltirib chiqaradi. Mikroorganizmlarning xo'jayinning immun va mahalliy omillari bilan o'zaro ta'siri bakteriyalarning o'sishini ham rag'batlantirishi, ham to'xtatishi mumkin.

5. Tish karashlarini olib tashlash va ildiz yuzasiga ishlov berish. Klinik tajriba va eksperimental ma'lumotlar shuni tasdiqlaydiki, bakterial karashlarni sinchkovlik bilan olib tashlash gingivit belgilarini samarali bartaraf etadi va parodontning keyingi yemirilishiga to'sqinlik qiladi.

Shunday qilib, gingivit va tarqalgan parodontitning rivojlanishi mikroorganizmlar va xo'jayinning immun reaksiyalarining murakkab o'zaro ta'siri bilan belgilanadi, bunda mikroorganizmlar ham to'g'ridan-to'g'ri shikastlovchi ta'sir ko'rsatishi, ham mahalliy immunitetning modulyatsiyasi orqali bilvosita ta'sir ko'rsatishi mumkin.

5.5. Generallashtgan parodontit rivojlanishining umumiy omillari (patogeneznining immunologik mexanizmlari)

Generallashtgan parodontitning rivojlanishi ketma-ket immunologik siljishlar bilan kechadi, bu bemorning yoshiga, kasallikning kechish xususiyatiga va davomiyligiga bog'liq. Kasallikning dastlabki bosqichlarida mikroblar va patologik o'zgargan parodont to'qimalariga qarshi antitanalar spektrining oshishi bilan namoyon bo'ladigan immunogeneznining eng aniq faolligi qayd etiladi, bunda so'lak lizotsimi kabi mahalliy mikrobg'a qarshi omillarning samaradorligi pasayadi.

Gistologik tekshiruvlarda parodont to'qimalarining limfotsitar infiltratsiyasi aniqlanadi, bu sekinlashgan tipdagi giposensibilizatsiyaning bilvosita belgisi bo'lib xizmat qiladi. Ko'p sonli ma'lumotlar mahalliy immunitetning spetsifik va nospetsifik omillarining susayishini, parodont kasalliklari patogenezida T- va B-limfotsitlarning muhim rolini, shuningdek, autoimmun mexanizmlarning ehtimoliy ishtirokini tasdiqlaydi.

Parodont to'qimalarida yallig'lanish va distrofik-yallig'lanish jarayonlarida G, A va boshqa immunoglobulinlar miqdorining ko'payishi kuzatiladi, bu milk to'qimalarining antigen spektrining o'zgarishi va nafaqat parodontal cho'ntaklarning mikroorganizmlariga, balki patologik o'zgargan to'qimalarga ham antitanalar shakllanishi bilan birga keladi.

Eksperimental tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, generallashtirgan parodontitning rivojlanishida B-limfotsitlar asosiy rol o'ynaydi. Shunday qilib, T-limfotsitlardan mahrum bo'lgan kalamushlarda parodont to'qimalarida alveolyar suyakning sezilarli rezorbsiyasi bilan birga kelgan B-limfotsitlar infiltratlari ustunlik qildi. T-limfotsitlarning kiritilishi destruksiya jarayonini sekinlashtirdi.

Gingivit va parodontitdagi yallig'lanish infiltratlarida ko'p miqdorda IgG, IgA, IgM va IgE saqllovchi plazmositlar aniqlanadi. Parodontal cho'ntaklar mikroflorasiga qarshi antitanalarning yuqori darajasi ko'pincha to'qimalarning shikastlanish darajasi bilan bog'liq. Antigen-antitelo-kompleks komplement tizimi bilan o'zaro ta'sirga kirishib, anafilaktik, sitotoksik va immun reaksiyalarning rivojlanishiga olib keladi.

IgE bilan bog'liq anafilaktik reaksiyalar gistamin va boshqa yallig'lanish mediatorlarining chiqarilishi bilan birga keladi. IgE saqllovchi plazmositlar boshqa immunoglobulin saqllovchi hujayralarga nisbatan kamroq uchraydi, to'qima bazofillari miqdori esa o'rtacha og'irlikdagi tarqalgan parodontitda ko'payadi va keyinchalik degranulyatsiya natijasida kamayadi.

Sitotoksik reaksiyalar antitanalar hujayra yoki to'qima antigenlari, shu jumladan bakterial antigenlar bilan o'zaro ta'sirlashganda yuzaga keladi. Immun kompleks reaksiyalari antigenlar IgG yoki IgM bilan bog'langanda tomirlar atrofida hosil bo'ladi va komplement tizimini faollashtirib, to'qimalarning yallig'lanishi va shikastlanishiga olib keladi.

Sekinlashgan o'ta sezuvchanlik hujayra reaksiyalari T-limfotsitlar va limfokinlar vositasida yuzaga chiqadi. Bu reaksiyalarni maymunlarda eksperimental takrorlash alveolyar suyakning massiv rezorbsiyasiga, parodont to'qimalarining shikastlanishiga

va fibroblastlar sonining kamayishiga olib keladi. Suyak to'qimasining yo'qolishi T-limfotsitlarning bevosita ta'siri yoki B-limfotsitlarning faollashuvi natijasi bo'lishi mumkin.

Shunga qaramay, immun tizimining hujayraviy reaksiyalarini, masalan, timusga yo'naltirilgan preparatlar yordamida kamaytirish gingivit yoki parodontitning kechishiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi, bu OITS bilan kasallangan yoki immunosupressiv terapiya olayotgan bemorlardagi kuzatuvlar bilan tasdiqlanadi. Demak, generallashtgan parodontit patogenezida hujayra reaksiyalarining ahamiyatini oshirib yubormaslik kerak.

Organizmida moddalar almashinuvi jarayonida vitaminlar asosiy rol o'ynaydi, ularning yetishmovchiligi parodont va og'iz bo'shlig'i to'qimalarida patologik o'zgarishlar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Ayniqsa, askorbin kislotasining roli o'rganilgan: generallashtgan parodontitda uning qondagi va mahalliy milk to'qimalaridagi darajasining pasayishi aniqlanadi. C vitamini yetishmasligi to'qimalarning strukturaviy yaxlitligiga ta'sir qiladi va yallig'lanish jarayonini kuchaytirishi mumkin.

Immunologik mexanizmlar. Generallashtgan parodontitning rivojlanishi ketma-ket immunologik o'zgarishlar bilan kechadi, bu bemorning yoshi, kasallikning kechish xususiyati va davomiyligiga bog'liq. Dastlabki bosqichlarda immunogenezning eng yaqqol faolligi kuzatiladi: mikroblar va patologik o'zgargan parodont to'qimalariga qarshi antitanalar spektri oshadi, so'lak lizotsimi kabi mahalliy antimikrob omillarning samaradorligi pasayadi.

Gistologik tekshiruvlar parodont to'qimalarining limfotsitar infiltratsiyasini aniqlaydi, bu giposensibilizatsiyaning sekinlashgan turini ko'rsatadi. Tizimli tadqiqotlar mahalliy immunitetning spetsifik va nospetsifik omillarining zaiflashishini, T- va B-limfotsitlarning asosiy rolini, shuningdek, autoimmun mexanizmlarning ehtimoliy ishtirokini ko'rsatdi. Parodont to'qimalarida yallig'lanish jarayonlarida G, A va boshqa immunoglobulinlar miqdori ortadi, milk to'qimalarining antigen spektri o'zgaradi,

nafaqat mikroorganizmlarga, balki patologik o'zgargan to'qimalarga ham antitanalar hosil bo'ladi.

Eksperimental ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, generallashtirgan parodontitning rivojlanishida B-limfotsitlar yetakchi rol o'ynaydi. Shunday qilib, T-limfotsitlardan mahrum bo'lgan kalamushlarda parodont to'qimalarida alveolyar suyakning sezilarli rezorbsiyasi bilan kechadigan B-limfotsitlar infiltratlari ustunlik qildi. T-limfotsitlarning kiritilishi destruksiya jarayonini sekinlashtirdi.

Milkning yallig'lanish infiltratlarida IgG, IgA, IgM va IgE plazmotsitlari aniqlanadi. Antigen-antitelo kompleksining komplement tizimi bilan o'zaro ta'siri anafilaktik, sitotoksik va immun reaksiyalarning rivojlanishiga olib keladi. IgE bilan bog'liq anafilaktik reaksiyalar gistamin va yallig'lanish mediatorlarining chiqarilishi bilan birga keladi. Sitotoksik reaksiyalar antitelolar hujayra va bakteriya antigenlari bilan o'zaro ta'sirlashganda rivojlanadi. Immun kompleks reaksiyalari tomirlar atrofida shakllanib, komplement tizimini faollashtiradi va to'qimalarga zarar yetkazadi.

Sekinlashgan o'ta sezuvchanlik hujayra reaksiyalari T-limfotsitlar va limfokinlar vositasida yuzaga chiqadi. Bu reaksiyalarni maymunlarda eksperimental takrorlash alveolyar suyakning massiv rezorbsiyasiga, parodont to'qimalarining shikastlanishiga va fibroblastlar sonining kamayishiga olib keladi. Biroq, hujayra reaksiyalarini, masalan, timusga ta'sir ko'rsatadigan preparatlar yordamida susaytirish gingivit va parodontitning o'tishiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi. Shuningdek, OITS bilan og'rigan bemorlarda T-limfotsit-xelperlarning kamayishiga qaramasdan, ko'pincha tarqalgan parodontitning faol kechishi kuzatiladi. Shunday qilib, parodontit patogenezida hujayra reaksiyalarining ahamiyatini oshirib yubormaslik kerak.

Gipovitaminozlarning ta'siri. Vitaminlar organizmdagi almashinuv jarayonlarida va parodont to'qimalarining normal holatini saqlashda muhim rol o'ynaydi. Vitaminlar almashinuvining yetishmasligi yoki buzilishi yallig'lanish va distrofik jarayonlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

- C vitamini (askorbin kislota) : milk to'qimalarida uning darajasining pasayishi tish toshlari mavjudligi va parodontitning rivojlanishi bilan bog'liq. Eksperimental gipo- va avitaminozlar tarqalgan parodontitga o'xshash o'zgarishlarni keltirib chiqaradi, ammo askorbin kislota bilan to'ldirilganda yallig'lanish jarayoni tezda to'xtaydi. Klinik tadqiqotlar C vitaminini parodont kasalliklarini davolashda qo'llashning samaradorligini tasdiqladi.
- E vitamini (tokoferol): yetishmovchiligi distrofik-yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishiga, parodontal cho'ntaklarning shakllanishiga, alveolyar suyakning atrofiyasiga va tishlarning harakatchanligiga olib keladi. Eksperimental ma'lumotlar va klinik kuzatuvlar parodontning holati kompleks terapiyada qo'llanilganda yaxshilanishini tasdiqlaydi.
- A vitamini (retinol): yetishmasligi qon tomirlari va nervlarning distrofik buzilishlariga, parodontal cho'ntaklarning shakllanishiga va suyak rezorbsiyasiga olib keladi. Kompleks davolashga A vitaminini kiritish parodont holatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.
- B guruhi vitaminlari: bu guruhdagi bir nechta vitaminlarning yetishmasligi milk va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanishiga, jumladan gingivitlar, parodontitlar va yarali stomatitlarga olib keladi. B guruhi vitaminlarini qo'llash orqali klinik tuzatish ijobiy natija ko'rsatmoqda.

Nerv-trofik buzilishlar. Parodontit patogeneza markaziy va periferik asab tizimining roli tajribada tasdiqlangan. Nerv sistemasi turli bo'limlarining ta'sirlanishi parodont to'qimalarida tarqalgan parodontit ko'rinishlariga o'xshash distrofik va yallig'lanish o'zgarishlarini keltirib chiqaradi. Hayvonlarda oliy nerv faoliyati buzilganda olingan modellar eng fiziologik hisoblanadi.

Asab tizimi kasalliklari, nevrasteniya, vegetativ disfunktsiya bilan og'rigan bemorlarda parodontit ko'proq uchraydi, ayniqsa markaziy asab tizimining organik buzilishlarida, masalan, oligofreniya yoki Daun sindromida. Aksincha, bosh miya po'stlog'i ezilganda va ikkinchi signal sistemasi zararlanganda (masalan, karsoqovlarda) parodont kasalliklari kam uchraydi.

Endokrin buzilishlar. Parodont holati va endokrin tizimi (oshqozon osti bezi, qalqonsimon va qalqonsimon oldi bezlari, jinsiy bezlar, gipotalamus) o'rtasida barqaror aloqa mavjud.

- Qandli diabet: diabet bilan og'rigan bemorlarda tarqalgan parodontit chastotasi 50-87% ni tashkil qiladi. Jarayon agressiv kechishi, parodont tomirlarining yaqqol buzilishi va alveolyar suyakning tez atrofiyasi bilan ajralib turadi. Patogenetik asosini mikroangiopatiyalar va mikrogemodinamikaning buzilishi tashkil etadi.
- Qalqonsimon bez: gipo- va gipertireoz distrofik va yallig'lanish o'zgarishlarini, parodontal cho'ntaklarning shakllanishini, alveolyar suyak rezorbsiyasini va tishlarning yo'qolishini keltirib chiqaradi. Qalqonsimon bezni olib tashlash ham parodont to'qimalarida distrofik-yallig'lanishli o'zgarishlarga olib keladi.
- Qalqonsimon bez funksiyasi buzilgan bemorlarda generallashgan parodontitning tarqalishi kasallikning davomiyligi va patologik jarayonning faolligiga bevosita bog'liqligi aniqlandi. Klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, generallashgan parodontit bilan og'rigan bemorlarda qalqonsimon bez funksional faolligining pasayishiga moyillik mavjud. Paratireoid bezlar faoliyatining buzilishi ham kasallikning rivojlanishiga ta'sir ko'rsatib, parodontda distrofik va yallig'lanish jarayonlarini keltirib chiqaradi.
- Jinsiy yetilishi buzilgan o'smirlarda buyrak usti bezi po'stlog'i - gipotalamus - gipofiz - jinsiy bezlar tizimidagi funksional siljishlar alohida ahamiyatga ega. Bunday bemorlarda boshqaruv mexanizmlari tashqi omillarga yetarli darajada javob bermaydi, bu esa parodont kasalliklari chastotasini oshiradi. Eksperimental tadqiqotlar ushbu funksional buzilishlarning rolini tasdiqladi: amizil yuborilgandan keyin to'rt oy o'tgach, hayvonlarda parodontda sezilarli distrofik-yallig'lanish jarayonining rivojlanishi qayd etildi.
- Jinsiy bezlar funksiyasining buzilishi ham eksperimental, ham klinik tadqiqotlar bilan isbotlangan. Generallashgan parodontit bilan kasallangan o'smir qizlarda jinsiy gormonlar, androgenlar va mineralokortikoidlar nisbatining o'zgarishi bilan kechadigan jinsiy bezlar disfunktsiyasi aniqlangan.

Ushbu gormonal nomutanosibliklar ularning anabolik va katabolik ta'siri bilan parodont to'qimalarining holatiga ta'sir qiladi. Generallashtgan parodontit tuxumdonlar funksiyasi oshganda ham, pasayganda ham rivojlanishi mumkin, ammo jinsiy gormonlarning parodont to'qimalariga ta'sirining aniq mexanizmi keyingi tadqiqotlar mavzusi bo'lib qolmoqda.

Gipofizar va metabolik omillar. Ko'pgina mualliflar gipofiz funksiyasining buzilishini generallashtgan parodontit rivojlanishining hal qiluvchi omillaridan biri sifatida ko'rib chiqadilar. Eksperimental ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, gipofizning ta'sirlanishi yoki olib tashlanishi parodontda distrofik-yallig'lanish o'zgarishlarining shakllanishiga olib keladi. Gipofizar nanizm bilan og'rigan bemorlarda klinik kuzatuvlar parodont shikastlanishining yuqori chastotasini tasdiqlaydi - tekshirilgan bemorlarning 50% gacha, shu bilan birga yosh o'tishi bilan shikastlanish chastotasi ortib boradi va 30 yoshdan oshgan odamlarda deyarli 100% ga yetadi

Itsenko-Kushing kasalligida parodont to'qimalarining klinik ko'rinishlarining o'ziga xos xususiyatlari, shu jumladan notekis yoki diffuz osteoporoz va alveolyar o'siq suyagining kratersimon rezorbsiyasi qayd etilgan

Moddalar almashinuvi buzilishi. Generallashtgan parodontitning rivojlanishi moddalar almashinuvining buzilishi, shu jumladan milkdagi to'qima nafas olishi va kislorod kuchlanishining pasayishi bilan chambarchas bog'liq. Bu o'zgarishlar yetarlicha ovqatlanmaslik, mikroelementlar, oqsillar va vitaminlar tushishining buzilishiga ham bog'liq. Eksperimental ma'lumotlar parhezning ta'sirini tasdiqlaydi: ortiqcha yog'lar va uglevodlar yoki oqsilsiz parhez odamda generallashtgan parodontitning klinik ko'rinishlariga o'xshash parodont o'zgarishlarini keltirib chiqaradi.

Klinik tadqiqotlarda generallashtgan parodontit bilan og'rigan bemorlarda oqsil, yog' va uglevod almashinuvining buzilishi, mikroelementlar tarkibining o'zgarishi va fermentativ siljishlar aniqlangan. Jumladan, glikozaminoglikanlar tarkibining o'zgarishi va so'lakda neyramin kislota miqdorining ortishi kuzatiladi.

Mikroelementlarning roli. Alveolyar o'siq suyak to'qimasida mis, temir, marganes, nikel va selen kabi mikroelementlar miqdorining buzilishi suyak mineralizatsiyasiga va parodont kasalliklari patogeneziga ta'sir ko'rsatadi.

Gipoksiya va oksidlanish-qaytarilish jarayonlari. Mikrotomir tizimining buzilishi va metabolik siljishlar tufayli yuzaga keladigan parodont to'qimalaridagi gipoksiya to'qima nafas olishining barcha turlari va oksidlanish-qaytarilish potensialining pasayishi bilan birga keladi.

Lipidlarning perekisli oksidlanishining buzilishi. Generallashtirilgan parodontit patogenezida lipidlarning erkin radikal oksidlanishi alohida ahamiyatga ega. Uni faollashtirishning asosiy sabablariga quyidagilar kiradi:

1. Alimantar antioksidantlar (tokoferol, askorbat, bioflavonoidlar) tushishini kamayishi;
2. Kelib chiqishi turlicha bo'lgan stresslar;
3. Prooksidantlar (pestitsidlar, oksidlovchi dorilar, smogning fotokimyoviy mahsulotlari) ta'siri;
4. Kam utilizatsiyada yog'larni ortiqcha iste'mol qilish;
5. Gipokineziya va biologik oksidlanish darajasining pasayishi;
6. Fizik omillar (ultrabinafsha, radiatsiya, elektromagnit maydonlar);
7. Antioksidant fermentlar faolligining yoshga bog'liq pasayishi;
8. Fermentativ antioksidant tizimining tug'ma buzilishlari.

Ushbu omillar va mahalliy qo'zg'atuvchilar (karash, tish toshi, bakterial flora) ning birgalikdagi ta'siri parodont to'qimalarida faol erkin radikal birikmalarning ko'chkisimon to'planishiga, membranalar, biriktiruvchi to'qima, tomirlar va DNKning shikastlanishiga, oqsil biosintezining buzilishiga va distrofik-yallig'lanish jarayonlarining kuchayishiga olib keladi.

Generallashtirilgan parodontitni medikamentoz davolashda antioksidantlarni (alfa-tokoferol, dibunol va b.) kompleks qo'llash yuqori samaradorlikni ko'rsatib, kasallik patogenezida oksidlovchi stressning rolini tasdiqlagan.

Tomirlardagi o'zgarishlar va mikrotsirkulyator buzilishlar. Generallashtgan parodontit patogenezining qon tomir nazariyasi birinchi marta A.I. Yevdokimov (1937, 1966) tomonidan asoslab berilgan. Patogistologik tadqiqotlar parodont tomirlarida sklerotik o'zgarishlar mavjudligini ko'rsatdi va muallif parodont to'qimalarida distrofik jarayonning rivojlanishini mahalliy ateromatozning namoyon bo'lishi bilan bog'ladi. Eksperimental ma'lumotlar shuni tasdiqlaydiki, generallashtgan parodontit bilan og'rigan bemorlarda parodont tomirlari boshqa a'zolar tomirlaridagi aterosklerotik jarayonlarga o'xshash o'zgarishlarga uchraydi. Tomirlardagi o'zgarishlar darajasi patologik jarayonning og'irlik darajasi bilan chambarchas bog'liq. Dastlabki bosqichlarda parodont kapillyarlari devorlarida oksidlanish-qaytarilish jarayonlari buziladi va ularning metabolizmi o'zgaradi yin turli darajadagi og'irlikdagi tomirlarning morfologik o'zgarishlari rivojlanadi.

Klinik-fiziologik tadqiqot usullari tarqalgan parodontitda mikrosirkulyatsiyaning o'ziga xos o'zgarishlarini aniqladi:

- parodontozda ingichka va toraygan kapillyarlar;
- generallashtgan parodontitda kapillyarit belgilari bilan kengaygan dimlangan kapillyarlar;
- qon aylanishini buzuvchi oxirgi tomirlar distoniyasi. Parodontning qon bilan ta'minlanishi va trofikasidagi funksional o'zgarishlar kasallik patogenezida boshlang'ich omil sifatida qaraladi. Reoparodontologik tadqiqotlar tomir devori tonusining o'zgarishini tasdiqlaydi.

Proteoliz va kinin tizimi fermentlarining roli. Mikrosirkulyatsiyaning o'zgarishi qon, so'lak va tish cho'kmalarida proteoliz fermentlarining faollashishi bilan chambarchas bog'liq bo'lib, bu kinin tizimining faoliyatini kuchaytiradi.

Generallashtgan parodontitda quyidagilar aniqlanadi:

- kinin hosil qiluvchi fermentlar faolligining oshishi;
- kinin parchalovchi fermentlar (kininazalar) faolligining pasayishi;

- so‘lak va milkdagi proteinaza ingibitorlari miqdorining Ushbu o‘zgarishlar kininlar ta’siri va tish atrofi to‘qimalarining mikrosirkulyator o‘zanining shikastlanishi uchun zamin yaratadi.

Mikrosirkulyator o‘zanning morfologik o‘zgarishlari. Morfologik tadqiqotlar natijalari surunkali generallashgan parodontitning rivojlanishi jarayonida parodont mikrosirkulyator o‘zanining strukturaviy va funksional qayta tuzilishining bosqichma-bosqich xususiyatidan dalolat beradi. Aniqlangan o‘zgarishlar qon tomir reaksiyalarining izchil evolyutsiyasini aks ettiradi - funksional buzilishlardan tortib kasallikning qaytarilmas morfologik asosini shakllantiruvchi yaqqol organik shikastlanishlarga.

Patologik jarayonning dastlabki bosqichlarida kapillyarlar devori o‘tkazuvchanligining oshishi bilan kechadigan mikrotomirlar endoteliysi to‘siq funksiyasining buzilishi yetakchi namoyon bo‘ladi. Bu holat perivaskulyar bo‘shliqqa plazma oqsillari va qonning shaklli elementlarining chiqishiga yordam beradi, bu esa interstitsial shish rivojlanishini boshlaydi va biriktiruvchi to‘qimaning perivaskulyar hujayrali infiltratsiyasi shakllanishi uchun sharoit yaratadi.

Yallig‘lanish jarayoni zo‘rayib borgan sayin perivaskulyar o‘zgarishlar barqaror tus olib boradi va biriktiruvchi to‘qima arxitektonikasining buzilishi bilan birga davom etib boradi. Surunkali ekssudatsiya va hujayra infiltratsiyasi fibroblastlarning faollashishiga va hujayradan tashqari matriks komponentlarining ortiqcha cho‘kishiga olib keladi, bu morfologik jihatdan parodont to‘qimalarida fibroz o‘choqlarining shakllanishi bilan namoyon bo‘ladi. Bu o‘zgarishlar mikrotsirkulyator o‘zanning elastikligi va funksional to‘laqonliligini sezilarli darajada pasaytiradi, to‘qimalarning moslashish imkoniyatlarini cheklaydi.

Kasallikning terminal bosqichlarida tomir devori va atrofidagi biriktiruvchi to‘qimaning qo‘pol sklerotik o‘zgarishlari ustunlik qiladi, bu mikrotomirlar bo‘shlig‘ining torayishi yoki obliteratsiyasi bilan birga keladi. Sklerozning rivojlanishi regionar qon ta’minotining turg‘un buzilishiga, yaqqol to‘qima gipoksiyasiga va

metabolik jarayonlarning susayishiga olib keladi, bu esa ushbu o'zgarishlarni deyarli qaytarilmas holga keltiradi.

Ko'rsatilgan morfologik buzilishlar universal xarakterga ega bo'lib, parodontning barcha tarkibiy qismlarida aniqlanadi. Mikrosirkulyator oqimning shunga o'xshash o'zgarishlari nafaqat milk va periodont to'qimalarida, balki tish pulpasida ham aniqlanadi, bu qon tomir kasalliklarining tizimlilikini va ularning generallashtgan parodontitning klinik ko'rinishini shakllantirishdagi asosiy rolini ko'rsatadi.

Shunday qilib, mikrosirkulyator o'zandagi morfologik o'zgarishlarning bosqichma-bosqichligi - qon tomir o'tkazuvchanligining oshishi va perivaskulyar infiltratsiyadan fibroz va sklerozgacha - generallashtgan parodontitning klinik kechishining o'ziga xos xususiyatlarini, uning progressiv xususiyatini va faqat yallig'lanishni bartaraf etishga qaratilgan terapevtik ta'sirlarga chidamliligini belgilaydi.

Parodont to'qimalaridagi surunkali yallig'lanish jarayoni endotelial hujayralarning funksional holatining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan mikrosirkulyator oqimning chuqur o'zgarishlari bilan birga keladi. Mikrotomirlar endoteliysi tomirlar tonusi, o'tkazuvchanligi va qonning shaklli elementlari bilan o'zaro ta'sirini yetarli darajada tartibga solish qobiliyatini yo'qotadi, bu esa parodontning mintaqaviy qon ta'minotining doimiy yomonlashishiga olib keladi.

Yallig'lanish faollashuvi va oksidativ stress fonida endotelial azot oksidi ishlab chiqarilishining pasayishi vazokonstriksiya rivojlanishiga, qonning reologik xususiyatlarining buzilishiga va leykotsitlarning tomir devoriga yopishqoqligining oshishiga olib keladi. Ko'rsatilgan o'zgarishlar kapillyar staz va progressiv to'qima ishemiyasining shakllanishiga olib keladi, bu esa parodont hujayralariga kislorod va energetik substratlarning kirishini sezilarli darajada cheklaydi.

Uzoq muddatli kislorod tanqisligi sharoitida asosiy regulyatori HIF-1 α bo'lgan gipoksiya-indutsirlangan signal kaskadlari faollashadi. Uning faollashuvi to'qimalarning gipoksiyaga moslashuvi, shu jumladan angiogen omillarning kuchaygan ishlab chiqarilishi uchun mas'ul bo'lgan genlarning ifodasini qayta qurish bilan birga

keladi. Xususan, qon tomir endotelial o'sish omili (VEGF) ning yuqori ekspressiyasi kompensator xususiyatga ega va mikrosirkulyatsiyani tiklashga qaratilgan.

Biroq, yallig'lanish davom etayotgan sharoitda angiogenezning surunkali faollashuvi morfologik va funksional jihatdan zaif bo'lgan qon tomir tarmog'ining shakllanishiga olib keladi. Yangi hosil bo'lgan mikrotomirlar yuqori o'tkazuvchanlik, endotelial to'siq butunligining buzilishi va gemodinamikaning beqarorligi bilan tavsiflanadi, bu esa to'qimalarning qon bilan yetarli darajada ta'minlanishini ta'minlamaydi.

Tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi interstitsial suyuqlikning to'planishiga va to'qima shishining rivojlanishiga yordam beradi, bu esa kapillyarlarni qo'shimcha ravishda siqadi va gipoksik hodisalarni kuchaytiradi. Kislorod, ionlar va oziq moddalar transkapillyar transportining buzilishi biriktiruvchi to'qima hujayralari metabolik faolligining susayishiga, fibroblastlar va osteoblastlar funksional faolligining pasayishiga, regeneratsiya jarayonlarining sekinlashishiga olib keladi.

Natijada parodont tuzilmalarida parodont kollagen matriksining degradatsiyasi, biriktiruvchi to'qima arxitektonikasining buzilishi va alveolyar suyakda suyak hosil bo'lishining susayishi bilan kechadigan yaqqol distrofik va degenerativ o'zgarishlar shakllanadi. Ko'rsatilgan mikrosirkulyator va metabolik buzilishlar surunkali tarqalgan parodontitning morfologik asosini belgilaydi va uning progressiv kechishi va standart terapevtik ta'sirlarga chidamliligini belgilaydi.

Nazorat savollari

1. Tish karashi (blyashka) nima va u qanday hosil bo'ladi?
2. Tish yumshoq karashi va qattiq karashi (tish toshi) o'rtasidagi farq nimada?
3. Tish toshi qanday turlarga bo'linadi (supragingival va subgingival) va ularning farqi nimada?
4. Tish karashlarining parodont to'qimalariga ta'siri qanday?
5. Tish karashlarini aniqlash uchun qanday diagnostik usullar qo'llaniladi?

6. Tish karashlarining oldini olish va bartaraf etish usullari nimalardan iborat?

Test savollari

1. Tish karashlari farqlanadi:

1. yumshoq va qattiq*
2. yumshoq va mustahkam
3. pigmentlangan va pigmentlanmagan
4. pillikula va pilakcha
5. pilakcha va karash

2. Oq va yumshoq karashlar kelib chiqish sabablari:

1. noxush odatlar, og‘iz bo‘shlig‘i tozaligiga e‘tiborsizlik, tishlarning zichlashishi*
2. endokrin kasallik
3. gormonal buzilishlar, ovqat chaynashda qiyinchilik
4. homiladorlik, o‘tish davri
5. balog‘atgacha bo‘lgan davr

3. Priestley nazariyasi bo‘yicha yashil karashni keltirib chiqaruvchi sabab:

1. xlorofill hosil qiluvchi *Lichen dentalis* zamburug‘i*
2. chekish
3. sulfometgemoglobin shakllanish natijasida
4. tish kumushlash usuli
5. gormonal buzilish

4. Chekuvchilarda uchraydigan karash:

1. qoramtir-jigarrang*
2. qora, pushti rang
3. sariq, havorang
4. yashil, oq
5. jigarrang, qizil

5. Tish karashlarini olish usullari:

1. mexanik, kimyoviy, fizik*
2. chayish
3. plombalash
4. oddiy, kombinatsiyalashgan
5. applikatsiya

6. Mexanik usulda tish toshini olishdagi asosiy instrument:

1. o‘tkir ekskavator*
2. zond

3. gladilka
4. shpatel
5. shtopfer

7. Tish toshini olinganligining samaradorligi aniqlanadi:

1. bo'yash usuli bilan*
2. kyuretaj qoshiqchasi yordamida
3. RMA indeksi bilan
4. Kulajenko usuli
5. rezorsin-formalin metodi

8. Tish karashlarini olib tashlashdagi tishga yakuniy ishlov berish uchun pasta:

1. detartrin*
2. jemchug
3. kolgeyt
4. blendamed
5. krezodent

Vaziyatli masalalar

1. 50 yoshli bemorda milk oqarib ketgan, yallig'lanish kam, diffuz suyak kamayishi bor.

Tashxis:

A) Parodontit

B) Gingivit

C) Parodontoz *

D) Stomatit

E) Kista

2. Parodontoz uchun xos:

A) Yiring

B) Kuchli yallig'lanish

C) Distrofik jarayon*

D) O'tkir og'riq

E) Oqartirish

3. Parodontozda parodontal choʻntaklar:

A) Chuqur

B) Yiringli

C) Odatda yoʻq yoki sayoz *

D) Oqartirilgan

E) Granulyatsiyali

4. Parodontozni parodontitdan farqlovchi belgi:

A) Tish qimirlashi

B) Oqartirilgan milk

C) Yalligʻlanish belgilarining yoʻqligi *

D) Oqartirish

E) Oqartirilgan tish

Xulosa

Ushbu bobda parodont kasalliklarining etiologik omillari va patogenez mexanizmlari keng yoritildi. Kasallikning asosiy sababi sifatida mikrobiologik omillar, xususan dental biofilmning yetakchi roli, shuningdek, mahalliy va umumiy predispozitsiya qiluvchi omillar tahlil qilindi.

Parodont toʻqimalarida yalligʻlanish jarayonining rivojlanishi mikroorganizmlar va organizmning immun javobi oʻrtasidagi murakkab oʻzaro taʼsir natijasi ekanligi koʻrsatildi. Sitokinlar kaskadi, toʻqima destruksiya va suyak rezorbsiyasi kabi patogenetik jarayonlar kasallikning klinik kechishini belgilab beradi.

Shunday qilib, parodont kasalliklarining etiologiyasi va patogenezini chuqur oʻrganish ularning rivojlanish mexanizmlarini tushunish, erta diagnostika va samarali davolash yondashuvlarini ishlab chiqish uchun muhim ilmiy va amaliy asos boʻlib xizmat qiladi.

6-bob Parodontning yallig‘lanishli-destruktiv kasalliklari

Parodontning yallig‘lanish kasalliklari patologik holatlar guruhi bo‘lib, ularning asosida ekzogen va endogen omillar majmuasi ta‘sirida shakllanadigan qon tomir-to‘qima buzilishlari yotadi. N.F.Danilevskiy tomonidan taklif etilgan tasnifiy yondashuvga ko‘ra, ushbu kasalliklar asosan mikrosirkulyator oqimning shikastlanishi va keyinchalik parodont to‘qimalarida yallig‘lanish reaksiyalari kaskadining rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

Parodontning yallig‘lanish kasalliklarida patologik jarayon mikrotomir tizimining funksional buzilishlari bilan boshlanadi, bu regionar gemodinamikaning buzilishi, tomir o‘tkazuvchanligining o‘zgarishi va to‘qima qon oqimining buzilishi bilan namoyon bo‘ladi. Bu o‘zgarishlar kasallikning morfologik va klinik manzarasini ketma-ket shakllantiradigan alterativ jarayonlar, eksudatsiya va proliferatsiya rivojlanishi uchun sharoit yaratadi.

Parodontning yallig‘lanishli zararlanishlarining etiologik bir xil emasligi ularning rivojlanishining patogenetik mexanizmlarining xilma-xilligini belgilaydi. Travmatik omillar (mexanik, fizik, kimyoviy) qon tomir-to‘qima tuzilmalarining birlamchi shikastlanishiga, infeksiya agentlar mahalliy immunitetning faollashishiga va surunkali yallig‘lanishni saqlab turishga, allergik reaksiyalar qon tomir regulatsiyasining buzilishiga va kapillyarlar o‘tkazuvchanligining oshishiga, somatik patologiya esa parodont holatida aks etuvchi tizimli mikrosirkulyator va metabolik buzilishlarga olib keladi.

Morfologik nuqtayi nazardan parodontning yallig‘lanish kasalliklari yallig‘lanish reaksiyasining turli variantlari bo‘yicha rivojlanadi. Ba‘zi hollarda to‘qimalarning kuchli shishi, giperemiyasi va infiltratsiyasi bilan kechadigan eksudativ jarayonlar ustunlik qiladi; boshqalarida - nekrotik shikastlanishlar rivojlanishi bilan kechuvchi alterativ o‘zgarishlar; uchinchilarida - biriktiruvchi to‘qima giperplaziyasi va parodontning strukturaviy qayta qurilishiga olib keladigan proliferativ reaksiyalar.

Yallig‘lanishning u yoki bu tarkibiy qismining ustunligi kasallikning klinik shaklini va uning kechish xususiyatlarini belgilaydi.

Kechish tabiatiga ko‘ra yallig‘lanish jarayoni o‘tkir, surunkali yoki qaytalanuvchi xarakterga ega bo‘lishi mumkin, bu mikrosirkulyator va to‘qima buzilishlarining kompensatsiya darajasini aks ettiradi. Surunkali kechish parodontning moslashuv imkoniyatlarini asta-sekin yo‘qotishi, turg‘un tomir va biriktiruvchi to‘qima o‘zgarishlarining shakllanishi va yallig‘lanishning yuzaki shakllarining chuqurroq shikastlanishlarga o‘tish xavfining oshishi bilan birga kechadi.

Topografik tarqalish nuqtayi nazaridan patologik jarayon parodontning yuza tuzilmalari - tishlararo so‘rg‘ichlar va milk bilan chegaralanishi yoki periodont va alveolyar suyakni qamrab olgan holda chuqur to‘qimalarga tarqalishi mumkin. Yallig‘lanishning generallashgan tabiati mikrosirkulyator va immun buzilishlarning tizimlilikini ko‘rsatadi va kasallikning yanada og‘ir va progressiv kechishi bilan bog‘liq.

Parodont yallig‘lanish kasalliklarining klinik shakllari - papillit, gingivit va mahalliy (local) parodontit yagona patogenetik mexanizmni amalga oshirishning turli bosqichlari va variantlari hisoblanadi. Ularning farqi to‘qimalarning shikastlanish chuqurligi, qon tomir-yallig‘lanish o‘zgarishlarining yaqqolligi va parodontning strukturaviy dezorganizatsiyasi darajasi bilan belgilanadi. Shu bilan birga, mahalliy parodontit yallig‘lanish jarayonining chuqur to‘qimalarga o‘tishi va doimiy mikrosirkulyator buzilishlar va dastlabki destruktiv o‘zgarishlarning shakllanishi bilan tavsiflanadi.

Shunday qilib, parodontning yallig‘lanish kasalliklarini mikrosirkulyatsiya, endotelial regulyatsiya va to‘qima gomeostazining buzilishiga asoslangan dinamik patologik jarayon sifatida ko‘rib chiqish kerak. Aynan shu mexanizmlar kasallik shakllarining klinik-morfologik xilma-xilligini, ularning kechish xususiyatlarini va parodontning surunkali destruktiv shikastlanishlariga o‘tish imkoniyatini belgilaydi.

Parodontning yallig‘lanish kasalliklari ekzogen va endogen omillar majmuasining ta’siri natijasida rivojlanadi, ularning patogen potensialini amalga oshirish parodont to‘qimalarining moslashuv-kompensator imkoniyatlarining oshishi va organizmning

umumiy va mahalliy reaktivligining pasayishi bilan mumkin bo‘ladi. Yallig‘lanish jarayonining shakllanishi faqat shikastlovchi ta’sirning tabiati bilan emas, balki mikrotsirkulyatsiya, immun reaktivlik va to‘qima gomeostazining holati bilan ham belgilanadi.

Parodont yallig‘lanish kasalliklarining etiologik omillari shartli ravishda mahalliy va umumiy omillarga bo‘linadi, ammo klinik amaliyotda ular odatda alohida emas, balki o‘zaro bog‘liq holda ta’sir qiladi va bir-birining patogen ta’sirini kuchaytiradi.

Parodontning qon tomir-to‘qima tuzilmalarining birlamchi shikastlanishini boshlaydigan mexanik, kimyoviy, fizik va biologik ta’sirlar yetakchi mahalliy omillar qatoriga kiradi. Mexanik shikastlanish o‘tkir yoki surunkali bo‘lib, epitelial to‘siq butunligining buzilishi, mikrotsirkulyator o‘zanning shikastlanishi va mahalliy yallig‘lanish reaksiyasining rivojlanishi bilan kechishi mumkin. Parodont to‘qimalarining o‘tkir shikastlanishi qattiq jismlar ta’sirida, yuz-jag‘ sohasi jarohatlarida, stomatologik va ortodontik muolajalar natijasida yuzaga keladi. Yemirilgan tishlarning o‘tkir qirralari, osilib turgan restavratsiyalar, tish karashlari, tishlar va tishlov joylashuvi anomaliyalari bilan bog‘liq surunkali mexanik zo‘riqish parodont funksional muvozanatining uzoq muddatli buzilishiga, chaynov yuklamasining qayta taqsimlanishiga va turg‘un mikrosirkulyator buzilishlarning shakllanishiga olib keladi.

Kimyoviy shikastlovchi omillar hujayra metabolizmining buzilishi va to‘qimalarning koagulyatsiyasi yoki kollikvatsiyasi tufayli parodont to‘qimalariga sezilarli darajada destruktiv ta’sir ko‘rsatadi. Moddaning konsentratsiyasi, kontaktning davomiyligi va organizmning individual sezuvchanligiga qarab, kimyoviy ta’sir yuzaki yallig‘lanish o‘zgarishlarini ham, alveolyar suyakni jalb qilgan holda chuqur nekrotik shikastlanishlarni ham keltirib chiqarishi mumkin. Kollikvatsion nekroz va to‘qimalarning keng tarqalgan shikastlanishiga olib keladigan ishqorlar alohida xavf tug‘diradi.

Fizik omillar, jumladan, ekstremal harorat ta’siri, elektr toki va ionlashtiruvchi nurlanish to‘qimalar butunligining buzilishiga, mikrosirkulyator o‘zanning shikastlanishiga va yallig‘lanish-destruktiv jarayonlarning rivojlanishiga olib keladi. Shu bilan birga, patologik o‘zgarishlarning yaqqolliги kataral yallig‘lanishdan chuqur

yarali-nekrotik zararlanishlargacha o'zgarib turadi, bu ta'sirning intensivligi va davomiyligi, shuningdek bemorning yosh va individual xususiyatlari bilan belgilanadi.

Mahalliy etiologik omillar orasida mexanik, kimyoviy va biologik shikastlovchi ta'sirni birlashtirgan tish karashlari alohida o'rin tutadi. Tish karashi va tish toshining mikroba jamoalari toksinlar, fermentlar va metabolitlar ishlab chiqarish orqali parodontning epitelial baryer va biriktiruvchi to'qima tuzilmalariga bevosita ta'sir ko'rsatadi. Bakterial kelib chiqishga ega bo'lgan proteolitik fermentlar, shu jumladan gialuronidaza va kollagenaza hujayradan tashqari matriks tarkibiy qismlarining parchalanishiga, biriktiruvchi to'qima butunligining buzilishiga va yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga yordam beradi. Baryer epiteliysining birlamchi shikastlanishi yallig'lanish reaksiyasining chuqurlashishi va mikrosirkulyator tizimning jalb qilinishi uchun sharoit yaratadi.

Parodontning yallig'lanish kasalliklari patogenezining muhim bo'g'ini mikroblar agressiyasiga javoban immun mexanizmlarning faollashuvidir. Shartli patogen mikrofloraning ko'payishi va uning virulentlik xususiyatlarining kuchayishi hujayraviy va gumoral immun reaksiyalarining rivojlanishi bilan birga kechadi, ularning ifodalanish darajasi yallig'lanish jarayonining og'irligi bilan bog'liq. Kasallikning surunkali kechishida yallig'lanishni qo'llab-quvvatlashga va parodontning o'z to'qimalariga zarar yetkazishga yordam beradigan immunitet reaksiyasining nomutanosibli shakllanadi.

Umumiy omillar parodont yallig'lanish kasalliklarining shakllanishi va rivojlanishida muhim rol o'ynaydi, to'qimalarning moslashish imkoniyatlarini pasaytiradi va ularning reaktivlik xususiyatini o'zgartiradi. O'tkazilgan yuqumli kasalliklar, surunkali somatik patologiya, metabolik buzilishlar va gipovitaminozlar mikrosirkulyator, metabolik va immun buzilishlarning rivojlanishiga olib keladi, bu esa parodont holatida o'z aksini topadi. Klinik kuzatuvlar parodont to'qimalaridagi yallig'lanish o'zgarishlarining og'irligi organizmdagi tizimli kasalliklarning tabiati va kechishiga bog'liqligini tasdiqlaydi.

Patofiziologik nuqtai nazardan parodontning yallig'lanish kasalliklari shikastlovchi omil va to'qimalarning javob reaksiyalarining o'zaro ta'siri natijasida rivojlanadi. Ta'sirning o'rtacha intensivligi va cheklangan davomiyligida patologik jarayon, odatda, parodontning yuzaki tuzilmalari bilan cheklanadi. Etiologik

omillarning ta'sir kuchi va davomiyligining oshishi funksional va strukturaviy buzilishlarning kuchayishi, chuqur to'qimalarning jalb qilinishi va parodontal kompleksning barcha tarkibiy qismlarida destruktiv o'zgarishlarning shakllanishi bilan birga keladi.

Shunday qilib, parodont yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi va patogenezini ko'p omilli va ko'p darajali jarayon bo'lib, uning asosida kasallik shakllarining klinik xilma-xilligi va ularning kechish xususiyatlarini belgilaydigan mikrosirkulyatsiya, to'qima gomeostazi va immunitet boshqaruvining buzilishi yotadi.

6.1. Kataral gingivit

Gingivit parodont yallig'lanish patologiyasining eng keng tarqalgan shakli bo'lib, ko'pincha bolalar, o'smirlar va yoshlarda mustaqil kasallik sifatida namoyon bo'ladi. Gingivit asosida mahalliy va umumiy omillar kompleksi ta'sirida rivojlanadigan va tish-milk birikmasining butunligi buzilmagan holda kechadigan milkning izolyatsiyalangan yallig'lanish yotadi.

Milkda yallig'lanish jarayonining rivojlanishi ko'p jihatdan organizmning umumiy reaktivligi holati bilan belgilanadi. Endokrin, yurak-qon tomir va qon aylanish tizimlarining funksional buzilishlari, oshqozon-ichak trakti kasalliklari, gipovitaminozlar, allergik va yuqumli jarayonlar, shuningdek, gormonal qayta qurish bilan birga keladigan fiziologik holatlar tufayli nospetsifik rezistentlikning pasayishi mahalliy shikastlovchi omillarni amalga oshirish uchun shart-sharoit yaratadi. Ko'rsatib o'tilgan umumiy buzilishlar gingivitning kelib chiqishiga yordam beribgina qolmay, balki uning surunkali kechishini ham ta'minlaydi.

Yallig'lanishning boshlanishi va saqlanishida mahalliy omillar yetakchi rol o'ynaydi, ular orasida og'iz bo'shlig'ining qoniqarsiz gigiyenasi va u bilan bog'liq mikroba bioplyonkasining to'planishi alohida ahamiyatga ega. Tish karashlari va tish toshlari milk to'qimalariga kompleks shikastlovchi ta'sir ko'rsatib, mexanik ta'sirlanish bilan birga mikroba metabolizmi mahsulotlarining kimyoviy va biologik ta'sirini qo'shib olib boradi. Qo'shimcha mahalliy omillarga tish-jag' tizimining anomaliyalari va deformatsiyalari, restavratsiya nuqsonlari, kontakt yuzalarining karioz bo'shliqlari, parodont to'qimalarining mexanik, kimyoviy va radiatsion shikastlanishlari kiradi. Bir qancha hollarda mahalliy travma gingivit boshlanishiga bevosita sabab bo'ladi.

Milkdagi yallig‘lanishning klinik ko‘rinishlari giperemiya, shish, qon ketish, yara paydo bo‘lishi, to‘qimalar gipertrofiyasi, shuningdek jarayonning tarqalish tabiati va davomiyligini o‘z ichiga olgan obyektiv va subyektiv belgilar majmuasi bilan baholanadi. Bir yoki bir nechta tishlararo so‘rg‘ichlarning cheklangan shikastlanishi ko‘pincha mahalliy qo‘zg‘atuvchi omillar, masalan, tish karashlari, plomba nuqsonlari, harakatchan sut tishlari yoki qisman so‘rilgan ildizlarning o‘tkir qirralari bilan bog‘liq. Shikastlanish hajmiga qarab, yallig‘lanish jarayoni bir nechta yoki barcha tishlar sohasida milkni jalb qilganda papillit yoki gingivit sifatida tashxis qo‘yiladi.

Gingivitning og‘irlik darajasi mahalliy yallig‘lanish o‘zgarishlarining og‘irligi bilan ham, patologik jarayonning tarqalishi bilan ham belgilanadi. Yengil kechishida yallig‘lanish asosan tishlararo so‘rg‘ichlar sohasida joylashadi; o‘rtacha og‘irlikda jarayonga erkin (marginal) milk jalb qilinadi; og‘ir darajadagi gingivit yallig‘lanish o‘zgarishlarining butun milkka, shu jumladan uning biriktirilgan (alveolyar) qismiga tarqalishi bilan tavsiflanadi. Tish-milk birikmasi buzilmagan bo‘lsa-da, shish va tishlararo so‘rg‘ichlar hajmining oshishi milk egatining chuqurlashishiga va milk cho‘ntagi deb ataladigan holatning shakllanishiga olib keladi.

Tarqalishiga ko‘ra, yallig‘lanish jarayoni bir guruh tishlar bilan chegaralanib, mahalliy xususiyatga ega bo‘lishi yoki ikkala jag‘ning barcha tishlari sohasida alveolyar o‘simta shilliq qavatining shikastlanishi bilan umumiy oqimga ega bo‘lishi mumkin. Bir qator hollarda yallig‘lanish asosan bitta jag‘da, ko‘pincha pastki jag‘da joylashishi va ekssudativ komponent ustunligi bilan kechishi mumkin.

Klinik-morfologik va patofiziologik xususiyatlarni hisobga olgan holda, gingivitning kataral, gipertrofik, yarali va atrofik shakllari farqlanadi, ularning har biri yallig‘lanish reaksiyasining ma’lum bir tarkibiy qismining ustunligini aks ettiradi.

Eng keng tarqalgan shakli kataral gingivit bo‘lib, u ekssudativ jarayonlarning ustunligi bilan tavsiflanadi. Bemorlar milk sohasidagi noqulaylik, qichishish, og‘izdan yoqimsiz hid kelishi, ovqatlanish va gigiyenik muolajalar paytida qon ketishidan shikoyat qilishadi. Surunkali jarayonning o‘tkir kechishi yoki zo‘rayishi davrida og‘riq sezgilari mexanik va kimyoviy qo‘zg‘atuvchilar ta’sirida kuchayadi. Umumiy ahvol, odatda, biroz yomonlashadi, ammo kuchli yallig‘lanish bosqichida holsizlik va subfebril harorat paydo bo‘lishi mumkin.

O'tkir kataral gingivit morfologik va klinik jihatdan milk to'qimalarining yaqqol giperemiyasi, shishishi va og'riqliligi, uning funksional holatining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Yallig'lanish o'zgarishlari milk cheti va tishlararo so'rg'ichlar asosida yaqqol namoyon bo'ladi. Shish natijasida milk relyefi o'zgaradi: so'rg'ichlar o'ziga xos o'tkir uchli shaklini yo'qotadi, gumbazsimon bo'lib qoladi va hajmi kattalashadi, bu esa milk cho'ntaklarining shakllanishiga yordam beradi. Milk paypaslab ko'rilganda og'riydi va ozgina mexanik ta'sir ko'rsatilganda ham oson qonaydi.

Shunday qilib, gingivit parodont yallig'lanish patologiyasining boshlang'ich va potensial qaytar shakli bo'lib, unda mikrosirkulyatsiya, qon tomir o'tkazuvchanligi va mahalliy immunitetning buzilishi asosiy rol o'ynaydi. Etiologik omillar va patogenetik mexanizmlarni o'z vaqtida korreksiya qilmaslik jarayonning surunkalashuviga olib keladi va parodontning yanada chuqur destruktiv zararlanishiga zo'rayishiga sharoit yaratadi.

Gingivitning kechishi sanatsiya qilinmagan og'iz bo'shlig'ida sezilarli darajada og'irlashadi, chunki mikrobl va mexanik omillarning doimiy ta'siri yallig'lanish reaksiyasini qo'llab-quvvatlaydi va milk to'qimalarida reparativ jarayonlarga to'sqinlik qiladi. Surunkali mahalliy qo'zg'atuvchilar - karioz bo'shliqlarning o'tkir qirralari, plombalarning osilib turgan qirralari, tishlarning yalang'ochlangan ildizlari, ortodontik elementlar mavjud bo'lgan joylarda epitelial qoplamaning yaxlitligini buzish uchun sharoitlar shakllanadi. Bu eroziyalangan yuzalarning paydo bo'lishiga olib keladi, mikrofloraning kirish darvozasi bo'lib xizmat qiladi va yallig'lanishning ekssudativ ko'rinishlarini kuchaytiradi.

O'tkir yallig'lanish jarayonida og'iz bo'shlig'ining o'z-o'zini tozalash uchun fiziologik qobiliyati pasayadi, bu yumshoq tish karashining tez to'planishi va keyinchalik uning tish toshiga minerallashuvi bilan birga keladi. Ko'rsatilgan o'zgarishlar bakterial yukning ko'payishiga, yallig'lanish mediatorlarining faollashishiga va patologik jarayonning cho'zilishiga yordam beradi.

O'tkir gingivitning klinik kechishi ko'p jihatdan shikastlovchi omilning tabiati bilan belgilanadi. Chunonchi, mexanik travmada bevosita ta'sir ko'rsatadigan joyda milk epiteliysi butunligi shilinishlar, yoriqlar, to'qimalarning teshilishi yoki yirtilishi ko'rinishida buzilib, ko'pincha mikrosirkulyator o'zan tomirlari zararlanishi va

gematomalar paydo bo'lishi bilan birga davom etib boradi. Bunday o'zgarishlar, ayniqsa, tishlarning yorib chiqishi va almashinuvi davriga xos bo'lib, bunda shilliq qavatning shikastlanishi takrorlanuvchi xarakterga ega bo'ladi.

Milkning termik shikastlanishi turli darajadagi kuyishning klinik ko'rinishi bilan namoyon bo'ladi. I darajali kuyishda kuchli og'riq va achishish bilan kechadigan o'tkir kataral yallig'lanish rivojlanadi; bunda epiteliyning xiralashishi va keyinchalik uning deskvamatsiyasi bilan bog'liq bo'lgan oqish plyonka paydo bo'ladi. II darajali kuyishlar seroz yoki seroz-gemorragik ekssudat bilan to'lgan yakka yoki ko'plab pufakchalar hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. Ular yorib ko'rilganidan keyin fibrinoz karash bilan qoplangan eroziv yuzalar hosil bo'ladi. III darajali kuyishda kataral hodisalardan tashqari, maksimal termik ta'sir zonasida chuqur yarali nuqsonlar shakllanadi, ularning bitishi ko'pincha to'qimalarning chandiqlanishi bilan birga kechadi. Past harorat ta'sirida ham milk kataral yallig'lanishi, og'irroq hollarda esa epiteliyning deskvamatsiyasi va eroziyalar hosil bo'lishi mumkin.

Milkning kimyoviy shikastlanishi agressiv moddaning tabiatiga bog'liq bo'lgan o'ziga xos klinik ko'rinishlari bilan ajralib turadi. Kislotalar ta'sir qilganida yuza koagulyatsion nekroz boshlanib, qalin kulrang-sariq parda ko'rinishida ko'zga tashlanadi, bu parda tagidagi to'qimalarga mahkam yopishib turadi. Bundan farqli o'laroq, ishqorlar ta'sirida kuyish kollikvatsion (nam) nekrozning shakllanishiga olib keladi, bu patologik jarayonning milk to'qimalari yuzasi bo'ylab ham, ichkariga ham tez tarqalishi bilan tavsiflanadi, bu yallig'lanishning og'irroq va uzoqroq kechishiga sabab bo'ladi.

Yuz-jag' sohasi o'smalarini nur bilan davolashda, radioaktiv moddalar inkorporatsiyasida yoki organizmning umumiy nurlanishida yuzaga keladigan ionlashtiruvchi nurlanish ta'siri radiatsion gingivitning diffuz shakllari rivojlanishiga olib keladi. Patologik jarayon asosida epiteliy va mikrosirkulyator o'zan tomirlarining zararlanishi yotadi, bu narsa sezilarli endotelial disfunktsiya, reparativ jarayonlarning susayishi va milk to'qimalari trofikasining buzilishi bilan birga davom etib boradi.

Klinik jihatdan nurli gingivit keskin kserostomiya, og'iz bo'shlig'ida qichishish va achishish hissi, ba'zi hollarda turli intensivlikdagi paresteziyalar bilan namoyon bo'ladi. Kataral yallig'lanish fonida oqish pardalar hosil bo'lishi bilan epiteliyning

diffuz deskvamatsiyasi kuzatiladi, ular ko‘chib tushgandan so‘ng keng eroziyalangan yuzalar shakllanadi. Mahalliy himoya omillarining pasayishi va immun javobning susayishi og‘iz bo‘shlig‘ining shartli patogen mikroflorasi bilan ikkilamchi infeksiyalanishi uchun qulay sharoit yaratadi, bu esa torpid kechish bilan og‘ir, uzoq vaqt bitmaydigan milkning yarali shikastlanishlari rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Surunkali kataral gingivit uzoq davom etadigan, kam simptomli kechishi va etiologik omillar ta‘siri saqlanib qolgan holda zo‘rayib borishga moyilligi bilan ta‘riflanadi. Bemorlarning shikoyatlari odatda kam yoki umuman yo‘q bo‘lib, bu ko‘pincha stomatologik yordamga kech murojaat qilishga sabab bo‘ladi. Yallig‘lanish jarayoni tishlararo so‘rg‘ichlar va marginal milk bilan chegaralanishi yoki milkning butun alveolyar qismiga tarqalishi mumkin; tarqalishi bo‘yicha u mahalliy va generallashtirilgan turlarga bo‘linadi.

Obyektiv ko‘rikda o‘rtacha shish, sianotik tusli yengil giperemiya, milk to‘qimalarining qalinlashishi aniqlanadi. Alohida sohalarda epiteliyning deskvamatsiya o‘choqlari va yakka eroziyalar, ko‘pincha tishlararo so‘rg‘ichlar cho‘qqisi sohasida aniqlanishi mumkin. Arzimagan mexanik ta‘sir ham qon ketishi bilan kechadi, bu tomir devorining o‘tkazuvchanligi oshganligidan va mikrosirkulyatsiya buzilganligidan dalolat beradi. Marginal milk shishi natijasida tish-milk birikmasi butunligi saqlangan holda milk cho‘ntaklari shakllanadi. Milkning og‘rishi va qonashi bemorlarni gigiyenik muolajalarni cheklashga majbur qiladi, bu esa yumshoq tish karashining ko‘payishiga va yallig‘lanish jarayonining yanada kuchayishiga olib keladi.

Karash ko‘pincha ovqat, qon, tamaki tutuni tarkibiy qismlari bilan pigmentatsiyaga uchraydi; bolalarda tishlarning bo‘yin qismida ko‘pincha zich bo‘yalgan (yashil) karash aniqlanadi. Bemorlarning umumiy ahvoli, odatda, yomonlashmaydi, periferik qon ko‘rsatkichlarida o‘zgarishlar bo‘lmaydi. Rentgenologik jihatdan alveolyar o‘siqning suyak to‘qimasi normal tuzilishni saqlab qoladi, ammo kasallik uzoq davom etganda alveolalararo to‘siqlar sohasida osteoporotik o‘zgarishlar rivojlanishi va periodontal yoriqning o‘rtacha kengayishi mumkin, bu suyak to‘qimasi trofikasining dastlabki buzilishlarini aks ettiradi.

Surunkali kataral gingivit bilan ogʻrigan bolalarda dinamik kuzatuvlar asosida yalligʻlanish oʻzgarishlarining ogʻirligini aks ettiruvchi kasallikning toʻrtta darajasi ajratiladi: boshlangʻich, I, II va III.

Boshlangʻich darajasi subyektiv shikoyatlarning yoʻqligi bilan tavsiflanadi. Klinik jihatdan milk cheti va tishlararo soʻrgʻichlar choʻqqisida yengil shish va sianotik tusli kuchsiz giperemiya aniqlanadi. Toʻqimalar turgori saqlangan, milk soʻrgʻichlari zich, qon ketish faqat mexanik taʼsirlashda paydo boʻladi.

Kasallikning I darajasida bemorlar shikoyat qilmaydilar yoki tishlarini yuvganda yoki ovqatlanganda bir oz qon ketishini qayd etadilar. Obyektiv ravishda milk cheti va soʻrgʻichlarining oʻrtacha giperemiyasi va sianozi aniqlanadi, bu ularning konturlarining sezilarli shishishi va silliqlashishi bilan birga keladi.

II daraja klinik koʻrinishlarning kuchayishi bilan tavsiflanadi: qon ketish yengil teginishda paydo boʻladi, koʻpincha ogʻriq, qichishish va milk sohasida noqulaylik paydo boʻladi. Koʻzdan kechirilganda milk cheti, tishlararo soʻrgʻichlar, baʼzan alveolyar milkda keskin ifodalangan sianoz bilan diffuz giperemiya aniqlanadi. Soʻrgʻichlar boʻshashadi, ularning relyefi tekislanadi, marginal milk qalinlashishiga moyillik kuzatiladi.

Surunkali kataral gingivitning III darajasi uchun yalligʻlanishning barcha belgilarining maksimal darajada ifodalanganligi xosdir. Qon ketishi doimiy tus oladi va koʻpincha oʻz-oʻzidan paydo boʻladi. Diffuz turgʻun sianoz, notekis ifodalangan shish, valiksion oʻsimtalar shakllanishi bilan milk chetining sezilarli qalinlashishi kuzatiladi. Zoʻrayish davrida kasallikning klinik manzarasi oʻtkir kataral gingivit belgilariga ega boʻladi, bunda yalligʻlanish jarayonining faollashuvini aks ettiruvchi ekssudativ hodisalar birinchi oʻringa chiqadi.

Kataral gingivit bilan ogʻrigan bemorlarni batafsil klinik va laboratoriya tekshiruvdan oʻtkazganda, parodont toʻqimalarida oʻziga xos funksional oʻzgarishlar kuzatiladi. Shunday qilib, Shiller-Pisarev sinamasi musbat boʻlib chiqadi, bu esa milk epitelial hujayralarining kuchaygan vaskulyarizatsiyasi va faolligini aks ettiradi. Yasinovskiy usuli boʻyicha leykotsitlarning ogʻiz boʻshligʻiga migratsiyasi oshgan, bu immun javob hujayralarining safarbarligidan dalolat beradi. Kulajenko boʻyicha vakuum sinamasida milk kapillyarlarining turgʻunligi pasaygan, milk suyuqligi miqdori

esa oshgan, bu tomir devorining o'tkazuvchanligi oshganligini va ekssudativ jarayonlar faollashganligini ko'rsatadi.

Milkdagi kislorod tarangligi (polyarografik usul bo'yicha) yallig'lanish jarayonining surunkali kechishida pasaygan bo'lib, to'qimalarning nisbiy gipoksiyasini aks ettiradi, o'tkir va zo'raygan surunkali gingivitda esa, aksincha, qon oqimi va ekssudatsiyaning kuchayishi natijasida kompensator giperoksiya kuzatiladi.

Reoparodontografiya usulida mikrosirkulyator oqimning o'ziga xos o'zgarishlari aniqlanadi: reografik egri chiziqning keskin ko'tarilishi, yumaloqlangan cho'qqi, silliqqlangan dikrotik to'lqin. Reografik indeks 0,03-0,05 Om oralig'ida o'zgarib turadi; periferik tomirlar tonusi 17-19% ni tashkil qiladi; periferik qarshilik indeksi - 100-110%; elastiklik indeksi - 60-70%, bu tomir devorining yuqori qattiqligi va cheklangan tomir reaktivligini aks ettiradi.

Patomorfologik ko'rinish epiteliyning yuza qatlamlari shoxlanishining buzilishi va tikanaksimon qavat hujayralarida glikogen to'planishi bilan tavsiflanadi. Shilliq qavat xususiy plastinkasining biriktiruvchi to'qimasida yaqqol shish, qon va limfa kapillyarlarining kengayishi ustunlik qiladi. Qon tomir devorlari va perivaskulyar soha tarkibi kislotali glikozaminoglikanlar bilan to'yingan, mayda va yirik o'choqli limfotsitar-plazmotsitar infiltratlar aniqlanadi.

Surunkali kataral gingivitda epiteliyning muguzlanishi buziladi, tikansimon qavat hujayralarining parakeratozi va vakuol distrofiyasi kuzatilib, ularda o'rtacha miqdorda glikogen to'planadi. Biriktiruvchi to'qimada mayda hujayrali limfotsitar infiltratlar hosil bo'ladi va to'qima bazofillari soni ko'payadi. Kollagen tolalar distrofik o'zgargan, yo'g'onlashgan va dag'al tutamlarga qo'shilib ketgan. Patologik manzara zo'rayish davrlari bilan kechuvchi surunkali nospetsifik yallig'lanishga mos keladi.:

Kompleks davolash tamoyillari:

Kataral gingivit va kataral papillitni davolash kompleks bo'lishi, jumladan etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiyani o'z ichiga olishi kerak.

Etiotrop terapiya shikastlovchi omillarni bartaraf etishga qaratilgan:

- Mahalliy: tish karashi, tish toshi, plomba va protez nuqsonlari, karies kovaklari, tish ildizlarini shikastlovchi va boshqalar.
- Umumiy: somatik kasalliklarni tuzatish, immunitet holatini normallashtirish.

Majburiy tarkibiy qism bemorni og'iz bo'shlig'ining oqilona gigiyenasiga o'rgatishdir. O'tkir yallig'lanishda yumshoq tukli tish cho'tkalaridan foydalanish, shuningdek, jarayonning xususiyatiga qarab antiseptik yoki gipertonik eritmalar bilan chayish tavsiya etiladi.

Patogenetik terapiya yallig'lanish kaskadining turli bo'g'inlariga ta'sir ko'rsatishga qaratilgan:

- Og'riqni kamaytirish uchun sitral, propolis (bir stakan suvga 20-50 tomchi spirtli eritma) eritmaları bilan chayish, mahalliy anestetiklar (anestezin, lidokain, trimekain) applikatsiyalari, kuchli og'riqda esa tizimli analgetiklar qo'llaniladi.
- Yallig'lanish reaksiyasini susaytirish uchun membranani barqarorlashtiruvchi ta'sirga ega preparatlar (salitsilatlar, natriy mefenaminat), proteoliz ingibitorlari (trasilol, kontrikal), shuningdek, yallig'lanishga qarshi mediatorlar sintezini rag'batlantiruvchi vositalar (C, P vitaminlari, kalsiy pantotenat, prodigiozan) buyuriladi.
- Mikrosirkulyatsiyaning buzilishi antikoagulyantlar (geparin, fibrinolizin) va antitrombotsitar vositalar (natriy salitsilat, natriy mefenaminat) bilan korreksiyalanadi.
- Mikroflora asosiy rol o'ynaganligi sababli, antiseptiklar (etakridin laktat), nitrofurani hosilalari (furatsilin, furagin), kamroq - antibiotiklar va sulfanilamidlar yallig'lanish o'choqlariga chayish va applikasiya shaklida ko'rsatilgan.

Simptomatik terapiya - noqulaylik, shish va qon ketishini kamaytirish, tish-jag' apparati funksiyasini normallashtirish va og'iz bo'shlig'ining fiziologik o'z-o'zini tozalashini qo'llab-quvvatlash choralarini o'z ichiga oladi.

Yallig'lanish jarayonining reparativ bosqichi va kataral gingivitni davolash.

Yallig'lanishning reparativ bosqichida asosiy e'tibor parodontning himoya va tiklanish mexanizmlarini rag'batlantirishga qaratiladi. Buning uchun fagositlar faolligini oshiruvchi preparatlar, masalan, lizotsim, shuningdek, tomir devorini mustahkamlash va kollagen almashinuvini tartibga solish uchun zarur bo'lgan vitaminlar - askorbin kislotasi, vitamin P buyuriladi. To'qimalar regeneratsiyasini rag'batlantiruvchi vositalar, masalan, pirimidin asosli preparatlar (metiluratsil, pentoksil) va endogen nuklein

kislotalar (natriy nukleinat), shuningdek, yallig‘lanishga qarshi xususiyatlarga ega o‘simlik biopreparatlari qo‘llaniladi.

Dori-darmonlar bilan davolash samaradorligini oshirish uchun preparatlarni aerosol (ingalyatsion) yuborish mumkin, bu ayniqsa bolalarda diffuz yallig‘lanish jarayonlarida, surunkali kechishida esa elektroforez va ultrafonoforez kabi fizioterapevtik usullardan foydalangan holda qo‘llash qulay. Shuningdek, jismoniy davolash usullari, jumladan lazer terapiyasi, ultrabinafsha nurlantirish va gidromassaj qo‘llanilishi mumkin, bu esa tiklanish jarayonlarini tezlashtirishga va fiziologik mikrosirkulyatsiyani tiklashga yordam beradi.

Yallig‘lanish patogenezida sensibilizatsiyalovchi komponent mavjud bo‘lganda giposensibilizatsiyalovchi vositalar - antigistamin preparatlar, C vitamini va kalsiy preparatlarini tayinlash maqsadga muvofiq. Ayniqsa, bolalarda kompleks umumiy davolash muhim bo‘lib, u dezintoksikatsion terapiya, vitaminoterapiya va adaptogenlarni o‘z ichiga oladi, bu esa organizmning chidamliligini oshirish va kasallik qaytalanishining oldini olishga yordam beradi.

Surunkali kataral gingivitda odatda yaqqol og‘riq bo‘lmaydi, shuning uchun og‘riq qoldiruvchi vositalarni keng qo‘llash talab etilmaydi. Chayish ko‘pincha gipertonik eritmalar (2% osh tuzi yoki soda) bilan amalga oshiriladi, o‘tlarning damlamalari va qaynatmalari - dalachoy, mavrak, moychechak, dub po‘stlog‘i asosidagi bog‘lovchi va oshlovchi vositalar qo‘llaniladi. Fitonsid preparatlar: fitodont, romazulan, yuglon, salvin, maraslavin samarali bo‘lib, ular yallig‘lanishga qarshi va antiseptik faollikka ega.

Jismoniy davolash usullariga dorilar elektroforezi, dorili chayqash, gidromassaj va mikrosirkulyatsiyani yaxshilash hamda milk to‘qimalari reparatsiyasini tezlashtirishga yordam beradigan boshqa usullar kiradi.

6.2. Yarali-nekrotik gingivit

Yarali gingivit milkning yallig‘lanish jarayoni bo‘lib, unda alterativ komponent ustunlik qiladi, to‘qimalar butunligi buziladi va nekroz kuzatiladi. U asosan organizmning umumiy va mahalliy reaktivligi pasaygan sharoitda to‘qimalar sensibilizatsiyasiga giperergik reaksiya sifatida rivojlanadi.

Etiologik jihatdan shartli patogen mikroorganizmlar asosiy rol o'ynaydi: fuzospirillyar simbioz - urchuqsimon tayoqcha va Vensan spiroxetasi (*Borrelia vincentii*), ular og'iz bo'shlig'ining doimiy mikroflorasiga tegishli bo'lib, kam miqdorda milk egatida va shilliq qavatning chuqur burmalarida aniqlanadi. Og'iz bo'shlig'i sanatsiyalanmaganda, gigiyena buzilganda va mahalliy rezistentlik pasayganda ushbu mikroorganizmlar soni keskin ko'payib, yara jarayonining rivojlanishiga zamin yaratadi.

Kasallik patogenezida organizm reaktivligining pasayishi va milk to'siq funksiyalarining buzilishi hal qiluvchi rol o'ynaydi, bu esa anaerob floraning ko'payishi va nekrotik jarayonning boshlanishi uchun qulay sharoit yaratadi. Yarali gingivitning paydo bo'lishi immunitet holatining jiddiy buzilishlari yoki tizimli kasalliklar, jumladan, leykemiya, agranulotsitoz, og'ir avitaminozlar, onkologik jarayonlar va intoksikatsiyalar ko'rsatkichi bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Qo'zgátuvchi omillarga boshdan kechirilgan yuqumli kasalliklar (gripp, O'RVI), sovuq qotish, stress, shuningdek, milk to'qimalari qarshiligini pasaytiruvchi somatik buzilishlar, retinirlangan 8-tishning qiyinchilik bilan chiqishi kiradi.

Klinik jihatdan yarali-nekrotik gingivit quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- o'tkir og'riq sindromi;
- milkning yaqqol qonashi;
- qoplamali eroziyalar va yuzaki yaralar hosil bo'lishi;
- to'qimalarning shishi va giperemiyasi;
- ikkilamchi mikrob infeksiyasining qo'shilishi mumkinligi.

Yarali gingivitning prodromal davri odatda 2-4 kunni, og'ir shaklida - 1-2 kunni tashkil qiladi. Bu davrda birinchi nospetsifik shikoyatlar paydo bo'ladi, ammo milkning yaqqol nekrotik o'zgarishlari hali rivojlanmagan bo'ladi.

Yaqqol klinik ko'rinishlar davri organizmning umumiy buzilishlari fonida nekrotik o'zgarishlarning tez rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Uning davomiyligi 5 dan 15 kungacha bo'lib, bu kasallikning og'irligiga, bemorning yoshiga, organizmning reaktivlik holatiga va o'z vaqtida davolanishga bog'liq.

Milk nekrozi tishlararo so'rg'ichlarning marginal chekkasi va cho'qqilaridan boshlanadi. Zararlangan joylarda milk yuzasi oq-kulrang tusga kiradi va xuddi shu

tusdagi karash bilan qoplanadi. Qoplama ehtiyotkorlik bilan olib tashlansa, qonayotgan, og'riqli yara yuzasi ochiladi. Nekroz tish qatori bo'ylab tarqalib, alveolyar milkka o'tishi mumkin. Milk so'rg'ichlari tabiiy shaklini yo'qotadi, kesilgan bo'lib qoladi, jarayon zo'rayganda esa asosigacha nekrozlanadi.

To'qimalarning nekrotik parchalanishi natijasida og'izdan yoqimsiz hid keladi, so'lak ajralishi kuchayadi, gapirganda, lablar va yonoqlarni harakatlantirganda og'riq keskin kuchayadi. Milkning nekrozga uchragan joylari parchalanib, kulrang karash bilan qoplangan keng yaralar hosil bo'ladi, ularning chetida kulrang hoshiya aniqlanadi. Yara chetlari notekis, yumshoq, paypaslaganda og'riydi. Sog'lom va zararlangan milk o'rtasida aniq demarkatsion chiziq kuzatiladi, yara atrofidagi shilliq qavat giperemiyalangan. Til karash bilan qoplangan, ko'p miqdorda yumshoq tish karashi kuzatiladi, ba'zan tish toshi bilan bir vaqtda. Mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan, yumshoq konsistensiyali va palpatsiyada og'riqli.

Kasallikning klinik og'irligi nekrotik o'zgarishlar darajasiga bog'liq:

- Yengil daraja - nekroz tish qatorining kichik bir qismi bilan chegaralangan, bemorning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmagan.
- O'rtacha daraja - milk nekrozi diffuz, intoksikatsiya kuchayadi, tana harorati 38-38,5 °C gacha ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi.
- Og'ir (generallashtgan) shakli - intoksikatsiyaning yaqqol belgilari: bemorlar bo'shashgan, tormozlangan, terlash, rangi oqargan va tuproqsimon tusga kirgan. Milkdagi og'riq doimiy bo'lib, ovqatdan tashqarida ham kuchayadi. Limfa tugunlari kattalashgan, og'riqli, tana harorati 39-40 °C gacha ko'tarilgan. So'nggi yillarda yarali gingivitning tana reaktivligining sezilarli pasayishi fonida haroratning sezilarli darajada ko'tarilmasdan og'ir kechishi holatlari kuzatilmoqda.

Surunkali yarali gingivit ko'pincha o'tkir jarayonning natijasi sifatida rivojlanadi va sust kechishi bilan tavsiflanadi. Bemorlar doimiy qon ketish, yengil og'riq va og'izdan yoqimsiz hid kelishiga shikoyat qiladilar. Milk dimlanib giperemiyalangan, shishgan, yaralangan cheti valiksimon qalinlashgan. Tishlararo milk so'rg'ichlarining cho'qqilari yoki milkning marginal chekkasi oz miqdorda kulrang karash bilan qoplangan. Milk so'rg'ichlari nekrozga uchrashi natijasida milk chetlarining festonligi yo'qolib, tishlar

orasi ochilib qolishi mumkin. Qoplama ehtiyotlik bilan olib tashlansa, qonab turgan yarali yuzalar ochilib qoladi. Regionar limfa tugunlari biroz kattalashgan, o'rtacha og'riqli bo'lishi mumkin. Kasallik asosan yengil shaklda, kamroq - o'rtacha, ko'pincha yaqqol subyektiv sezgilarisiz va organizmning umumiy holati buzilishisiz kechadi.

Laboratoriya va instrumental ma'lumotlar:

- Rentgenologik - alveolalararo to'siqlar cho'qqilarining osteoporozi, periodontal yoriqning kengayishi;
- Mikroskopik jihatdan - qoplamada aralash mikroflora, asosan urchuqsimon tayoqchalar va Vensan spiroxetalar (fuzospirillyar simbioz), zamburug'lar (achitqisimonlar, aktinomitsetlar) va boshqa mikroorganizmlar aniqlanadi;
- Surtma-tamg'alarda - ko'p miqdorda parchalangan neytrofil granulotsitlar, ularning fagotsitar faolligi organizmning reaktivlik darajasini va kasallikning og'irligini aks ettiradi;
- Periferik qonda zo'rayish davrida o'rtacha leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishga moyilligi, ECHTning oshishi kuzatiladi.

Patomorfologik jihatdan milkning nekrozlangan to'qimasining yuza qatlamlarida turli xil mikroflora: kokklar, tayoqchalar, fuzobakteriyalar va spiroxetalar ko'p uchraydi. Epiteliyda akontoz, ko'pincha o'choqli atrofiya belgilari kuzatiladi. Epiteliy osti va chuqurroq qatlamlar segment yadroli leykotsitlar bilan infiltrlangan, degranulyatsiya holatida bo'lgan **semiz** hujayralar soni ko'paygan.

Biriktiruvchi to'qima dezorganizatsiyalangan: infiltratlardagi kollagen tolalar buzilgan, tomirlar kengaygan, perivaskulyar to'qima shishgan. Proteoliz fermentlari faolligi keskin oshgan, ingibitorlar miqdori kamaygan, lizotsim pasaygan, immunologik status ko'rsatkichlari pasaygan.

Patologik ko'rinish og'ir o'tkir yallig'lanishga, yaqqol leykotsitar infiltratsiya, qon va limfa tomirlaridagi o'zgarishlar, dimlanish va to'qimalar o'tkazuvchanligining oshishiga mos keladi.

Qiyosiy tashxisot ayniqsa yarali gingivitning og'ir shakllarida muhim ahamiyatga ega. Qon kasalliklari, allergik shikastlanishlarni istisno qilish kerak. Aniq tashxis qo'yish uchun kengaytirilgan qon tahlili, allergologik sinamalar o'tkaziladi; zarur hollarda gematolog, terapevt, allergolog va boshqa mutaxassislar jalb etiladi.

Yarali gingivitni davolash kompleks bo'lishi kerak:

1. Etiotrop - og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish, tish karashi va toshlarni olib tashlash, infeksiya o'choqlarini bartaraf etish;
2. Patogenetik - reparatsiya va fagotsitozni rag'batlantiruvchi vositalar, vitaminlar, yallig'lanishga qarshi va antiseptik preparatlardan foydalanish;
3. Simptomatik - og'riq qoldiruvchi, davolovchi va yumshatuvchi vositalar, fizioterapevtik usullar (lazer, ultrabinafsha nurlari, elektroforez, gidromassaj), shuningdek, organizmning umumiy chidamliligini mustahkamlash.

Yarali gingivitning davolash bosqichlari

1. Umumiy va mahalliy shikastlovchi omillarni bartaraf etish bosqichi
 - o tish karashi va toshlarni, infeksiya o'choqlarini ehtiyotkorlik bilan olib tashlash, ammo milkka qo'shimcha shikast yetkazmaslik uchun juda ehtiyotkorlik bilan.
 - o Manipulyatsiyalarda og'riq qoldiruvchi vositalardan (anestetiklar, mefenamin, natriy tuzi va boshqalar) foydalanish shart.
 - o Suyak chuqurchasi nekrozining oldini olish uchun tish ildizlarini tanlab olib tashlash.
 - o Antiseptiklar bilan ko'p chayish, ayniqsa kislorod ajratuvchi anaerob florani bostiruvchi dorilar bilan:
 - kaliy permanganat 1:10 000,
 - Vodorod peroksidning 3% li eritmasi (1 stakan suvga 1 osh qoshiq).
2. Nekrektomiya bosqichi - nekrozga uchragan to'qimalarni olib tashlash.
 - o Asboblari, paxta sharlari yoki turundalar yordamida ehtiyotkorlik bilan, og'riqsizlantirish va antiseptiklar bilan chayqash orqali amalga oshiriladi.
 - o Nekrozga uchragan to'qimalarning ko'chishini yengillashtirish uchun proteolitik fermentlar: tripsin, ximotripsin, pronaza, terrilitin va boshqalar antibiotik eritmalarida qo'llaniladi (1 ml eritmaga 1 mg ferment).
 - o Soda yoki vodorod peroksidning 0,25 foizli eritmaları, shuningdek, nekrotik to'qimalarni olib tashlashga yordam beradigan ko'pik hosil qiluvchi moddalar kamroq ta'sir ko'rsatadi.

- Nekrektomiya to'g'riligining ko'rsatkichi - milkning toza yarali yuzasi hisoblanadi.

3. Antibakterial va yallig'lanishga qarshi vositalarni qo'llash bosqichi

- Mikrofloraning sezgirligini hisobga olgan holda antibiotiklar, nitrofuranlar, antiseptiklar, sulfanilamidlar.
- Antibiotiklarni yallig'lanishga qarshi preparatlar (masalan, mefenaminning natriyli tuzi) bilan kombinatsiyalash.

4. Reparativ regeneratsiyani rag'batlantirish bosqichi

- Pirimidin asosli preparatlar: metiluratsil, pentoksil;
- Vitaminlar: askorbin kislotasi, tokoferol atsetat;
- O'simlik vositalari: kalonxoy sharbati va boshqalar;
- Kislorod terapiyasi, solkoseril, lizotsim;
- Sun'iy lizotsim bilan chayish (1 l qaynatilgan sovuq suv + 1 choy qoshiq tuz + 1 dona tovuq tuxumi oqsili).

Muvaffaqiyatli davolash ko'rsatkichi yallig'lanish hodisalarining pasayishi, yara yuzasining tozalanishi, milk shishi va giperemiyasining kamayishi, marginal qirraning funktsionalligi va estetikasining tiklanishi hisoblanadi.

Yallig'lanish jarayonining reparativ fazasi bosqichida davolash to'qimalar regeneratsiyasini stimullash va parodontning himoya mexanizmlarini tiklashga qaratilgan. Buning uchun epiteliyning shakllanishi va yangilanishiga yordam beradigan keratoplastik vositalar ishlatiladi: A vitamini, na'matak moyi, chakanda moyi, karotolin, anilin bo'yoqlari va boshqa preparatlar.

Dori-darmonlar bilan davolash jismoniy ta'sir usullari bilan to'ldiriladi, ular yallig'lanish bosqichiga qarab tabaqalashtirilgan holda buyuriladi. Dastlabki bosqichlarda aerosol ingalyatsiyalari, UVCH toklari, mahalliy gipotermiya va lazer nurlanishi tavsiya etiladi. Keyingi bosqichlarda terapiya elektroforez, gidroterapevtik muolajalar, gidromassaj, shuningdek, mikrosirkulyatsiyani normallashtirish va reparativ jarayonlarni tezlashtirishga yordam beradigan boshqa fizioterapevtik usullar bilan to'ldiriladi.

Umumiy davolash kasallikning og'irlik darajasiga qarab tanlanadi: yarali gingivitning yengil shaklida o'rtacha va og'ir bosqichlarida yuqori. Dasturga quyidagilar kiradi:

- Giposensibilizatsiyalovchi vositalar: antigistamin preparatlar, salitsil kislota hosilalari, askorbin kislota.
- Antibakterial terapiya: mikrofloraning sezgirligini hisobga olgan holda antibiotiklar va sulfanilamidlar. **metronidazol** (trixopol, flagil) va boshqa antiprotozoy vositalar yaxshi natijalar ko'rsatmoqda.
- Og'ir holatlarda dezintoksikatsion vositalar va zarur bo'lganda rag'batlantiruvchi dorilar (lizotsim, prodigiozan, immunostimulyatorlar) qo'llaniladi.

Surunkali yallig'lanishni davolash tamoyillari o'xshash: etiologik omillarni bartaraf etish, yallig'lanishga qarshi va antibakterial preparatlarni faol qo'llash, mikrosirkulyatsiyani normallashtirishga qaratilgan jismoniy usullar, milk to'qimalarining trofikasi va reparativ qobiliyatlarini yaxshilash. Fizik usullardan issiqlik muolajalari, elektr bilan davolash, balneoterapiya, ultratovush terapiyasi va boshqalar qo'llaniladi.

Gangrenoz gingivit - yarali jarayonning kam uchraydigan varianti bo'lib, to'qimalarning kuchli nekrozi va gangrenoz parchalanishi bilan tavsiflanadi. Anaerob flora o'sishi uchun qulay sharoit yaratadigan bemorlarning og'ir umumiy holatida rivojlanadi: fuzospirillyar simbioz va *Clostridium perfringens*.

Klinik xususiyatlari:

- Nekrozning tez rivojlanishi, zararlanishning marginal qirra va parodont to'qimasining chuqur qismi bo'ylab tarqalishi;
- Atrofdagi to'qimalarda yaqqol yallig'lanish infiltratining yo'qligi;
- Zararlangan to'qima kulrang, to'q jigarrang, chirigan hidli;
- Kattalashgan, yumshoq va og'riqli regionar limfa tugunlari;
- So'lak ajralishi erta bosqichda kuchayadi, lekin keyinchalik kamayadi;
- Umumiy belgilari: holsizlik, adinamika, bosh og'rig'i, ishtaha buzilishi, subfebril harorat 38 °C gacha;
- Og'ir holatlarda to'qimalar parchalanib, tish bo'yni va ildizlari ochilib qoladi, suyaklar ochilib, sekvestrlar hosil bo'ladi, tishlar tushib ketishi va jarayon lunj,

til, tanglay shilliq pardalariga, ba'zan esa mushak to'qimalari va teriga tarqalishi mumkin.

Gangrenoz gingivitni davolash yarali gingivit tamoyillariga muvofiq amalga oshiriladi, ammo kengroq qo'llaniladi:

- Mikrofloraning sezgirligini hisobga olgan holda keng spektrli antibiotiklar;
- Dezintoksikatsiya terapiyasi (gemodez, glyukoza, qon quyish);
- Vitaminoterapiya (askorbin kislota, B, A, E guruh vitaminlari va boshqalar);
- Zarurat bo'lganda - gangrenaga qarshi zardoblar;
- Bir vaqtning o'zida to'qimalar reparatsiyasini rag'batlantirish va immunitetni mustahkamlash usullaridan foydalaniladi.

6.3 Gipertrofik gingivit

Gipertrofik gingivit - milkning surunkali yallig'lanish jarayoni bo'lib, proliferativ o'zgarishlar va shilliq qavat xususiy plastinkasi tolali elementlarining o'sishi bilan kechadi. Kasallik asta-sekin rivojlanib, zo'rayish va remissiya davrlari kuzatilishi mumkin.

Uning ikkita klinik-morfologik shakli farqlanadi:

- Fibroz-yallig'lanish- (shish va fibroz),
- Fibroz-granulyatsiyalanuvchi - granulyatsion va fibroz to'qima proliferatsiyasining kombinatsiyasini aks ettiradi.

Gipertrofik gingivitning rivojlanishida mahalliy ta'sirlovchi omillar (mexanik, kimyoviy, termik) va organizm tizimlarining umumiy buzilishlari, birinchi navbatda endokrin omillar ishtirok etadi. Ular orasida quyidagilar alohida ahamiyatga ega:

- Jinsiy bezlar, qalqonsimon bez, oshqozon osti bezi va gipofiz funksiyalarining buzilishi;
- Jinsiy yetilish davrlari, ayollarda homiladorlik;
- Gipovitaminozlar va metabolik buzilishlar, ayniqsa uglevod almashinuvi;
- To'qima va qon tomir jarayonlariga ta'sir etuvchi dori vositalari.

Klinik kechishi milkning sekin o'sishi, shish va qon ketish bilan yallig'lanishning kuzatilishi, milk to'qimalari hajmining asta-sekin oshishi, ba'zan tish qatorlarining yopilishi va estetikasining buzilishi bilan tavsiflanadi.

Gipertrofik gingivit milkning surunkali yallig‘lanish jarayoni bo‘lib, proliferativ o‘zgarishlar va shilliq qavat xususiy plastinkasi tolali elementlarining o‘ssishi bilan kechadi. Gidantoinli gipertrofik gingivit rivojlanish mexanizmida (masalan, difenilgidantoin, difenin qabul qilinganda) to‘qimalar sensibilizatsiyasiga alohida ahamiyat beriladi, bu produktiv jarayonning kuchayishiga sabab bo‘ladi.

Milkdagi proliferativ o‘zgarishlarning ifodalanishiga ko‘ra, gipertrofiyaning uch darajasi farqlanadi:

- I daraja - milk qirralari va tishlararo so‘rg‘ichlarning o‘rtacha kattalashishi bilan tavsiflanadi, ular qalinlashgan va zararlangan sohaning butun uzunligi bo‘ylab valik ko‘rinishiga ega. So‘rg‘ichlar balandligi tish tojining taxminan $\frac{1}{3}$ qismiga kattalashgan, shakli yumaloq, ovalsimon yoki noto‘g‘ri bo‘lishi mumkin. Gipertrofiya ko‘proq so‘rg‘ichlar asosida seziladi (147, 148, A-rasmlar).
- II daraja - milk qirralari va so‘rg‘ichlar gipertrofiyasining kuchayishi bilan belgilanadi. Milk qirralari valik shaklida ko‘tarilib, tishlar tojining pastki qismini qoplaydi. So‘rg‘ichlarning shakli o‘zgargan, o‘ssish taxminan toj balandligining $\frac{1}{2}$ qismiga yetadi (148-rasm, B).
- III daraja - milk qirralari va so‘rg‘ichlarining yaqqol giperplaziyasi bilan tavsiflanadi, bunda milk toj balandligining $\frac{2}{3}$ qismidan ko‘prog‘ini qoplaydi, ba‘zan kesuvchi qirra yoki tishlarning birlashish yuzasiga yetib boradi. So‘rg‘ichlar ko‘plab mayda va yirik qonaydigan granulyatsiyalar bilan qoplangan bo‘lishi mumkin (148-rasm, B).

Joylashuvi va klinik ko‘rinishlari: Gipertrofik jarayon asosan yuqori va pastki jag‘ning frontal qismida, ko‘pincha yuqori jag‘ning vestibulyar qismlarida joylashadi. Gipertrofik gingivitning granulyatsiyalovchi shakli ustunlik qiladi.

Bemorlar quyidagilarni qayd etadilar:

- milklarning o‘ssishi,
- og‘izdan yoqimsiz hid kelishi,
- ovqat iste‘mol qilganda kuchayadigan qichishish va og‘riq, bu esa chaynov funksiyasini sezilarli darajada buzadi.

Granulyatsiyalovchi shakli uchun quyidagilar xos:

- milk so‘rg‘ichlarining kuchli sianoz bilan giperplaziyasi, pastozligi, bo‘shashganligi va palpatsiyada og‘riqliligi,
- kuchli qon ketish,
- so‘rg‘ichlar uchida granulyatsiyalar mavjudligi,
- milk chetining qalinlashishi va alveolyar milkning surunkali kataral yallig‘lanishi.

Patomorfologik va funksional oqibatlar:

- milk qirrasi relefi o‘zgargan;
- seroz yoki seroz-yiringli ekssudat bilan turli chuqurlikdagi milk cho‘ntaklari hosil bo‘ladi, bunda tish-milk birikmasi saqlanib qoladi;
- tishlarda to‘q jigarrang yoki sariq-jigarrang rangli donalar, bo‘laklar yoki tor chiziqlar ko‘rinishida yallig‘langan gipertrofiyalangan milk ostida joylashgan ko‘p miqdorda karash, ba‘zan tish toshi aniqlanadi;
- kasallik uzoq davom etganda alveolalararo to‘siqlarning osteoporozi va kortikal qatlamda uzur hosil bo‘lishi aniqlanishi mumkin.

Gipertrofik gingivitning yuvenil shakli balog‘at yoshidagi o‘smirlar uchun xosdir. Kasallik odatda diffuz bo‘lib, yuqori va pastki jag‘, asosan frontal soha zararlanadi. So‘rg‘ichlar gipertrofiyasi ko‘pincha I-II darajaga to‘g‘ri keladi, tez-tez xuruj qiladi va nisbatan tez rivojlanadi. Granulyatsiyalovchi shaklning kuchayishida ekssudativ yallig‘lanish belgilari aniqlanadi: milkning kuchaygan giperemiyasi, palpatsiyada og‘riq, qon ketish va eroziyalangan yoki yarali bo‘lishi mumkin bo‘lgan ko‘plab granulyatsiyalar.

Shunday qilib, gipertrofik gingivit sekin, ammo progressiv produktiv yallig‘lanish, milk to‘qimalarining yaqqol proliferatsiyasi va granulyatsiyalarning shakllanishi bilan tavsiflanadi. Gipertrofiya darajasi klinik ko‘rinishlarni, funksional buzilishlarning og‘irligini va terapevtik strategiyani, shu jumladan mahalliy qo‘zg‘atuvchilarni bartaraf etish, yallig‘lanishga qarshi va antibakterial vositalarni qo‘llash, fizioterapiya va zarur hollarda jarrohlik yo‘li bilan tuzatishni belgilaydi.

Jinsiy yetilish jarayoni endokrin, nerv yoki umumsomatik buzilishlar fonida rivojlanadigan o‘smirlarda gipertrofik gingivit ayniqsa og‘ir kechadi (149-rasm).

Fibrozo shakli

Gipertrofik gingivitning fibroz shakli xavfsiz kechadi. Milkning oʻrtacha gipertrofiyasida bemorlar odatda shikoyat qilmaydilar yoki faqat kosmetik oʻzgarishlarni qayd etadilar. Patologik jarayon sekinlik bilan avj olib boradi, baʼzan kataral yalligʻlanish boshlanadi.

- Klinik belgilari:
 - milk asosi qalinlashgan valikdan iborat, soʻrgʻichlari yumaloq shaklda, gipertrofiyalangan va vestibulyar yoʻnalishda boʻrtib chiqqan;
 - sezilarli darajada oʻsib ketganda, milk tish yoyining butun vestibulyar yuzasini qoplashi mumkin;
 - milk soʻrgʻichlarining rangi och pushti yoki sogʻlom joylarga qaraganda ochroq, tishlarga zich yopishgan;
 - qon ketishi yoʻq yoki minimal darajada;
 - milk choʻntaklarining chuqurligi gipertrofiya darajasiga bogʻliq boʻlib, odatda ajralma kuzatilmaydi.
- Gipertrofiya darajalari:
 - I daraja: soʻrgʻichlarning oʻrtacha giperplaziyasi;
 - II daraja: milk qirralari va soʻrgʻichlarning progressiv qalinlashuvi;
 - III daraja: milkning tarqoq shikastlanishi bilan ifodalangan giperplaziya (150, 151-rasmlar).

Granulyatsiyalovchi shakli

Gipertrofik gingivitning granulyatsiyalovchi xili milk toʻqimasining sezilarli proliferatsiyaga uchrab, granulyatsiyalar hosil boʻlishi bilan namoyon boʻladi.

- Klinik koʻrinishlari:
 - sianotik tusli milk soʻrgʻichlari giperplaziyasi;
 - toʻqimalarning pastozligi va boʻshashganligi;
 - palpatsiyada ogʻriq;
 - kuchaygan qon ketish;
 - seroz yoki seroz-yiringli ekssudat bilan milk choʻntaklarining hosil boʻlishi.
- Patomorfologik oʻzgarishlar:

- epitelial qatlam qalinlashgan, yuza hujayralar parakeratozi, tikanaksimon qatlam vakuolizatsiyasi kuzatiladi;
- epiteliyning pastki biriktiruvchi to‘qimaga proliferatsiyasi;
- zo‘riqish davrida - milk egatida peritsellyulyar shish;
- shilliq qavatning xususiy plastinkasida tolali tuzilmalarning o‘shishi, kollagen tolalarining dag‘allashishi mavjud;
- yallig‘lanish o‘zgarishlari limfotsitlarning yirik o‘choqli yoki diffuz infiltratsiyasi bilan ifodalangan, kuchayganda - leykotsitlar;
- granulyatsion to‘qimaning shakllanishi va o‘shishi;
- milk tomirlarida endoteliyning shishi, proliferatsiya va bo‘shliqning torayishi kuzatiladi (152-rasm).

Gipertrofik gingivitning differensial diagnostikasi quyidagilar bilan o‘tkaziladi:

- tarqalgan parodontitda simptomatik gingivit (parodontal cho‘ntaklarning shakllanishi, travmatik okklyuziya va alveolyar suyakning progressiv atrofiyasi bilan tavsiflanadi);
- milk fibromatozi, bu nafaqat so‘rg‘ichlarning, balki alveolyar milkning ham diffuz qalinlashishi bilan o‘simtasimon jarayondir.

Gipertrofik gingivit terapiyasi quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- Mahalliy qo‘zg‘atuvchilarni bartaraf etish;
- Yallig‘lanishga qarshi va antibakterial preparatlar;
- Mikrosirkulyatsiyani normallashtirish va to‘qimalar regeneratsiyasini rag‘batlantirish uchun fizioterapevtik usullar;
- Yaqqol gipertrofiya holatlarida jarrohlik korreksiya usullari (gingivektomiya, lazer rezeksiyasi) ko‘rsatilgan.

Gipertrofik gingivitni davolash milk gipertrofiyasining shakli va darajasini hisobga olgan holda amalga oshiriladi. Dori-darmon terapiyasini boshlashdan oldin quyidagilar tavsiya etiladi:

- mahalliy qo‘zg‘atuvchi omillarni (karash, tish toshi) yaxshilab olib tashlash;
- og‘iz bo‘shlig‘i sanatsiyasi;
- zarur bo‘lganda yondosh tizimli buzilishlarni tuzatish.

Medikamentoz va fizioterapevtik terapiya jarayonning og'irligi, gipertrofiya shakli va bemorning yoshini hisobga olgan holda individual tanlanadi.

Gipertrofik gingivitning granulyatsiyalovchi shakli davolashning asosiy tamoyili umumiy va mahalliy qo'zg'atuvchi omillarni aniqlash va bartaraf etishdan iborat. Bemor organizmining umumiy holatini baholash muhim ahamiyatga ega: zarur bo'lsa, ichki a'zolar va endokrin tizimning yondosh kasalliklarini davolash amalga oshiriladi, shuningdek, milk gipertrofiyasini keltirib chiqargan dorilar (masalan, difenilgidantoin) muqobil vositalarga almashtiriladi.

Yallig'lanishga qarshi terapiya kataral gingivitni davolash kabi kompleks tarzda amalga oshiriladi. Produktiv yallig'lanish jarayonini bostirish uchun quyidagilar tayinlanadi:

- Yaqqol yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lgan o'simliklarning damlamalari va ekstraktlari (chistotel, romazulan, vagotil, 1% galaksorbin eritmasi, yuglon);
- davolash bog'lamlariga qo'shilishi mumkin bo'lgan kortikosteroid qatoridagi preparatlar (malhamlar yoki milk so'rg'ichlariga 0,1-0,2 ml gidrokortizon inyeksiyalari);
- sitostatik vositalar (befungin, prospidin, xlorofill preparatlari, neotsid, krusin).

Dori-darmonlar bilan davolashni fizioterapevtik usullar: elektroforez, dori vositalarining ultrafonoforezi bilan birga qo'llash samarali hisoblanadi.

Sklerozlovchi terapiya o'sib ketgan milk so'rg'ichlariga 0,1-0,2 ml 40% glyukoza eritmasi, 25% magniy sulfat eritmasi, 10% kalsiy xlorid eritmasi, 0,1% novembixin eritmasi yoki 70% etil spirti inyeksiyalari 1-2 kun oralig'ida amalga oshiriladi. Shuningdek, maraslavin va poliminerol applikatsiyalari ham qo'llaniladi.

- I darajali gipertrofiyada medikamentoz usullar va sklerozlovchi terapiya yetarlicha samara beradi.
- II-III darajali gipertrofiyada destruktiv usullar qo'llaniladi: milk o'simtalarini jarrohlik yoki elektrojarrohlik yo'li bilan kesish (gingivektomiya, kriodestruksiya, diatermokoagulyatsiya).

Gipertrofik gingivitning fibroz shaklini davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- mahalliy qo'zg'atuvchi omillarni bartaraf etish;

- ifodalangan giperplaziyada - destruktiv usullar (gingivektomiya, kriodestruksiya, diatermokoagulyatsiya).

6.4. Deskvamatik gingivit

Deskvamatik gingivit kataral gingivitning klinik varianti hisoblanadi. Kasallik ko‘pincha kattalarda, o‘smirlarda balog‘atga yetish davrida uchraydi. Rivojlanish omillari orasida quyidagilar ajratiladi:

- gormonal buzilishlar (giperestrogenemiya);
- ovqat hazm qilish trakti kasalliklari;
- pufakli dermatozlar;
- tizimli kasalliklar;
- jismoniy va kimyoviy jarohat;
- qandli diabet.

Klinik ko‘rinishi:

- Eritematoz shakli: milk qirralari va biriktirilgan qismida yorqin qizil rangli deskvamatsiya zonalari, kimyoviy va fizik ta’sirotlardan og‘riq va achishish shikoyatlari.
- Eroziv shakli: milk qirralari va so‘rg‘ichlar cho‘qqilarida ko‘plab eroziyalar, oqish pardalar olib tashlangandan so‘ng silliq, yaltiroq, qonayotgan yuzaning ochilishi.
- Bullyoz shakli: ovqatlanish va suhbat paytida og‘riqli pufakchalar va eroziyalar hosil bo‘lishi; kamdan-kam uchraydi, ba’zan vulgar po‘rsildoq rivojlanishidan oldin keladi.

Differensial diagnostika quyidagilar bilan amalga oshiriladi:

- kataral va yarali gingivit;
- pemfigoidlar, qizil yassi temiratki;
- shilliq qavatning tizimli kasalliklarining simptomatik ko‘rinishlari.

Patomorfologik o‘zgarishlar: epiteliy qalinlashgan, hujayralar deskvamatsiyasi kuzatiladi, eroziv shaklida esa epiteliy qatlami ochilib, eroziv yuza hosil bo‘ladi.

Deskvamativ gingivit milkning yallig‘lanish jarayonining klinik varianti bo‘lib, zararlangan va sog‘lom qismlarning almashinuvi bilan epitelial qoplamaning butunligining buzilishi bilan tavsiflanadi. Kataral gingivitdan farqli o‘laroq, bu shakl

uchun kasallikning uzoq davom etishi odatiy holdir. Eroziv o'zgarishlar alveolyar milk bilan chegaralanadi, bunda yallig'lanish jarayoni o'choqli xarakterga ega bo'lib, atrofdagi to'qimalarning yaqqol shishi bilan kechmaydi. Bunda milk so'rg'ichlarining konturlari saqlanib qoladi, so'rg'ichlar uchlarining epitelial qoplami esa yo'qolib ketadi. Ko'pincha deskvamativ gingivit og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining tizimli kasalliklari, masalan, po'rsildoq, pemfigoidlar yoki qizil yassi temiratki bilan birga keladi, bu esa davolash taktikasini tanlashda albatta hisobga olinishi kerak. Deskvamativ gingivitni mahalliy davolash qo'zg'atuvchi omillarni bartaraf etishga, og'riq qoldiruvchi va keratoplastik dori vositalarini qo'llashga, shuningdek, yuqori chastotali toklar, ultrabinafsha va lazer nurlari, mahalliy gipotermiyani o'z ichiga olgan fizioterapevtik usullardan foydalanishga qaratilgan.

6.6. Atrofik gingivit

Atrofik gingivit nisbatan sust ifodalangan surunkali yallig'lanishda milk so'rg'ichlari va milk qirralarining yaqqol atrofiyasi bilan tavsiflanadi. Ushbu kasallikdan oldin parodont to'qimalari trofikasining turli xil mahalliy va umumiy buzilishlari, neyrogumoral buzilishlar, shuningdek, mexanik ta'sirlar, masalan, milkning ortodontik apparatlar bilan ortiqcha yuklanishi kuzatiladi. Bolalarda milk atrofiyasi yuqori yoki pastki lab yuganchasining birikish anomaliyalari bilan bog'liq bo'lishi mumkin, keksa bemorlarda esa atrofik gingivit ko'pincha parodontozning ko'rinishlaridan biri hisoblanadi. Klinik amaliyotda atrofik giperplaziyaning chegaralangan va tarqoq turlari tafovut qilinadi. Chegaralangan shakli bitta tish sohasida, ko'pincha qoziq tishlar yoki premolyarlarda joylashadi va tish bo'yni va ildizining yalang'ochlanishi bilan kechadi, ba'zan milkning V-simon nuqsoni shakllanadi. Diffuz shaklida asosan vestibulyar yuzadan milk retraksiyasi, milk qirrasining festonligi yo'qolishi va tishlar oralig'ining ochilib qolishi kuzatiladi, bunda kasallik aksariyat hollarda yalong'ochlangan joylarda giperesteziya paydo bo'lgunga qadar symptomsiz kechadi. Atrofik gingivitni davolash metabolik jarayonlarni rag'batlantirish, qon ta'minoti va mikrosirkulyatsiyani yaxshilash, fizioterapevtik usullarni, shu jumladan parodontning funksional va reparativ xususiyatlarini tiklashga qaratilgan massajni qo'llashdan iborat.

Nazorat savollari

1. Gingivit va parodontit o'rtasidagi asosiy klinik va morfologik farqlar nimadan iborat?
2. Yallig'lanish jarayonida parodont to'qimalarida qanday patogenez mexanizmlari yuz beradi?
3. Gingivitning asosiy klinik shakllari va ularning belgilarini aytib bering.
4. Parodontitda destruktiv o'zgarishlar qaysi to'qimalarda kuzatiladi?
5. Parodontitning og'irlik darajasi qanday mezonlar asosida baholanadi?
6. Yallig'lanish-destruktiv parodont kasalliklarining rivojlanishida mahalliy va umumiy omillarning roli qanday?

Test savollari

1. Milk so'rg'ichlarining atrofiyasi kuzatiladi:

1. atrofik gingivitda*
2. kataral gingivitda
3. gipertrofik gingivitda
4. yarali gingivitda
5. deskvamativ gingivitda

2. Faqat milk so'rg'ichlarining yallig'lanishi xos:

1. gingivitning yengil darajasiga*
2. parodontit yengil darajasiga
3. gingivit o'rta og'irligiga
4. parodontit o'rta og'irligiga
5. parodontozga

3. Gipertrofik gingivitning shakllari:

1. shishli, fibroz*
2. yarali, kataral
3. yengil, o'rta, og'ir
4. birinchi, ikkinchi, uchinchi
5. fibrozli, yarali

4. Milk so'rg'ichlari uchi va milk chetlari yaralanishi xos:

1. yarali gingivit*
2. kataral gingivit

3. og'ir kechuvchi parodontitga
4. gipertrofik gingivitga
5. parodontozga

5. Yarali gingivit uchun xos:

1. milk cheti yaranishi*
2. parodontal cho'ntak chuqurligi 3.5 mm gacha
3. parodontal cho'ntak chuqurligi 10 mm gacha
4. milk so'rg'ichlarining gipertrofiyasi
5. induksiyalangan qonash

6. Gingivitning klinik shakliga kirmaydi:

1. fibroz*
2. gipertrofik
3. kataral
4. yarali
5. atrofik

7. Gipertrofik gingivit etiologiyasiga xos emas:

1. stomatit*
2. leykoplakiya
3. gormonal o'zgarishlar
4. plombaning osilib turgan qirrasi
5. mahalliy qo'zg'atuvchi omillar

Vaziyatli masalalar

1. Bemor milkda o'sma shaklidagi o'zgarish sezadi. Og'riqsiz, sekin o'sadi.

Gumon:

A) Gingivit

B) Parodontoma *

C) Parodontit

D) Oqartirish

E) Stomatit

2. Parodontomalar ko'proq:

A) Yallig'lanishli

B) O'sma tabiatli jarayonlar*

C) Faqat infeksiyon

D) Oqartirishdan

E) Oqartirish geli sababli

3. Parodontomani tasdiqlash uchun:

A) Faqat ko'rik

- B) Rentgen
 - C) Biopsiya *
 - D) Oqartirish testi
 - E) Termometriya
4. Parodontomani davolash usuli:
- A) Faqat antibiotik
 - B) Faqat gigiyena
 - C) Jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash *
 - D) Oqartirish
 - E) Oqartirish geli

Xulosa

Ushbu bobda parodontning yallig‘lanishli-destruktiv kasalliklari, ularning klinik-patologik xususiyatlari hamda rivojlanish mexanizmlari yoritildi. Yallig‘lanish jarayonining chuqurlashuvi natijasida parodontal to‘qimalarda destruktiv o‘zgarishlar, jumladan biriktiruvchi to‘qima va alveolyar suyak rezorbsiyasi yuzaga kelishi ko‘rsatib berildi.

Kasallikning bu shakllari surunkali kechishi, progressiv xarakteri va tishlarni yo‘qotish xavfining yuqoriligi bilan ajralib turadi. Shu bilan birga, mahalliy yallig‘lanish jarayonining organizmning umumiy holati bilan o‘zaro bog‘liqligi ham alohida ta’kidlandi.

Shu nuqtai nazardan, parodontning yallig‘lanishli-destruktiv kasalliklarini o‘rganish ularning erta aniqlanishi, og‘irlik darajasini baholash hamda kompleks davolash yondashuvlarini ishlab chiqish uchun muhim ilmiy va amaliy ahamiyatga ega.

7-bob Parodontit klinik tavsifi

Parodontit— bu biofilm (mikrob blyashkasi) ta'sirida rivojlanadigan surunkali yallig'lanishli kasallik bo'lib, parodont to'qimalarining destruksiyasi, klinik birikmaning yo'qolishi (attachment loss), parodontal cho'ntaklar hosil bo'lishi va alveolyar suyak rezorbsiyasi bilan xarakterlanadi.

“Biofilm” — bu tish yuzasida hosil bo'ladigan tashkil topgan mikrob blyashkasi (plak) bo'lib, kasallikning asosiy sababi hisoblanadi.

Mahalliy (lokal) parodontit parodontning barcha tuzilmalarining, shu jumladan milk, periodont va alveolyar suyakning yallig'lanishli shikastlanishidir. Patologik jarayon ko'pincha bir nechta tish bilan chegaralanadi, garchi u tish qatorining katta qismiga tarqalishi mumkin. Mahalliy parodontit rivojlanishida mahalliy shikastlovchi omillar, ya'ni mexanik shikastlanish, kimyoviy yoki fizik ta'sir, plombalash va protezlashdagi nuqsonlar asosiy ahamiyatga ega. Tish karashlari va milk cho'ntaklarining patogen mikroflorasi ko'rinishidagi mikrobiologik komponent muhim rol o'ynaydi. Ushbu omillar ta'sirining intensivligi va davomiyligi yallig'lanish reaksiyasining og'irligini va parodont to'qimalarining yemirilish darajasini belgilaydi. O'tkir parodontit ko'pincha yuz-jag' sohasining lat yeyishi, tishlarning chala chiqishi yoki chiqishi, jag'larning sinishi kabi jarohatlari fonida rivojlanadi, ko'pincha bolalar va o'smirlarda kuzatiladi. Kasallik mahalliy og'riq, milk shishi va tish harakatining cheklanishi bilan kechadi, tarqalgan shaklida esa alveolyar suyak tuzilishining o'zgarishi kuzatilishi mumkin. Lokalizatsiyalangan parodontit terapiyasi yallig'lanish o'chog'ini sanatsiya qilish, mahalliy qo'zg'atuvchi omillarni bartaraf etish va zarur hollarda parodont butunligini tiklash va yallig'lanishga olib keladigan ortopedik yoki mexanik sharoitlarni tuzatishga qaratilgan jarrohlik usullarini o'z ichiga oladi.

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, parodont to'qimalarida yallig'lanish jarayonlarining eng ko'p uchraydigan sabablaridan biri plombalash nuqsonlari, sezilarli tish cho'kmalari, shuningdek, tish-jag' tizimining anomaliyalari va deformatsiyalarida plombalarning osilib turgan qirralari tufayli yuzaga keladigan milkning surunkali shikastlanishlari bo'lib, ular ayrim tish guruhlarining okklyuzion vertikal yoki

gorizontal ortiqcha yuklanishini keltirib chiqaradi. Mahalliy parodontit termik shikastlanishlar, ionlashtiruvchi nurlanish ta'sirida, shuningdek, kimyoviy dorilar, masalan, mishyak angidridi, kumush nitrat, fenol, rezorsin va boshqa kislotalar yoki asoslar ta'sirida rivojlanishi mumkin. Bir qator hollarda tishlararo milk so'rg'ichlarining yetarli darajada izolyatsiya qilinmaganligi, preparatlarning noto'g'ri dozalanishi yoki tish bo'shlig'iga yuborish texnikasi ularning milkka tushishiga va ham yumshoq to'qimalarning, ham parodontning chuqurroq tuzilmalarining shikastlanishiga olib keladi.

Mahalliy (lokal) parodontitning klinik ko'rinishi parodont to'qimalarining shikastlanish darajasi bilan belgilanadi va turli shakldagi - kataral, yarali yoki gipertrofik gingivitning tish-epitelial birikma yaxlitligining buzilishi va parodontal cho'ntak shakllanishi bilan birga kelishini o'z ichiga oladi. Patologik jarayonga alveolyar suyak ham qo'shiladi, shu suyakning cheklangan qismida rezorbsiya boshlanib, tishlar bo'yni ochilib qoladi. Suyak to'qimasi destruksiyasining ifodalanishi va parodontal cho'ntaklarning chuqurligiga qarab shikastlanishning boshlang'ich, birinchi, ikkinchi va uchinchi darajalari farqlanadi. Boshlang'ich bosqichda faqat alveolalararo to'siqlar cho'qqilarining suyak to'qimasining demineralizatsiyasi yoki ozgina lakunar rezorbsiyasi kuzatiladi, I - III darajalar esa suyakning progressiv rezorbsiyasi bilan tavsiflanadi: birinchi darajada u to'siq balandligining uchdan biridan ko'p bo'lmagan qismini, ikkinchisida uchdan ikki qismigacha, uchinchisida esa uning balandligining uchdan ikki qismidan oshadi. Rentgenologik tekshiruvda chegaralangan parodontitda kompakt plastinkaning destruksiyasi, marginal sohada periodontal yoriqning kengayishi, shuningdek, alveolalararo to'siqlar cho'qqisidagi suyak osteoporozi aniqlanadi, uning darajasi patologik jarayonning kechish xususiyatiga bog'liq bo'lib, o'tkir yallig'lanishda yaqqol ifodalangan shikastlanishdan surunkali yallig'lanishda o'rtacha darajagacha o'zgaradi.

Shuni ta'kidlash kerakki, ko'rsatilgan klinik va rentgenologik belgilar odatda faqat jag'ning cheklangan qismida aniqlanadi, boshqa joylarda esa parodont to'qimalari o'zgarishsiz qoladi. Mahalliy parodontitning rivojlanishi har doim milkdan boshlanadi, chunki suyak to'qimasidagi yallig'lanish-destruktiv o'zgarishlar alveolyar suyakning yemirilishidan oldin sodir bo'ladi. Kasallikning belgilari ma'lum bir etiologik omilga

bog'liq, ammo bemorlarning asosiy shikoyatlari orasida milklarning og'rishi va qonashi, shuningdek, chaynov yuklamasi paytida cheklangan hududda tishlarning og'rishi mavjud bo'lib, bu bemorni zararlangan hududni ayashga va undan foydalanishni cheklashga majbur qiladi. Obyektiv tekshiruvda odatda milk giperemiyasi va shishining chegaralangan zonasi, ba'zan epiteliy va biriktiruvchi to'qima butunligining buzilishi, petexiyalar va qon quyilishlar aniqlanadi. Zararlangan sohadagi tishlar harakatchan bo'lishi mumkin, vertikal va gorizontal perkussiya kuchli og'riqni keltirib chiqaradi. Periodontitdan farqli o'laroq, elektrodontodiagnostikada shikastlangan hududda tishlarning elektr qo'zg'aluvchanligi normal yoki biroz pasaygan bo'ladi.

Ikkilamchi infeksiyaning qo'shilishi o'tkir yarali, kamdan-kam hollarda esa yiringli yallig'lanishga olib kelishi mumkin, bu og'riqning kuchayishi, to'qimalarning sezilarli shishishi va milk so'rg'ichlarining yaralanishi bilan birga keladi. Ba'zi hollarda regionar limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi, ularning og'riqliligi paypaslab ko'rilganda aniqlanadi. Milk osti absessi yoki periodontal to'qimalarning diffuz yiringli yallig'lanishi ko'rinishidagi asoratlar bo'lishi mumkin. Lokal parodontitning surunkali shakli uzoq vaqt davom etadi va ko'pincha subyektiv belgilar kuchsiz ifodalanadi. Bemorlar faqat ovqatlanish paytida vaqti-vaqti bilan og'riq va ozgina qon ketishini qayd etishlari mumkin, milk va parodontal cho'ntaklardan yiringli ajralmalar kamdan-kam uchraydi. Obyektiv tekshiruvda bir-ikkita tishda, ayniqsa ular orasida kontakt bo'lmaganda yoki plombalashdan keyin

yon yuzalar noto'g'ri tiklanganda milk so'rg'ichlarining retraksiyasi va atrofiyasi aniqlanadi, tishlararo oraliqlar o'zining topografik-anatomik chegaralarini yo'qotadi. Dastlabki bosqichda parodontal cho'ntaklar aniqlanmaydi, alveolalararo to'siqlardagi o'zgarishlar asosan to'siqning cho'qqisidan tarqaladigan va uning o'rta uchdan bir qismida eng ko'p ifodalangan osteoporoz bilan namoyon bo'ladi, kompakt plastinka esa butunligini saqlab qoladi. Kasallikning rivojlanishi bilan parodontal cho'ntaklar shakllanadi, bu esa klinik kechishni sezilarli darajada murakkablashtiradi va alveolalararo to'siqlarning keyingi rezorbsiyasiga, kompakt plastinkaning

destruksiyasiga va uning konturlarining buzilishiga olib keladi, bu esa uzoq muddatli holatlarda suyak to'qimalarining sezilarli yo'qolishiga olib keladi.

Lokal parodontit bilan og'rigan bemorlarda suyak to'qimasining gorizontal rezorbsiyasi bilan bir qatorda, ko'pincha vertikal rezorbsiya ham rivojlanadi, natijada turli chuqurlikdagi suyak parodontal cho'ntaklari shakllanadi. Ushbu o'zgarishlarning darajasi va ifodalanganligi sezilarli darajada atrofdagi yumshoq to'qimalarda yallig'lanish jarayonining tabiati va intensivligi bilan bog'liq. Shunday qilib, milk so'rg'ichlari saqlanib qolgan va chegaralangan xarakterdagi kataral yallig'lanish ustunlik qilgan holda, suyak to'qimasi odatda o'zgarishsiz qoladi yoki osteoporozning o'rtacha belgilarini namoyon qiladi. Aksincha, tishlararo milk so'rg'ichlari atrofiyasida va yallig'lanish zo'rayib borganida ancha sezilarli destruktiv o'zgarishlar qayd qilinadi, jumladan alveolalararo to'siqlar sezilarli darajada so'rilib ketadi. Keyinchalik bu jarayon turli chuqurlikdagi suyakli parodontal cho'ntaklarning shakllanishiga olib kelishi mumkin, bu esa kasallikning klinik kechishini og'irlashtiradi va tishni qo'llab-quvvatlovchi tuzilmalarning yanada buzilishiga sharoit yaratadi.

Lokal parodontitni davolash tarqalgan parodontit terapiyasi bilan bir xil tamoyillarga asoslangan bo'lib, u parodontning barcha elementlariga kompleks ta'sir ko'rsatishni o'z ichiga oladi: mahalliy va umumiy qo'zg'atuvchi omillarni bartaraf etish, og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish, yallig'lanishga qarshi terapiyani o'tkazish va kerak bo'lganda jarrohlik yoki fizioterapevtik usullarni qo'llash. Bunday yondashuv nafaqat suyak to'qimasidagi destruktiv jarayonlarni to'xtatish, balki milk va tish-alveolyar apparatning funksional holatini tiklash imkonini beradi.

Generallashtirilgan parodontitning klinik tavsifi an'anaviy ravishda birinchi marta I.G.Lukomskiy (1945) tomonidan tizimlashtirilgan kardinal belgilar yoki simptomokomplekslar tizimi orqali ko'rib chiqiladi. Ushbu simptomokomplekslar patologik jarayonning mohiyatini aks ettiradi va simptomatik xususiyatga ega bo'lgan milkdagi yallig'lanish o'zgarishlarini, parodontal cho'ntakning shakllanishini, travmatik okklyuziyaning rivojlanishini va alveolyar suyakning progressiv rezorbsiyasini o'z ichiga oladi. Ko'rsatilgan belgilar bir-biri bilan chambarchas bog'liq bo'lib, kasallikning klinik kechishini belgilaydi.

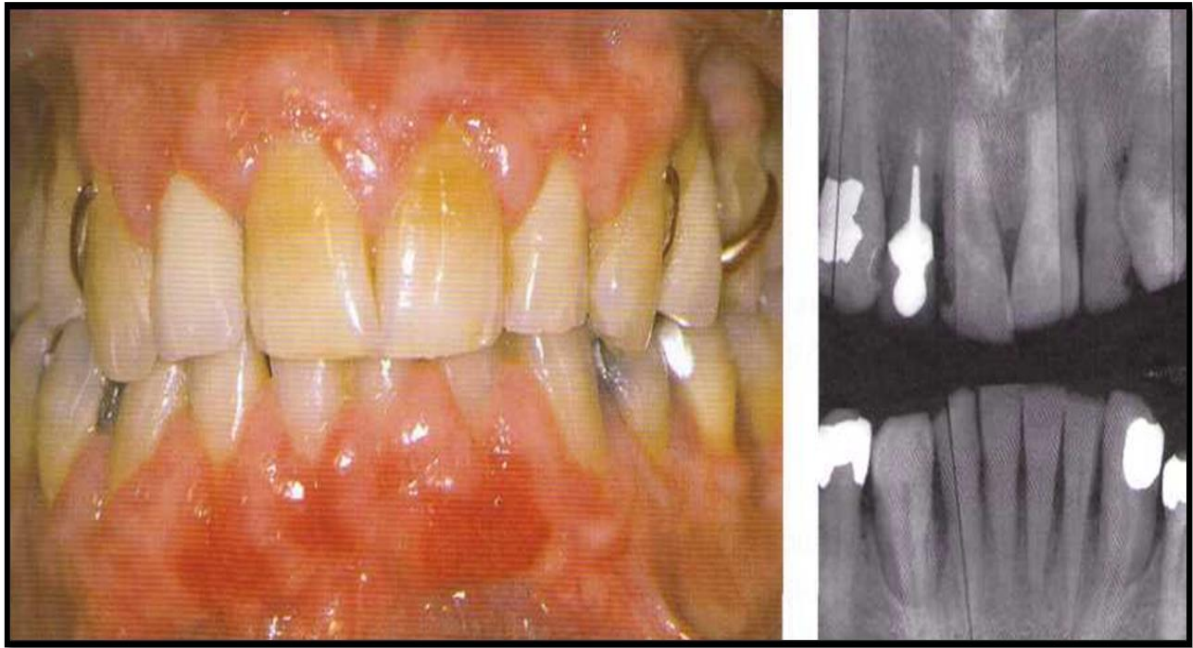
Simptomatik gingivit generallashtgan parodontitning majburiy tarkibiy qismi bo'lib, parodontning allaqachon shakllangan tarkibiy buzilishlari fonida rivojlanadi. Klinik amaliyotda u ko'pincha kataral, gipertrofik yoki yarali yallig'lanish shaklida kechadi. Eng keng tarqalgan shakli kataral gingivit bo'lib, u tarqalgan parodontit bilan og'rigan bemorlarning taxminan 70 foizida kuzatiladi. Milk shilliq pardasining ekssudativ yallig'lanishi bilan birga davom etib boradigan dimlanish giperemiyasi, epitelial hujayralarning ko'chib tushishi va tomirlar o'tkazuvchanligining kuchayib ketishi shu kasallik uchun xarakterlidir. Kasallik odatda surunkali kechadi, ko'pincha zo'rayish davrlari bilan kechadi.

Kataral gingivitda subyektiv sezgilar odatda kuchsiz ifodalangan yoki umuman bo'lmaydi, ammo batafsil so'rab-surishtirilganda bemorlar mexanik ta'sir paytida milklardan qon ketishini, shuningdek, qichishish, achishish, og'izdan yoqimsiz hid kelishi va boshqa noqulayliklarni qayd etadilar. Yallig'lanish jarayoni asosan tishlararo so'rg'ichlar sohasida joylashadi, biroq zo'rayganda ko'pincha marginal va alveolyar milklarga tarqaladi. Obyektiv ko'rinish to'qimalarning giperemiyasi va pastozligi, shuningdek, vazoparez simptomi bilan namoyon bo'ladigan kuchli vazomotor buzilishlar bilan tavsiflanadi. Tishlararo so'rg'ichlar hajmi kattalashadi, yumaloq shaklga kiradi, tishlararo bo'shliqlardan bo'rtib chiqadi va qisman tish yuzasi bilan aloqani yo'qotadi. Milk yuzasi o'ziga xos to'rsimonligini yo'qotib, silliq va yaltiroq bo'lib qoladi, marginal milk esa valiksimon shaklga kiradi.

Surunkali kataral gingivit ko'pincha yaqqol o'tkir bosqichsiz shakllanadi va rivojlanishida ketma-ket ikki bosqichni bosib o'tadi. Birinchisi yallig'lanish shishi va boshlang'ich vazomotor buzilishlarning ustunligi bilan tavsiflanadi, bunda milk so'rg'ichlari o'rtacha shishadi, ularning rangi ozgina o'zgaradi va qon ketish faqat travma paytida namoyon bo'ladi. Ikkinchi fazada uzoq davom etgan venoz dimlanish tufayli mikrotsirkulyatsiyaning turg'un buzilishlari birinchi o'ringa chiqadi, buning natijasida milk intensiv ko'kimtir tusga kiradi. Yallig'lanish o'zgarishlarining ifodalanish darajasiga ko'ra, tarqalgan parodontitda kataral gingivit mustaqil kataral gingivit kabi yengil, o'rtacha va og'ir shakllarga bo'linadi.

Tarqalgan parodontitda gipertrofik gingivit asosan granulyatsiyalanuvchi shaklda namoyon bo'ladi. Bu holat milk so'rg'ichlarining kuchli giperplaziyasi bilan

tavsiflanadi, ular to‘q qizil, pastoz, yumshoq, og‘riqli va qon ketishga moyil bo‘ladi. To‘qimalarning o‘ssishi shunchalik katta bo‘lishi mumkinki, milk tish tojlarini qisman yopib qo‘yadi. Bunda tish-milk birikmasining butunligi buzilishi natijasida parodontal cho‘ntaklar hosil bo‘ladi. Milk so‘rg‘ichlarining nechog‘lik sezilarli darajada o‘sib ketganiga qarab, patologik jarayonning zo‘rayib borishini aks ettiradigan bir necha darajadagi gipertrofiya tafovut qilinadi.(7.1.1-rasm).



7.1.1-rasm: Generallashtirilgan parodontit gipertrofik gingivit bn

Gipertrofiyaning birinchi darajasida tishlararo milk so‘rg‘ichlari va milk qirralarining o‘rtacha kattalashishi qayd etiladi. Ular yumaloq shaklga kirib, qalinlashadi va ko‘tarilib, valiksimon bo‘rtmalarni hosil qiladi. Milk so‘rg‘ichlari tish tojlarini balandligining taxminan uchdan bir qismigacha yopib turadi. Ikkinchi daraja milk to‘qimasining ko‘proq o‘ssishi bilan tavsiflanadi: so‘rg‘ichlar sezilarli darajada kattalashadi, yumaloq shaklini saqlab qoladi va tishning klinik toj qismining yarmigacha yopadi. Uchinchi darajasida milk so‘rg‘ichlari va marginal milk to‘qimalarining intensiv giperplaziyasi kuzatiladi, ular bir qator hollarda tishlarning kesuvchi chetiga yoki chaynov yuzasiga yetib boradi.

Simptomatik gingivitning gipertrofik shaklining kechishi asosan surunkali xarakterga ega, ammo zo‘rayish epizodlari bo‘lishi mumkin. Bunday davrlarda milk so‘rg‘ichlarining yaqqol giperemiyasi va shishi, palpatsiya paytida ularning og‘riqliligi

va qonashining kuchayishi, shuningdek, parodontal choʻntaklardan ajralib chiqadigan ekssudat hajmining koʻpayishi tufayli klinik koʻrinish yanada ogʻirlashadi.

Yarali gingivit, odatda, surunkali kechadi va milk soʻrgʻichlari choʻqqilari sohasida yoki milk chekka qismida chegaralangan nekrotik oʻzgarishlar rivojlanishi bilan kechadi. Nekrozga uchragan joylar atrofdagi toʻqimalardan giperemiya bilan ifodalangan demarkatsion zona bilan aniq chegaralangan. Patologik jarayon zoʻrayganda nekrotik hodisalar yanada yaqqolroq namoyon boʻladi: milk qip-qizil tusga kiradi, paypaslaganda ogʻriydi, regionar limfa tugunlari kattalashib, sezgir boʻlib qoladi, ogʻizdan badboʻy hid kelishi kuchayadi. Klinik tekshiruvda turli chuqurlikdagi parodontal choʻntaklar mavjudligi aniqlanadi, ulardan yalligʻlanish jarayonining faolligiga qarab seroz-yiringli yoki yiringli ekssudat ajralishi mumkin.(7.1.2-rasm).



7.1.2-rasm: generallashtirilgan parodontit yarali-nekrotik gingivit bilan

Parodontal choʻntak tarqalgan parodontitning asosiy va majburiy klinik koʻrinishlaridan biridir. Faqat kasallikning dastlabki bosqichlarida, gistologik jihatdan uning buzilishi allaqachon mavjud boʻlishiga qaramay, tish-milk birikmasining yaxlitligi haqidagi tashqi taassurot saqlanib qolishi mumkin. Klinik jihatdan choʻntak tubining uzluksizligi C.Parma boʻyicha formalin sinamasi yordamida aniqlanishi mumkin. Parodont toʻqimalarida distrofik-yalligʻlanish oʻzgarishlari rivojlanib borishi

bilan milk ichki yuzasi va tishning bo'yin sohasi o'rtasida patologik chuqurchalar hosil bo'ladi.

Tishning aylanma boylami, periodont to'qimalari va alveolyar suyakning yemirilishi natijasida turli chuqurlikdagi periodontal cho'ntaklar hosil bo'ladi, ular 2 dan 10 mm gacha bo'lishi mumkin. Ular shakllanishining patogenetik asosi parodont to'qimalaridagi trofik buzilishlar bo'lib, buning natijasida tish ildizi sementi, sulkulyar epitelii va alveolyar suyak o'rtasidagi funksional va morfologik aloqa yo'qoladi.

Parodontal cho'ntak tubining epitelii qoplamida mikronekroz va yarali o'choqlar rivojlanadi, bu epitelii hujayralarining kuchaygan proliferatsiyasi va ularning tish ildizi yuzasi bo'ylab asta-sekin apikal o'sishi bilan birga keladi. Milkning xususiy biriktiruvchi to'qimali plastinkasining epitelii osti qavatida sezilarli hujayrali infiltratsiya hosil bo'ladi. Periodont bo'ylab tarqaladigan tasmalar ko'rinishidagi epitelial invaziya natijasida parodontal cho'ntakning tubi apikal tomonga siljiydi, emal-sement birikmasi chegarasidan tashqariga chiqadi va asta-sekin ildizning uchigacha bo'lgan uzunligining to'rt dan bir qismi, uchdan bir qismi, yarmi va hatto uchdan ikki qismiga yetadi. Bunda tishning aylanma boylami tobora yemirilib boradi va butunlay yo'qolib ketadi.

Parodontal cho'ntak bo'shlig'i ovqat qoldiqlari, deskvamatsiyalangan epitelii hujayralari, qon va biriktiruvchi to'qimalarning ko'chib o'tgan elementlari, shuningdek, turli xil mikroflora bilan to'ldiriladi, bu surunkali yallig'lanish jarayonini saqlab qolish va parodont to'qimalarida destruktiv o'zgarishlarning yanada rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratadi.

Shakllangan parodontal cho'ntaklar patogen mikrofloraning faol o'sishi va saqlanib qolishi, shuningdek, ham milk usti, ham milk osti tish cho'kindilarining, shu jumladan zich minerallashtirilgan tish toshining shakllanishi, yetilishi va to'planishi uchun qulay sharoit yaratadi. Bunday sharoitda parodontal cho'ntak sohasidagi distrofik-yallig'lanish jarayoni progressiv xarakterga ega bo'ladi va granulyatsion to'qimaning intensiv o'sishi bilan birga kechadi. Klinik jihatdan olganda bu sezilarli ekssudatsiya bilan namoyon bo'ladi, bu ekssudatsiya nisbiy turg'unlik fazasida seroz xarakterga ega bo'ladi, yallig'lanish zo'rayganida esa seroz-yiringli yoki yiringli ekssudatsiyaga aylanadi. Ogir darajali generallashtirilgan parodontitda parodontal cho'ntaklarning

chuqurligi periodont va alveolyar suyakning yemirilish darajasi, shuningdek, parodont to'qimalarida distrofik-yallig'lanish jarayonining faolligi va davomiyligi bilan belgilanadi.

Travmatik okklyuziya og'ir darajadagi generallashtgan parodontitning doimiy va klinik jihatdan muhim tarkibiy qismidir. Fiziologik okklyuziya sharoitida alohida tishlarga ortiqcha yuk tushmasdan tish qatorlarining bir vaqtda va barqaror jipslashuvi ta'minlanadi, bunda parodont, chakka-pastki jag' bo'g'imlari va chaynov mushaklarida patologik o'zgarishlar bo'lmaydi. Ushbu muvozanatning buzilishi travmatik okklyuzion ta'sirning shakllanishiga olib keladi, uning kontseptsiyasi birinchi marta XX asrning boshlarida P.R.Stillman tomonidan taklif qilingan. Zamonaviy talqinda travmatik okklyuziyaning birlamchi va ikkilamchi shakllari farqlanadi.

Og'ir darajali tarqalgan parodontitda ikkilamchi travmatik okklyuziya klinik ahamiyatga ega bo'lib, u parodont to'qimalarining sezilarli shikastlanishi fonida rivojlanadi. Bunday sharoitlarda hatto fiziologik kattalikdagi chaynov yuklamasi ham o'zgargan periodontning funksional imkoniyatlaridan oshib ketadi va shikastlovchi omil xususiyatiga ega bo'ladi. Tish boylam apparatining yemirilishi va alveolyar suyakning rezorbsiyasi natijasida tishlar okklyuzion kuchlarga yetarlicha qarshilik ko'rsatish qobiliyatini yo'qotadi. Yuklamaga normal qarshilikning yo'qligi tish qattiq to'qimalarining fiziologik ishqalanishining pasayishiga olib keladi, chunki harakatchan tishlar chaynov kuchlari ta'siridan qochadi.

Tish qatorlarining intakt parodontli qismlarida chaynov yuzasi do'mboqlari va kesuvchi qirralarining fiziologik ishqalanishi kuzatiladi, parodontal zararlanish kuchli bo'lgan joylarda esa bu anatomik tuzilmalar saqlanib qoladi. Natijada, aynan shunday tishlar birinchi bo'lib antagonistlar bilan okklyuzion aloqaga kirishadi va ortiqcha bosim o'choqlarini - travmatik tugunlarni hosil qiladi. Bu ortiqcha yuklamaning yanada kuchayishiga, destruktiv o'zgarishlarning chuqurlashishiga va kasallikning rivojlanishiga olib keladi.

Birlamchi okklyuzion shikastlanishdagi kabi, ikkilamchi shaklda ham periodontal yoriqning kengayishi, alveolyar suyak rezorbsiyasining kuchayishi va parodontda destruktiv jarayonlarning kuchayishi kuzatiladi. Chaynov yuklamasining gorizontal komponentlari to'qimalarga eng salbiy ta'sir ko'rsatadi, ular ta'sirida tishlarning

harakatchanligi oshadi va ularning vestibulyar yoki oral yoʻnalishda siljishi, medial va distal egilishlar, boʻylama oʻq atrofida rotatsiya yoki tishlarning alveolalardan patologik chiqishi yuzaga keladi.

Tishlarning yaqqol harakatchanligining rivojlanishi pastki jagʻning chaynov harakatlari koordinatsiyasining buzilishiga olib keladi. Bemorlar ogʻriqli, harakatchan yoki siljigan tishlarga beixtiyor bosim oʻtkazishdan qochadilar, bu esa tish qatorlarining intakt qismlarining funksional zoʻriqishiga va chaynashning patologik stereotiplarining shakllanishiga olib keladi. Ushbu oʻzgarishlar birgalikda tish-jagʻ tizimining funksional buzilishlarini kuchaytiradi va ogʻir darajadagi tarqalgan parodontitning yanada rivojlanishiga yordam beradi.

Generallashtirilgan parodontitda yuzaga keladigan chaynov mushaklari funksional holatining buzilishi pastki jagʻning patologik oʻzgargan harakat stereotiplarining shakllanishi va mustahkamlanishiga yordam beradi, bu esa vaqt oʻtishi bilan chakka-pastki jagʻ boʻgʻimining patologik jarayonga qoʻshilishiga olib kelishi mumkin (M.D. Gross, J.D. Metyuz, 1986). Shu nuqtai nazardan, travmatik okklyuziya alohida tishlar yoki tishlar guruhlarining okklyuzion munosabatlarining patologik varianti sifatida koʻrib chiqiladi, bu erta va beqaror okklyuzion aloqalar, chaynash yukining notekis taqsimlanishi va keyinchalik haddan tashqari yuklangan tishlarning koʻchishi bilan tavsiflanadi. Ushbu oʻzgarishlar parodont toʻqimalarining progressiv strukturaviy buzilishlari, chaynov mushaklarining funksional buzilishlari va chakka-pastki jagʻ boʻgʻimlarining patologiyasi bilan birga kechadi.

Travmatik okklyuziya taʼsirida rivojlanadigan tishlarning siljishi tishlararo kontaktlarning yoʻqolishiga va tish qatorlari yaxlitligining buzilishiga olib keladi, natijada tish qatorlari yagona biomexanik tizim sifatida ishlashdan toʻxtaydi. Moslashuv mexanizmlarining yoʻqolishi chaynov yuklamasining qayta taqsimlanishiga olib keladi, bunda asosiy bosim tishlar qatori bilan emas, balki alohida tishlar bilan qabul qilinadi.

Bu esa oʻz navbatida parodont toʻqimalarida destruktiv oʻzgarishlarning yanada

chuqurlashishiga va patologik jarayonning avj olishiga sabab bo‘ladi (7.1.3,4-rasmlar).



7.1.3-rasm: travnmatik okklyuzziya



7.1.4-rasm: suyak toqimassinin ½ qismgacha rezorbtsiyasi

Alveolyar suyakning progressiv rezorbsiyasi generallashtgan parodontitning doimiy va prinsipial muhim diagnostik belgisidir. Alveolalararo to‘siqlar rezorbsiyasining rentgenologik va klinik belgilarining yo‘qligi ushbu tashxisni qo‘yish imkoniyatini istisno qiladi. Suyak to‘qimasining kamayish jarayoni sekin rivojlanadi va ortib borishi bilan klinik jihatdan tish bo‘yinlarining ochilishi va patologik harakatchanlikning shakllanishi bilan namoyon bo‘ladi.

Tishlarning tizimli harakatchanligi periodont va alveolyar suyakning yemirilishi natijasida shakllanadi va umumiy parodontitning eng ko‘p uchraydigan klinik ko‘rinishlariga kiradi. D.A.Entinning tasnifiga muvofiq, tishlarning patologik harakatchanligining uchta darajasi farqlanadi: birinchi darajada vestibulyar-oral yo‘nalishda siljishlar qayd etiladi, ikkinchisida - vestibulyar-oral va medial-distal, uchinchi darajada esa qo‘shimcha ravishda vertikal (apikal) harakatchanlik paydo bo‘ladi.

Generallashtirilgan parodontitda tishlar harakatchanligining ifodalanishi bir qator omillar bilan belgilanadi, ular orasida alveolyar suyak rezorbsiyasining chuqurligi va parodont to'qimalarida distrofik-yallig'lanish jarayonining kechish xususiyati yetakchi rol o'ynaydi. Kasallik zo'rayganda tishlarning harakatchanligi, odatda, suyak rezorbsiyasi darajasidan qat'i nazar, surunkali kechishdagiga nisbatan ancha yuqori bo'ladi. Bu kasallikning avj olish bosqichida tishning bog'lovchi apparatining intensiv yemirilishi bilan bog'liq, surunkali kechishida esa destruktiv o'zgarishlar sekinroq rivojlanadi va kamroq darajada ifodalanadi.

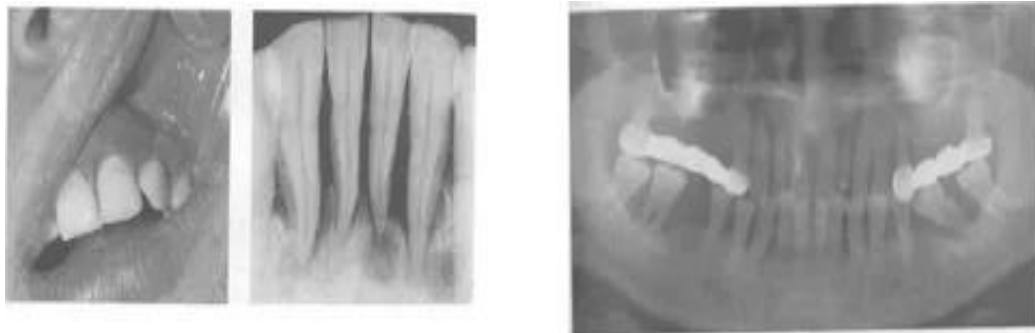
Shunday qilib, tarqalgan parodontitning surunkali kechishida D.A.Entin bo'yicha aniqlangan tishlarning patologik harakatchanligi darajasi odatda alveolyar o'siqning rezorbsiya darajasi bilan bog'liq. Shu bilan birga, kasallikning kuchayishi bilan tishlarning harakatchanligi suyak atrofiyasi darajasidan sezilarli darajada oshishi mumkin: alveolyar suyak rezorbsiyasining engil darajasida tishlarning harakatchanligi ko'pincha o'rta va hatto ogir darajaga yetadi. Ushbu bog'liqlikni hisobga olish, ayniqsa, tishlarni olib tashlashning maqsadga muvofiqligi to'g'risidagi masalani hal qilishda muhim amaliy ahamiyatga ega, chunki adekvat kompleks davolash o'tkazilgandan so'ng tishlarning harakatchanligi sezilarli darajada pasayishi mumkin.

Periodont va milk to'qimalarining yemirilishi bilan kechadigan alveolyar suyakning rezorbsiyasi retsessiya shakllanishiga va tish bo'yinlarining ochilishiga olib keladi. Suyak to'qimasida atrofik jarayonlarning zo'rayib borishi tabiatan notekis bo'ladi. Yaqqol ifodalangan mahalliy ta'sirlovchi omillar ta'siri zonalarida, shuningdek, travmatik okklyuziyada travmatik tugunlar shakllanadigan sohalarda alveolyar suyak rezorbsiyasi ancha tezroq kechadi. Ayniqsa, generallashtirilgan parodontitning o'tkir kechishida suyak to'qimasining intensiv kamayishi kuzatiladi, bu alveolyar o'simtadagi atrofik o'zgarishlarning yaqqol notekisligiga sabab bo'ladi.

Generallashtirilgan parodontitda alveolalararo to'siqlarning notekis pasayishi shu bilan namoyon bo'ladiki, jag'ning ba'zi qismlarida rezorbsiya sezilarli darajada ifodalangan bo'lsa, boshqalarida o'rtacha darajada bo'ladi. Alveolyar suyak destruksiyasining bunday varianti rezorbsiyaning vertikal turi sifatida baholanadi. Gorizontil xilida suyak to'qimasidagi atrofik o'zgarishlar tabiatan bir tekis bo'ladi va tish qatorining butun uzunasiga tarqalib boradi.

Alveolyar suyak rezorbsiyasi chuqurligini klinik baholash tish bo'yinlarining ochilish darajasiga qarab taxminan amalga oshirilishi mumkin, ammo alveolyar o'simtaning rentgenologik tekshiruvi suyak o'zgarishlarining og'irligi haqida eng ishonchli ma'lumotlarni beradi. Alveolyar suyak rezorbsiyasining chuqurligi va

darajasi parodontdagi patologik jarayonning rivojlanish darajasini aks ettiruvchi obyektiv klinik mezonlar sifatida qaraladi. Klinik amaliyotda alveolalararo to'siqlar rezorbsiyasining boshlang'ich, I, II va III darajalarini farqlash qabul qilingan. Kasallikning boshlang'ich darajasida suyak to'qimasida o'zgarishlar kam bo'ladi va to'siqlar sezilarli darajada atrofiyaga uchramaydi; kasallikning I darajasida rezorbsiya to'siqlar balandligining uchdan bir qismi bilan chegaralanadi; kasallikning II darajasida to'siqlar balandligining yarmigacha suyak to'qimasi kamayib ketadi; kasallikning III darajasida to'siqlar balandligining uchdan ikki qismidan ko'prog'i yo'qolib ketadi (7.1.5-rasm).



7.1.5-rasm: ogir darajali parodontit, suyak toqimasining 3/2 qismga rezorbtisiasi

Alveolalararo to'siqlar atrofiyasidan tashqari, generallashtgan parodontitda suyak to'qimasining distrofik-yallig'lanish o'zgarishlarini aks ettiruvchi qo'shimcha rentgenologik belgilar majmuasi aniqlanadi. Alveolalararo to'siqlarning cho'qqilari sohasida kortikal qatlamning yemirilishi, g'ovak moddaning sezilarli osteoporozi, suyak tuzilmalarining progressiv atrofiyasi, shuningdek, asosan tishlarning bo'yin qismida periodontal yoriqning kengayishi eng xarakterli xususiyatlar qatoriga kiradi. Ko'rsatilgan rentgenologik ko'rinishlarning intensivligi kasallikning kechish xarakteri va patologik jarayonning ifodalanish darajasi bilan belgilanadi. Shunday qilib, alveolyar suyakdagi osteoporotik o'zgarishlar kasallikning o'tkir kechishida yaqqolroq namoyon

bo'ladi, alveolalararo to'siqlarning rezorbsiya darajasi esa generallashtgan parodontitning klinik bosqichi bilan bog'liq.

Shuni ta'kidlash kerakki, generallashtgan parodontitning asosiy simptomokomplekslarining og'irligi va o'zgaruvchanligi ko'p jihatdan kasallikning kechish xususiyatlari bilan bog'liq. Ba'zi hollarda patologik jarayon sekin rivojlanadi va surunkali xarakterga ega bo'ladi, boshqa hollarda esa yuqori faolligi bilan ajralib turadi va barcha klinik belgilarning keskin namoyon bo'lishi bilan kechadi. Parodont to'qimalarining shikastlanish chuqurligi va klinik ko'rinishning o'ziga xos xususiyatlari organizmning umumiy holati va uning reaktivlik darajasi bilan chambarchas bog'liq bo'lib, bu davolash taktikasini tanlash va davolashga individual yondashuvni amalga oshirishda muhim ahamiyatga ega. Generallashtgan parodontitning surunkali va o'tkir kechish variantlarini ajratishning maqsadga muvofiqligi klinik va laboratoriya tadqiqotlari natijalari bilan tasdiqlangan.

Kasallik surunkali kechganda simptomatik gingivit asta-sekin rivojlanadi va odatda kataral yoki gipertrofik shaklda, juda kam hollarda yarali shaklda namoyon bo'ladi. Parodontal cho'ntaklarda o'rtacha miqdorda seroz-yiringli, kamdan-kam hollarda yiringli ajralma aniqlanadi. Alveolyar suyak rezorbsiyasi nisbatan bir tekis xarakterga ega bo'lib, odatda chuqur suyak cho'ntaklari hosil bo'lishi bilan kechmaydi. Saqlanib qolgan alveolalararo to'siqlarda rentgenologik jihatdan sust ifodalangan osteoporoz aniqlanadi, periodontal yoriq biroz kengaygan, tishlarning harakatchanlik darajasi aksariyat hollarda suyak rezorbsiyasi chuqurligiga mos keladi. Shu bilan birga, tishlarning nisbatan kichik harakatchanligi bilan suyak to'qimalarining sezilarli darajada kamayishi mumkinligi istisno etilmaydi. Kasallikning surunkali kechishida organizmning umumiy holati, odatda, yaqqol ifodalangan tizimli buzilishlarsiz qoladi.

Organizm reaktivligining pasayishi, shu jumladan endokrin, yurak-qon tomir, ovqat hazm qilish tizimlarining hamroh kasalliklari yoki yuqumli patologiya fonida surunkali jarayonning kuchayish bosqichiga o'tishiga yordam beradi. Shu bilan birga, parodont to'qimalarida yallig'lanish belgilari kuchayadi, kuchli og'riq, kuchli giperemiya va milklarning qonashi paydo bo'ladi. Parodontal cho'ntaklardan ajralma miqdori sezilarli darajada oshadi, bu ko'pincha yiringli xususiyatga ega bo'ladi. Bir qancha hollarda yumshoq to'qimalarda bitta-yarimta yoki bir talay abscesslar boshlanib,

suyak tuzilmalari ham shu jarayonga qo'shilib ketadi va periodontal absesslar deb ataladigan suyak cho'ntaklari paydo bo'ladi. Ularning lokalizatsiyasi ko'pincha marginal milk sohasi yoki parodontning chuqurroq qatlamlari bilan bog'liq. Yondosh somatik patologiyasi bo'lgan bemorlarda absesslanish hatto uncha chuqur bo'lmagan parodontal cho'ntaklarda ham kuzatilishi mumkin.

Parodont kasalliklarida mikrobiologik ko'rsatkichlar (7.1.1-jadval)

Ko'rsatkich	Xarakteristika	SGPdagi o'zgarishlar	Klinik-patogenetik ahamiyati
Umumiy bakterial yuklama	Cho'ntakdagi mikroorganizmlar soni	Ko'tarilgan	Yallig'lanish reaksiyasining og'irligini aniqlaydi
Porphyromonas gingivalis	Asosiy parodontopatogen	Sezilarli o'sish	Immun javobni ingibirlaydi, to'qimalar destruksiyasini kuchaytiradi
Tannerella forsythia	Anaerob patogen	Ko'tarilgan	Kasallikning rivojlanishi bilan bog'liq
Treponema denticola	Spiroxeta, invaziv patogen	Ko'tarilgan	Cho'ntak chuqurligi va agressiv oqim bilan bog'liq
Aggregatibacter actinomycetem comitans	Leykotoksin ishlab chiqaruvchi mikroorganizm	Ko'pincha aniqlanadi	Immunopatologik reaksiyalarni kuchaytiradi
Mikrob assotsiatsiyalari (qizil kompleks)	Patogenlar sinergizmi	Ustunlik qiladi	Yallig'lanishning surunkali kechishining asosiy omili
Anaerob/aerob nisbati	Ekologik muvozanat	Anaeroblar tomonga siljish	Destruksiyaning rivojlanishini ko'rsatadi

Abscesslar hosil bo'lishi bilan kechadigan generallashtgan parodontitning o'tkir kechishi milkning yaqqol yallig'lanish reaksiyasi, uning shishishi, milk qirralarining shishishi, o'tkir marginal periodontitning rivojlanishi va kuchli og'riq sindromi bilan tavsiflanadi. Bunda tishlarning harakatchanligi sezilarli darajada oshadi, bu periodont tolalarining yaqqol destruksiya va periodontal yoriqda eksudatning to'planishi bilan bog'liq. Ko'pincha organizmning umumiy zaharlanish belgilari, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i va umumiy holsizlik kuzatiladi.

Surunkali parodontit uchun zo'riqish bosqichida alveolyar suyakning agressiv rezorbsiyasi xarakterli bo'lib, u kuchli osteoporoz va suyak cho'ntaklari shakllanishi bilan notekis, progressiv vertikal destruksiya bilan birga keladi. Abscesslanish zonalarida aniq chegaralangan osteoporoz o'chog'i aniqlanadi, periodontal yoriq esa ancha masofaga kengayadi. Yallig'lanish jarayonining tez-tez takrorlanishi tishlarning yaqqol harakatchanligi va ularning siljishiga olib keladi, yaqqol ifodalangan travmatik okklyuziya sindromini shakllantiradi. Qator hollarda takroriy abscesslanish alohida tish sohasida alveolyar suyakning to'liq atrofiyasiga va uning yo'qolishiga sabab bo'ladi.

Shuni ta'kidlash kerakki, kasallikning o'tkir kechishida tishlarning harakatchanlik darajasi ko'pincha alveolalararo to'siqlarning rezorbsiya chuqurligiga mos kelmaydi. Bu parodont to'qimalarining yallig'lanish shishi va periodontning bog'lovchi apparatining shikastlanishi bilan bog'liq. Kompleks davolash davomida yallig'lanish komponenti bartaraf etilgandan so'ng, tishlarning harakatchanlik darajasi odatda pasayadi va alveolyar suyak atrofiyasi darajasiga mos kela boshlaydi.

Generallashtgan parodontit kechishining turli xarakterdagi klinik xususiyatlari laboratoriya tekshiruvlari natijalari bilan tasdiqlanadi. Stereokapillyar mikroskopiya va flyuorescent biomikroskopiya ma'lumotlari (N.F.Danilevskiy va hammual., 1968) shuni ko'rsatadiki, kasallikning boshlang'ich darajasining surunkali kechishida kapillyarlarning bo'shab qolishi, kapillyar fonning oqarishi, qon oqimining notekisligi va ishlaydigan kapillyarlar sonining kamayishi kuzatiladi. Jarayon zo'rayib borgan sayin venoz dimlanish boshlanib, fonning sianotik tusga kirishi va kapillyarlar qovuzloqlarining kengayib borishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallik qo'ziganida qo'shimcha ravishda kapillyarlarning sezilarli darajada qonga to'lishi va ularning

o'tkazuvchanligi oshishi aniqlanadi, bu yallig'lanish sohasida flyuoressein to'planishi bilan birga kechadi.

(7.1.2-jadval)

Asosiy immunologik va regenerator markerlar (IL, LL-37, periostin, TGF- β)

Marker	Biologik funktsiya	SGPdagi o'zgarishlar	Patogenetik ahamiyati
IL-1β	Yallig'lanishning boshlanishi, osteoklastlarning faollashuvi	Ko'tarilgan	Suyak rezorbsiyasini kuchaytiradi va surunkali yallig'lanishni qo'llab-quvvatlaydi
TNF-α	Suyak to'qimasining yallig'lanishi va rezorbsiyasini keltirib chiqaradi	Ko'tarilgan	Sezilarli darajada oshirilgan
IL-6	Yallig'lanishning o'tkir bosqichi, immunitetning faollashishi	Ko'tarilgan	Destruktiv jarayonlar va qon tomir reaksiyalarini kuchaytiradi
IL-8	Neytrofillar xemotaksisi	Ko'tarilgan	Yallig'lanishning faol bosqichini va neytrofil infiltratsiyani aks ettiradi
IL-17	Neytrofil javobning faollashuvi	Sezilarli darajada oshirilgan	Agressiv kechish va kuchaygan suyak rezorbsiyasi bilan bog'liq
IL-10	Yallig'lanishga qarshi boshqaruv	Kamaytirilgan	Yallig'lanishni immun nazorati yetishmovchiligi
LL-37 (katelitsidin)	Mikroblarga qarshi himoya, immunomodulyatsiya	Disbalans (ko'pincha pasayish)	Tug'ma immunitetning pasayishi va epitelial to'siqning buzilishi

Marker	Biologik funksiya	SGPdagi o'zgarishlar	Patogenetik ahamiyati
Periostin	Biriktiruvchi to'qimani qayta modellashtirish	Faol jarayonda oshirilgan	To'qima stressi va parodont qayta tuzilishi markeri
TGF-β	Regeneratsiya, fibroz, immunoregulyatsiya	Buzilgan boshqaruv ($\uparrow$ yoki $\downarrow$)	Yallig'lanish va reparatsiya o'rtasidagi nomutanosiblikni aks ettiradi

Milk tomirlarining kapillyar o'tkazuvchanlik darajasini aks ettiruvchi funksional holati vakuumli gematomalar hosil bo'lish vaqti bilan ham aniqlanadi (V.I.Kulajenko, 1960). Generallashgan parodontitda bu ko'rsatkich distrofik-yallig'lanish jarayonining ifodalanish darajasi va kechish xususiyatiga mutanosib ravishda ortadi (1-jadval).

Og'iz suyuqligi hujayra tarkibining o'zgarishi ham kasallikning klinik ko'rinishiga bog'liq. Surunkali kechishida ko'chib yuruvchi leykotsitlar soni me'yorga nisbatan taxminan ikki baravar ko'payadi, shu bilan birga yashovchan neytrofil granulotsitlar ulushining kamayishi va ko'chib tushgan epitelial hujayralar sonining ko'payishi kuzatiladi. Zo'rayish fazasida leykotsitlar migratsiyasi bir necha marta ortadi, tirik neytrofillar foizi sezilarli darajada kamayadi, bu yallig'lanish jarayonining yuqori faolligini aks ettiradi.

Surunkali va zo‘rayish bosqichidagi generallashtgan parodontitning qiyosiy tavsifi (7.1.3-jadval)

Mezon	Generallashtgan parodontitning surunkali kechishi	Zo‘rayish bosqichidagi generallashtgan parodontit
Yallig‘lanish jarayonining tabiati	Asta-sekin, nisbatan barqaror rivojlanuvchi distrofik yallig‘lanish jarayoni	Yaqqol eksudatsiya va to‘qimalar destruksiya bilan faol yallig‘lanish jarayoni
Alveolyar suyak rezorbsiyasi	Asta-sekin rivojlanadi, nisbatan tekis xarakterga ega	Tez zo‘rayib boradi, ko‘pincha notekis va o‘choqli bo‘ladi
Suyak rezorbsiyasi turi	Asosan gorizontal, biroz vertikal bo‘lishi mumkin	Chuqur suyakli parodontal cho‘ntaklar shakllanishi bilan ifodalangan vertikal rezorbsiya (7.1.5-rasm)
Alveolalararo to‘siqlarning holati	Rezorbsiya darajasi kasallikning davomiyligiga mos keladi	Alveolalararo to‘siqlarning intensiv rezorbsiyasi kuzatiladi
Parodontal cho‘ntaklar	Ular sekin shakllanadi, chuqurligi suyak atrofiyasi darajasi bilan bog‘liq	Cho‘ntaklarning tez chuqurlashishi, ko‘pincha suyak rezorbsiyasi darajasiga nomutanosib
Periodont holati	Bog‘lam apparati destruksiya o‘rtacha darajada ifodalangan	Periodontal boylamning sezilarli shikastlanishi
Tishlarning harakatchanligi (D.A.Entin bo‘yicha)	Odatda alveolyar suyak rezorbsiyasi darajasiga mos keladi: atrofiyaning I darajasida - qimirlashning I	Suyak rezorbsiyasi darajasidan yuqori: atrofiyaning I darajasida II-III darajali qimirlash bo‘lishi mumkin.

Mezon	Generallashtan parodontitning surunkali kechishi	Zo'rayish bosqichidagi generallashtan parodontit
	darajasi va h.k.	
Patologik harakatchanlik yo'nalishi	Asosan vestibulyar-oral, rivojlanganda - medial-distal	Ko'pincha ko'p tekislikli, shu jumladan vertikal (apikal) siljish
Tishlarning tizimli harakatchanligi	Periodont yemirilishi bilan asta-sekin rivojlanadi	Tezroq yuzaga keladi va sezilarli darajada kuchli ifodalanadi
Milk retsessiyasi va tish bo'yinlarining ochilishi	Asta-sekin shakllanadi, suyak atrofiyasining chuqurligi bilan bog'liq	Suyak va yumshoq to'qima komponentlarining faol rezorbsiyasi tufayli tez rivojlanadi
Travmatik okklyuziya ta'siri	Kasallikning kechishini og'irlashtiradi, rezorbsiyaning mahalliy tezlashishiga yordam beradi	To'qimalar destruksiyasini keskin kuchaytiruvchi jarohatlovchi okklyuzion tugunlarni hosil qiladi
Atrofiyaning rivojlanish tezligi	Nisbatan sekin, to'liqsimon	Tez, agressiv, yaqqol klinik simptomlar bilan
Davolash taktikasi uchun amaliy ahamiyati	Tishlarning harakatchanligi ko'pincha qaytar yoki kompleks davolashdan keyin kamayadi.	Davolashdan keyin harakatchanlikning orqaga qaytishi ehtimolini hisobga olmagan holda tishlarni asossiz olib tashlashning yuqori xavfi
Tishlar qimirlashining klinik talqini	Alveolyar suyak rezorbsiyasi darajasini ishonchli aks ettiradi	Ehtiyotkorlik bilan baholashni talab qiladi, chunki harakatchanlik funksional jihatdan bo'rtirilgan bo'lishi mumkin

Tishlarning patologik harakatchanligi darajasining parodontdagi distrofik-yallig'lanish jarayonining kechish xususiyatiga bog'liqligi muhim klinik ahamiyatga ega bo'lib, prognozni aniqlash, davolash taktikasini tanlash va tishlarni olib tashlashga ko'rsatmalarni aniqlashda hisobga olinishi kerak, chunki yallig'lanishga qarshi va ortopedik kompleks korreksiya dan so'ng tishlarning harakatchanligi sezilarli darajada pasayishi mumkin.

Parodont to'qimalari klinik intakt bo'lgan shaxslarda leykotsitlarning og'iz bo'shlig'iga migratsiyasi darajasi fiziologik me'yor chegarasida qoladi va odatda 1 ml yuvish suyuqligida 150 hujayradan oshmaydi. Shu bilan birga, ko'chib o'tgan hujayralarning taxminan 80 foizi yashovchan shakllar bilan ifodalanadi, bu esa mahalliy himoya mexanizmlarining adekvat holatini aks ettiradi. Generallashtirilgan parodontitning surunkali kechishida bu ko'rsatkich sezilarli darajada oshadi - o'rtacha 2-3 marta, bu patologik jarayonning og'irlik darajasi va uning klinik kechishi bilan bog'liq. Shu bilan birga, funksional faol neytrofil granulotsitlar ulushining pasayishi va deskvamatsiyalangan epitelial hujayralar sonining ko'payishi qayd etiladi, bu parodont shilliq qavatining to'siq funksiyasining buzilishini ko'rsatadi.

Parodontal cho'ntaklar tarkibining sitologik tahlili natijalari generallashtirilgan parodontitning surunkali kechishida immunologik buzilishlar mavjudligini tasdiqlaydi. Bunday sharoitda faol fagotsitoz qiluvchi neytrofillar sonining kamayishi, limfotsitlar va poliblastlarning yagona mavjudligi aniqlanadi, bu parodont to'qimalarining mahalliy himoya reaksiyalarining bostirilishini ko'rsatadi. Zo'rayish bosqichida, aksincha, faol fagotsitlar ulushining nisbatan ko'payishi va poliblast hujayralar sonining biroz ko'payishi kuzatiladi, bu yallig'lanish jarayonining kuchayishi fonida immun javobning kompensator mobilizatsiyasining namoyon bo'lishi sifatida qaralishi mumkin.

Kasallikning surunkali kechishida parodontal cho'ntaklarning mikrobiologik tavsifi sezilarli xilma-xillik va yuqori ifloslanish bilan ajralib turadi. Mikroorganizmlarida kokksimon formalar, urchuqsimon tayoqchalar, spiroxetalar, achitqisimon zamburug'lar va sodda hayvonlar aniqlanadi. Generallashtirilgan parodontitning o'tkir kechishida mikroflora yanada massiv bo'lib, uning tarkibida kokk yoki ipsimon mikroorganizmlar ustunlik qiladi, bu esa bioplyonkaning patogen potensialining faollashuvini aks ettiradi.

Generallashtirilgan parodontitning surunkali kechishida periferik qondagi o'zgarishlar, qoida tariqasida, ahamiyatsiz darajada ifodalangan va referent qiymatlardan tashqariga chiqmaydi. Kasallikning zo'rayish davrida me'yorning yuqori chegarasida leykotsitozga moyillik, neytrofil granulotsitlar va limfotsitlar miqdorining o'rtacha oshishi, shuningdek monotsitlar va eozinofillar sonining ko'payishi kuzatiladi, bu organizmning faol yallig'lanish jarayoniga tizimli javobini aks ettiradi.

Monotsitogramma tahlili shuni ko'rsatadiki, generallashtirilgan parodontitning surunkali kechishida promonotsitlar va yetuk monotsitlar soni kamayadi, shu bilan birga polimorf yadroli hujayralar ulushi ortadi, bu esa himoya mexanizmlari samaradorligining pasayishini ko'rsatadi. Kasallikning zo'rayish fazasida qarama-qarshi manzara kuzatiladi - polimorf yadroli va polinuklear shakllar sonining kamayishi fonida promonotsitlar va monotsitlar tarkibining ko'payishi, bu organizmning immun zaxiralarini safarbar qilishning namoyon bo'lishi sifatida baholanadi.

Kasallikning surunkali kechishida qon zardobi oqsillarini elektroforetik tekshirish albuminlar konsentratsiyasining o'rtacha pasayishini va α_1 - va γ -fraksiyalarning ko'payishi hisobiga globulinlar darajasining nisbatan oshishini, α_2 - va β -globulinlarning sezilarsiz o'zgarishlarini aniqlaydi. Yallig'lanish jarayonining kuchayishi sharoitida bu siljishlar yanada aniqroq xarakterga ega bo'ladi: albuminlar ulushining pasayishi bilan bir vaqtda α_1 -, α_2 - va γ -globulinlar miqdori ortadi, bu yallig'lanish-immun reaksiyalarining faollashuvini aks ettiradi.

Generallashtirilgan parodontitning surunkali kechishida periferik qondagi neytrofil granulotsitlarning fagotsitar faolligi fagotsitoz qiluvchi hujayralarning foizi bo'yicha ham, fagotsitar sonining kattaligi bo'yicha ham fiziologik me'yorning pastki chegarasida joylashgan. Kasallikning zo'rayish davrida ko'rsatilgan ko'rsatkichlar me'yorning yuqori chegaralariga yetadi, bu neytrofil pog'onaning funksional faolligi kuchayganligidan dalolat beradi. Surunkali kechishida komplement titri, odatda, me'yoriy ko'rsatkichlar doirasida saqlanib qoladi, kasallik zo'rayganida esa uning pasayishi qayd etiladi.

Generallashtirilgan parodontitning boshlang'ich darajasi klinik jihatdan ko'pincha ovqatlanish yoki gigiyenik chora-tadbirlar paytida milklardan qon ketishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarning katta qismida bu alomat birinchi bo'lib, bir necha yillar

davomida alveolyar suyakning rentgenologik o'zgarishlaridan oldin paydo bo'lishi mumkin. Erta belgilarga parodont sohasidagi qichishish, paresteziya va noqulaylikning subyektiv hissiyotlari ham kiradi, ular ko'pincha yaqqol yallig'lanish belgilari paydo bo'lishidan oldin yuzaga keladi. Bir qancha hollarda kasallik simptomsiz o'tadi, bu esa patologik jarayonni o'z vaqtida aniqlashni qiyinlashtiradi. Anamnez yig'ishda bemorlar, odatda, faqat yaqqol klinik belgilar paydo bo'lgan vaqtni ko'rsatadilar, kasallikning boshlanishi esa ko'pincha erta davrga to'g'ri keladi.

SGP ning surunkali va zo'rayganida parodontal cho'ntaklar tarkibining sitologik ko'rsatkichlari, % (7.1.4-jadval)

Sitologik elementlar	surunkali surunkali gepatit	surunkali gepatitning o'tkir kechishi
Faol neytrofil granulotsitlar	30-45.	50-65
Nofaol neytrofil granulotsitlar	35-45	20-30
Limfotsitlar	3-6	6-10.
Monotsitlar / makrofaglar	2-4	5-8
Poliblastlar	1-3	4-7
Deskvamirlangan epiteliy hujayralari	25-35	20-30
Nekrotik o'zgargan hujayralar	5-8	8-12.
Mikrob to'plamlari	yaqqol ifodalangan	keskin yaqqol ifodalangan

Generallashgan parodontitning surunkali kechishi parodontning immun himoyasini susayishi bilan tavsiflanadi: faol fagotsitlar past darajada, faol bo'lmagan granulotsitlar va deskvamatsiyalangan epitelial hujayralar ulushi oshgan. Bu mikroflora va to'qimalarning asta-sekin yemirilishi uchun qulay sharoit yaratadi.

Surunkali generallashgan parodontitning huruji himoya hujayralarining safarbarligi bilan kechadi: faol neytrofillar, monotsitlar va poliblastlar foizi ortadi,

ammo yuqori bakterial yuk saqlanib qoladi. Jarayon kuchli giperemiya, shish va ekssudat hosil bo'lishining ko'payishi bilan kechadi.

Ko'rikda mahalliy ta'sirlovchilar: karioz tishlarning o'tkir qirralari, to'liq bo'lmagan plombalar, tish-jag' deformatsiyalari, alohida tishlar holatining anomaliyalari, tish karashlari va boshqalar aniqlanadi. Simptomatik gingivit va travmatik okklyuziya belgilari kuzatiladi.

Generallashtirilgan parodontitning boshlang'ich darajasida milkdagi yallig'lanishli o'zgarishlar uning shishishi bilan birga keladi, bu esa chuqurligi 3 mm gacha bo'lgan milk cho'ntagi shakllanishiga olib keladi. Chuqurligi kichik bo'lishiga qaramay, cho'ntakni parodontal cho'ntak deb baholash kerak, chunki bu bosqichdayoq tish-epitelial birikish yaxlitligining minimal buzilishi va epiteliyning periodont ichiga o'sib kirishi kuzatiladi. Bunda tish bo'yinlarining ochilib qolishi kuzatilmaydi.

Milk usti tish toshi asosan pastki frontal tishlarning til tomonida va yuqori molyarlarning vestibulyar yuzasida, so'lak bezlarining chiqarish yo'llari yaqinida joylashadi. Milk osti toshi tishlar oralig'ida aniqlanadi. Gingivit ko'pincha kataral yoki gipertrofik, kamroq - yarali; gipertrofik variant ko'pincha o'smirlarda va endokrin yoki tizimli kasalliklari bo'lgan bemorlarda yallig'lanish diffuz xarakterga ega bo'lib, marginal va alveolyar milkga ta'sir qilganda uchraydi.

Boshlang'ich darajadagi travmatik okklyuziya kam ifodalangan bo'lib, asosan plomba nuqsonlari, protezlar, tish-jag'deformatsiyalari va tishlar joylashuvi anomaliyalari joylarida kuzatiladi.

Rentgenologik tekshiruvda alveolalararo to'siqlar g'ovak moddasining chegaralangan osteoporozi, kompakt qavatning o'rtacha destruksiya, tish bo'yinlarida periodontal yoriqning biroz kengayishi aniqlanadi. Surunkali qo'zg'atuvchilar bo'lgan ayrim joylarda osteoporozi diffuz xarakterga ega bo'lishi mumkin.

Mikrosirkulyator buzilishlar minimal darajada ifodalangan: kapillyaroskopiya ishlayotgan kapillyarlar sonining ko'payishini, ularning shakli va qon oqimi xususiyatining o'zgarishini ko'rsatadi, bu sekinlashgan, qon bilan to'lgan dimlangan kapillyarlar uchraydi. V.I.Kulajenko bo'yicha vakuum sinamasida milk tomirlarining chidamliligi biroz pasaygan.

Morfologik jihatdan to'qimalardagi o'zgarishlar juda kam: cho'ntak tubi epiteliysining boshlang'ich distrofik o'zgarishlari, uning milkning xususiy plastinkasiga va periodontga o'sib kirishi, alveolalararo to'siqlarning suyak to'qimasining dismineralizatsiyasi, ularning cho'qqilarining kortikal qatlaminig yuqqalashishi yoki yo'qolishi kuzatiladi.

Laboratoriya tekshiruvlari (qon morfologiyasi, leykotsitlar migratsiyasi, milk cho'ntaklari tarkibining sitologik tahlili) o'rtacha anemizatsiya, leykotsitlar migratsiyasining biroz oshishi (200-250 hujayra/ml) va kuchli fagotsitar reaksiyalarni ko'rsatadi.

O'tkir yuqumli kasalliklar, somatogen o'choqlar yoki tizimli patologiyalar (yurak-qon tomir, ovqat hazm qilish kasalliklari) fonida o'tkir kechishida belgilar yanada yaqqolroq namoyon bo'ladi.

Shunday qilib, patologik jarayonning kechish xususiyati (surunkali yoki zo'raygan) boshlang'ich va yengil darajadagi generallashtgan parodontitda klinik, rentgenologik va morfofunktsional o'zgarishlarning ifodalanganligini aniqlaydi, bu esa terapevtik taktikani tanlash va davolashni individuallashtirish uchun muhimdir.

Patomorfologik jihatdan yengil darajadagi generallashtgan parodontitning surunkali kechishida patologik o'zgargan kapillyarlarning o'rtacha kattalashishi kuzatiladi, bu metabolik buzilishlarning boshlang'ich darajasi va parodontning hujayra va tolali tuzilmalarida distrofik o'zgarishlar bilan birga keladi. Parodontal cho'ntakning chuqurligi 2-3 mm ga yetadi, seroz ajralma miqdori o'rtacha. Alveolyar o'siq suyak to'qimasida distrofiya o'choqlari va osteoplastik rezorbsiyaning minimal belgilari aniqlanadi. Klinik belgilar mexanik ta'sirotlarda milkning biroz qonashi, o'rtacha og'riq va parodont to'qimalarining kuchsiz shishi bilan cheklangan. Tishlarning harakatchanligi, odatda, I darajali bo'lib, asosan pastki frontal tishlar sohasida joylashgan.

Generallashtgan parodontitning o'tkirlashgan kechishida yengil darajasida patologik o'zgarishlar sezilarli darajada yaqqol namoyon bo'ladi. Patologik o'zgargan kapillyarlar sonining keskin ko'payishi qayd etilgan, bu metabolik buzilishlarning chuqurlashishiga va parodontning hujayra va tolali tuzilmalari distrofiyasining kuchayishiga olib keladi. Parodontal cho'ntaklarning chuqurligi 3-4 mm ga yetadi,

ulardan ko'p miqdorda seroz-yiringli ekssudat ajraladi. Alveolyar o'siqning suyak to'qimasida silliq va osteoklastik rezorbsiya hodisalari kuzatiladi.

Klinik jihatdan bemorlar sezilarli og'riq, milklarning sezilarli darajada qonashi, parodont to'qimalarida achishish va uvishish hissi haqida shikoyat qilishadi. Tish qattiq to'qimalarining kimyoviy, termik va mexanik ta'sirotlarga sezgirligi oshadi, tishlash va chaynashda noxush sezgilar, gipersalivatsiya paydo bo'ladi. Kuchaygan distrofik-yallig'lanish jarayonining umumiy belgilari milk so'rg'ichlarining kuchli shishishi va yorqin qizil rangda bo'lishi, to'qimalarning og'riqliligi va sezilarli darajada qon ketishidir.

Tishlarning harakatchanligi kuchayib borib, I-II va ba'zan III darajaga yetadi, ayniqsa frontal tishlar sohasida. Travmatik okklyuziya o'choqlari okklyuzion egri chiziqning sezilarli siljishini keltirib chiqaradi, vizual ravishda tishlarning chiqishi va siljishi aniqlanadi.

Rentgenologik zo'rayish alveolyar suyakning diffuz o'zgarishlari bilan namoyon bo'ladi: alveolalararo to'siqlarning cho'qqilari va yon qismlarida kortikal plastinka yo'q, osteoporozi to'siqlarning o'rta va ba'zan pastki uchdan bir qismiga tarqaladi, periodontal yoriq sezilarli darajada kengaygan. Bu belgilar surunkali kechishga nisbatan patologik jarayonning yuqori faolligini ko'rsatadi.

Patomorfologik jihatdan o'rtacha og'irlikdagi generallashtirilgan parodontitning surunkali kechishida patologik o'zgargan kapillyarlar sonining o'rtacha ko'payishi kuzatiladi, bu progressiv metabolik buzilishlar va parodontning hujayra va tolali tuzilmalarida distrofik o'zgarishlar bilan birga keladi. Parodontal cho'ntaklarning chuqurligi 3-4 mm ga yetadi, ular o'rtacha miqdordagi seroz yoki seroz-yiringli ekssudat bilan to'ldirilgan. Milk ustida ham, ildiz yuzasida ham yupqa donador qatlamlar ko'rinishida joylashgan ko'p miqdordagi tish cho'kindilari aniqlanadi. Tish bo'yinlari 2-3 mm, ayrim hollarda yondosh gingivitning shakliga qarab kattaroq ochiladi. Tishlarning I darajali harakatchanligi, asosan frontal tishlar sohasida joylashgan. Rentgenologik tekshiruvda alveolalararo to'siqlarning o'rtacha osteoporozi aniqlanadi, alveolyar suyak rezorbsiyasi tish ildizi balandligining 1/3-1/2 qismiga yetadi, periodontal yoriq biroz kengaygan, kortikal plastinka qisman butunligini saqlab qoladi.

O'rtacha og'irlikdagi generallashtgan parodontitning zo'rayishida patologik o'zgarishlar sezilarli darajada yaqqol namoyon bo'ladi. Mayda qon tomirlarining keskin kengayishi va shishishi, plazmatik hujayralar ustunligi bilan tomir atrofi to'qimasining o'choqli yoki diffuz infiltratsiyasi, shuningdek polimorf yadroli elementlar ustunligi bilan o'choqli yumaloq hujayrali infiltratlar kuzatiladi. Parodontal cho'ntaklarning chuqurligi 3-5 mm va undan ortiq bo'lib, ular ko'p miqdorda seroz-yiringli eksudat bilan to'ldirilgan. Tishlarning harakatchanligi I-II va ba'zan III darajaga yetadi, diastema va tremalar, ayniqsa frontal tishlar sohasida, ildizning ochilishi hisobiga tishlarning toj qismining yaqqol uzayishi kuzatiladi.

Klinik jihatdan bemorlar og'riqqa, milklarning sezilarli darajada qonashiga, parodont to'qimalarida achishish va uvishish hissiga, tishlarning kimyoviy, termik va mexanik ta'sirlarga yuqori sezuvchanligiga, qattiq ovqatni tishlash va chaynash paytida yoqimsiz hislarga shikoyat qilishadi. Kasallik zo'rayishining umumiy belgilari: milk so'rg'ichlari atrofiyasi bilan ifodalangan diffuz kataral yoki gipertrofik gingivit, tishlar oralig'ining ochiqqligi, parodont to'qimalarining kuchli shishi va yorqin qizil rangda bo'lishi.

Rentgenologik tekshiruvda tish ildizi balandligining 1/3-1/2 qismida alveolyar suyakning faol so'rilishi, periodontal yoriqning sezilarli darajada kengayishi va kortikal plastinka butunligining buzilishi aniqlanadi. Patologik jarayon ko'pincha frontal tishlar sohasida joylashadi, lekin tarqoq xarakterga ega bo'lishi mumkin. Laboratoriya ko'rsatkichlari leykotsitlarning yuqori migratsiyasini (400-600 va undan ortiq), neytrofil granulotsitlarning fagotsitar faolligining pasayishini, shuningdek parodontal cho'ntaklarda aralash mikroflora (kokklar, fuzobakteriyalar, zamburug'lar, sodda jonivorlar) mavjudligini ko'rsatadi.

Plomba chetlari osilib turgan tishlarda turli chuqurlikdagi suyakli parodontal cho'ntaklar shakllanishi kuzatiladi. Periodontal yoriqning kengayishi va alveolyar suyak osteoporozi o'rtacha darajada ifodalangan. O'rtacha og'irlikdagi generallashtgan parodontitning surunkali kechishida patomorfologik jihatdan tomirlarning xira shishishi, ularning devorlarining fibrinoid o'zgarishi va kamroq hollarda skleroz, qoplovchi epiteliyning distrofik o'zgarishlari, milk va parodont xususiy plastinkasining biriktiruvchi to'qimali fibrozi, shuningdek yumshoq to'qimalarning limfoid-plazmatik hujayrali infiltratsiyasi kuzatiladi. Alveolyar o'siqning suyak to'qimasida

rezorbsiyaning har xil turlari kuzatiladi, alveolalararo to'siqlarning yemirilishi tish ildizi uzunligining o'rtacha uchdan bir qismiga yetadi.

Surunkali generallashgan parodontitning o'rtacha og'irlikdagi zo'rayishida ko'pincha somatik kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda, gipovitaminoz fonida, o'tkazilgan infeksiyalardan keyin yoki infeksiya o'choqlarining kuchayishida yuzaga keladi. Patologik jarayonning kuchayishi mahalliy qo'zg'atuvchilar: tish-jag' deformatsiyalari, tishlar holatining anomaliyalari, karioz tishlarning o'tkir qirralari, to'liq bo'lmagan plombalar va tish karashlari bilan qo'zg'atiladi. Bemorlar milklarning kuchli og'rish va qonab turishiga, ovqat yeganda kuchayishiga, og'izdan badbo'y hid kelishiga, tishlar orasida diastema va tremalar paydo bo'lishiga, chaynaganda tishlarning qimirlashiga va og'rishiga shikoyat qiladilar. Parodontal abscesslarning shakllanishi kuchli doimiy og'riq, milk atrofidagi yumshoq to'qimalarning giperemiyasi va shishishi bilan kechadi, ba'zan harorat ko'tarilishi va umumiy noqulaylik kuzatiladi.(7.1.6-rasm).



7.1.6-rasm: parodontit orta ogirlik darajasining huruji

Zo'rayishning klinik manzarasi tarqoq kataral, gipertrofik yoki yarali gingivitdan iborat bo'ladi. Kataral va gipertrofik gingivitda milk shishgan, yorqin qizil rangda, milk so'rg'ichlari tishlardan oson ajraladi; gipertrofik gingivitda ularning o'lchamlari tishlarning kesuvchi qirralariga yoki chaynov yuzalariga yetishi mumkin. Parodontal cho'ntaklarning chuqurligi 3-5 mm ga yetadi, ular granulyatsiyalar va yiringli ekssudat

bilan to'ldirilgan. Yarali gingivitda milk so'rg'ichlari cho'qqisi va milk qirralarining nekrotik parchalanishi, keskin og'riq va qo'lansa hid paydo bo'lishi kuzatiladi. Parodontal cho'ntaklarda ko'p miqdorda yiringli ekssudat mavjud, tishlar harakatchan (II-III daraja), yaqqol travmatik okklyuziya mavjud.



7.1.7-rasm: ortopantomogramma surunkali generallashgan orta darajadagi parodontit

Kasallik zo'rayganda rentgenologik tekshiruvda kortikal plastinkaning yemirilishi, diffuz osteoporoz, periodontal yoriqning sezilarli darajada kengayishi, alveolalararo to'siqlarning o'rta uchdan bir qismida alveolyar suyakning rezorbsiyasi aniqlanadi. Ayrim joylarda suyak cho'ntaklari hosil bo'ladi.

Patologoanatomik jihatdan zo'rayish tomirlar o'tkazuvchanligining keskin oshishi, parodont to'qimalarining polimorf yadroli leykotsitlar ustunligi bilan yumaloq hujayrali elementlar bilan diffuz infiltratsiyasi, perivaskulyar biriktiruvchi to'qimaning yaqqol shishi va parodont tuzilmalarida distrofik o'zgarishlarning kuchayishi bilan kechadi. Laboratoriyada leykotsitlarning yuqori migratsiyasi (600 dan ortiq), fagotsitozning keskin pasayishi, parodontal cho'ntaklarda turli xil mikroflora: kokklar, fuzobakteriyalar, zamburug'lar va protozoalar mavjud.

Surunkali generallashgan parodontitning og'ir darajasi chuqur parodontal cho'ntaklar (8 mm va undan ortiq), tishlarning II-III darajali qimirlashi va ildiz uzunligining 2/3 qismiga yetadigan alveolyar suyak rezorbsiyasi bilan tavsiflanadi. Suyak to'qimasining kuchli destruksiyasi va tishlarning patologik qimirlashi natijasida tishlarning turli yo'nalishlarda siljishi kuzatiladi: vestibulyar, oral, mezial, distal, o'q

atrofida burilishlar, tishlarning oldinga siljishi va boshqa deformatsiyalar. Travmatik okklyuziya maxsus diagnostika usullarisiz ham tish qatorining deyarli butun qismida aniqlanadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, suyak rezorbsiyasi darajasi, parodontal cho'ntaklarning chuqurligi va tishlarning harakatchanligi parodontning turli qismlarida farq qilishi mumkin. Simptomatika ham kasallikning kechish xarakteriga - surunkali yoki zo'rayganligiga qarab o'zgaradi.(7.1.8-rasm).

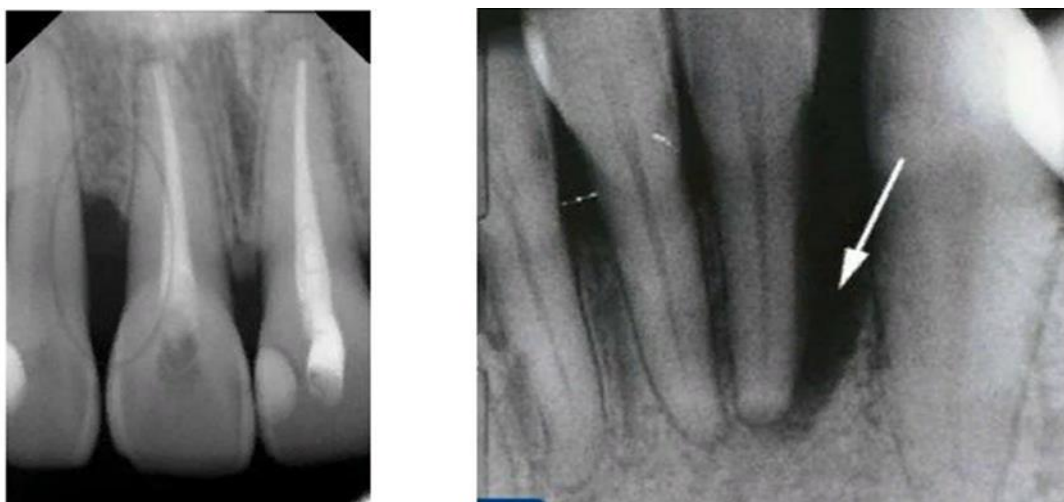


7.1.8-rasm surinkali generallashgan parodontit

Surunkali kechishida bemorlarning subyektiv shikoyatlariga og'izdan yoqimsiz hid kelishi, tishlarning sezilarli darajada qimirlashi, ovqat yeyishda qiyinchiliklar kiradi. Anamnezdan ko'pincha tishlarning patologik harakatchanligi yoki chaynash paytida og'riq tufayli ishqalanishi yoki olib tashlanishi aniqlanadi. Klinik jihatdan diffuz simptomatik gingivit kuzatiladi: milk shishgan, dimlangan giperemiya belgilari bor, paypaslaganda qon ketadi. Gingivitning gipertrofik shaklida milk so'rg'ichlari keskin kattalashgan, qirralari qizargan festonsimon, tishlarning kesuvchi qirralarigacha yetib borishi mumkin. Tish bo'yinlari 5-8 mm ochilgan, parodontal cho'ntaklarning chuqurligi ildiz uchigacha yetishi mumkin. Katta chuqurlikka qaramay, cho'ntaklardan odatda o'rtacha, seroz-yiringli ajralmalar ajraladi, ko'pincha granulyatsiya to'qimasining o'sishi va milk osti toshlarining to'planishi bilan birga keladi.

Surunkali kechishi yaqqol travmatik okklyuziya, tishlarning barcha yoʻnalishlarda siljishi bilan kechadi. Tekshiruv paytida koʻplab tishlar allaqachon olib tashlangan, bu esa okklyuzion disfunksiyaning klinik koʻrinishlarini kuchaytiradi. Tishlarning qimirlashi asosan II-III darajada boʻladi, biroq ayrim joylarda u shunchalik ifodalangan boʻlishi mumkinki, bemorlar tillari bilan tishlarini siljitishga qodir boʻladilar.

Rentgenologik belgilar sezilarli destruktiv oʻzgarishlarni oʻz ichiga oladi: alveolalararo toʻsiqlar deyarli ildiz uchigacha atrofiyalangan, kortikal plastinka minimal darajada ifodalangan, periodontal yoriq kengaygan, osteoporoz alveolalararo toʻsiqlarning qolgan deyarli barcha suyaklariga taʼsir qiladi. Ayrim joylarda suyakli parodontal choʻntaklar shakllanadi.(7.1.9-rasm)



7.1.9-rasm: tish rentgen tasvir surunkali ogir darajadagi parodontit

Patomorfologik jihatdan ogir darajali surunkali kechish tish atrofi toʻqimalarida patologik oʻzgargan, asosan sklerozlangan tomirlar sonining keskin oshishi bilan tavsiflanadi. Milk va periodontning biriktiruvchi toʻqimali xususiy plastinkasida sklerozlangan kollagen tolalar boʻlib, ular yumaloq hujayrali infiltratlar bilan almashinib turadi. Milk epiteliysi distrofik oʻzgarishlarga uchrab, nekrozga uchraydi, periodontal choʻntaklar tubi va devorlarining epitelial qoplamlari butunlay yemiriladi. Alveolalarning suyak toʻqimasi kuchli rezorbsiyaga uchragan, parodontal choʻntaklarning chuqurligi tish ildizlarining pastki uchdan bir qismiga yetadi.

Ogir darajali tarqalgan parodontitning zoʻrayishi gingivit belgilarining kuchayishi, parodontal choʻntaklardan koʻp miqdorda yiringli ajralma kelishi, tishlarning sezilarli darajada qimirlashi (II-III daraja) va alveolyar suyakning sezilarli rezorbsiyasi bilan kechadi.

Bemorlarni milkdan qon ketishi va og‘riq bezovta qiladi, ular ovqat iste‘mol qilganda kuchayadi, shuningdek, og‘izdan yoqimsiz hid keladi. Bir qator hollarda yiringli ajralmalarning katta hajmi tufayli intoksikatsiya tufayli umumiy zaiflik va umumiy holatning biroz yomonlashishi kuzatiladi. Og‘riq sezgilari simptomatik yarali gingivit rivojlanganda yoki parodontal abscesslar shakllanganda kuchayib, regional limfa tugunlarining kattalashishi va og‘rishi bilan kechadi. Tishlarning sezilarli darajada qimirlashi va tishlash paytida og‘riq tufayli bemorlar ovqatni chaynash uchun tishlardan foydalanishda cheklangan. Ko‘pincha tishlarning yo‘qligi yoki siljishi bilan bog‘liq kosmetik nuqsonlar aniqlanadi.

Simptomatik gingivit zo‘rayganda diffuz o‘tkir yoki zo‘raygan kataral, gipertrofik yoki yarali gingivit tariqasida boshlanadi. Milk giperemiyalangan, shishgan, oson qonaydi, paypaslaganda og‘riydi. Gingivitning gipertrofik shaklida milk so‘rg‘ichlari shishgan, giperemiyalangan va gipertrofiyalangan bo‘ladi. Tishning ichki tomonida ular ko‘pincha ko‘p miqdorda granulyatsiyalar bilan qoplangan.

Yarali gingivitda milk qirralari va milk so‘rg‘ichlari cho‘qqilarining nekrotik parchalanishi, kuchli og‘riq, ko‘p miqdorda so‘lak ajralishi kuzatiladi. Nekroz periodontal cho‘ntaklarning ichki devorlariga tarqalishi mumkin, bunda yiringli ajralma miqdori keskin ko‘payadi va uning tarkibida fuzospirillyar simbioz ustunlik qiladigan mikroflora ko‘p bo‘ladi.

Tish bo‘yinlari gingivitning shakli va parodontal cho‘ntakning chuqurligiga qarab turli balandlikda ochiladi. Tishlar klinik koronkasining balandligi alveolyar suyakda fiksatsiyalangan ildiz uzunligidan 2-3 marta ortiq bo‘lishi mumkin. Tish karashlari turli miqdorda bo‘lishi va har doim ham kasallikning og‘irligiga mos kelmasligi mumkin, chunki patologiyaning kuchayishiga umumiy omillar sezilarli ta‘sir ko‘rsatadi.



7.1.10-rasm: ogir darajali parodontit huruji

Parodontal choʻntaklar chuqur, koʻpincha koʻp miqdordagi granulyatsiyalar va yiring bilan toʻldirilgan, kamdan-kam hollarda ajralmalar seroz-yiringli boʻladi.

Generallashtgan parodontitning III darajasida tishlarning yaqqol qimirlashi, odatda II-III yoki III darajasi kuzatiladi. Bunday harakatchanlik okklyuzion jarohat yoki til harakati taʼsirida tishlarning barcha yoʻnalishlarda aralashib ketishiga olib keladi. Natijada, shuningdek, ilgari yoʻqotilgan tishlar mavjud boʻlganda va tish qatori butunligi buzilganda, travmatik okklyuziya keskin namoyon boʻladi.

Rentgenologik tekshiruvda alveola suyak toʻqimasining diffuz osteoporozi va periodontal yoriqning sezilarli darajada kengayishi, kortikal plastinkaning deyarli yoʻqligi aniqlanadi. Alveolyar suyak alveolalararo toʻsiqlar balandligining 2/3 yoki undan koʻprogʻiga rezorbsiyalangan. Koʻpincha ildiz uchigacha yetib boradigan suyak choʻntaklari mavjudligi qayd etiladi.

Parodontal kista nisbatan kam va asosan tarqalgan parodontitning II-III darajasida rivojlanadi. Bu hosilalar milk egati epiteliysining periodontal choʻntakka oʻsib kirishi natijasida hosil boʻladi. Rivojlanish mexanizmi pastki jagʻdagi aql tishlarining qiyinchilik bilan chiqishi paytida epiteliyning parodont toʻqimalariga chuqur kirib borishiga oʻxshaydi. Dastlabki bosqichlarda kista simptomsiz kechadi, keyinchalik uning lokalizatsiyasi sohasida tishlarning siljishi va palpatsiyada ogʻriqsiz zich tuzilmani aniqlash mumkin.

Rentgenogrammada parodontal kista tish ildizining lateral yoki medial yuzasiga tutashgan suyak to‘qimasi siyraklashuvining aniq oval shaklidagi qismidan iborat. Cho‘qqi atrofidagi to‘qimalar odatda o‘zgarmaydi. Kistaga yondosh tishlar pulpaning hayotchanligini saqlab qoladi. Parodontal kistalarni davolash jarrohlik yo‘li bilan amalga oshiriladi (kistektomiya yoki kistotomiya); bunda kista sohasida joylashgan tishlarning yashovchanligi baholanadi va zarur hollarda klinik vaziyatga qarab saqlab qolinadi yoki olib tashlanadi.

Og‘ir darajali generallashtirilgan parodontitning o‘tkir kechishida patomorfologik o‘zgarishlar ekssudativ jarayonlarning kuchayishi, infiltratsiya o‘choqlarida polimorf yadroli leykotsitlar sonining ko‘payishi, parodontitning barcha tuzilmalarida destruktiv o‘zgarishlarning kuchayishi, to‘qimalar nekrozi o‘choqlarining kengayishi va alveolyar o‘siq suyak to‘qimasining kuchli rezorbsiyasi bilan tavsiflanadi.

Generallashtirilgan parodontitda, ayniqsa, uning og‘irlik darajasi II-III va o‘tkir kechishida organizmning surunkali intoksikatsiyasi va sensibilizatsiyasi bilan bog‘liq bo‘lgan umumiy simptomlar va asoratlar yetarlicha ko‘p kuzatiladi. Bularga allergiya ko‘rinishlari, jag‘lar osteomiyelitlari, jag‘ atrofi yumshoq to‘qimalari flegmonalari kiradi. Bu holatlar o‘ziga xos klinik ko‘rinishlarga ega bo‘lib, periferik qonni laborator, biokimyoviy va immunologik tekshirish natijalari (leykotsitoz, anemiya, limfotsitoz, ECHT oshishi va b.), siydik tahlili hamda organizmning umumiy va mahalliy nospetsifik rezistentlik ko‘rsatkichlari bilan tasdiqlanadi.

Generallashtirilgan parodontitning remissiya bosqichi, odatda, kompleks davolash o‘tkazilgandan keyin rivojlanadi. Og‘riqning yo‘qligi, milklarning qonashi va yiring oqishi, tishlar harakatchanligining pasayishi xarakterlidir. Suyak to‘qimasining rentgenologik o‘zgarishlari faol xarakterga ega emas: yemirilish jarayoni rivojlanmaydi, alveolyar o‘siq cheti bo‘ylab g‘ovak moddaning zichlashishi, osteoporoz zonasida suyak to‘sinlarining tiklanishi va suyak to‘qimasining aniqroq tasviri kuzatiladi.

Nazorat savollari

1. Parodontit nima va uning asosiy klinik belgilari qaysilar?
2. Parodontitning etiologiyasi va patogenezi nimalardan iborat?
3. Parodontitning zamonaviy klassifikatsiyasi va bosqichlari qanday?
4. Parodontitni gingivitdan farqlash mezonlarini tushuntiring.

5. Parodontitni kompleks davolash tamoyillari nimalardan iborat?
6. Parodontitda regenerativ va personalizatsiyalangan terapiyaning ahamiyati nimada?
7. Parodontitning oldini olish chora-tadbirlarini sanab bering.

Test savollari

1. 3,5 mm gacha bo'lgan parodontal cho'ntak uchun xos:

1. parodontit yengil darajasiga*
2. parodontit o'rta darajasiga
3. gingivit yengil darajasiga
4. parodontit og'ir darajasiga
5. yarali gingivitga

2. Parodontit yengil darajasi uchun xos emas:

1. tishlararo katakchalar 1/2 qismigacha yemirilishi*
2. tishlararo katakchalar 1/3 qismigacha yemirilishi
3. 3,5 mm gacha parodontal cho'ntak
4. induksiyalangan qonash
5. tish qimirlashlari yo'q

3. Parodontit o'rta darajasi uchun xos emas:

1. parodontal cho'ntak chuqurligi 3,5 mm gacha*
2. parodontal cho'ntak chuqurligi 5 mm gacha
3. tishlararo suyak to'qimasining 1/3 dan 1/2 gacha rezorbsiyasi
4. I–II darajali qimirlash
5. travmatik okklyuziya

4. Parodontit og'ir darajasi uchun xos emas:

1. I–II darajali qimirlash*
2. parodontal cho'ntak chuqurligi 5 mm dan ko'proq
3. tishlararo suyakning 2/3 qismi rezorbsiyasi
4. travmatik okklyuziya
5. III darajali patologik qimirlash

5. Parodontitning og'ir darajasida bemorning umumiy ahvoli (ortiqchasi):

1. umumiy holati buzilmagan*
2. subfebril harorat
3. uyqusizlik
4. ishtaha yo'qolishi
5. bosh og'rishi

6. Parodontning o'tkazuvchi funksiyasi quyidagi omillar bilan belgilanadi:

1. milk epiteliyasi muguzlanuvchan qobiliyati*
2. kollagen tolalar ko'p sonli boylamlari
3. nerv oxirlari
4. sementoblastlar
5. osteoblastlar

7. Lokal parodontit rivojlanmaydi:

1. qon kasalliklarida*
2. marg'umush malhamining tish oralig'iga tushishi
3. plombaning osilib turgan qirrasi
4. tish karashlarining ko'pligi
5. tishlarning distopiya va retensiyasi

8. Parodontitda obyektiv ko'rinishda kuzatilmaydi:

1. milk so'rg'ichlari shishasimon yuzali, ko'kimtir, shishgan*
2. milk qonashi
3. tishlar qimirlashi
4. tishlar bo'yni giperesteziyasi
5. cho'ntaklardan yiring chiqishi

Vaziyatli masalalar

1. 28 yoshli bemor milkdan kam qonash va tishlarning tez qimirlashidan shikoyat qiladi. Gigiyena qoniqarli. Rentgenogrammada diffuz suyak rezorbsiyasi aniqlanadi. Mahalliy yallig'lanish belgisi deyarli yo'q.

Eng ehtimoliy tashxis:

- A) Surunkali gingivit
- B) Surunkali parodontit
- C) Parodontoz
- D) Idiopatik parodontal zararlanish *
- E) O'tkir stomatit

35 yoshli bemorda qisqa muddat ichida bir nechta tish atrofida tez suyak kamayishi kuzatildi. Blyashka miqdori kam.

Bu holatda asosiy diagnostik usul:

- A) Faqat vizual ko'rik
- B) Rentgenologik tekshiruv *
- C) Termometriya
- D) Allergik test

E) Perkussiya

3. Bemor 30 yoshda. Tishlar sezuvchan, milk oqarib ketgan, yallig'lanish aniq emas. Parodontal cho'ntaklar yo'q, ammo suyak balandligi kamaygan.

Qaysi belgi idiopatik jarayonni ko'rsatadi?

A) Ko'p miqdorda tish toshi

B) Kuchli milk shishi

C) Etiologiyaning noaniqligi va tez rezorbsiya *

D) Yiring ajralishi

E) Oqartirilgan milk cheti

4. Bemor 40 yoshda. Suyak rezorbsiyasi tez rivojlanmoqda, ammo mahalliy irritantlar yetarli emas.

Davolash tamoyili:

A) Faqat antibiotik

B) Faqat og'riq qoldiruvchi

C) Kompleks va individual yondashuv *

D) Davolash shart emas

E) Faqat professional tozalash

Xulosa

Ushbu bobda parodontitning klinik tavsifi, uning asosiy belgilari va turli bosqichlarda namoyon bo'lish xususiyatlari yoritildi. Kasallikning klinik ko'rinishlari yallig'lanish darajasi, parodontal cho'ntaklarning chuqurligi, tishlarning harakatchanligi hamda suyak to'qimasidagi rezorbtiv o'zgarishlar bilan tavsiflanishi ko'rsatib berildi.

Parodontitning kechishi bosqichma-bosqich rivojlanishi va simptomlarning asta-sekin kuchayishi bilan xarakterlanadi. Kasallikning erta davrida klinik belgilar kam ifodalangan bo'lsa, og'ir shakllarda funksional va morfologik buzilishlar yaqqol namoyon bo'ladi.

Shunday qilib, parodontitning klinik tavsifini chuqur o'rganish kasallikni erta aniqlash, uning og'irlik darajasini to'g'ri baholash hamda individual davolash taktikasini tanlashda muhim ilmiy va amaliy ahamiyat kasb etadi.

8-bob Parodontozning klinik tavsifi

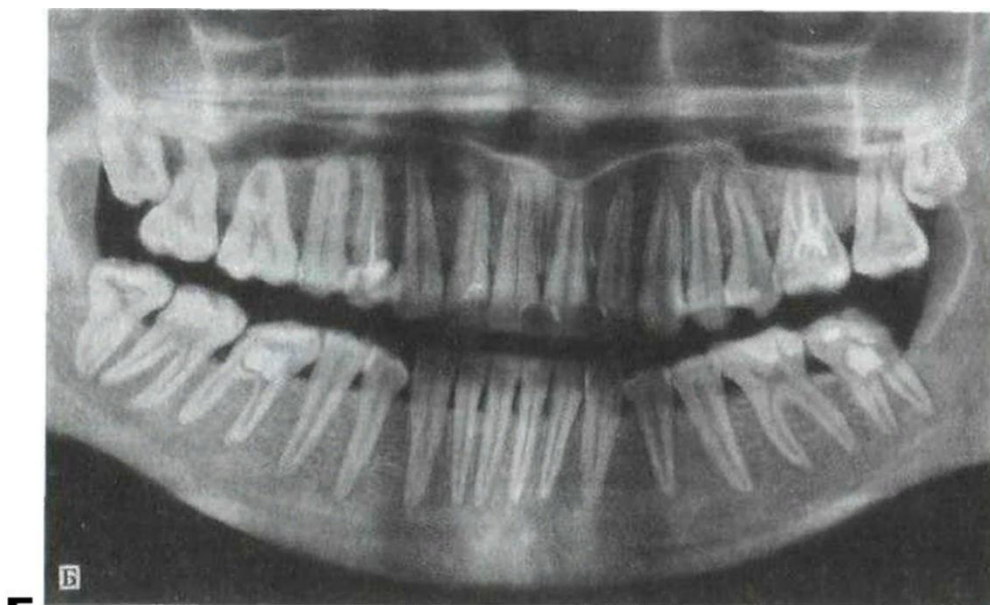
Parodontoz parodontning distrofik kasalligi bo'lib, nisbatan kam uchraydi va parodontning barcha distrofik-yallig'lanish kasalliklarining taxminan 5-8% ni tashkil qiladi. Kasallik sezalarsiz rivojlanadi, sekin rivojlanadi va ko'p yillar davom etishi mumkin. Asosiy klinik ko'rinishlari atrofik gingivit bo'lib, milk anemiyasi, milk so'rg'ichlari cho'qqilari va milk qirralarining atrofiyasi, bo'yin va tish ildizlarining ochilib qolishi, ponasimon nuqsonlar hosil bo'lishi, o'rtacha ifodalangan travmatik okklyuziya bilan ifodalanadi. Alveolyar suyakning rezorbsiyasi sekin kechadi, periodont tolalari sezilarli darajada yemirilmaydi va epiteliy periodontning chuqur qismiga o'sib kirmaydi. Tishning sirkulyar boylami saqlanib qoladi, yuzaki tolalar atrofiyasida periodontning chuqurroq joylashgan kollagen tolalari uning funksiyasini qisman kompensatsiya qiladi. Parodontal cho'ntaklar bo'lmaydi, tishlarning patologik harakatchanligi faqat kasallikning kechki bosqichlarida shakllanadi.

Rentgenologik jihatdan, generallashtan parodontitdan farqli o'laroq, alveolyar suyak osteoporozi minimal ifodalanishi, kortikal plastinkaning saqlanishi va o'zgarmagan periodontal yoriq kuzatiladi. Suyak rezorbsiyasi sekin, gorizontol, butun tish qatori bo'ylab deyarli bir tekisda, suyak cho'ntaklari hosil bo'lmasdan o'tadi.

Parodontozning boshlang'ich darajasi. Kasallik boshlang'ich davrida deyarli belgilersiz kechadi. Ba'zi bemorlar milk va jag'larda qichishish, og'riq hissi, tishlarning termik va kimyoviy ta'sirlarga yuqori sezuvchanligini qayd etishlari mumkin. Ko'zdan kechirilganda milk shilliq qavatining oqarganligi, epiteliyning tabiiy yaltiroqligi yo'qligi, ayrim milk so'rg'ichlari cho'qqilarining, asosan frontal tishlar sohasida, biroz to'mtoqlashganligi aniqlanadi. Milk qattiq, yassilashgan, og'riqsiz, qonash yo'q. Tish bo'yinlarining minimal ekspozitsiyasi (millimetrlarning ulushlari) bo'lishi mumkin, bunda tish-milk birikmasi buzilmagan. Rentgenologik tekshiruvda tishlararo suyak to'siqlari g'ovak moddasining yengil osteoporozi va kortikal plastinka kompakt qavatining boshlang'ich rezorbsiyasi aniqlanadi. Periodontal yoriq o'zgarishsiz qoladi.

Surunkali generallashtan parodontozning yengil darajasi.(8.1.1-rasm). Subyektiv shikoyatlar kuchayadi: qichishish, og'riq hissi, tishlar giperesteziyasi yaqqolroq namoyon bo'ladi. Milk oqargan, xiralashgan, qattiq, og'riqsiz; milk so'rg'ichlari

atrofiyasi ko'proq ifodalangan, tishlararo yoriqlar hosil bo'ladi, tish bo'yinlari 1-1,5 mm ochiladi. Frontal tishlarning vestibulyar yuzasida uncha chuqur bo'lmagan ponasimon nuqsonlar hosil bo'lishi mumkin. Okklyuzion egri chiziq o'zgargan, ayrim tishlarning ortiqcha yuklanishi bilan travmatik okklyuziya shakllanadi, ammo tishlarning harakatchanligi yo'qoladi. Rentgenologik tekshiruvda kortikal qavat va o'zgarmagan periodontal yoriq saqlangan holda alveolalararo to'siqlarning 1/3 qismigacha bir tekis so'rilishi kuzatiladi.



8.1.1-rasm: Ortopantomogramma surunkali generallashtgan parodontozning yengil darajasi

Surunkali generallashtgan parodontozning o'rtacha og'irlik darajasi.(8.1.2-rasm).

Klinik ko'rinishi ko'p jihatdan oldingi darajalarga o'xshaydi, ammo milk va milk so'rg'ichlarining atrofiyasi tish ildizlarining sezilarli darajada (5-6 mm gacha) ochilishiga va tishlar orasidagi bo'shliqlarning kattalashishiga olib keladi. Tishlarning vestibulyar yuzalarida ponasimon nuqsonlar hosil bo'lishi mumkin. Tishlar kimyoviy, termik va mexanik ta'sirotlarga sezgir bo'ladi. Tish karashlari (tosh, pigmentli karash) kam miqdorda uchraydi. Okklyuzion egri chiziqning og'ishi travmatik okklyuziyaning rivojlanishiga hissa qo'shadigan alohida tishlarning ortiqcha yuklanish zonalarini shakllantiradi.



8.1.2-rasm: Surunkali generallashgan parodontozning oʻrtacha ogʻirlik darajasi.

Rentgenologik tekshiruvda alveolalararo toʻsiqlar balandligining 2/3 qismigacha bir tekisda rezorbsiyalanishi kuzatiladi, osteoporoz belgilari yaqqol namoyon boʻlmaydi, kortikal plastinka va oʻzgarmagan periodontal yoriq saqlanib qoladi.

Surunkali generallashgan parodontozning ogʻir darajasi (8.1.3-rasm).

Parodontozning III darajasida bemorlar tishlarning ochiq boʻyinlarining yaqqol giperesteziyasiga, patologik diastemalar va tremalar shakllanishi bilan tishlarning siljishi va ajralishiga, shuningdek, milklarda qichishish va ogʻriqqa shikoyat qiladilar. Kasallikning klinik simptomatikasi va rentgenologik belgilari maksimal darajaga yetadi.

Milk qattiq, kamqon, qonamaydi, bu eng yaqqol ifodalangan atrofik gingivitga toʻgʻri keladi. Baʼzi hollarda minimal tish choʻkmalari - tosh va pigmentli karash aniqlanadi. Tish boʻyinlari 5-8 mm ochilgan, tishlar qimirlamay turishi yoki I-III darajali qimirlashi mumkin. Koʻpincha tishlarning yelpigʻichsimon ajralishi, ayniqsa yuqori jagʻning frontal guruhi sohasida, patologik diastemalar va tremalar shakllanishi bilan kuzatiladi.



8.1.3-rasm: Surunkali generallashgan parodontozning og'ir darajasi

Travmatik okklyuziya yaqqol ifodalangan, maksimal zo'riqish zonalarida tishlarning turli yo'nalishlarda siljishi qayd etiladi. Tishlarning vestibulyar yuzalarida sezilarli chuqurlikdagi ponasimon nuqsonlar shakllanadi.

Rentgenologik alveolyar suyakning sezilarli atrofiyasi aniqlanadi, bu alveolalararo to'siqlar balandligining 2/3 qismiga va undan ko'prog'iga yetadi, ularning cho'qqilarida minimal osteoporoz bo'lishi mumkin.

Morfologik jihatdan, kasallik qon tomir kasalliklari fonida parodontning barcha tuzilmalarida progressiv distrofik o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Ayrim tomirlarda skleroz boshlanib, tomirlar yo'li keskin torayib qoladi va mikrosirkulyator o'zan tarmoqlarining yo'qolib ketishi hisobiga tomirlar zichligi pasayib ketadi. Milk va periodontning biriktiruvchi to'qima tuzilmalari kollagen tolalarining parchalanishiga, keyinchalik fibrozga va shilliq qavatning o'z plastinkasi skleroziga uchraydi.

Alveolyar o'siqning suyak to'qimasida suyakning deyarli to'liq yemirilishiga olib keladigan silliq rezorbsiya hodisalari ustunlik qiladi. Parodontning nerv tolalari distrofik o'zgarishlarga uchraydi, bu o'zgarishlar kasallik zo'rayib borgan sayin kuchayib boradi.

Bundan tashqari, tishning boshqa to'qimalarida distrofik jarayonlar kuzatiladi. Pulpada to'rsimon distrofiya boshlanib, so'nggi bosqichlarida quruq nekroz paydo bo'lishi mumkin. Ildiz sementida chuqurchalar, chetlari yemirilgan lakunalar, gipersementoz, ayniqsa ildiz uchi sohasida paydo bo'ladi.

Parodontoz sekin kechishi, ba'zan jarayonning uzoq vaqt barqarorlashishi bilan tavsiflanadi. Funktsional tekshirish usullari mikrosirkulyatsiyadagi o'zgarishlarni: tomirlarda energiya almashinuvining buzilishini, transkapillyar almashinuvning buzilishini, zo'rayib boruvchi gipoksiyani aniqlaydi. Funktsional buzilishlar vaqt o'tishi bilan organik, destruktiv o'zgarishlarga aylanadi. Reoparodontografiya yosh bemorlarda ham sklerotik jarayonlarga xos bo'lgan tomirlar tonik tarangligining oshishi va ularning strukturaviy o'zgarishlarini ko'rsatadi. Polyarografik tekshiruvlar parodontda gipoksiya, arterioskleroz va to'qima zo'riqishi pasayishining yaqqol namoyon bo'lishini tasdiqlaydi.

Nazorat savollari

1. Parodontoz nima va uning asosiy klinik belgilari qanday?
2. Parodontozning etiologiyasi va rivojlanish mexanizmi nimadan iborat?
3. Parodontoz va parodontit o'rtasidagi asosiy farqlar nimalarda namoyon bo'ladi?
4. Parodontozda suyak to'qimasida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
5. Parodontozni tashxislash usullari qaysilar?
6. Parodontozni davolash va profilaktika tamoyillari nimalardan iborat?

Test savollari

1. Parodontoz uchun xarakterli belgi qaysi?

- A) Yiringli ajralma
- B) Kuchli og'riq
- C) Tish milkidan qon ketishi
- D) Yallig'lanishsiz alveolyar suyak atrofiyasi *
- E) Parodontal cho'ntaklarning chuqurlashuvi

2. Parodontozning asosiy patogenetik omili:

- A) O'tkir infeksiya
- B) Travma
- C) Distrofik jarayonlar*
- D) Allergik reaksiya
- E) Virusli zararlanish

3. Parodontozda milk rangi odatda:

- A) Yorqin qizil
 - B) Ko'kimtir
 - C) Oqartirilgan, oqarib ketgan *
 - D) Sariq
 - E) Qoramtir
4. Parodontozda parodontal cho'ntaklar:
- A) Juda chuqur bo'ladi
 - B) Yiring bilan to'ladi
 - C) Odatda hosil bo'lmaydi yoki sayoz bo'ladi *
 - D) Qonaydi
 - E) Granulyatsiya bilan to'ladi
5. Parodontozda rentgenologik belgi:
- A) Notekis suyak rezorbsiyasi
 - B) Lokal destruksiya
 - C) Diffuz, bir maromdagi suyak kamayishi *
 - D) Kista hosil bo'lishi
 - E) Periapikal o'zgarishlar
6. Parodontoz ko'proq qaysi yoshda uchraydi?
- A) Bolalik davrida
 - B) O'smirlikda
 - C) 20 yoshgacha
 - D) Katta yoshdagilarda*
 - E) Yangi tug'ilganlarda
7. Parodontozni parodontitdan farqlovchi asosiy belgi:
- A) Tishlarning qimirlashi
 - B) Suyak kamayishi
 - C) Yallig'lanish belgilarining yo'qligi *
 - D) Oqartirilgan milk
 - E) Tish sezuvchanligi

Xulosa

Ushbu bobda parodontozning klinik tavsifi, uning kechish xususiyatlari va asosiy klinik belgilarining shakllanishi yoritildi. Parodontoz yallig'lanish jarayonlari ustun bo'lmagan, asosan distrofik o'zgarishlar bilan kechuvchi kasallik sifatida baholanib, parodontal to'qimalarda sekin progressiv atrofik jarayonlar rivojlanishi ko'rsatib berildi.

Kasallikning klinik ko'rinishida milklarning oqarishi, tishlararo papillalarning kamayishi, tish bo'yinlarining ochilishi hamda suyak to'qimasida diffuz rezorbsion o'zgarishlar yetakchi o'rin tutadi. Parodontozning o'ziga xosligi uning uzoq muddat simptomlarsiz yoki kam belgilar bilan kechishida namoyon bo'ladi.

Shunday qilib, parodontozning klinik tavsifini o'rganish ushbu kasallikni parodontitdan differensial diagnostika qilish, erta bosqichda aniqlash hamda to'g'ri davolash va profilaktik yondashuvlarni tanlash uchun muhim ilmiy va amaliy ahamiyatga ega.

9-bob Progressiv idiopatik parodont kasalliklari

Bolalarda distrofik-yallig'lanish xarakteridagi parodontal o'zgarishlar ko'pincha tizimli kasalliklarda, shu jumladan tug'ma va irsiy patologiyalarda namoyon bo'ladi: qon ishlab chiqarishning buzilishi, metabolik buzilishlar, retikuloistiositozlar va boshqalar. Shikastlanishning tizimlilikiga qaramay, birinchi klinik belgilar ko'pincha stomatolog tomonidan qayd etiladi, chunki ular og'iz bo'shlig'ida paydo bo'ladi. Kasallikni bashorat qilishda stomatologning to'g'ri taktikasi, o'z vaqtida tashxis qo'yish va yetarli darajada tekshirish muhim ahamiyatga ega.

Progressiv idiopatik parodont kasalliklari quyidagicha tasniflanadi:

1. Qon kasalliklari: leykoz, siklik neytropeniya, agranulotsitoz.
2. Gistiotsitoz X: Letterer-Zive kasalligi, Xend-Shyulle-Kristchen kasalligi, eozinofil granulema (Taratinov kasalligi).
3. Metabolik buzilishlar: Nimann-Pik kasalligi, Goshe kasalligi, Papiyon-Lefevr sindromi.

4. Tug‘ma patologiyalar: Daun sindromi, akatalaziya, desmodontoz.

Parodontning progressiv idiopatik shikastlanishlarining umumiy qonuniyatlari quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- kasallikning erta boshlanishi, odatda sut tishlari chiqqandan keyin;
- sut va doimiy tishlarni yo‘qotish bilan progressiv kechish;
- alveolyar o‘siqning, boshqa suyak tuzilmalarining, shuningdek qon yaratish organlarining (taloq, limfa tugunlari va boshqalar) shikastlanishi.

9.1 Qon kasalliklarida parodontal ko‘rinishlar

Bularga leykoz, siklik neytropeniya va agranulotsitozda parodontning distrofik-yallig‘lanish o‘zgarishlari kiradi.

Leykemiya - oq qonning tizimli xavfli kasalligi bo‘lib, qon ishlab chiqarish organlarida leykotsitlar giperplaziyasi va ekstramedullyar qon ishlab chiqarish o‘choqlari bilan tavsiflanadi. Leykotsitlarning yetilish jarayoni buziladi, bu esa periferik qonda organizmning himoya funksiyalarini bajara olmaydigan yetilmagan hujayralarning paydo bo‘lishiga olib keladi.

Leykozlarning etiologiyasi uzil-kesil aniqlangan emas; infeksiyon-virusli, radiatsion, almashinuv, genetik va neoplastik gipotezalar hammadan ko‘ra ko‘proq ma‘lum. Kechishiga ko‘ra o‘tkir va surunkali shakllari farqlanadi.

- O‘tkir leykozda qonda 80-90% gacha kam differensiallashgan hujayralar (gemotsitoblastlar, miyeloblastlar, retikulyar hujayralar) bo‘ladi. Yetilishning oraliq bosqichlari (metamiyelotsitlar, miyelotsitlar) ko‘pincha bo‘lmaydi - bu hodisa “leykemik bo‘shliq” deb ataladi. Parallel ravishda eritrotsitlar va trombotsitlar sonining kamayishi kuzatiladi, ba‘zan leykopenik shakllar shakllanadi.
- Surunkali leykozlarda leykotsitlarning birmuncha yetuk shakllari ustun turadi.

Klinik manzarasi normal qon yaratilishida ishtirok etmaydigan to‘qimalarda, jumladan periodont, milk va pulpada qon yaratuvchi elementlarning metaplaziyasi bilan belgilanadi. Tipik umumiy simptomlar (harorat ko‘tarilishi, holsizlik, bosh aylanishi, hansirash) bilan bir qatorda og‘iz bo‘shlig‘ida gemorragiyalar, yarali-nekrotik zararlanishlar, parodont giperplaziyasi paydo bo‘ladi.

O'tkir leykoz uchun gemorragik ko'rinishlar xos: rangpar shilliq qavat fonida milklarning spontan yoki travmatik qonashi, petexiyalar, ekximozlar, gematomalar, yaralarga aylanishi mumkin bo'lgan gemorragik pufakchalar. Ba'zi hollarda milklar gemorragiyasi kasallikning umumiy ko'rinishlaridan oldin paydo bo'ladi va kasallikning yagona erta belgisi bo'lishi mumkin.

O'tkir leykozning 50-55 foizida yarali-nekrotik zararlanishlar uchraydi, ular ko'pincha milk chetidan boshlanib, shilliq pardaning boshqa qismlariga tarqaladi. Ular oqish shilliq parda fonida kechib, nekrotik yoki gangrenoz xarakterda, tez va diffuz tarqalishi bilan ajralib turadi. Ikkilamchi infeksiya shish, giperemiya va og'riq keltirib chiqarishi mumkin.

Leykozning shakliga qarab yarali o'zgarishlar farqlanadi:

- Miyeloblastozda kataral yallig'lanish fonida yuza eroziyalar hosil bo'ladi;
- O'tkir retikulyoz va gemotsitoblastozda - milklarning nekrotik yoki gangrenoz zararlanishi, og'iz bo'shlig'ining boshqa qismlariga tez tarqaladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining uncha katta bo'lmagan eroziv-yarali zararlanishlarida ham regionar limfa tugunlari ko'pincha kattalashgan va paypaslaganda og'riqli bo'ladi. Gemorragik va yarali-nekrotik jarayonlar aksari milklar gipertrofiyasi bilan birga davom etib boradi.

Milklarning qonashi, yaralanishi va giperplaziyasi kombinatsiyasi o'tkir leykoz uchun shunchalik xoski, K.H.Thoma (1954) "**leykemik stomatit**" atamasini qo'llashni taklif qildi. Ko'pgina mualliflar og'iz bo'shlig'ida gemorragiyalar va yarali-nekrotik jarayonlar fonida milk hajmining to'satdan kattalashishi, progressiv charchoq va umumiy holsizlikni leykozning muhim diagnostik belgisi deb hisoblashadi.

O'tkir leykozda gipertrofik gingivit ko'pincha diffuz xarakterga ega bo'lib, milk to'qimalarining leykemik hujayralar bilan infiltratsiyasi natijasida rivojlanadi. Bunda milk oqargan, yumshoq bo'lib, tishlardan oson ko'chib tushadi. To'qimalarning ortiqcha o'sishi og'iz yuzasida va mahalliy shikastlanish joylarida kuchliroq namoyon bo'ladi. Ikkilamchi infeksiya nekrozga olib kelishi mumkin.

Milklar giperplaziyasi ko'pincha limfoid tuzilmalar: halqum va til murtaklari, halqum orqa devori limfa tuzilmalarining kattalashuvi bilan birga davom etib boradi.

Proliferatlar faqat milklardagina emas, balki tilning orqa tomonida, qattiq va yumshoq tanglayda, lablarda, periostda ham paydo bo'lishi mumkin.

O'tkir leykozning doimiy belgisi jag' osti va bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi, ko'pincha nosimmetrik va yakka, og'riqsiz va teriga yopishmaganligi hisoblanadi. Diagnostik jihatdan muhim simptomlar triadasi hisoblanadi:

1. Milklarning to'satdan qonashi;
2. Og'iz bo'shlig'ida limfoid hosilalarning, ayniqsa bodomsimon bezlarning ko'payishi;
3. Limfoid tuzilmalar giperplaziyasi tufayli halqumning "g'uddali" ko'rinishi.

Patomorfologik jihatdan olganda milk shilliq pardasi hamma hollarda ham bir talay leykemik infiltratlarni o'z ichiga oladi. Gipertrofik gingivit og'ir o'tganida sezilarli proliferatsiya boshlangan surunkali yallig'lanish elementlari ham topiladi.

Milklar giperplaziyasi ko'pincha o'tkir leykozning dastlabki bosqichlarida rivojlanadi, bu esa uni muhim diagnostik belgiga aylantiradi. Kasallikning to'satdan boshlanishi, milk hajmining tez kattalashishi, haroratning ko'tarilishi, umumiy ahvoning yomonlashishi, qon ketishining kuchayishi, milk nekrozining paydo bo'lishi, tanada qon quyilishlar va limfa tugunlarining (bo'yin, o'mrov usti, qo'ltiq osti va boshqalar) tizimli giperplaziyasi fonida tomoqda og'riq paydo bo'lishini hisobga olish kerak.

Har qanday o'tkir yoki o'tkir osti gingivitning o'xshash ko'rinishlari tish shifokorini ogohlantirishi va keng qon tahlili uchun asos bo'lishi kerak, ayniqsa odatdagi yuqumli toshmalardan farqli o'laroq, milkdagi o'zgarishlar bilan birgalikda.

O'tkir leykozning erta belgisi sog'lom tishlarda og'riq bo'lishi mumkin, bu pulpa va periodont hujayralarining metaplaziyasi tufayli kelib chiqadigan pulpit yoki periodontitni eslatadi. Leykemik infiltratlar periodont to'qimalarida joylashadi, nekroz esa noto'g'ri olib tashlangan tishlar chuqurchalarida rivojlanishi mumkin.

Leykoz bilan og'rigan bemorlarda ko'pincha zamburug'li asoratlar, ayniqsa, retikulogistiotsitar tizimning shikastlanishi, sitostatik terapiya va antibiotiklar profilaktikasi bilan bog'liq bo'lgan kandidozlar uchraydi. Kandidoz umumiy kandidozdan oldin kelishi mumkin.

Suyak to'qimasidagi o'zgarishlar alveolalararo to'siqlarning rezorbsiyasida ifodalanadi. Retikulyoz va gemotsitoblastozda ayniqsa kuchli jarayon kuzatiladi.

Surunkali leykozda kataral gingivit, stomatit, milklardan qon ketishi va yarali-nekrotik zararlanishlar ustunlik qiladi. Erta va tez-tez uchraydigan belgi qon ketishining kuchayishi, ba'zan o'z-o'zidan qon ketishidir. Keyinchalik yarali-nekrotik gingivit va stomatit rivojlanadi, bunda yaralar chuqur, chetlari ko'tarilgan, qalin kulrang-jigarrang karash bilan qoplangan bo'ladi. Nekroz milk cheti bo'ylab tez tarqaladi.

Surunkali miyeloleykoz bilan og'rigan bemorlarda marginal parodont to'qimalarini morfologik o'rganishda epiteliy va uning ostidagi biriktiruvchi to'qimada sezilarli distrofik o'zgarishlar aniqlanadi. Kasallikning terminal bosqichida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida asosan yaralar sohasida joylashgan leykemik infiltratlar aniqlanadi. Bunday infiltratlarda retikulotsitlar, miyeloblastlar, promielotsitlar, parchalanish holatidagi tayoqcha yadroli va segment yadroli neytrofil granulotsitlar aniqlanadi. O'zgarishlar parodontning barcha to'qimalarini qamrab oladi.

Davolash

Terapiyaning asosini gematolog nazorati ostida leykozning umumiy terapiyasi tashkil qiladi. Gemotransfuziyalar qonning yetarli bo'lmagan shaklli elementlari o'rnini bosadi, gemostatik ta'sir ko'rsatadi va normal qon hosil bo'lishini rag'batlantiradi. Sitostatik preparatlar (purinetol, metotreksat, miyelosan va b.) yetilmagan qon hujayralari proliferatsiyasini susaytiradi. Gormonal vositalar intoksikatsiyani kamaytiradi, gematologik ko'rsatkichlar va haroratni me'yorlashtiradi, limfa tugunlari va taloq hajmini kichraytiradi.

Og'iz bo'shlig'i asoratlarini mahalliy davolash simptomatik xususiyatga ega va tarqalgan parodontit terapiyasiga o'xshaydi. Yiringlash va septik jarayonlarning oldini olish uchun antibakterial preparatlar qo'llaniladi. Xirurgik sanatsiya faqat gematologik remissiya davrida bir guruhli qonni majburiy quyish va antibiotiklar profilaktikasi ostida amalga oshiriladi.

Qon ketishini to'xtatish uchun kortikosteroidlar, leykotsitar massa, yangi sitratli qon quyish, tomirlarni mustahkamlovchi va qon ivuvchanligini oshiruvchi preparatlar (askorbin kislotasi, rutin, vikasol) qo'llaniladi. Mahalliy gemostatik vositalar: qon to'xtatuvchi gubkali tamponlar, fibrin plyonkalari, eritmalar va trombin kukuni ishlatiladi.

Neytropeniya - asosiy belgisi qon va suyak iligida neytrofil granulotsitlar sonining kamayishi bo'lgan kasalliklar guruhi.

- **Irsiy neytropeniyalar** (Kostmann kasalligi, R. Kostmann, 1956) takroriy infeksiyalarning erta rivojlanishi bilan tavsiflanadi: teridagi furunkullar, ichki organlar, shu jumladan og'iz bo'shlig'idagi abscesslar va yaralar. Parodont to'qimalarida distrofik-yallig'lanish o'zgarishlari shakllanadi: milkning yallig'lanishi, parodontal cho'ntaklarning shakllanishi, alveolyar suyakning rezorbsiyasi, tishlarning patologik harakatchanligi. Sut tishlari almashtirilgandan so'ng doimiy tishlar chiqishi bilan jarayon takrorlanadi. Yosh o'tishi bilan yuqumli jarayonlarning og'irligi pasayadi, ammo ikkinchi o'n yillikning oxiriga kelib parodontning progressiv distrofiyasi tufayli tishlarning to'liq yo'qolishi kuzatiladi.
- **Siklik neytropeniya** leykopeniya, eozinofiliya va monotsitoz bilan birga kechuvchi neytrofillarning qondan vaqti-vaqti bilan yo'qolishi bilan tavsiflanadi. Krizlar davrida harorat ko'tariladi, parodontda yallig'lanish o'zgarishlari (kataraldan yarali-nekrotikgacha), zotiljam va abscesslar paydo bo'ladi. 4-5 kundan keyin neytrofillar qaytadi, yallig'lanish susayadi. Krizlar orasidagi interval har bir bemor uchun doimiy bo'ladi (2-3 haftadan 2-3 oygacha).

Bolalarda klinik ko'rinishi:

- Sut tishlovida parodontning distrofik-yallig'lanish o'zgarishlari;
- Milk yallig'lanishi, parodontal cho'ntaklar hosil bo'lishi;
- Alveolyar suyak rezorbsiyasi, tishlar qimirlashi;
- Gipertrofik gingivit;
- Tishlarni almashtirishda retsidivlar bilan asta-sekin rivojlanish.

Tashxis qo'yish kengaytirilgan qon tahliliga asoslanadi:

- Irsiy neytropeniyalar: 1-6% neytrofil granulotsitlar (normada 47-72%), normal eritrotsitlar va leykotsitlar, biroz trombositlar bo'lishi mumkin;
- Siklik neytropeniya: neytrofillarning vaqti-vaqti bilan yo'qolishi, leykopeniya, eozinofiliya va monotsitoz. Krizlar davrida ko'mikda promielotsitlarning yuqori foizi kuzatiladi, neytrofillarning yetuk shakllari deyarli butunlay yo'q.

Davriy neytropeniya va parodontga ta'siri

Neytropeniya bilan og'rigan bemorlarda kasallikning zo'rayish davrida parodont to'qimalarida nekrotik o'zgarishlar qo'shiladi, ko'pincha surunkali kandidoz qo'shiladi. Kasallikning zo'rayishi siklik ravishda takrorlanadi, bu esa sut tishlarining erta tushishiga olib keladi. Doimiy tishlar chiqqandan so'ng patologik jarayon yangilanadi, vaqti-vaqti bilan zo'rayib, asta-sekin hayotning ikkinchi o'n yilligi oxirida doimiy tishlarning butunlay yo'qolishiga olib keladi. Parodontning holati kasallikning davomiyligi bilan chambarchas bog'liq.

Davolash yuqumli asoratlarning oldini olish va bartaraf etishga qaratilgan:

- Tizimli terapiya antibiotiklar (asosan stafilokokklarga qarshi) va kortikosteroid preparatlarni o'z ichiga oladi;
- Doimiy neytropeniya da leykotsitar massa quyish amalga oshiriladi;
- Parodontning distrofik-yallig'lanishli shikastlanishlarining mahalliy terapiyasi simptomatik xususiyatga ega va tarqalgan parodontitni kompleks davolashga o'xshaydi.

Agranulotsitoz Ta'rifi va etiologiyasi. Agranulotsitoz periferik qonda neytrofil granulotsitlarning keskin kamayishi yoki butunlay yo'qolishi sindromi. Shartli ravishda <750 dona/mkl yoki leykotsitlarning umumiy soni <1000 /mkl bo'lganda tashxis qo'yiladi.

- **Tarixiy ma'lumotnoma:** birinchi marta W. Schultz (1922) tomonidan tasvirlangan.
- Sitotoksik dori vositalarining keng qo'llanilishi **tufayli chastotasi oshdi.**

Rivojlanish mexanizmlari:

1. **Miyelotoksik** - suyak ko'migi granulotsitlari va o'zak hujayralarining o'sishini to'xtatish (radiatsiya, kimyoviy birikmalar, sitostatiklar, Fusarium turidagi zamburug' toksinlarining ta'siri).
2. **Immun** - ko'pincha gaptenlar rolini o'ynaydigan dorilar keltirib chiqaradigan antileykotsitar antitanalar ta'sirida granulotsitlarning tezlashgan o'limi. Bunday dorilarni qayta yuborish leykotsitlar agglyutinatsiyasini keltirib chiqaradi.

Immun agranulotsitozni keltirib chiqaruvchi dori vositalari: analgetiklar (amidopirin), fenotiazin hosilalari, sulfanilamidlar, silga qarshi dorilar, trankvilizatorlar, antikonvulsantlar va boshqalar.

Autoimmun shakllar biriktiruvchi to‘qimaning tizimli kasalliklari (masalan, tizimli qizil yugurik, revmatoid poliartrit) va ba’zi infeksiyalarda kuzatiladi.

Agranulotsitozning klinik ko‘rinishlari. Kasallik zimdan yoki o‘tkir isitma, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining anginoz va nekrotik shikastlanishlari bilan boshlanishi mumkin.

- **Doimiy belgilar:** gemorragik sindrom, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati va ovqat hazm qilish tizimining shikastlanishi;
- **Og‘iz bo‘shlig‘ida:** nekrotik o‘choqlar milkdan paydo bo‘lishi mumkin, giperemiya va shish bilan boshlanadi, oqish karash bilan qoplanadi, tezda kulrang rangga kiradi; zararlanish o‘chog‘i areaktiv oqish shilliq qavat fonida joylashadi, ko‘rinadigan yallig‘lanish reaksiyasi yo‘q; chirigan hid paydo bo‘ladi.

Parodontdagi o‘zgarishlar:

- Barcha to‘qimalarda distrofik-yallig‘lanish o‘zgarishlari;
- Tishlarning patologik qimirlashi, ularning tushishi mumkinligi;
- Tish va milklarda to‘satdan og‘riq;
- Yiring oqmasligi, mahalliy yallig‘lanishsiz nekrotik hodisalarning ustunligi;
- Chuqur parodontal cho‘ntaklarning paydo bo‘lishi.

Gematologik manzara:

- Kuchli leykopeniya (yuzlab hujayra/mkl gacha);
- Trombotsitlar va retikulotsitlarning kamayishi;
- Kamqonlik bo‘lishi mumkin.

Klinik ahamiyati: agranulotsitozda parodontning shikastlanishi generallashtirgan parodontitning kuchayishini eslatishi mumkin, biroq minimal yoki umuman yallig‘lanish reaksiyasi bo‘lmaganda nekrotik jarayonlarning ustunlik qilishi uning o‘ziga xos xususiyati hisoblanadi.

Kasallik kechishining prognozi ko‘p jihatdan terapiyani o‘z vaqtida boshlash bilan belgilanadi va ko‘pincha ijobiy bo‘ladi. Agranulotsitozni davolash qo‘zg‘atuvchi omilni darhol bartaraf etishga qaratilgan - bu dori vositasi, ionlashtiruvchi nurlanish va

boshqalar bo'lishi mumkin. Miyelotoksik shaklida leykotsitlar konsentratlarini quyish va suyak iligi transplantatsiyasi qo'llaniladi. Immun variantda kortikosteroid terapiya va leykotsitar massadan foydalangan holda o'rnini bosuvchi tadbirlar asosiy ahamiyatga ega. Ikkilamchi infeksiya qo'shilishining oldini olish uchun antibiotiklar buyuriladi. Parodont shikastlanishlarini mahalliy davolash generallashtirgan parodontit terapiyasining standart protokollari bo'yicha amalga oshiriladi.

9.2 Gistiositoz X

Gistiositozlar noma'lum etiologiyali kasalliklar guruhi bo'lib, metabolizmning buzilishi va almashinuv mahsulotlarining gistiositlarda to'planishi bilan tavsiflanadi. Ularga o'tkir tizimli zo'rayib boruvchi gistiositoz (Letterer-Zive kasalligi), surunkali tizimli zo'rayib boruvchi gistiositoz (Xend-Styuller-Krischen kasalligi) va eozinofil granulyoma kiradi. 1953-yilda L. Lichtenstein bu shakllarni noaniq nozologik tabiati tufayli "X gistiositozlari" nomi bilan birlashtirishni taklif qildi.

Letterer - Zive kasalligi (E. Letterer, 1924; S.A. Siwe, 1933) - o'tkir tizimli progressiv kasallik bo'lib, teri, suyaklar va ichki organlarda atipik gistiositlarning ko'payishi bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha 2-3 yashar bolalarda kuzatiladi. Kasallikning boshlanishi yuqumli jarayonni eslatadi: haroratning keskin ko'tarilishi, jigar va limfa tugunlarining kattalashishi, ishtahaning pasayishi, bo'shashish, uyquning buzilishi. Terida to'q qizil yoki pushti rangdagi dog'li-papulyoz toshmalar paydo bo'ladi, ba'zan ular bir-biriga qo'shib ketadi, teskari rivojlanishda esa qatqaloqlar hosil bo'ladi. Yiringli asoratlar (otit, mastoidit, limfadenit), jigar va taloqning kattalashishi, ekzoftalm, qandsiz siyish sindromi kuzatilishi mumkin.

Parodont to'qimalarida zararlanish distrofik-yallig'lanish xarakteriga ega: avvaliga kuchli shish va giperemiya bilan kataral gingivit rivojlanadi, so'ngra yarali-nekrotik jarayon qo'shiladi, granulyatsiyalar bilan parodontal cho'ntaklar shakllanadi, tishlarning patologik harakatchanligi va ildizlarning ochilishi kuzatiladi. Kasallik rivojlanganda tishlar tushib ketadi. Rentgenogrammalarda alveolyar o'simtada, pastki jag' tanasi va shoxlarida, shuningdek skeletning boshqa yassi suyaklarida joylashgan yumaloq yoki oval shaklidagi suyak to'qimasining yemirilish o'choqlari aniqlanadi. Qon tahlilida odatda spetsifik o'zgarishlar aniqlanmaydi, ammo ECHT oshishi, neytrofilez, eozinofiliya, monotsitoz, trombotsitoz va og'ir holatlarda - pansitopeniya

kuzatilishi mumkin. Patologoanatomik jihatdan olganda teri, ko'mik, limfa tugunlari, jigar va taloqda atipik gistiositlar o'sib ketganligi ko'zga tashlanadi; o'choqlarda ko'p yadroli ulkan hujayralar, limfotsitlar, plazmositlar va eozinofillar uchraydi. Tashxis klinik ko'rinishlar, rentgenologik tekshiruv va shikastlanish o'chog'i nuqtasi yoki bioptatining morfologik tahlili asosida qo'yiladi. Generallashtirgan parodontitdan farqli o'laroq, kasallik asosan erta bolalik davrida rivojlanadi va nafaqat alveolyar o'simtani, balki tanani, pastki jag' shoxlarini va boshqa yassi suyaklarni ham zararlaydi.

Terapiya sitostatik dorilar (siklofosfan, vinblastin va boshqalar) va gormonal vositalarni o'z ichiga oladi. Kasallikning oqibati ko'pchilik bolalarda yomon, lekin uzoq vaqt (3-5-yilgacha) davolanganda remissiya bo'lishi mumkin.

Xend-Styuller-Krischen kasalligi (A. Hand, 1893; A.Shuller, 1916; H.A. Christian, 1919), shuningdek, lipoid granulomatoz yoki lipogranulomatoz sifatida ham tanilgan, turli organlar va to'qimalarning atipik gistiositik hujayralari bilan infiltratsiyasi bilan surunkali tizimli progressiv gistiositozdir. Asosiy belgilari - yassi suyaklarning ko'p sonli nuqsonlari, ekzoftalm va qandsiz diabet. Ko'pincha 4-5 yoshli bolalarda, ancha kam hollarda kattalarda aniqlanadi.

Klinik jihatdan suyaklar, ichki a'zolar, teri, limfa tugunlari, jigar va taloqda ko'plab granulomatoz o'smalar paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Granulyomalar kalla, jag', qovurg'a, chanoq suyaklari, kurak va boshqa suyaklarda, parenximatoz organlar (jigar, taloq, o'pka) da hosil bo'lishi mumkin. Suyaklar zararlanganda og'riq, o'pka zararlanganda yo'tal va hansirash kuzatiladi. Kasallik surunkali sekin rivojlanuvchi kechishga ega. Og'iz bo'shlig'ida qon ketish, milklarning bo'shashganligi, yarali-nekrotik jarayon, chuqur parodontal cho'ntaklar kuzatiladi; tishlar ochilib, harakatchan bo'lib qoladi. Tishlarning milk qirrasi, bo'yni va ildizlari granulomalar ta'sirida retikulotsitlarning yemirilishi natijasida to'q sariq karash bilan qoplanadi.

(9.2.1-jadval)

Kasallik	Yosh xavf guruhi	Klinikasi parodont	Qondagi asosiy o'zgarishlar	Rentgen suyak	Davolash	Bashorat
----------	------------------	--------------------	-----------------------------	---------------	----------	----------

Leykoz	Bolalar va kattalar	Milk qonashi, gingivit, yaralar	Pansitopeniya, leykotsitoz/ leykopeniya	Maxsus o'choqlar yo'q	Kimyotera piya/target terapiya, KM transplanta tsiyasi	Davolash shakli va o'z vaqtida o'tkazili shiga bog'liq
Neytropeniya	Har qanday yosh	Tez-tez uchraydigan infeksiyalar, stomatitlar, gingivit	Neytropeniya $<1,5 \times 10^9/l$	Yo'q	Sababni bartaraf etish, antibiotik lar	O'z vaqtida davolanish da qulay
Agranulotsitoz	Har qanday yosh	Kataral/ yarali nekrotik gingivit	Granulotsitlarn ing juda past darajasi	Yo'q	Preparatni to'xtatish, transfuziya, antibiotic lar, kortikoste roidlar	Tezkor aralashuv da - qulay
X-Letterer-Zive gistiotsitozi	2-3-yil	Toshma, yiringli asoratlari, kataral/ yarali-nekrotik gingivit, harakatchan tishlar	Pansitopeniya bo'lishi mumkin, ECHT $\uparrow$	Jag' va boshqa suyaklarni ng destruksiya o'choqlari	Sitostatik lar, gormonlar	Ko'pincha salbiy, 3-5-yillik remissiya bo'lishi mumkin.
X-Xend-Styuller-Krischen gistiotsitozi	4-5 yosh	Suyak yoki organlardagi granulomalar, ekzoftalm, parodontal cho'ntaklar, harakatchan tishlar	Pansitopeniya bo'lishi mumkin	Yassi suyaklar ning ko'psonli nuqsonlari	Sitostatik lar, gormonlar	Prognoz sekin progressiv, o'rtacha
X - Gistiotsitoz Eozinofilli granulyoma	1-15 yosh	Chaqaloqlar da milk nekrozi, harakatchan tishlar, suyak cho'ntaklari, parodontal granulyatsiyalar	Yengil eozinofiliya, ECHT $\uparrow$, leykotsitoz	Alveolyar o'siq va jag' tanasi destruksiya asining yakka o'choqlari	Kyuretaj, rezeksiya, ko'plab o'choqlar da sitostatik lar + kortikoste roidlar	Yaxshi sifatli, oqibati yaxshi

Rentgenologik tekshiruvda jag'lar va skeletning boshqa suyaklarida dumaloq yoki oval shaklidagi, konturlari aniq, kemirilgan va periferik sklerozsiz ko'plab destruksiya o'choqlari aniqlanadi. Shikastlanishlar hajmi har xil bo'lishi va ba'zan suyakning kattagina qismini egallashi mumkin.

Patologoanatomik jihatdan olganda o'smasimon o'simtalar asosan segment yadroli limfotsitlar, plazmotsitlar va eozinofillarning alohida-alohida to'plamlari bo'lgan gistiotsitlardan iborat bo'ladi. Ayrim hollarda siderofaglar uchraydi. Ksantom hujayralar, jumladan xolesterin va uning efirlari to'planib borishi munosabati bilan ko'pikli vakuollashgan sitoplazmali ko'p yadroli ulkan makrofaglar bo'lishi xarakterlidir.

Dastlabki bosqichlarda tashxis qo'yish o'ziga xos ko'rinishlar yo'qligi sababli qiyin bo'ladi. Klinik jihatdan ifodalangan bo'lsa, klinik va rentgenologik belgilarning birga qo'shilishiga asoslanadi va o'sma nuqtasi morfologik tekshirilgandan keyin uzil-kesil tasdiqlanadi. Stomatologlar shuni hisobga olishlari kerakki, og'iz bo'shlig'idagi dastlabki ko'rinishlar umumiy parodontitni eslatishi mumkin, ammo o'ziga xos xususiyati erta yoshdagi bolalarda jag' suyaklari va boshqa skelet suyaklarining shikastlanishidir.

Davolash: generallashtirilgan suyak shikastlanishlarida o'smaga qarshi sitostatik dorilar qo'llaniladi; mahalliy o'choqlarda jarrohlik aralashuvi mumkin. Parodont shikastlanishlarida simptomatik davolash qo'llaniladi. Prognoz odatda ijobiy bo'ladi.

9.3 Eozinofil suyak granulyomasi (Taratinov kasalligi)

Kasallik gistiotsitar hujayralar, eozinofillar, leykotsitlar, neytrofil granulotsitlar, limfotsitlar va plazmotsitlardan iborat infiltratlar bilan tavsiflanadi. Kasallik birinchi marta 1913-yilda N.I.Taratinov tomonidan travmadan keyin paydo bo'ladigan psevdotuberkulyoz granuloma sifatida tasvirlangan. Keyinchalik H.L. Jaffe va L. Lichtenstein 1944-yilda uni gistiositozlar bilan bog'ladilar va "eozinofil suyak granulyomasi" nomini taklif qildilar.

Etiologiyasi noma'lum; gistiotsitoz X ning bir varianti sifatida qaraladi. Ko'pincha 1-15 yoshli bolalarda aniqlanadi, 70-80% hollarda zararlanish solitar bo'ladi. Joylashishi - kalla suyaklari, uzun naysimon suyaklar (son, yelka), ba'zan umurtqa pog'onasi va chanoq. Ko'p sonli shikastlanishlar kamroq uchraydi. Klinik jihatdan

oʻrtacha ogʻriq, shish yoki oʻsmasimon tugun bilan namoyon boʻladi, ayniqsa bosh suyagi shikastlanganda. Qonda baʼzan yengil eozinofiliya, leykotsitoz va ECHT oshishi kuzatiladi.

Eozinofil granulema jagʻ suyaklarida joylashganda yoshga bogʻliq kechish xususiyatlari kuzatiladi. Chaqaloqlarda milk valiklarida kulrang-yashil nekroz oʻchoqlari paydo boʻladi. Karash olib tashlangandan soʻng uzoq vaqt bitmaydigan eroziv yoki yarali yuzalar ochiladi. Sut prikusida zararlangan tishlar harakatchan boʻlib qoladi, milklarning oʻtkir yalligʻlanishi, tishlar boʻyni va ildizlarining sezilarli darajada ochilishi kuzatiladi, kasallik rivojlanganda esa tishlarning yoʻqolishi va doimiy tish kurtaklarining sekvestratsiyasi kuzatilishi mumkin.

Doimiy tishlovda zararlangan sohalarning milki koʻkargan va shishgan boʻladi, yiringsiz granulyatsiyali parodontal choʻntaklar shakllanadi. Suyak destruksiyasi suyak choʻntaklari hosil boʻlishiga olib keladi, tishlar harakatchan, tishlar chuqurchadan chiqarilgandan soʻng granulyatsiyalar oʻsadi, suyak regeneratsiyasi kuzatilmaydi.

Rentgenologik tekshiruvda alveolyar oʻsiq va jagʻ tanasining noaniq konturli va periferik sklerozsiz yakka destruksiya oʻchoqlari aniqlanadi. Generallasgan parodontitdan farqi nuqsonning jagʻ tanasida joylashishidir.

Tashxis granulema nuqtasini morfologik tekshirish bilan tasdiqlanadi: asosiy hujayralar gistiotsitlar, turli darajada eozinofillar, kamroq limfotsitlar, plazmotsitlar, neytrofil granulotsitlar va koʻp yadroli gigant hujayralar uchraydi.

Kechishi yaxshi, oqibati xayrli. Davolash asosan jarrohlik yoʻli bilan amalga oshiriladi - nuqsonni kyuretaj qilish yoki suyakni qisman rezeksiya qilish. Koʻp sonli oʻchoqlarda sitostatik preparatlar kortikosteroidlar bilan birgalikda qoʻllaniladi.

9.4. Metabolik buzilishlarda parodontal koʻrinishlar

Moddalar almashinuvining buzilishi koʻpincha parodont toʻqimalarining distrofik-yalligʻlanish oʻzgarishlari bilan birga kechadi. Bunday kasalliklarga Niman-Pik kasalligi, Goshe kasalligi, Papiyon-Lefevr sindromi kiradi.

Nimann-Pik kasalligi - jigar, taloq, miya, buyraklar, buyrak usti bezlari, limfa tugunlari, teri va mononuklear qon hujayralarida sfingomiyelin toʻplanishiga olib keladigan sfingomiyelinaza fermentining yetishmovchiligi tufayli autosomal retsessiv irsiylanish bilan kam uchraydigan irsiy kasallik. Asosan erta yoshdagi bolalarda (2

oylikdan 3 yoshgacha) namoyon bo'ladi. Asosiy belgilari: gepatosplenomegaliya, ovqatdan bosh tortish, vaqti-vaqti bilan qusish, keskin ozish, markaziy asab tizimining zararlanishi. Qonda gipoxrom anemiya, trombotsitopeniya va leykopeniya qayd qilinadi. Jag' suyaklarida suyak to'qimasining siyraklashishi kuzatiladi. Parodont milkning yaqqol proliferatsiyasi, sut tishlarining bog'lovchi apparatining yemirilishi va ularning erta harakatchanligi bilan zararlanadi. Maxsus davolash usuli ishlab chiqilmagan, simptomatik terapiya, qon va plazma quyish o'tkaziladi. Prognoz yomon, besh yoshdan keyin omon qolish juda kam uchraydi.

Goshe kasalligi - glyukoserebrozidaza fermenti yetishmovchiligi natijasida kelib chiqadigan lipidlar to'planishining irsiy kasalligi. Kam uchraydi va autosom-retsessiv tipda nasldan naslga o'tadi. O'tkir (xavfli) va surunkali shakllari farqlanadi. O'tkir shakli hayotning birinchi oylarida namoyon bo'ladi: jigar va taloqning progressiv kattalashishi, jismoniy va ruhiy rivojlanishda orqada qolish, markaziy asab tizimining shikastlanishi; qonda - gipoxrom anemiya, leykopeniya, trombotsitopeniya. Prognozi yomon, o'lim hayotning dastlabki 1-2 yilida sodir bo'ladi. Surunkali shakli yumshoqroq kechadi, o'smirlarda yoki kattalarda namoyon bo'ladi; jismoniy rivojlanish me'yorida, jigar va taloqning asta-sekin kattalashishi, limfa tugunlarining qo'shilishi. Suyakdagi o'zgarishlar ko'pincha erta simptomga aylanadi: uzun naysimon suyaklarning duksimon yoki to'qmoqsimon shishishi, jag'ning o'choqli osteoporozi. Parodontal ko'rinishlarga milk proliferatsiyasi, parodontal cho'ntaklarning shakllanishi va tishlarning harakatchanligi kiradi. Tashxis taloq yoki suyak ko'migi nuqtalarida Goshe xarakterli hujayralarini aniqlash bilan tasdiqlanadi. Davolash asosan simptomatik, surunkali shaklida splenektomiya mumkin. Surunkali shaklning prognozi nisbatan ijobiy.

Papiyon - Lefevra sindromi - erta bolalik davrida namoyon bo'luvchi autosom-retsessiv tipda irsiylanuvchi tug'ma kasallik. Kasallikning asosiy belgilari alveolyar suyakning progressiv lizisi, kaft va tovonning kuchli shoxlanishi, neyroendokrin va metabolik buzilishlar hisoblanadi. Sut tishlari chiqqandan keyin (2,5-3 yosh) parodontda sezilarli yallig'lanish o'zgarishlari: gingivit, tishlarning qimirlashi, o'rtacha yoki ko'p miqdorda ekssudatsiya bilan parodontal cho'ntaklar, ko'pincha abscesslar rivojlanadi. Rentgenda alveolalararo to'siqlarning vertikal atrofiyasi va alveolyar o'siq suyagining destruksiya kuzatiladi. Kasallik tishlarning tez tushib ketishiga olib keladi, doimiy

tishlarning kurtaklari zararlanadi, lekin kurtaklarning o'zi patologik jarayonga qo'shilmaydi. Patologik jarayon faqat alveolyar o'simtada joylashadi, tishsiz jag'da o'zgarishlar kuzatilmaydi. Ba'zi hollarda osteoporoz, falangalar atrofiyasi va osteolizis kuzatiladi. Davolash simptomatik bo'lib, parodontni saqlash va asoratlarning oldini olishga qaratilgan. Yallig'lanish nazoratsiz prognozi yomon.

Sut tishlari yo'qotilgandan so'ng parodontdagi patologik jarayon vaqtincha to'xtaydi: yallig'lanish belgilari yo'qoladi, milk silliq va yaltiroq bo'lib qoladi. Ammo doimiy tishlar paydo bo'lishi bilan distrofik-yallig'lanish jarayoni qaytalanadi. Milk kuchli yallig'lanadi, ko'p miqdorda yiringli ajralma chiqadigan parodontal cho'ntaklar shakllanadi, tishlar harakatchan bo'lib qoladi. Alveolyar suyak kuchli rezorbsiyaga uchraydi, ko'p sonli chuqur suyak cho'ntaklari hosil bo'ladi, natijada 3-4 yil davomida tishlar asta-sekin tushib ketadi. Oxirgi bosqichda jarayon butun alveolyar o'simtani qamrab oladi, shundan so'ng kasallik barqarorlashadi, jag' suyagining shikastlanishi endi aniqlanmaydi.

Bir vaqtning o'zida dermatologik ko'rinishlar rivojlanadi: kaft va tovon keratodermiyasi yaqqol po'st tashlash va yoriqlar bilan, tirsak va tizzalarning yozuvchi yuzalarida terining muguzlanishi, tirnoqlarning o'zgarishi (notekis, xira). Limfa tugunlari kattalashib, qalqonsimon bez funksiyasi buzilishi mumkin.

Parodontdagi distrofik-yallig'lanish ko'rinishlarini davolash asosan simptomatik xususiyatga ega. Jarrohlik aralashuvlari (kyuretaj, radikal operatsiyalar) kamdan-kam hollarda jarayonni barqarorlashtiradi, shuning uchun asosan olib qo'yiladigan konstruksiyalar bilan ratsional protezlash ko'rsatilgan.

Bolalarda **qandli diabetda** parodontal sindrom milkning yorqin rangda, shishgan, sianotik tusda bo'lishi, ushlab ko'rilganda oson qonashi bilan tavsiflanadi. Yiringli-qonli tarkib va shirali granulyatsiyalar bilan cho'ntakdan tashqariga chiqadigan parodontal cho'ntaklar shakllanadi, tishlarning sezilarli harakatchanligi va vertikal o'q bo'ylab siljishi qayd etiladi. Tishlar yumshoq karash bilan qoplangan, milk usti va milk osti tish karashlari mavjud.

Bolalarda qandli diabetda parodontal sindrom milkning yorqin rangda, shishgan, sianotik tusda bo'lishi, ushlab ko'rilganda oson qonashi bilan tavsiflanadi. Yiringli-qonli tarkib va shirali granulyatsiyalar bilan cho'ntakdan tashqariga chiqadigan parodontal cho'ntaklar shakllanadi, tishlarning sezilarli harakatchanligi va vertikal o'q bo'ylab siljishi qayd etiladi. Tishlar yumshoq karash bilan qoplangan, milk usti va milk osti tish karashlari mavjud.

Rentgenologik jihatdan suyak to'qimasidagi o'zgarishlar alveolyar o'siqning voronkasimon yoki kratersimon turdagi destruksiyasiga ega bo'lib, bunda jag' tanasi, odatda, patologik jarayonga jalb etilmaydi.

Ko'pgina endokrinologlar va terapevtlar parodont to'qimalarining distrofiyallig'lanishli o'zgarishlarini bolalarda qandli diabetning dastlabki diagnostik belgilaridan biri sifatida ko'rib chiqadilar.

Itsenko-Kushing kasalligida parodontal ko'rinishlar ichki sekretiya bezlarining, birinchi navbatda, buyrak usti bezlari, jinsiy bezlar va oshqozon osti bezining ko'plab zararlanishi bilan bog'liq. Bemorlarda semizlik, teri ostiga qon quyilishlar, jinsiy bezlar faoliyatining buzilishi, gipofizar diabet, ruhiy buzilishlar va boshqa tizimli alomatlar kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'ida milklarning yaqqol giperemiyasi va shishi, qon quyilishlar, tishlarning harakatchanligi va siljishi, tishlararo so'rg'ichlarning o'sishi, yiringli tarkib bilan parodontal cho'ntaklarning shakllanishi kuzatiladi.

Rentgenda g'ovak modda osteoporozi va alveolyar o'siq destruksiyasi o'choqlari aniqlanadi. Patologik jarayon nafaqat alveolalararo to'siqlarning cho'qqilaridan, balki pastki jag'ning asosi yoki tanasidan, shu jumladan alveolyar qismidan ham boshlanishi mumkin. Osteoporozi ba'zan skeletning boshqa suyaklarida ham uchraydi.

(9.4.1-jadval)

Kasallik	Irsiylanish turi / etiologiyasi	Boshlanish yoshi	Parodontal belgilar	Tizimli belgilar / davolash
Nimann-Pik kasalligi	Autosomal retsessiv sfingomiyelinaza nuqsoni	2 oy - 3 yil	Milk proliferatsiyasi, sut tishlari periodont bog'lamiining buzilishi, erta harakatchanlik	Gepato- va splenomegaliya, gipoxrom anemiya, trombositopeniya, oqibati yomon, simptomatik terapiya
Goshe kasalligi	Autosomal retsessiv glyukotserebrozidaza yetishmovchiligi	Tug'ma yoki o'smirlik	Milkdagi o'choqli yoki diffuz o'zgarishlar, parodontal cho'ntaklarning shakllanishi, tishlarning qimirlashi	Jigar va taloqning kattalashishi, suyak shikastlanishi, Goshe hujayralari tashxisi, simptomatik davolash, splenektomiya
Papiyon-Lefevr sindromi	Autosom-retsessiv	2,5-3 yosh	Progressiv parodontit, yiringli ajralma bilan parodontal cho'ntaklar, sut va doimiy tishlarning erta yo'qolishi	Kaft va tovon shoxlanishi, falangalar osteoporozi, bo'g'imlar harakatchanligi, simptomatik davolash, protezlash

9.5 Tug'ma kasalliklarda parodontal ko'rinishlar

Daun kasalligi, akatalaziya va desmodontoz bilan og'rigan bemorlarda parodont to'qimalarida eng ko'p o'zgarishlar kuzatiladi.

Daun kasalligi (J.L.H. Down, 1866) - oligofreniyaning bir shakli bo'lgan xromosoma kasalligi bo'lib, unda aqliy zaiflik o'ziga xos tashqi ko'rinish bilan birga keladi. Kasallikning asosini xromosoma to'plamining anomaliyasi tashkil etadi: bemorlarda 47 ta xromosoma mavjud bo'lib, bu 21-xromosoma trisomiyasiga to'g'ri keladi.

Klinik manzarasida aqliy zaiflik, kalla suyagi va yuzning o'ziga xos shakli ("mongoloidizm"), qo'l va oyoq panjalari tuzilishining o'ziga xosligi, asab tizimining o'zgarishi kuzatiladi. Og'iz bo'shlig'ida kattalashgan burmali til va mikrodontiya qayd

etiladi. Og‘izning doimiy ochilishi tufayli shilliq qavat qurib qoladi, unda yoriqlar paydo bo‘lishi mumkin.

Parodont zararlanishlari 90% dan ortiq bemorlarda uchraydi va gingivitlar hamda generallashtgan parodontit rivojlanishi bilan namoyon bo‘ladi. Distrofik-yallig‘lanish jarayoni nisbatan tez rivojlanib, chuqur suyakli parodontal cho‘ntaklar shakllanishi bilan kechadi. Alveolyar suyakning rezorbsiyasi tishlar to‘liq yo‘qolguncha sekin rivojlanishi mumkin. Rentgenologik belgilar generallashtgan parodontitning tipik ko‘rinishlariga mos keladi.

Gingivitlar va generallashtgan parodontitni kompleks davolash tegishli dispanser kuzatuv bilan jarayonning barqarorlashuvini ta‘minlaydi.

Akatalaziya - qon va to‘qimalarda katalaza fermentining yo‘qligi tufayli moddalar almashinuvining irsiy buzilishi. Birinchi marta 1948-yilda S. Takahara tomonidan tasvirlangan, autosomal retsessiv tarzda irsiylanadi.

Katalaza to‘qima metabolizmida hosil bo‘ladigan vodorod peroksid va boshqa peroksid birikmalarni parchalashda ishtirok etadi. Katalaza yetishmovchiligi bunday bemorlarda parodont zararlanishining og‘irlik darajasini tushuntiradi. Qonda simptomlar bo‘lmisligi mumkin, chunki katalaza funksiyasini boshqa fermentlar, masalan, glutationreduktaza qisman kompensatsiya qiladi.

Parodont to‘qimalari erta bolalik davrida zararlanadi va jarayon tez rivojlanadi. Asosiy belgilari kataral gingivit bo‘lib, u yarali-nekrotik yoki gangrenoz jarayon bilan asoratlanishi mumkin. Jag‘ suyak to‘qimasining rezorbsiyasi chuqur suyak cho‘ntaklarining shakllanishi bilan birga kechadi, tishlarning patologik harakatchanligi ortib boradi va ularning tushib ketishiga olib keladi. Zararlanish tabiatan tarqoq bo‘ladi, tishlarning tushib ketishi patologik jarayonni to‘xtatmaydi, bu narsa jag‘lar va shilliq parda nekrozi boshlanishiga olib kelishi mumkin.

Akatalaziyaning oqibati yaxshi: balog‘atga yetish davri boshlanishi bilan parodontdagi patologik o‘zgarishlar asta-sekin to‘xtaydi. Maxsus patogenetik terapiya mavjud emas, parodontdagi distrofik-yallig‘lanish ko‘rinishlarini davolash simptomatik xususiyatga ega, jarrohlik aralashuvlari nekrotik asoratlar xavfi tufayli ehtiyotkorlikni talab qiladi.

Desmodontoz - bolalar va o'smirlarda uchraydigan kam uchraydigan kasallik bo'lib, "chuqur sementopatiya", "periodontolizis" yoki "periodontoz" deb ham ataladi. Birlamchi-distrofik kasalliklar qatoriga kiradi, bunda patologik jarayon periodontda joylashadi va asta-sekin uning yemirilishiga olib keladi. Kasallik kechishi bilan yallig'lanish ham qo'shiladi, bu esa klinik ko'rinishni umumiy parodontitga o'xshatadi.

Birlamchi o'zgarishlar tishni periodont bilan birlashtiruvchi sementda sodir bo'lib, periodontal bog'lamning buzilishiga olib keladi. Keyinchalik parodontal cho'ntaklar hosil bo'ladi va milkda yallig'lanish jarayonlari rivojlanadi.

Parodontning shikastlanishi chegaralangan yoki diffuz bo'lishi mumkin. Chegaralangan shikastlanish ko'pincha markaziy kurak tishlar va birinchi molyar tishlar sohasida chuqur suyak cho'ntaklari shakllanishi, tishlarning siljishi yoki burilishi, patologik harakatchanlik bilan lokalizatsiya qilinadi. Og'riq sezgilari va yaqqol yallig'lanish o'zgarishlari bo'lmasligi mumkin. Ikkilamchi yallig'lanish qo'shilganida klinika tarqoq parodontit belgilarini kasb etadi.

Rentgenogrammalarda zararlangan tishlar atrofidagi suyak to'qimasining o'ziga xos voronkasimon shaklda so'rilishi kuzatiladi. Tishlar tushgandan so'ng, patologik jarayon to'xtaydi.

Desmodontoz bilan kasallangan bolalarda ko'pincha umumiy immunitet pasayadi, bu esa tez-tez yuqumli kasalliklarga moyillik tug'diradi: terining yiringli shikastlanishi, furunkulyoz, pnevmoniya. Davolash generallashtirgan parodontit terapiyasi kabi kompleks tarzda olib boriladi. Adabiyotlarda jarrohlik usullarining samaradorligi qayd etilgan.

(9.5.1-jadval)

Tug'ma kasalliklar va parodontal ko'rinishlar

Kasallik	Genetika / Etiologiya	Boshlanish yoshi	Parodontal belgilar	Boshqa xususiyatlar / davolash
Daun kasalligi	21-xromosoma trisomiyasi	Tug'ilganidan beri	Gingivitlar, generallashtirgan parodontit, chuqur suyak	Kattalashgan, burmali til, mikrorentiya, doimiy og'iz ochilishi, kompleks

Kasallik	Genetika / Etiologiya	Boshlanish yoshi	Parodontal belgilar	Boshqa xususiyatlar / davolash
			cho‘ntaklari, suyakning sekin so‘rilishi	davolash, dispanser nazorati
Akatalaziya	autosomal retsessiv, katalaza yo‘qligi	Ilk bolalik	Kataral gingivit → milkning yarali-nekrotik zararlanishi, chuqur suyak cho‘ntaklari, tishlarning tez harakatchanligi	Generallashtirilgan zararlanish, tishlarning tushishigacha rivojlanadi, simptomatik davolash, jarrohlik cheklangan
Desmodontoz	Periodontning birlamchi distrofik zararlanishi	Bolalar va o‘smirlar	Parodontning cheklangan yoki diffuz shikastlanishi, chuqur suyak cho‘ntaklari, tishlarning siljishi va harakatchanligi	Ko‘pincha yallig‘lanish jarayonlari qo‘shiladi, bolalar teri infeksiyalariga moyil, davolash kompleks, jarrohlik usullari samarali.

Nazorat savollari

1. Idiopatik parodontal kasalliklar tushunchasi nimani anglatadi?
2. Idiopatik parodontal zararlanishlarning asosiy klinik belgilarini sanab bering.
3. Idiopatik kasalliklarning etiologik xususiyatlari nimada murakkab?
4. Idiopatik parodontal kasalliklarni parodontitdan farqlash mezonlari qanday?
5. Idiopatik jarayonlarda suyak to‘qimasida qanday o‘zgarishlar kuzatiladi?
6. Idiopatik parodontal kasalliklarni tashxislashda qanday qo‘shimcha tekshiruv usullari qo‘llaniladi?
7. Idiopatik parodontal kasalliklarni davolash tamoyillari va prognozi qanday?

Test savollari

1. Idiopatik parodontal kasallik deganda nima tushuniladi?
 - A) Aniq infeksiyon sababli kasallik
 - B) Sababi to‘liq aniqlanmagan kasallik*
 - C) Travma oqibatidagi jarayon
 - D) Allergik kasallik
 - E) Faqat yallig‘lanish jarayoni
2. Idiopatik parodontal zararlanishda ko‘proq kuzatiladi:

- A) Yiringli ajralma
- B) O'tkir og'riq
- C) Tez progressiyalanuvchi suyak rezorbsiyasi *
- D) Faqat milk shishi
- E) Faqat milk qonashi

3. Idiopatik jarayonni tasdiqlash uchun muhim usul:

- A) Faqat vizual ko'rik
- B) Faqat so'rovnoma
- C) Rentgenologik tekshiruv*
- D) Harorat o'lchash
- E) Allergik test

4. Idiopatik kasalliklarda ko'pincha:

- A) Sabab oson aniqlanadi
- B) Mahalliy omil yetakchi bo'ladi
- C) Tizimli (sistemali) omillar gumon qilinadi *
- D) Faqat travma sabab bo'ladi
- E) Faqat gigiyena yetishmasligi kuzatiladi

5. Quyidagilardan qaysi biri idiopatik kasalliklarga misol bo'lishi mumkin?

- A) Oddiy gingivit
- B) Kataral stomatit
- C) Aggressiv suyak rezorbsiyasi bilan kechuvchi jarayon *
- D) Oqartirilgan milk
- E) Tish kariyesi

6. Idiopatik parodontal kasalliklarda prognoz:

- A) Har doim yaxshi
- B) Har doim yomon
- C) Erta tashxisga bog'liq*
- D) Faqat yoshga bog'liq
- E) Davolashga bog'liq emas

7. Idiopatik zararlanishni parodontitdan farqlovchi belgi:

- A) Yallig'lanish mavjudligi

- B) Mahalliy blyashka miqdori
- C) Etiologiyaning noaniqligi *
- D) Milk qonashi
- E) Tish toshi

8. Idiopatik parodontal kasalliklarni davolashda asosiy yondashuv:

- A) Faqat antibiotik
- B) Faqat jarrohlik
- C) Kompleks va individual yondashuv *
- D) Faqat og‘riq qoldiruvchi
- E) Davolash talab qilinmaydi

Xulosa

Ushbu bobda progressiv idiopatik parodont kasalliklari, ularning klinik xususiyatlari va etiopatogenetik jihatlari yoritildi. Mazkur kasalliklar aniq etiologik omili to‘liq aniqlanmagan, biroq tez progressiya qiluvchi va parodontal to‘qimalarda og‘ir destruktiv o‘zgarishlar bilan kechuvchi patologiyalar sifatida tavsiflanishi ko‘rsatib berildi.

Kasallikning asosiy klinik belgilariga tez rivojlanayotgan suyak rezorbsiyasi, chuqur parodontal cho‘ntaklar, tishlarning harakatchanligi va erta yo‘qotilishi kiradi. Shuningdek, immun yallig‘lanish javobi buzilishi va genetik moyillik ushbu jarayonning rivojlanishida muhim rol o‘ynashi ta’kidlandi.

Shu asosda, progressiv idiopatik parodont kasalliklarini o‘rganish ularning erta diagnostikasi, xavf omillarini aniqlash hamda individual va kompleks davolash yondashuvlarini ishlab chiqishda muhim ilmiy va amaliy ahamiyatga ega hisoblanadi.

10. PARODONTOMALAR

Parodont to'qimalaridagi xavfsiz produktiv jarayonlarga o'smalar va o'smasimon hosilalar, masalan, fibroma, milk fibromatozi, lipoma va epulid kiradi.

Fibroma biriktiruvchi to'qima, qon va limfa tomirlarining yetuk elementlaridan tashkil topgan yakka o'smadir. U sekin rivojlanadi va chegaralangan (kichik) yoki massiv (katta) bo'ladi. Milkda fibromalar odatda zich, harakatchan, og'riqsiz va aniq chegaralangan yumaloq chegaralarga ega. Tishlar orasidagi jarohatlanishlarda qonash va yaralar paydo bo'lishi mumkin. Davolash asosan jarrohlik yo'li bilan olib boriladi. Simmetrik fibromalar ko'pincha ikkala jag'ning vestibulyar va til (tanglay) yuzalarida joylashadi.

Milk fibromatozi milk so'rg'ichlari, milk chekkasi va milk alveolyar qismining chegaralangan yoki diffuz gipertrofiyasi bilan tavsiflanadi. Etiologiyasi to'liq aniqlanmagan; kasallik o'smirlar va yoshlarda, ko'pincha balog'at yoshidagi qizlarda, shuningdek, Daun kasalligida erta yoshdagi bolalarda uchraydi. Endokrin buzilishlar va irsiy moyillik bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Milk o'simtali har xil kattalikda bo'lishi mumkin: I darajada tish toj qismining uchdan bir qismini, II darajada yarmini, III darajada butun toj qismini qoplaydi. Patologik o'zgarishlar ham vestibulyar, ham til yuzasidan joylashadi. Fibromatoz to'qimalar bo'lakli, papillomatoz yoki yaxlit ko'rinishda, paypaslab ko'rilganda qattiq, og'rimaydigan va odatda qonamaydigan bo'lishi mumkin.

Tarqalishiga qarab quyidagilar farqlanadi:

- Cheklangan fibromatoz - alohida tishlarda joylashadi;
- Diffuz fibromatoz - milklarni butun alveolyar o'siq bo'ylab qoplaydi;
- Total fibromatoz - alveolyar suyakning to'liq fibroz o'simtalar bilan almashinishiga, yuzning pastki qismi deformatsiyasiga va lablarning yopilishi qiyinlashishiga olib keladi.

Sut prikusidagi fibromatoz doimiy tishlar kurtaklarining holatini buzishi mumkin: tojning diffuz zararlanishida sut tishlari o'sib ketgan to'qimaga to'liq botgan bo'ladi.

Davolash jarrohlik usuli - kesib olish, diatermokoagulyatsiya yoki kriodestruksiya. Prognoz har doim ham ijobiy bo‘lavermaydi, takrorlanishi mumkin.

Lipoma teri osti yoki shilliq osti yog‘ to‘qimasidan rivojlanadi, kamdan-kam hollarda, odatda o‘smirlik davrida uchraydi. O‘shishi sekin, o‘sma yumshoq, milkka mahkam yopishgan. Jarrohlik yo‘li bilan davolanadi: kapsula bilan ajratib olinadi.

Epulid - surunkali ta’sirlanish joylarida paydo bo‘ladigan xavfsiz odontogen o‘sma. Ko‘pincha qoziq tishlar, kurak tishlar va kichik molyarlar sohasida joylashadi. Shakliga ko‘ra qo‘ziqorinsimon yoki sharsimon, keng yoki tor bandli, o‘lchami no‘xatdan kattaroq bo‘lishi mumkin. Uning uchta shakli farqlanadi: fibroz, angiomatoz va gigant hujayrali.

- Fibroz shakli zich konsistensiyali, yetuk tolali biriktiruvchi to‘qimadan tashkil topgan, ba’zan suyak moddasi va osteoblastlar joylashadi. Yara paydo bo‘lganida granulyomatoz epulid boshlanadi.
- Angiomatoz shakli kavernoz angiomaga o‘xshash bo‘shliqlar va ohaklanish joylari bo‘lgan qon tomirlarining o‘shishi bilan tavsiflanadi.
- Gigant hujayrali shaklda ko‘p sonli ko‘p yadroli hujayralar mavjud, atipiya belgilari yo‘q, gemosiderin va alohida suyaklangan joylar mavjud.

Epulid o‘sgan sari periodont va suyakka o‘sib kirib, alveolyar o‘siqning destruksiya o‘choqlarini va tishlarning patologik harakatchanligini keltirib chiqarishi mumkin. Davolash jarrohlik yo‘li bilan - o‘sish zonasi bilan o‘smanni olib tashlash, keyinchalik diatermokoagulyatsiya yoki kriodestruksiya. Tishlarni saqlab qolish masalasi klinik va rentgenologik ma’lumotlar asosida individual hal qilinadi.

(10.1-jadval.

Parodontning xavfsiz produktiv jarayonlari

Patologiya	Yosh / Jins	Mahalliyashtirish	Klinik-morfologik belgilar	Alomatlar / asoratlar	Davolash
Fibroma	Barcha yoshdagilar	Milk (vestibulyar, til yuzasi)	Yakka, zich, harakatchan, aniq	Jarohatlanish → qon ketish,	Jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash

Patologiya	Yosh / Jins	Mahalliyashtirish	Klinik-morfologik belgilar	Alomatlar / asoratlar	Davolash
			chegaralangan chegaralar	yaralar paydo bo'lishi mumkin	
Milk fibromatozi	Daun kasalligida o'smirlar, yoshlar, bolalar	Vestibulyar va til yuzasi, alveolyar o'siq	Cheklangan, diffuz, total; zich, og'riqsiz o'simtalar; total shakldagi deformatsiya	Doimiy tish kurtaklari holatining buzilishi, estetik nuqsonlar	Zarur bo'lganda simptomatik va jarrohlik
Lipoma	O'spirinlik	Milkning shilliq osti yoki teri osti qismi	Milkka mahkam yopishgan, sekin o'suvchi, yumshoq o'sma	Odatda simptomsiz, jarohatlanishi mumkin	Jarrohlik yo'li bilan kapsula bilan olib tashlash
Epulid	Kattalar, o'smirlar	Milk (qoziq tishlar, kurak tishlar, kichik molyarlar)	Xavfsiz o'sish; shakllari: fibroz, angiomatoz, gigant hujayrali	Yaralar, alveolyar suyakning destruksiyasi, tishlarning patologik harakatchanligi kuzatilishi mumkin.	O'sish zonasi bilan jarrohlik yo'li bilan olib tashlash, diatermokoagulatsiya yoki kriodestruksiya

Nazorat savollari

1. Parodontomalar tushunchasi nimani anglatadi?
2. Parodontomalarning asosiy klinik belgilari qanday?
3. Parodontomalarni yallig'lanishli parodontal kasalliklardan qanday farqlash mumkin?
4. Parodontomalarning eng ko'p uchraydigan turlarini sanab bering.

5. Parodontomalarni tashxislashda qaysi klinik va laborator tekshiruv usullari qo'llaniladi?

6. Parodontomalarni davolash tamoyillari va qaytalanishining oldini olish choralari qanday?

Test savollari

1. Parodontomalar bu:

- A) Faqat yallig'lanish jarayoni
- B) Distrofik kasallik
- C) O'sma va o'smasimon jarayonlar *
- D) Faqat infeksiyon kasallik
- E) Faqat travmatik jarayon

2. Epulis ko'proq qaysi sohada uchraydi?

- A) Til yuzasida
- B) Yonoq shilliq qavatida
- C) Milk sohasida *
- D) Tanglayda
- E) Lab ichki yuzasida

3. Parodontomani aniq tasdiqlash usuli:

- A) Faqat vizual ko'rik
- B) Rentgen
- C) Biopsiya va gistologik tekshiruv*
- D) Oqartirish testi
- E) Perkussiya

4. Homiladorlik davrida kuzatiladigan milk o'smasi:

- A) Fibroma
- B) Papilloma

C) Granulyatsion epulis (gravidar epulis) *

D) Parodontoz

E) Gingivit

5. Parodontomalarni davolashning asosiy usuli:

A) Antibiotik

B) Professional tozalash

C) Jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash *

D) Oqartirish

E) Fizioterapiya

6. Qaytalanishning oldini olish uchun:

A) Oqartirish qilish

B) Faqat og‘riq qoldiruvchi berish

C) Etiologik omillarni bartaraf etish va to‘liq ekszisiya *

D) Oqartirish geli surtish

E) Davolamaslik

Xulosa

Ushbu bobda parodontomalar, ularning kelib chiqish xususiyatlari, klinik ko‘rinishlari va morfologik tuzilishi yoritildi. Parodontomalar parodontal to‘qimalarda o‘sovchi, turli tabiatga ega bo‘lgan (yallig‘lanishli, proliferativ yoki o‘smasimon) patologik hosilalar sifatida tavsiflanishi ko‘rsatib berildi.

Kasallikning klinik belgilari o‘sma yoki tugunsimon o‘zgarishlar, milk to‘qimasining hajmiy ortishi, ba’zi hollarda estetik va funksional buzilishlar bilan namoyon bo‘lishi mumkinligi ta’kidlandi. Shuningdek, ularning differensial diagnostikasi parodontal va yumshoq to‘qima boshqa patologiyalaridan ajratishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Xulosa qilib aytganda, parodontomalarni o‘rganish ularni erta aniqlash, to‘g‘ri tashxis qo‘yish va mos davolash usullarini tanlashda muhim ilmiy hamda amaliy ahamiyatga ega hisoblanadi.

11-bob Parodont kasalliklarining differensial diagnostikasi

Ba'zi parodont kasalliklari parodont to'qimalarining distrofik-yallig'lanish jarayonlariga o'xshash klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi.

Kataral gingivit - ko'p omilli etiologiyali va turli xil klinik ko'rinishga ega bo'lgan mustaqil kasallik. U mexanik shikastlanishlar (karioz bo'shliqlarning o'tkir qirralari, to'liq bo'lmagan plomba va protezlar), termik va kimyoviy ta'sirlar, bakterial omillar, shuningdek, endogen buzilishlar va yuqumli kasalliklar natijasida yuzaga keladi. Sut tishlovi bo'lgan bolalarda kataral gingivitning cheklangan shakllari tishlarning to'liq chiqmasligi, jarohatlar, bo'yin yoki sirkulyar karies, tishlarning to'liq yemirilishi, tishlov buzilishlari bilan yuzaga kelishi mumkin.

Kataral gingivit va parodontning boshqa kasalliklarini qiyosiy tashxislashda atrofdagi tish to'qimalarining holatini hisobga olish muhimdir. Generallashtgan parodontitda distrofik-yallig'lanish jarayonlari milk shilliq qavati relefida aks etadi: boshlang'ich bosqichda milk so'rg'ichlarining cho'qqilari o'tmaslashgan, asosida valiksimon qalinlashish kuzatiladi. Parodontitning I va II darajasida milk qirralari va so'rg'ichlar atrofiyasi, klinik tojning uzayishi, tishlar oralig'ining kengayishi aniqlanadi.

Generallashtgan parodontitning boshlang'ich bosqichida va surunkali kataral gingivitda faqat milk cho'ntagi aniqlanadi, u milk shishi tufayli shakllanadi, cho'ntak tubi epiteliysi va tish-milk birikmasining yaxlitligi saqlanib qoladi. Generallashtgan parodontitning I-III darajasida parodontal cho'ntaklarning chuqurligi oshadi.

Mustaqil va simptomatik gingivitni qiyosiy tashxislash uchun cho'ntaklar tubining butunligini aniqlash (formalin sinamasi) va rentgenologik tekshiruv muhim ahamiyatga ega. Kataral gingivitda alveolyar suyakda rentgenologik o'zgarishlar odatda bo'lmaydi. Ba'zan kortikal qavat butunligini buzmaydigan yallig'lanish xarakteriga ega bo'lgan osteoporoz qayd qilinadi. Shikastlovchi omillar bartaraf etilganda suyak to'qimasi tiklanadi. Gingivitning uzoq davom etib, keyinchalik periodontitga aylanib ketishigina osteoporoz boshlanishiga va alveolalararo to'siqlarning cho'qqilari yo'qolib ketishiga, tishlar bo'ynidagi parodontal yoriqning kengayishiga sabab bo'lishi mumkin.

Mahalliy qo'zg'atuvchilar ta'sirida rivojlanadigan **surunkali kataral gingivitni** umumiy kasalliklar (ovqat hazm qilish, yurak-qon tomir, endokrin tizim va boshqalar)

natijasida kelib chiqadigan simptomatik gingivitdan farqlash kerak. Tizimli omillar ta'sirida milk yallig'lanishi ko'proq tarqalgan, intensiv, takroriy va dori vositalariga chidamli bo'ladi.

Gemopatiyalar (gemolitik, aplastik, temir tanqisligi anemiyalari) milklardan yaqqol yallig'lanish o'zgarishlarisiz qon ketishi bilan namoyon bo'ladi.

Gipovitaminozlar (A, S, Ye) har bir vitamin yetishmovchiligiga xos bo'lgan shilliq qavatdagi o'ziga xos o'zgarishlar bilan kechadi.

Gipertrofik gingivit bolalar va o'smirlarda pre- va pubertat davrda uchraydi. Mustaqil va simptomatik shaklning klinik ko'rinishi o'xshash bo'lib, farqlari rentgen yordamida aniqlanadi. Mustaqil gipertrofik gingivitda parodontal cho'ntaklarsiz milk so'rg'ichlarining o'sishi kuzatiladi; alveolalararo to'siqlarning osteoporozi o'rtacha darajada ifodalangan, kortikal plastinka buzilmagan. Mahalliy qo'zg'atuvchilarning uzoq muddatli ta'siri alveolyar suyak rezorbsiyasi va tishlararo to'siq cho'qqilarining yemirilishiga olib kelishi mumkin.

Gipertrofik gingivitning simptomatik shakli yiringli ajralma bilan parodontal cho'ntaklar, travmatik okklyuziya, tishlarning harakatchanligi va alveolyar suyakning sezilarli rezorbsiyasi bilan birga keladi. Rentgenologik yo'l bilan generallashtirilgan parodontit belgilari: kortikal plastinka butunligining buzilishi, alveolyar yoriqning kengayishi, osteoporozi va suyak destruksiyasi qayd etiladi.

Simptomatik yarali gingivit parodontning yaqqol distrofik-yallig'lanish o'zgarishlari, jumladan alveolyar suyak atrofiyasi, yiringli tarkibli parodontal cho'ntaklar mavjudligi va travmatik okklyuziya fonida rivojlanadi. Rentgenologik tekshiruvda generallashtirilgan parodontitning barcha belgilari aniqlanadi.

Epulid - milk yoki jag' qalinligida joylashgan oyoqchadagi biriktiruvchi to'qimaning xavfsiz o'sishi. Konsistensiyasi yumshoq, rangi ko'kimtir-qizil, yuzasi silliq, ba'zan bo'lakchali, jarohatlanganda oson qonaydi. Fibroz elementlar ko'p bo'lsa, zich, och pushti rangda bo'ladi. Alveolalararo to'siq sohasida alveolyar suyakda mahalliy o'zgarishlar bo'lishi mumkin, boshqa sohalarda patologiyalar yo'q. O'sma sekin o'sadi, shikastlanganda yallig'lanadi, ko'pincha ayollarda gormonal o'zgarishlar paytida (homiladorlik, klimaks) uchraydi. Gipertrofik gingivitdan farqlanadi, bunda milk so'rg'ichlari og'riqli, giperemiyalangan, qonaydi. Gingivitning simptomatik

shaklida parodontal choʻntaklar, travmatik okklyuziya va generallashtgan parodontitning rentgenologik belgilari aniqlanadi.

Eozinofil granulyoma jagʻ suyagining koʻmigi zararlab, retikulyar hujayralar, biriktiruvchi toʻqima qatlamlari va koʻp miqdorda eozinofillar bilan granulyatsion toʻqima hosil qiladi. Koʻpincha bolalar va yoshlarda uchraydi, boshqa suyaklar va organlarga taʼsir qilishi mumkin. Jagʻda joylashganda ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavati zararlanadi, kortikal qavati zararlangan suyak yumaloq shaklga kiradi. Jarayon shilliq pardaning eksudativ yalligʻlanishi, tish ildizlarining yalangʻochlanishi va tishlarning qimirlab qolishi bilan birga davom etib boradi. Rentgenologik tekshiruvda skeletning boshqa suyaklaridagi kabi turli shakldagi nuqsonlar aniqlanadi. Laboratoriyada leykotsitoz va eozinofiliya aniqlanadi; sitologik jihatdan - koʻplab eozinofillar; biopsiyada - retikulyar hujayralar va eozinofil granulotsitlar toʻplamlari boʻlgan granulyomatoz toʻqima aniqlanadi.

Generallashtgan parodontit alveolyar oʻsimtani zararlaydi, ammo tishlar yoʻqotilgandan soʻng patologik jarayon jagʻning qolgan qismiga tarqalmaydi. Serozyirigʻli ajralmalar va kasallikning rentgenologik belgilari bilan parodontal choʻntaklar xos.

Letterer-Zive kasalligi - gistiositoz X ning oʻtkir koʻrinishi, koʻpincha 2-3 yoshgacha boʻlgan bolalarda uchraydi. Asosiy mexanizmi murakkab lipidlar toʻplanib boradigan “atipik” gistiositlarning proliferatsiyasidir. Kasallikning oʻtkir boshlanishi, ogʻir kechishi, dogʻli-papulyoz toshmalar, turli suyaklarning zararlanishi, oʻchoqli gingivit, alveolyar suyak destruksiyasi, choʻntaklar hosil boʻlishi, tishlarning qimirlashi va tushib ketishi xos. Rentgenologik tekshiruvda boshqa yassi suyaklardagi shikastlanishlarga oʻxshash mahalliy suyak nuqsonlari aniqlanadi.

Xend-Shyuller-Krischen kasalligi - lipid almashinuvining buzilishi, yassi suyak nuqsonlari, ekzoftalm va qandsiz diabet bilan kechadigan surunkali tizimli progressiv gistiositoz. Koʻpincha 1-7 yoshli bolalarda uchraydi, ammo katta yoshdagi bemorlarda ham kuzatilishi mumkin.

11.1. Tizimli va tugʻma kasalliklarda hamroh parodontal koʻrinishlar

Ogʻiz boʻshligʻida generallashtgan parodontitga oʻxshash belgilar paydo boʻlishi mumkin: yoqimsiz hid, milklarning qonashi, toʻqimalarning boʻshashishi, chuqur milk

va parodontal choʻntaklar yiringli ajralma bilan, tish boʻyinlarining ochilishi. Alveolyar suyakning shikastlanishi tishlarning patologik harakatchanligiga va ularning asta-sekin yoʻqolishiga olib keladi. Milkarning yalligʻlanishi odatda diffuz boʻlib, nekroz va yaralar bilan kechadi. Yara yuzalari zargʻaldoq-sariq karash bilan qoplangan, parodontal choʻntaklar koʻp miqdorda yiring ajratadi.

Rentgenologik tekshiruvda jagʻ suyagi va skeletning boshqa suyaklarida koʻp sonli osteolitik oʻchoqlar aniqlanadi, bu esa zararlanish alveolyar oʻsimtalar bilan chegaralanadigan generallashtgan parodontitdan farq qiladi.

Papiyon-Lefevr sindromi (M.M. Papillon, P. Lefevre, 1924) - tugʻma kaft-tovon keratozi boʻlib, kaft va tovon keratodermiyasi, parodontning yaqqol distrofik oʻzgarishlari (desmodontoz) bilan tavsiflanadi. Bolalik davrida namoyon boʻladi: sut tishlari atrofida milk shishgan, giperemiyalangan, biroz qonaydi; parodontal choʻntaklar shakllanadi va tezda chuqurlashadi, tishlarning patologik harakatchanligi rivojlanadi. Sut tishlari 4-5 yoshda toʻliq tushib ketadi, doimiy tishlar chiqishi bilan xuddi shunday jarayon takrorlanadi va 15-16 yoshda ular tushib ketadi. Alveolyar suyakda tishlar atrofida voronkasimon rezorbsiya bilan ifodalangan destruktiv oʻzgarishlar kuzatiladi. Tishlar yoʻqotilgandan soʻng patologik jarayon alveolyar oʻsiqning toʻliq soʻrilishigacha davom etadi, ammo jagʻning qolgan suyaklariga taʼsir qilmaydi. Generallashtgan parodontitdan farqli oʻlaroq, jarayon erta boshlanadi, tez rivojlanadi va sut tishlarining, keyin esa doimiy tishlarning butunlay yoʻqolishiga olib keladi.

Qiyosiy tashxis uchun ogʻiz boʻshligʻi gigiyenasining indeks koʻrsatkichlari va laboratoriya maʼlumotlari, shu jumladan milk suyuqligi miqdori, mikroblar soni va soʻlakdagi lizotsim miqdori foydalidir.

- Generallashtgan parodontitda milk suyuqligi miqdori oshgan: zoʻrayganda - 2,1-3,7 mg, surunkali kechishida - 0,8-2 mg.
- Surunkali kataral gingivitda - 0,5-1,1 mg, parodontozda meʼyorga yaqin - 0,1-0,5 mg.
- Mikroblar soni oʻzgarib turadi: generallashtgan parodontitning zoʻrayishida - $1,35 \cdot 10^8$, surunkali kechishida - $9,6 \cdot 10^7$, surunkali kataral gingivitda - $8,4-9 \cdot 10^7$, parodontozda - meʼyor atrofida ($4-5 \cdot 10^6$).

- So‘lakdagi lizotsim miqdori: kataral gingivitda - 8,3 mkg/mg oqsil, generallashtgan parodontitda - 6,5-7,6 mkg/mg, parodontozda - 13-15 mkg/mg.
- Kataral gingivit, generallashtgan parodontit va parodontoz bilan og‘rigan bemorlarda neytrofil granulotsitlarning fagotsitoz tugallanish indeksi (FTI) pasaygan - 0,5, me'yorda 1,9-2,0. ISF kasallikning og‘irlik darajasi bilan bog‘liq bo‘lib, eng past ko‘rsatkichlar II-III darajalarda kuzatiladi.

Kompleks klinik va laboratoriya mezonlaridan foydalanish diagnostika aniqligini oshirishga imkon beradi va laboratoriya tadqiqotlari ma'lumotlari davolash samaradorligi va kasallik kechishini bashorat qilish uchun indikator bo‘lib xizmat qilishi mumkin.

(11.1.1-jadval)

Kasallik sindrom	Yosh / boshlanishi	Klinik belgilari	Rentgenologik belgilar	Laboratoriya ko‘rsatkichlari / qo‘shimcha belgilar	Differentsiatsiya xususiyatlari
Generallashtgan parodontit	Bolalar, o‘smirlar kattalar	Milklarning qonashi, bo‘shashganligi, yiringli ajralma bilan parodontal cho‘ntaklar, tish bo‘yinlarining ochilishi, tishlarning patologik harakatchanligi	Alveolyar o‘simtalarning destruksiyasi, periodontal yoriqning kengayishi, tishlararo to‘siqlarning osteoporozi	Milk suyuqligi miqdori: 0,8-3,7 mg; mikroblar soni: $9,6 \cdot 10^7$ - $1,35 \cdot 10^8$; lizotsim 6,5-7,6 mkg/mg	Parodontal cho‘ntaklar, progressiv suyak atrofiyasi mavjudligi bilan farqlash
Surunkali kataral gingivit	Bolalar, o‘smirlar	Milk shishi va giperemiyasi, qon ketishi, suyakning chuqur rezorbsiyasi yo‘q, tishlarning patologik harakatchanligi	Odatda sezilarli o‘zgarishlarsiz; yallig‘lanishli osteoporozi, kortikal qatlamning buzilishisiz	Milk suyuqligi miqdori: 0,5-1,1 mg; mikroblar soni: $8,4-9 \cdot 10^7$;	Cho‘ntaklar tubining butunligi saqlanib qoladi; omillar bartaraf etilgandan

		yo‘q		lizotsim 8,3 mkg/mg	so‘ng tiklanish
Gipertrofik gingivit (mustaqil)	Bolalar, o‘smirlar	Milk so‘rg‘ichlarining o‘sishi, parodontal cho‘ntaklarsiz	Alveolalararo to‘siq osteoporozi, kompakt plastinka destruksiyasiz	-	Fibromatozdan farq qiladi: zich diffuz o‘sish yo‘q; parodontal cho‘ntaklar yo‘q.
Gipertrofik gingivit (simptomatik)	Bolalar, o‘smirlar	Milk so‘rg‘ichlarining o‘sishi va qon ketishi, parodontal cho‘ntaklar, tishlarning qimirlashi	Po‘stloq butunligining buzilishi, osteoporozi, suyak rezorbsiyasi	-	Mustaqil gipertrofik gingivitdan cho‘ntaklar va suyak destruksiyasi mavjudligi bilan farq qiladi.
Yarali gingivit (mustaqil)	Bolalar	Milk so‘rg‘ichlari nekrozi, yarali parchalanish, parodontal cho‘ntaklarsiz	Tishlararo to‘siqlarning osteoporozi, faqat ta’sirlangan joylarda suyakning kamayishi mumkin.	-	Davolashdan so‘ng - suyak va shilliq qavatning to‘liq tiklanishi
Yarali gingivit (simptomatik)	Bolalar, o‘smirlar	Milklarning diffuz nekrozi, yiringli ajralma bilan parodontal cho‘ntaklar, tishlarning qimirlashi	Generallashtirilgan parodontitning barcha belgilari: alveolyar o‘siqning destruksiyasi, yoriqning	-	Suyak va cho‘ntaklarning yaqqol destruksiyasi mavjudligi bilan farqlanadi.

			kengayishi		
Milk fibromatozi	Bolalar, o'smirlar, yoshlar	Milkning zich diffuz o'sishi, och pushti yoki papillomatoz, og'riqsiz	Alveolyar qismi intakt, parodontal cho'ntaklar yo'q.	-	Gipertrofik gingivitning fibroz shaklidan farqi - zich, diffuz tuzilishi, cho'ntaklarning yo'qligi
Epulid (fibroz / angiomatoz / gigant hujayrali)	Bolalar, o'smirlar, kattalar	Milkning oyoqchada cheklangan o'sishi, yumshoq yoki qattiq, oson jarohatlanadi, yarali bo'lishi mumkin	O'sishda - alveolyar suyakdagi destruksiya o'choqlari	-	Gipertrofik gingivitdan farqi: alohida joyda lokalizatsiya, oyoqcha, sekin o'sish
Eozinofil granulema	Bolalar, o'smirlar	Suyakda granulyatsion to'qimaning o'sishi, ildizlarning ochilishi mumkin, tishlarning harakatchanligi	Alveolyar va jag' suyagidagi yumaloq shakldagi nuqsonlar	Leykotsitoz, eozinofiliya; biopsiya - retikulyar hujayralar va eozinofillar to'plamlari	Generallashtgan parodontitdan farqi: suyak qalinligida joylashishi, laboratoriya belgilari
Letterer-Zive kasalligi	2-3 yoshgacha	O'tkir gingivit, tish bo'yinlarining ochilishi, harakatchanlik, tishlarning tushishi, dog'li-papulyoz toshma	Alveolyar suyakdagi o'choqli nuqson, boshqa suyaklardagi o'xshash nuqsonlar		Yosh, o'tkir boshlanish, tizimli ko'rinishlar bo'yicha farq
Xend-Shyuller-Krischen	1-7 yosh	Gingivit, jag' suyagining shikastlanishi,	Yassi suyak nuqsonlari, osteoporoz	-	Tizimli ko'rinishlar va surunkali

kasalligi		ekzofthalm, qandsiz diabet			progressiv kechish bo'yicha farq
Papiyon-Lefevr sindromi	Ilk bolalik	Shishli, qizargan milk, parodontal cho'ntaklar, tez rivojlanuvchi harakatchanlik va tishlarning tushishi	Tishlar atrofidagi alveolyar o'siqning voronkasimon rezorbsiyasi, ko'plab destruktiv o'choqlar	-	Parodontitdan farqi: erta boshlanishi, tez o'tishi, sut va doimiy tishlarning to'liq yo'qolishi, kaft-tovon keratozi

Nazorat savollari

1. Parodont kasalliklarining taqqosiy tashhisi nima va uning ahamiyati nimada?
2. Gingivit va parodontit o'rtasidagi asosiy farqlar qanday?
3. Parodontit va parodontozni farqlovchi klinik belgilar qaysilar?
4. Idiopatik parodontal zararlanishlarni boshqa parodontal kasalliklardan qanday ajratish mumkin?
5. Parodont kasalliklarida rentgenologik tekshiruvning roli qanday?
6. Parodontal cho'ntak chuqurligi qaysi kasalliklarda aniqlanadi?
7. Yallig'lanish belgilarining mavjud yoki yo'qligi tashxis qo'yishda qanday ahamiyatga ega?
8. Taqqosiy tashhis qo'yishda umumiy va mahalliy omillar qanday hisobga olinadi?

Test savollari

1. Gingivitni parodontitdan farqlovchi asosiy belgi:

- A) Milk qonashi
- B) Qizarish
- C) Suyak destruksiyasining yo'qligi*
- D) Tish sezuvchanligi
- E) Oqartirilgan milk

2. Parodontit uchun xos belgi:

- A) Oqartirilgan milk
- B) Parodontal cho‘ntak va suyak rezorbsiyasi *
- C) Faqat qonash
- D) Oqartirish
- E) Oqartirilgan tish

3. Parodontozda kuzatiladi:

- A) Kuchli yallig‘lanish
- B) Yiringli ajralma
- C) Diffuz, bir maromdagi suyak kamayishi *
- D) Chuqur cho‘ntak
- E) Oqartirilgan milk cheti

4. Idiopatik parodontal zararlanish uchun xos:

- A) Ko‘p blyashka
- B) Sekin kechish
- C) Tez progressiyalanuvchi suyak rezorbsiyasi, sabab noaniq *
- D) Oqartirish
- E) Oqartirilgan milk

5. Parodontal cho‘ntak qaysi kasallikda aniqlanadi?

- A) Gingivit
- B) Parodontoz
- C) Parodontit*
- D) Oqartirish
- E) Oqartirilgan milk

6. Oqartirilgan, zich milk va minimal yallig‘lanish ko‘proq xos:

- A) Parodontit
- B) Gingivit
- C) Parodontoz *
- D) Idiopatik zararlanish
- E) Stomatit

7. Rentgenologik tekshiruv yordam beradi:

- A) Milk rangini aniqlash

B) Suyak darajasini baholashga*

C) Oqartirishga

D) Oqartirish gelini tanlashga

E) Oqartirilgan tishni aniqlashga

8. Yallig‘lanishning mavjudligi ko‘proq xos:

A) Parodontozga

B) Gingivit va parodontitga *

C) Faqat idiopatik jarayonga

D) Oqartirishga

E) Oqartirilgan tishga

Klinik vaziyatli masalalar

1. 20 yoshli bemorda milk qizarishi va qonashi bor. Rentgenogrammada suyak o‘zgarishi aniqlanmadi.

Savol: Eng ehtimoliy tashxis nima?

2. 38 yoshli bemorda 6 mm parodontal cho‘ntak, suyak rezorbsiyasi va tish qimirlashi mavjud.

Savol: Bu holat qaysi kasallikka xos?

3. 55 yoshli bemorda milk oqarib ketgan, yallig‘lanish kam, rentgenogrammada diffuz suyak kamayishi bor. Cho‘ntaklar deyarli yo‘q.

Savol: Qaysi kasallik gumon qilinadi?

4. 27 yoshli bemorda qisqa muddatda tez suyak destruksiyasi kuzatilgan, blyashka miqdori kam, sabab aniq emas.

Savol: Qaysi tashxis ehtimoli yuqori?

Xulosa

Ushbu bobda parodont kasalliklarining differensial diagnostikasi, ya’ni o‘xshash klinik belgilar bilan kechuvchi turli patologik holatlarni bir-biridan ajratish tamoyillari yoritildi. Parodontit, parodontoz, gingivit, parodontomalar hamda boshqa shunga o‘xshash kasalliklarning klinik, rentgenologik va funksional belgilarini solishtirish asosida aniq tashxis qo‘yish imkoniyatlari ko‘rib chiqildi.

Differensial diagnostikada kasallikning boshlanishi, kechish tezligi, yallig‘lanish darajasi, parodontal cho‘ntaklarning mavjudligi, suyak rezorbsiyasi xarakteri hamda to‘qimalardagi morfologik o‘zgarishlar muhim mezonlar sifatida ahamiyatga ega ekanligi ta’kidlandi. To‘g‘ri differensial tashxis davolash taktikasini tanlashda hal qiluvchi rol o‘ynashi ko‘rsatib berildi.

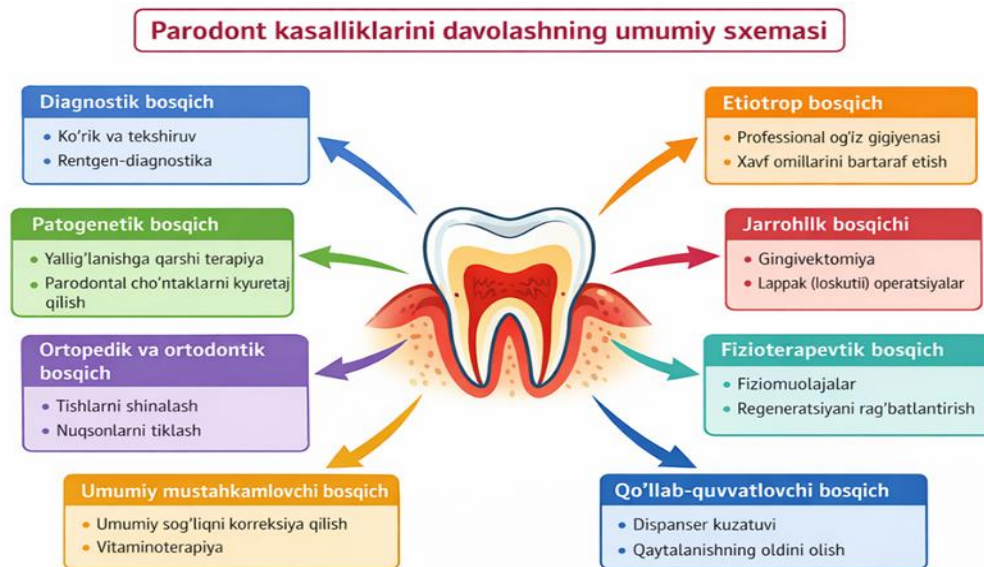
Xulosa qilib aytganda, parodont kasalliklarining differensial diagnostikasini chuqur o‘rganish klinik xatoliklarni kamaytirish, aniq tashxis qo‘yish hamda samarali va individual davolash rejasini ishlab chiqishda muhim ilmiy va amaliy ahamiyatga ega hisoblanadi.

12-bob Parodont kasalliklarini davolashga kompleks va individual yondashuv

12.1 Parodont kasalliklari terapiyasining umumiy tamoyillari

Parodont kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarni davolash kompleks, maqsadga yo‘naltirilgan va qat’iy individuallashtirilgan xususiyatga ega bo‘lishi kerak. Terapevtik taktika konservativ, jarrohlik, ortopedik, ortodontik va fizioterapevtik aralashuvlarni dispanser kuzatuv sharoitida qo‘llash bilan mahalliy va umumiy davolash usullarini birlashtirishni o‘z ichiga oladi. Davolashning yetakchi yo‘nalishlari etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiya hisoblanadi.

Ko‘rsatilgan usullarning optimal kombinatsiyasi parodont kasalligining muayyan shakli rivojlanishining sabablari va mexanizmlari to‘g‘risidagi tasavvurlar darajasi, shuningdek, shifokor-parodontologning turli patologik jarayonlarda qo‘llaniladigan terapevtik vositalarning farmakologik xususiyatlari va ta’sir mexanizmlari to‘g‘risida xabardorlik darajasi bilan belgilanadi.(12.1.1-rasm).

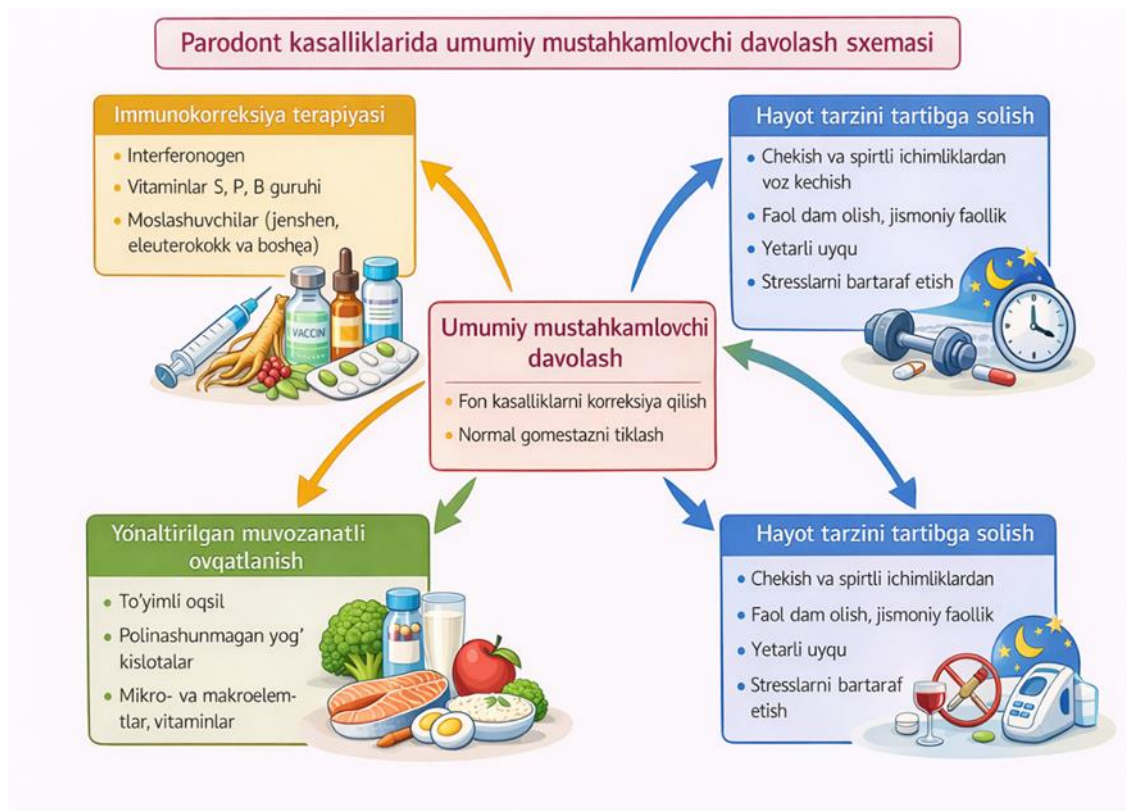


12.1.1-rasm; Parodont kasalliklarini davolashning umumiy sxemasi

Davolashning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat: yetakchi etiologik omillarni bartaraf etish; og'iz bo'shlig'idagi mahalliy qitiqlovchi ta'sirlarni bartaraf etish; parodont to'qimalaridagi yallig'lanish o'zgarishlarini bartaraf etish; distrofik jarayonlarni sekinlashtirish; parodontal kompleksning buzilgan funksiyalarini tiklash; regenerativ mexanizmlarni rag'batlantirish; yagona funksional-dinamik tizim sifatida tish qatorini saqlab qolish.

Parodont shikastlanishlari ko'pincha somatik patologiya fonida rivojlanishi va o'z navbatida organizmning umumiy holatiga va immun himoya mexanizmlariga ta'sir ko'rsatishini hisobga olgan holda, davolash choralari nafaqat mahalliy patologik jarayonni bartaraf etishga, balki umumiy gomeostazni tuzatishga, organizmning moslashuvchanlik va himoya imkoniyatlarini oshirishga qaratilgan bo'lishi kerak.

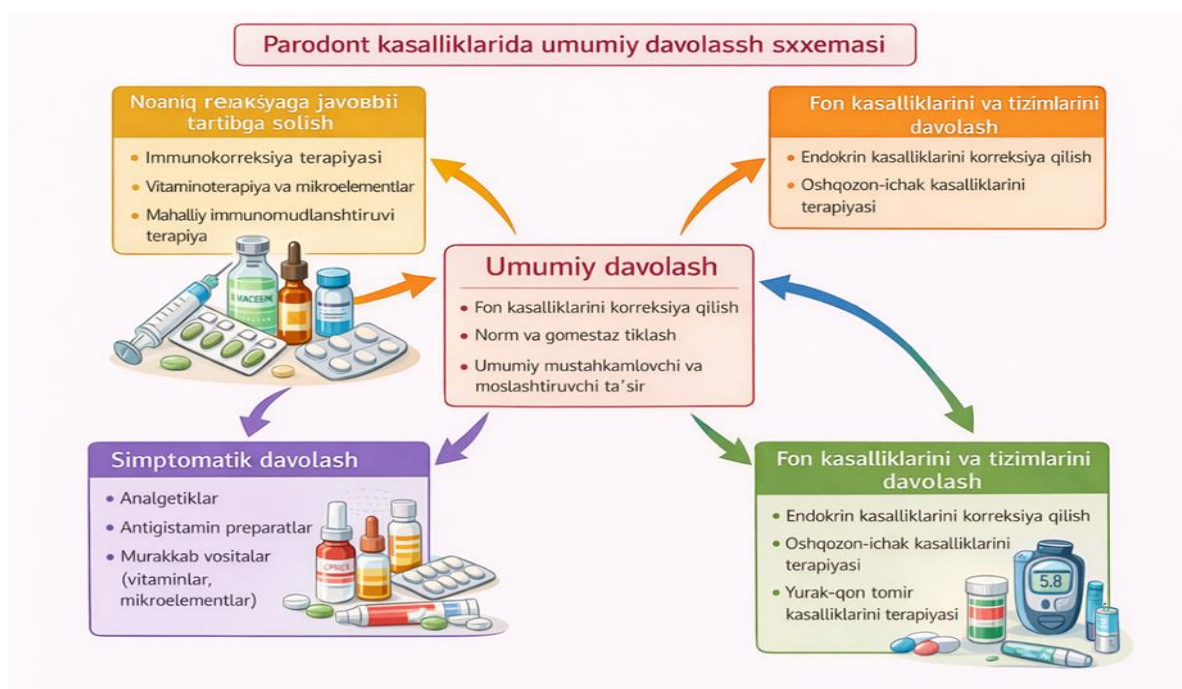
Kompleks terapiyada oqsillar, yog'lar, uglevodlar, vitaminlar va mineral moddalarning muvozanatli tushishini nazarda tutuvchi ratsional ovqatlanish muhim rol o'ynaydi. Ratsionga xolin, letsitin, metionin va lipotrop omillarga boy bo'lgan sut mahsulotlari, dukkaklilar, karam, tuxum, donli ekinlar, shuningdek, baliqning asosan dengiz navlarini kiritish tavsiya etiladi.(12.1.2-rasm).



12.1.2. – rasm parodont kasalliklarini umumiy mustahkamlovchi davolash shemasi

Kompleks davolashning muhim tarkibiy qismi mahalliy davolash tadbirlari bo'lib, ular kasallikning klinik-morfologik xususiyatlarini, uning kechish xususiyatini, patologik o'zgarishlarning og'irlik darajasini va bemorning umumiy holatini hisobga olgan holda amalga oshiriladi. Shuni ta'kidlash kerakki, mahalliy etiologik omillarni bartaraf etish va parodont to'qimalarida yallig'lanish jarayonining faolligini pasaytirish organizmga umumiy sog'lomlashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi, somatik patologiyani tuzatish esa mahalliy terapiya samaradorligini oshirishga yordam beradi. Aksincha, umumiy ahvolning yomonlashuvi ko'pincha parodontal jarayonning zo'rayishi bilan kechadi.

Davolashning dastlabki bosqichlarida har bir bemor uchun individual kompleks terapiya rejasi ishlab chiqiladi, u dispanser kartasida yoki kasallik tarixida qayd etiladi. Ixtisoslashtirilgan stomatologik muassasalar sharoitida bemorni to'liq klinik-laborator tekshiruvdan o'tkazgandan so'ng davolash taktikasini ishlab chiqishda parodontolog, jarroh, ortoped va fizioterapevtning fanlararo ishtiroki maqsadga muvofiqdir.(12.1.3-rasm).



12.1.3. – rasm Parodont kasalliklarini umumiy davolash shemasi

Etiologik omildan qat'i nazar, parodont kasalliklarini davolash ma'lum bir ketma-ketlikda amalga oshiriladi va quyidagilarni o'z ichiga oladi: parodont to'qimalarini og'riqsizlantirish; mahalliy qo'zg'atuvchilar va travmatik okklyuziyani bartaraf etish, zarur bo'lganda - ortodontik tuzatish; tishlarning qattiq to'qimalari giperesteziyasini davolash; yallig'lanishga qarshi dori-darmon terapiyasini o'tkazish; jarrohlik usullaridan foydalangan holda parodontal cho'ntaklarni davolash (kyuretaj, vakuum-kyuretaj, gingivotomiya va boshqalar); destruktiv texnologiyalardan foydalangan holda parodont shikastlanishining giperplastik shakllarini davolash (diatermokoagulyatsiya, kriodestruksiya va boshqalar); shuningdek, parodontda to'qima almashinuvi va mikrosirkulyatsiyani normallashtirishga qaratilgan jismoniy omillardan foydalanish.

(12.1.1-jadval)

Parodont kasalliklarini davolashning umumiy sxemasi

Davolash bosqichi	Bosqich mazmuni	Asosiy usullar va tadbirlar
I. Diagnostik	Parodont holatini va bemorning umumiy holatini kompleks baholash	Anamnez yig'ish; klinik ko'rik; indeks baholash; rentgenologik usullar; laboratoriya tekshiruvlari (ko'rsatmalar bo'yicha); kasallikning shakli va

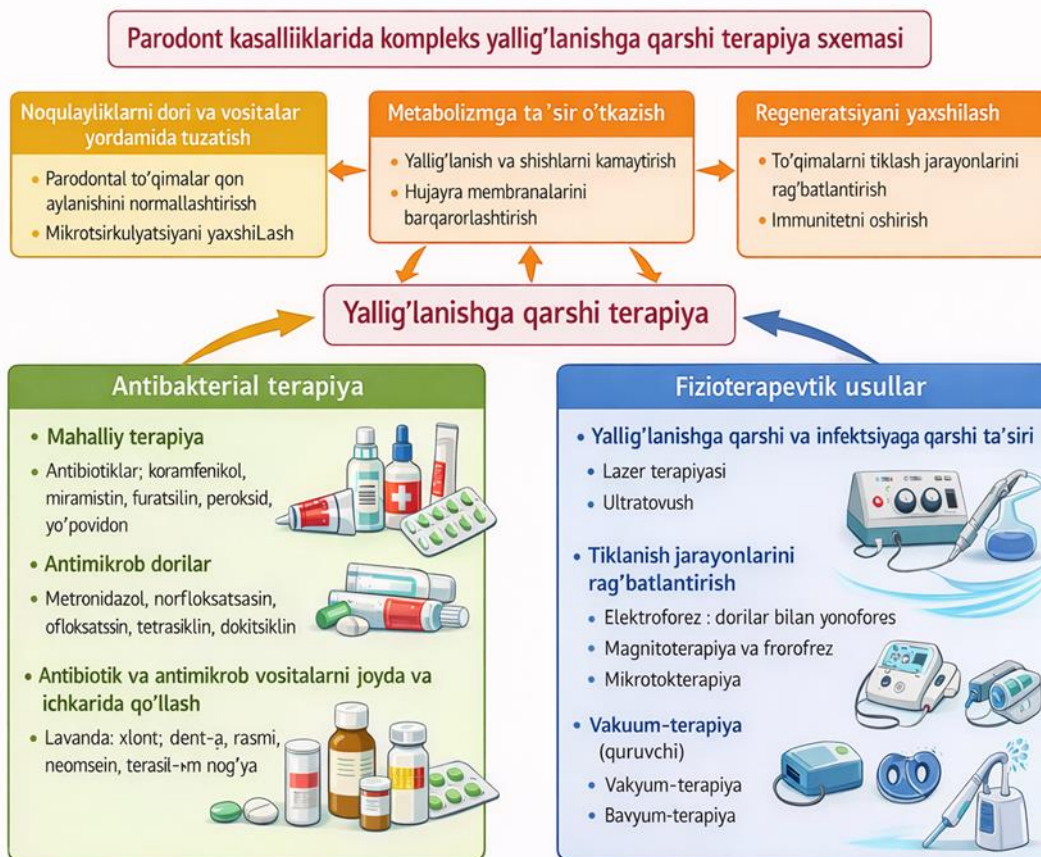
Davolash bosqichi	Bosqich mazmuni	Asosiy usullar va tadbirlar
		og'irlik darajasini aniqlash; individual davolash rejasini tuzish
II. Etiotrop	Kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablar va omillarni bartaraf etish	Og'iz bo'shlig'ining individual gigiyenasini o'rgatish; kasbiy gigiyena; tish cho'kmalarini olib tashlash; mahalliy qo'zg'atuvchi omillarni bartaraf etish; travmatik okklyuziyani tuzatish; ortodontik chora-tadbirlar (ko'rsatmalar bo'yicha)
III. Patogenetik	Parodont to'qimalarining yallig'lanishi va distrofiyasining asosiy mexanizmlariga ta'siri	Yallig'lanishga qarshi terapiya; antiseptik ishlov berish; parodontal cho'ntaklarni dori-darmonlar bilan davolash; mikrosirkulyatsiya va to'qima almashinuvini normallashtirish; reparativ jarayonlarni rag'batlantirish
IV. Jarrohlik (ko'rsatma bo'yicha)	Parodontning chuqur morfologik o'zgarishlarini bartaraf etish	Yopiq va ochiq kyuretaj; vakuum-kyuretaj; gingivotomiya; gingivektomiya; laxtakli operatsiyalar; regenerativ aralashuvlar
V. Ortopedik va ortodontik	Tish-jag' tizimining funksional yaxlitligini tiklash	Harakatchan tishlarni shinalash; tish qatorlari nuqsonlarini tiklash; okklyuzion munosabatlarni tuzatish; parodontal kompleksni barqarorlashtirish
VI. Fizioterapevtik	Parodont to'qimalari trofikasi va mikrosirkulyatsiyasini yaxshilash	Yallig'lanishga qarshi, tiklovchi va og'riq qoldiruvchi ta'sirga qaratilgan fizioterapevtik usullar
VII. Umumiy mustahkamlovchi	Organizmning umumiy holatini tuzatish	Somatik kasalliklarni davolash; ratsional ovqatlanish; vitamin-mineral qo'llab-quvvatlash; immunokorreksiya-lovchi terapiya (ko'rsatmalar bo'yicha)
VIII. Qo'llab-quvvatlovchi (dispanser)	Erishilgan davolash natijalarini barqarorlashtirish	Muntazam profilaktik ko'riklar; kasbiy gigiyena; klinik va rentgenologik ko'rsatkichlarni nazorat qilish; davolash choralarni tuzatish

12.2. PARODONT KASALLIKLARINI MAHALLIY DAVOLASH

Parodont kasalliklarini mahalliy davolash sifati va samaradorligi ko'p jihatdan nafaqat instrumental va apparat usullarini tanlash, balki psixologik, farmakologik va xulq-atvor komponentlarini o'z ichiga olgan **bemorni kompleks tayyorlash** bilan ham belgilanadi. Parodontal terapiyaning zamonaviy konsepsiyasi **minimal invazivlikka**, aralashuvning biologik maqsadga muvofiqligiga va parodont to'qimalari tuzilishini saqlab qolishga qaratilgan.

Bemorni psixologik va farmakologik tayyorlash. Ma'lumki, parodont kasalliklari bo'yicha stomatologik yordamga murojaat qilgan bemorlarning sezilarli qismi davolanishdan oldin kuchli ruhiy-hissiy zo'riqish, tashvish va qo'rquvni boshdan kechiradi. Klinik kuzatuvlar ma'lumotlariga ko'ra, salbiy hissiy reaksiyalar va noadekvat xatti-harakatlar bemorlarning yarmidan ko'pida, ayniqsa bolalar va o'smirlarda tez-tez uchraydi.

Shu munosabat bilan bemorni psixologik tayyorlash mahalliy davolashning majburiy bosqichi sifatida qaraladi. Xavotirlanishning yengil darajasida tushuntirish suhbatlari, shifokorga ishonchni shakllantirish va bemorga bo'lajak manipulyatsiyalarning mohiyatini o'rgatish bilan cheklanish maqsadga muvofiqdir. Yaqqol ifodalangan qo'rquvda psixoterapiya usullarini qo'llash, zarur bo'lganda esa farmakologik sedatsiya yoki yumshoq sedativ terapiya kursini qo'llash ko'rsatilgan bo'lib, bu stress reaksiyasi darajasini pasaytirish va bemorning komplayensini oshirish imkonini beradi.(12.2.1-rasm).



Rasm 12.2.1. Parodont kasalliklarida kompleks yallig'lanishga qarshi terapiya sxemasi

Zamonaviy parodontal terapiyada og'riqsizlantirish. Adekvat og'riqsizlantirish mahalliy davolash samaradorligining prinsipial muhim sharti hisoblanadi. Shifokor muolajaning to'liq og'riqsizligiga ishonch hosil qilmasdan turib, parodontal aralashuvlarni boshlashga haqli emas. Bemor uchun qulay sharoitlarni ta'minlashdan tashqari, og'riqsizlantirish psixoemotsional zo'riqishni kamaytirishga va uzoq muddatli davolanish kursiga ijobiy munosabatni shakllantirishga yordam beradi.

Kasbiy gigiyena va RSD uchun zamonaviy mahalliy anestetiklar (12.2.1-jadval)

Preparatlar guruhi	Zamonaviy vositalarga misollar	Qoʻllanish shakli	Asosiy harakat	Fikrlar
Topikal anestetiklar	20% benzokain (topikal gel), lidokain 5-10% gel	Shilliq qavat, tish boʻyni, ponasimon nuqsonlarga applikatsiyalar	Tezkor yuzaki ogʻriqsizlantirish, giperesteziyani kamaytirish	Qulay ehtiyotkorona aralashuv uchun ishlatiladi
Aralash aerzollar	Trimetanol, ingalip, lidokain + fenol	Milk va tish oraliqlari uchun aerzollar	Ogʻriqsizlantirish va mahalliy antiseptik taʼsir	RSD dan oldin yuzaki ogʻriqsizlantirish va sayqallash uchun qoʻllaniladi
Oʻrnatish uchun mahalliy ogʻriqsizlantiruvchilar	Lidokain 2-5%, trimekain 2-10%	Parodontal choʻntaklar, tishlar orasidagi boʻshliqlarga doka tasmalari yoki turunda qoʻyish	Shilliq qavat va milk ogʻriq retseptorlari blokadas	Qisqa muddatli va ehtiyotkorlik bilan, sementni jarohatlamasdan ishlatiladi.
Nonarkotik analgetiklar	Mefenamin kislotasi 1%, natriy salitsilat 3-5%	Applikatsiyalar	Ogʻriqsizlantirish + kuchsiz yalligʻlanishga qarshi taʼsir	Toʻqimalarning yuqori sezuvchanligi boʻlgan bemorlar uchun
Tarkibida ftor boʻlgan himoya vositalari	Ftorlaklar, 5% ftorli fosfat-sement	Tish boʻyinlari va ponasimon nuqsonlarga applikatsiyalar	Giperesteziyaning pasayishi, emal remineralizatsiyasi	Ogʻriqsizlantirish va ildizni himoya qilishning yakuni sifatida ishlatiladi

Surunkali parodontitda muolajalarni samarali va qulay o'tkazish uchun mahalliy og'riqsizlantirish muhim ahamiyatga ega. Zamonaviy klinikalarda bemorning stressini kamaytiradigan va parodont to'qimalariga zarar yetkazmaydigan applikatsion og'riqsizlantirish usullari qo'llaniladi:

- Anestetiklar parodontal cho'ntaklarga, tishlar orasiga yoki ochiq tish bo'yinchalariga silliqilgichlar, doka tasmalar yoki turundalar yordamida yuboriladi. Preparatning barqaror ta'sirini ta'minlash uchun to'qimalar oldindan quritiladi va so'lakdan ajratiladi.
- Mahalliy anestetiklar shilliq qavat va bo'yin sohasiga applikatsiya va installyatsiya ko'rinishida qo'llaniladi: anestezin, novokain, dikain asosidagi eritmalar va gellar, shuningdek, nonarkotik analgetiklar va nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar. Applikatsiyalar uchun mahalliy anestetiklar va kombinatsiyalangan vositalar ishlatiladi: lidokain, trimekain, novokain, 1% mefenamin kislotasi eritmasi, kombinatsiyalangan aerezollar (masalan, trimetanol).
- Giperesteziyada emalning sezuvchanligini kamaytirish va uni himoya qilish uchun tishlarning ochiq bo'yinlari yoki ildizlari ftorli laklar yoki 5% ftorli fosfat sement bilan qoplanadi.
- Chuqur yuborish yoki ildiz sementini jarohatlash zaruratisiz ta'sirini uzaytirish va samaradorligini oshirish uchun anestetiklar vazokonstriktor (adrenalin) bilan birga qo'llaniladi.
- Tabiiy preparatlardan, xususan, o'rtacha og'riq qoldiruvchi va yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lgan propolis eritmalaridan foydalaniladi. Biroq, ularni qo'llash yordamchi xarakterga ega bo'lib, parodont to'qimasiga chuqur kirib bormasdan amalga oshiriladi.

Zamonaviy yondashuvlar standart professional gigiyena sharoitida invaziv infiltratsion yoki o'tkazuvchi og'riqsizlantirishni istisno qiladi. Asosiy e'tibor RSD konsepsiyasi, ultratovush bilan ishlov berish va tish to'qimalariga minimal aralashuv bilan mos keladigan applikatsiya va aerezol vositalar bilan tejankor va xavfsiz og'riqsizlantirishga qaratilgan.

Bunday yondashuv bemorning qulayligini ta'minlaydi, stressni kamaytiradi, to'qimalar shikastlanishining oldini oladi va parodontning yallig'lanish kasalliklarini davolashda samarali farmakoterapiya uchun sharoit yaratadi.

12.3. Professional gigiyenani o'tkazish xususiyatlari va Root Surface Debridement konsepsiyasi

Parodontning yallig'lanish kasalliklari patogenezi haqidagi tasavvurlarning rivojlanishi bilan mahalliy davolashga yondashuvlar ham sezilarli darajada o'zgardi. Karashlarni agressiv mexanik olib tashlash va ildiz yuzasini silliqlashni o'z ichiga olgan Scaling & Root Planning (SRP) klassik usuli hozirgi vaqtda tejamkor biologik yo'naltirilgan Root Surface Debridement (RSD) kontsepsiyasiga o'z o'rnini bo'shatib berdi.

RSD metodikasi birinchi navbatda quyidagilarga qaratilgan:

- milk osti bioplyonkasini yo'q qilish va olib tashlash;
- parodontopatogen mikroorganizmlar sonining kamayishi;
- bioplyonkani ushlab turishga yordam beradigan omillarni bartaraf etish;
- ildiz sementining tuzilishini saqlab qolish;
- ortiqcha mexanik ta'sirlarsiz biologik neytral ildiz yuzasini yaratish;
- samarali farmakoterapiya va barqaror gigiyenik nazorat uchun sharoit yaratish.

Zamonaviy tadqiqotlar bakterial endotoksinlar ildiz sementiga chuqur kirib bormasligini, demak, ularni agressiv olib tashlamasdan yo'qotish mumkinligini ishonchli tarzda isbotladi. Bu qoida sementni muntazam silliqlashdan va ortiqcha mexanik ta'sirdan voz kechishning nazariy asosi bo'ldi.

Ultratovush va tejamkor texnologiyalarning roli RSD konsepsiyasini amalga oshirishda asosiy o'rinni ultratovushli ishlov berish egallaydi. Magnitostriksion va pyezoelektrik ultratovush tizimlari parodontning qattiq va yumshoq to'qimalariga minimal shikast yetkazgan holda minerallashgan karashlarni samarali olib tashlash imkonini beradi.

Tish yuzasi bo‘ylab ultratovush energiyasining chiziqli uzatilishini va gidroksiapatit asosidagi maxsus suspenziyalardan foydalanishni ta’minlaydigan **Vector** tizimi alohida ahamiyatga ega. Ushbu texnologiya ildiz yuzalarini nozik tozalashni, mikrobyukini kamaytirishni va sementga deyarli zarar yetkazmasdan to‘qimalarning bitishi uchun qulay biokomfort sharoitlarni yaratishni ta’minlaydi.

Parodontni mahalliy davolash uchun zamonaviy antiseptiklar (12.3.1-jadval)

Antiseptiklar guruhi	Misollar	Qo‘llanish shakli	Asosiy harakat	Fikrlar
Xlorgeksidin va uning tuzlari	Xlorgeksidin biglyukonat 0,05-0,1%, xlorgeksidin diglyukonat 0,2%	Parodontal cho‘ntaklarni chayish, irrigatsiya	Gram-musbat va gram-manfiy bakteriyalarga qarshi keng ta’sirli spektr	Qisqa muddatda qo‘llash uchun samarali, sementga zarar yetkazmaydi
Kationli antiseptiklar	Setilpiridiniy xlorid 0,05-0,1%, benzalkoniya xlorid 0,05%	Chayish, irrigatsiya, applikatsiya	Yuzaki bakteriostatik va bakteritsid ta’sir, bakteriya membranalarining buzilishi	Ko‘pincha boshqa antiseptiklar bilan birgalikda qo‘llab-quvvatlovchi terapiya uchun mos keladi
Galoidlar	Yodglitserin, povidon-yod 1-2%	Chayish, applikatsiyalar	Mikrobyuga qarshi, zamburug‘larga qarshi ta’sir	Kuchli yallig‘lanishda qo‘llaniladi; yodga allergiyasi bo‘lgan bemorlarda ehtiyotkorlik bilan

Antiseptiklar guruhi	Misollar	Qo'llanish shakli	Asosiy harakat	Fikrlar
Vodorod peroksid	H ₂ O ₂ 1%	Parodontal cho'ntaklarni chayish, irrigatsiya	To'qimalarning oksidlanishi, anaerob floraning kamayishi	Shafqatli vosita, RSDga tayyorgarlik ko'rish uchun mos keladi
Etakridin va uning hosilalari	Etakridin laktat 1:5000-1:10000	Chayish, irrigatsiya	Bakteritsid ta'sir, yallig'lanishni kamaytirish	O'tkir va surunkali yallig'lanishlarda qo'llaniladi.
O'simlik antiseptiklari	Moychecha, chistotel, kalanxoe damlamalari	Chayish, irrigatsiya	Yallig'lanishga qarshi, tinchlantiruvchi ta'sir	Yumshoq vositalar, uzoq muddat qo'llash va shilliq qavatni tayyorlash uchun mos keladi
Ishqorli eritmalar	Natriy gidrokarbonat, natriy tetraborat	Chayish	Karashni mexanik tozalash, antiseptiklarga tayyorlash	Operatsiya maydonini tozalash va tayyorlashning birinchi bosqichi sifatida qo'llaniladi.
Kombinatsiyalangan eritmalar	O'simlik + xlorgeksidin yoki etakridin	Parodontal cho'ntaklarni irrigatsiyasi	Bir vaqtning o'zida bakterial yukni kamaytirish va	RSD dan oldin avaylovchi terapiya uchun samarali

Antiseptiklar guruhi	Misollar	Qo'llanish shakli	Asosiy harakat	Fikrlar
			yallig'lanishga qarshi ta'sir	

Zamonaviy kompyuter va RSD realliklarida qo'llanilish xususiyatlari:

1. **Ayovchi konsentratsiyalar** - kimyoviy antiseptiklar shilliq qavat va ildiz sementiga zarar yetkazmaslik uchun past konsentratsiyalarda qo'llaniladi.
2. **Yumshoq dastlabki tayyorgarlik** - chayish va irrigatsiya **jarrohlik maydonini tayyorlash** bo'lib, RSDdan oldin bakterial yuklamani kamaytiradi.
3. **O'simlik vositalari** - yallig'lanishga qarshi ta'sirni qo'llab-quvvatlaydi va ayniqsa sezgir bemorlarda shilliq qavatni tinchlantiradi.
4. **Kombinatsiyalangan eritmalar** - muolajalar sonini kamaytirish va bemorning qulayligini oshirish imkonini beradi.

Yakuniy ishlov berish va qayta minerallashuv Professional gigiyenaning yakuniy bosqichi **tish yuzalarini nozik sayqallash** bo'lib, bunda rezinalar, cho'tkalar va abrazivligi nazorat qilinadigan pastalardan foydalaniladi. Cho'tkalar, iplar va shtripslar qo'llaniladigan tishlar oralig'iga alohida e'tibor beriladi. Professional tozalashdan so'ng ftor laklari va gellardan foydalangan holda **ftor profilaktikasi va remineralizatsiya terapiyasini** o'tkazish tavsiya etiladi.

3-jadval.

Ildiz yuzalariga ishlov berish uchun vositalar

(RSD va ultratovushli ishlovdan keyin)

Vositalar guruhi	Vakillar	Qo'llash usuli	Maqsad	Fikrlar
Sayqallovdchi pastalari	Past va o'rtacha abrazivlikka ega	Rezinalar, cho'tkalar	Sementni olmasdan sirtini	Pastani tanlash - individual

Vositalar guruhi	Vakillar	Qo'llash usuli	Maqsad	Fikrlar
	pastalar		tekislash	
Tishlararo ishlov berish uchun asboblari	Shtripslar, tishlararo cho'tkalar, iplar	Qo'lda ishlov berish	Kirish qiyin bo'lgan joylarni tozalash	Milk shikastlanmagan
Gidroksiapatitli suspenziyalar	Vector-flyuid-polish	Ultratovush bilan ishlov berish	Bioinert sirtini shakllantirish	RSD konsepsiyasiga mos keladi
Avaylovchi ultratovushli nasadkalar	Vektor, yupqa pezonasadkalar	Chiziqli harakat	Mikrojarohatlarni kamaytirish	Sementni silliqalmasdan

4-jadval.

Professional gigiyenadan keyin remineralizatsiya va fluor profilaktikasi uchun vositalar

Mablag'lar guruhi	Vakillar	Qo'llanish shakli	Asosiy harakat	Ma'no
Ftorlaklar	Ftorlak, Duraphat	Applikatsiyalar	Emalning mustahkamlanishi, sezuvchanlikning pasayishi	Yakunlovchi bosqich
Ftorli gellar	Elmex, ROCS Medical	Applikatsiyalar, kappalar	Qattiq to'qimalarning qayta minerallashuvi	Kariesga chidamlilikni oshirish
Kalsiy-fosfatli komplekslar	CPP-ACP, gidroksiapati	Applikatsiyalar	Mineral balansni tiklash	Ayniqsa retsessiyalarda

Mablag‘lar guruhi	Vakillar	Qo‘llanish shakli	Asosiy harakat	Ma‘no
	t			a ko‘rsatiladi
Kombinatsiyalangan reminerallashtiruvchi vositalar	Ca + F komplekslari	Applikatsiyalar	Qayta minerallasuv sinergizmi	Davolash natijalarini saqlab qolish

Xulosa

Shunday qilib, zamonaviy sharoitlarda parodont kasalliklarini mahalliy davolash minimal invazivlik, biologik maqsadga muvofiqlik va yondashuvni individuallashtirish tamoyillariga asoslanishi kerak. Root Surface Debridement konsepsiyasi zamonaviy ultratovush texnologiyalari va bemorni yetarli darajada psixologik tayyorlash bilan birgalikda yallig‘lanish jarayonini samarali boshqarish, barqaror remissiyaga erishish va davolash prognozini sezilarli darajada yaxshilash imkonini beradi.

12.4. Kompozit materiallardan foydalangan holda tishlarni shinalash texnikasi

Harakatchan tishlarning ishonchli fiksatsiyasini ta‘minlash uchun tishlararo oraliqlar va kontakt yuzalari tayyorlanadi. Shinalanadigan tishlarning yuzalari silliqlash tasmalari (shtripslar) bilan, zarur bo‘lganda esa disklar yoki ingichka konusli borlar bilan ishlov beriladi, bu emalning prizmasiz qatlamini olib tashlash va kompozit materialning yopishqoqligini oshirish imkonini beradi. Tanlangan tishlar paxta valiklari yoki kofferdam bilan izolyatsiya qilinadi. Kontakt yuzalariga kislotali o‘yuvchi gel surtiladi, suv bilan yuviladi va havo bilan quritiladi. Ortiqcha kompozitsion materialning milkka tushishining oldini olish uchun tishlar orasidagi bo‘shliqqa ponalar kiritiladi, bunda tishlar sinmaydi.

Kimyoviy qotish kompozitlarini qo'llashda adgeziv tizim va materialning kichik qismlari assistent tomonidan aralashtiriladi. Shifokor 2-3 ta tish oralig'ining kontakt yuzalariga tezda adgeziv bilan ishlov beradi va shinani milk chetidan 2-3 mm yuqorida qoldirib, silliqلاغich bilan shakllantiradi. Jarayon barcha kerakli oraliqlarda ketma-ket takrorlanadi. Kompozit qotgandan so'ng shinaga oxirgi ishlov beriladi va sayqallanadi.

Yorug'lik polimerizatsiyalanuvchi kompozitlarni qo'llashda adgeziv ishlov berilgan yuzalarga surtiladi, kuchsiz havo oqimi bilan tarqatiladi va polimerizatsiya qilinadi. Kompozit kichik porsiyalarda kiritiladi, materialni vestibulyar tomondan, so'ngra til (tanglay) tomondan polimerlash orqali shina hosil qilinadi. Oxirgi ishlov berish va sayqallash shinaga kesimda yarim ellips shaklini beradi, bemorning qulayligini ta'minlaydi va tilning harakatlanishiga to'sqinlik qilmaydi. Ushbu turdagi shinalar tishlarni asosan gorizonta tekislikda barqarorlashtiradi, ammo chaynash bosimini vertikal ravishda taqsimlash zarur bo'lganda, kesuvchi qirralari bir-birini qoplaydigan mustahkamroq konstruksiyalar qo'llaniladi.

Tishlarning fiksatsiyasini kuchaytirish yoki kosmetik nuqsonlarni bartaraf etish uchun shina qo'yilgan tishlarning vestibulyar yuzasini preparovkadan so'ng kompozit bilan qoplash mumkin. Shinaning qalinligi kesuvchi qirralarida 1-1,5 mm, til yuzasida 0,5-0,7 mm bo'ladi. Kontakt yuzalarga disklar yoki shtripslar bilan ishlov berilib, 0,1-0,2 mm emal olib tashlanadi. Bunday shinalash konstruksiyalari uchun yorug'lik bilan polimerlanadigan gibrid kompozitlar afzalroqdir.

Kombinatsiyalangan shinalarga tishlarni qo'shimcha ligatura bilan bog'lash, metall tasmalar yoki sim, shuningdek, maxsus mustahkam iplar ("Ribbond", "Connect", "GlasSpan") kiradi. Ekstraqoplamali kombinatsiyalangan shina tayyorlashda tishlar oldindan ligatura bilan bog'lanadi, keyin dorilanadi, adgeziv bilan ishlov beriladi va kompozit material bilan qoplanadi. Yorug'lik polimerizatsiyalanuvchi kompozitlar uchun ta'sirlar ketma-ketligi kofferdam bilan izolyatsiyalash, ligaturali bog'lash va kompozit bilan shina hosil qilishni o'z ichiga oladi.

Qoplama ichidagi kombinatsiyalangan shinalar kuchaytirilgan fiksatsiya va kosmetik niqoblash zarur bo'lganda qo'llaniladi. Tishlar til va vestibulyar yuzasida

shina qalinligiga moslab charxlanadi, metall karkas (sim 0,7-1 mm, to'sincha) qo'yish uchun bo'shliqlar hosil qilinadi. Karkas yupqa adgeziv qatlami bilan qoplanadi va kompozit bilan mahkamlanadi, shina qavatma-qavat shakllantiriladi va kerak bo'lganda yorug'lik bilan qotuvchi kompozitlar yordamida yetishmayotgan tishlar tiklanadi. Yakuniy ishlov berish shakl berish, tishlash va konstruksiyani sayqallashni o'z ichiga oladi.

“Ribbond” turidagi tizimlar mustahkam shisha tolali tasmadan foydalanib, ekstraqoplama va intraqoplamaa shinalarini ishlab chiqarish imkonini beradi. Tishlar tozalanadi, dorilanadi, adgeziv surtiladi va polimerlanadi. Tasma til yuzasiga yotqiziladi, ehtiyotkorlik bilan tishlar oralig'iga kiritiladi, mahkamlanadi va kompozit bilan qoplanadi, bu barcha tishlarning qattiq to'qimalariga zich yopishishini ta'minlaydi. Bunday shinalar tishlarni ishonchli barqarorlashtiradi, tish qatorlaridagi kichik nuqsonlarni qoplash imkonini beradi va materialning minimal hajmida uzoq muddatli natijani ta'minlaydi.

Tishlarni shinalash bosqichlari sxemasi

Bosqich	Harakat	Materiallar	Asboblari	Izoh
1.	Tishlarni tayyorlash	-	Jilvirlash tasmalari (shtripslar), disklar, tor konusli borlar	Adgeziyani yaxshilash uchun prizmasiz emal qatlamini (0,1-0,2 mm) olib tashlash
2.	Tishlarni izolyatsiyalash	Paxta valiklari yoki kofferdamlar	-	Namlikdan va materialning shilliq qavatga tushishidan himoya qilish
3.	Kislotali ishlov berish	Kislotali gel	-	Kontakt yuzalarga surtish; so'ngra suv bilan yuvib tashlanadi va quritiladi

Bosqich	Harakat	Materiallar	Asboblari	Izoh
4.	Ponalarni kiritish	-	-	Tishlarni ochmasdan, kompozitning tishlar orasiga oqib ketishini oldini oladi
5.	Yopishqoq modda surtish	Adgeziv sistema	Gladilka, kuchsiz havo oqimi	Kimyoviy polimerlash uchun - assistent bilan surtiladi; yorug'lik uchun - tekislanadi va polimerlanadi
6.	Kompozitni kiritish	Tanlangan rangdagi kompozit	Gladilka	Tish oralig'ida shina shakllanishi, material milk chetidan 2-3 mm yuqorida
7.	Polimerlanish (yorug'lik kompozitlari uchun)	-	Polimerizatsion lampa	Avval vestibulyar tomondan, keyin til (tanglay) tomonidan
8.	Keyingi shakllantirish va sayqallash	-	Jilvirlash disklari, polosalar, sayqallash tizimlari	Shinaga yarim ellips shaklini berish, yondoshlik va estetiklikni nazorat qilish
9.	Qo'shimcha qaydetish (zarur bo'lganda)	Ligatura, sim, metall tasmalar, to'sinlar	-	Mustahkamlikni oshirish uchun kombinatsiyalangan shinalarda qo'llaniladi
10.	Kombinatsiyalangan yoki ichki tojsimon shinaga tayyorlash	-	Bor	Metall karkasni yotqizish uchun bo'shliqlar yaratish,

Bosqich	Harakat	Materiallar	Asboblari	Izoh
				shina qalinligini nazorat qilish
11.	Metall karkas o'rnatish (kombinatsiyalangan shina uchun)	Simlar, to'sinlar	-	Karkas yupqa adgeziv qatlami bilan qoplanadi, kompozit bilan mahkamlanadi.
12.	Tish qatorlari nuqsonlarini tiklash (zarur bo'lganda)	Sun'iy tishlar, kompozit	-	Metall karkasga o'rnatish yoki kompozitdan shakllantirish, qatlamli polimerlash
13.	Oxirgi ishlov berish va sayqallash	-	Sayqallash tizimlari	Shinaning tishlanganligi, chiroyliligi va barqarorligini tekshirish

12.5 Generallashtirilgan parodontitda travmatik okklyuziyani bartaraf etish

Parodont kasalliklarida, ayniqsa generallashtirilgan parodontitda deyarli har doim travmatik okklyuziya rivojlanadi, bu parodont to'qimalarini sezilarli darajada zo'rliqtiradi. Shuning uchun uni tuzatish kompleks davolashning muhim qismidir. Afsuski, bu muolajaga ko'pincha yetarlicha e'tibor berilmaydi. Travmatik okklyuziyani bartaraf etishni tishlarni vaqtinchalik shinalashdan boshlash kerak, keyin esa kesuvchi qirralar yoki do'mboqlarni silliq qilish kerak, degan noto'g'ri fikr mavjud. Bunday yondashuv noto'g'ri, chunki shinalash odatda parodont to'qimalarining progressiv yemirilishi natijasida bir necha yillar davomida shakllanadigan tishlarning sezilarli harakatchanligida qo'llaniladi. Shu bilan birga, travmatik okklyuziyaning o'zi alveolyar

suyak atrofiyasining omillaridan biri bo'lib, kasallikning dastlabki bosqichlarida rivojlanadi.

Shunday qilib, travmatik okklyuziyani aniqlash va tuzatish tishlarning sezilarli siljishi, ularning ko'chishi va tishlovning buzilishiga yo'l qo'ymaslik uchun iloji boricha erta amalga oshirilishi kerak. Uni faqat vizual ravishda aniqlash mumkin emas, chunki erta kontaktlar ko'pincha sezilmaydi. Nusxa ko'chirish qog'ozi, mumplastinkalar va travmatik kontaktlar nuqtalari va ortiqcha yuklanish tugunlarini aniqlashga imkon beradigan boshqa asboblardan foydalanish usullari obyektivroq hisoblanadi.

Travmatik okklyuziyani ortopedik davolashning asosiy maqsadi parodontga funksional chaynov yuklamasini normallashtirishdir. Buning uchun turli xil usullar qo'llaniladi:

- **Tishlarni tanlab silliqlash** - erta kontaktlarni bartaraf etish, sirpanuvchi okklyuziya hosil qilish va chaynov yuklamasini teng taqsimlash imkonini beradi.
- **Tishlarni vaqtinchalik shinalash** - patologik harakatchanlikda parodont to'qimalariga nisbatan tinchlik berish uchun qo'llaniladi.
- **Ortodontik aralashuv** - tish yoylari va okklyuzion egriliklarni tekislash uchun tishlarning sezilarli migratsiyasi, egilishi va siljishida qo'llaniladi.
- **Oqilona protezlash** - ikkilamchi deformatsiyalar va tish qatori nuqsonlarida zarur.

Tanlab silliqlashda quyidagi tamoyillarga rioya qilish muhim:

1. Faqat emal qalinligi chegarasida silliqlanadi.
2. Alveolalararo bo'shliqni ushlab turuvchi tayanch tishlarga ishlov bermaslik.
3. Markaziy okklyuziyada antagonist tishlarning ko'p sonli aloqasini saqlab qolish.

Tanlab silliqlash parodontitni erta bosqichlarida oldini olish va davolashga yordam beradi, tish qatorlariga yuklamani bir tekis taqsimlanishini ta'minlaydi. Tishlar kontaktini o'zboshimchalik bilan olib tashlash, ayrim tishlarni prikusdan chiqarib

tashlash mumkin emas, chunki bu boshqa tishlarning ortiqcha yuklanishiga va qisqa muddatli ta'sirga olib keladi.

Vaqtidan ilgari kontaktlar bo'lgan nuqtalar markaziy okklyuziyada nusxa ko'chirish qog'ozi yoki registratsion vkladishlar yordamida aniqlanadi va artikulyatsion yo'l bo'ylab olmosli yoki karborundli borlar bilan silliqanadi. Shu bilan birga, tishlov balandligini pasaytirmaslik uchun butun chaynov yuzasiga ishlov bermaslik kerak. Tishlov balandligining asosini yuqori tishlarning tanglay do'mboqlari va pastki yon tishlarning lunj do'mboqlari tashkil qiladi.

Yuqori premolyarlar va molyarlar lunj do'mboqlarining okklyuzion nishablari, shuningdek, pastki jag'dagi tegishli antagonistlarning til nishablari silliqanadi. Yuqori jag' kesuvchi tishlari bilan ishlaganda, ular yuqori va pastki tishlarning kesuvchi yuzalari bir vaqtning o'zida to'liq bir-biriga tegguncha lab yo'nalishida to'g'rilanadi.

B. Jankelson (1960) tasnifiga ko'ra, erta aloqalar uchta sinfga bo'linadi:

- **I sinf** - pastki yon tishlar yonoq do'mboqlarining vestibulyar qiyaliklarida va pastki oldingi tishlarning vestibulyar yuzasida.
- **II sinf** - yuqori yon tishlar do'mboqlarining oral qiyaliklarida.
- **III sinf** - yuqori yon tishlar tanglay do'mboqlarining vestibulyar nishablarida.

Tanlab jilvirlash ketma-ket bajariladi: avval I va II sinf kontaktlari, so'ngra III sinf kontaktlari yo'qotiladi. Maqsad - okklyuziyaning barcha turlarida ko'p nuqtali kontakt hosil qilish, travmatik zo'riqishni bartaraf etish va tishlov balandligini saqlab qolish. Silliqlashdan so'ng tishlar yuzasi sayqallanadi va ftorlak bilan qoplanadi.

Zarur bo'lganda, artikulyatordagi diagnostik modellarda okklyuziya to'g'rilanadi, bunda plombalar, koronkalar yoki ko'priksimon protezlar tufayli yuzaga keladigan alohida tish guruhlarining ortiqcha yuklanishi bartaraf etiladi. Generallashtirish parodontitning erta bosqichlarida travmatik okklyuziyani o'z vaqtida aniqlash va tuzatish parodontdagi patologik o'zgarishlarning rivojlanishini sekinlashtirishga yordam beradi.

12.6. Parodont kasalliklarini dori vositalari bilan davolash

Parodont kasalliklarini yallig'lanishga qarshi davolash patologik jarayonning asosiy bo'g'inlariga kompleks ta'sir ko'rsatishga asoslangan bo'lib, etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiyani o'z ichiga oladi. Etiotrop yondashuv parodont to'qimalarida yallig'lanish reaksiyasini qo'zg'atuvchi omillarni aniqlash va bartaraf etishga qaratilgan. Eng katta qiyinchiliklar somatik patologiya, neyroendokrin buzilishlar va tizimli kasalliklar bilan bog'liq endogen sabablar mavjud bo'lganda yuzaga keladi. Bunday klinik vaziyatlarda stomatologik davolash turdosh mutaxassislikdagi shifokorlar bilan hamkorlikda amalga oshiriladi, bu esa bemorning umumiy holatini to'liq tuzatish imkonini beradi.

Patogenetik terapiya yallig'lanishning asosiy patofiziologik mexanizmlariga maqsadli dori-darmon ta'sirini o'z ichiga oladi. Dori vositalarini tanlash yallig'lanish jarayonining bosqichi, to'qimalardagi o'zgarishlar xarakteri va patogenezning ustun bo'g'inlarini hisobga olgan holda amalga oshiriladi. Yallig'lanish reaksiyasining boshlang'ich davrlarida hujayra membranalarini barqarorlashtirishga va yallig'lanishning rivojlanishida ishtirok etadigan biologik faol moddalarning hosil bo'lishini bostirishga alohida ahamiyat beriladi. Bir vaqtning o'zida proteolitik fermentlar faolligini ingibirlash va farmakologik antagonizm hisobiga yallig'lanish mediatorlari ta'sirini susaytirish amalga oshiriladi. Terapiyaning muhim yo'nalishi yallig'lanishga qarshi endogen mexanizmlarni rag'batlantirish va neyrohumoral tizimning tartibga solish funksiyalarini kuchaytirishdir.

Simptomatik terapiya og'riq sindromi, milkdan qon ketishi, shish va parodontal cho'ntaklardan ekssudatsiya kabi kasallikning klinik ko'rinishlarini kamaytirishga qaratilgan. Bunda qo'llaniladigan vositalar bemorning ahvolini yaxshilash va patogenetik terapiyaning yanada samarali ta'siri uchun sharoit yaratish imkonini beradi.

Parodontda yallig'lanish jarayonining rivojlanishi va saqlanishida mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi muhim rol o'ynaydi. Shu munosabat bilan gemodinamik buzilishlarning farmakologik korreksiyasi yallig'lanishning dastlabki bosqichlaridagina emas, balki keyingi bosqichlarida ham o'tkaziladi. Distrofik-

yallig'lanish o'zgarishlarining o'tkir kechishi yoki zo'rayishida terapevtik ta'sir tomir ichi jarayonlarini me'yorlashtirishga, qonning shaklli elementlari agregatsiyasini pasaytirishga, uning yopishqoqligini kamaytirishga va to'qimalarda adekvat qon oqimini tiklashga qaratilgan. Parallel ravishda mikrotomirlar o'tkazuvchanligini pasaytirish va tomir devorini barqarorlashtirish amalga oshiriladi, bu ekssudatsiya va shishni kamaytirishga yordam beradi.

Yallig'lanishga qarshi davolash samaradorligini oshirish uchun organizmning himoya va reparativ mexanizmlarini faollashtirish katta ahamiyatga ega. Shu maqsadda fagotsitar faollikni rag'batlantiradigan, dezintoksikatsiya va nekrotik o'zgargan to'qimalarni olib tashlashga yordam beradigan vositalar, shuningdek, yallig'langan to'qimaning fizik-kimyoviy parametrlarini, shu jumladan kislota-ishqor muvozanati, osmotik bosim va elektrolit almashinuvini normallashtiradigan dorilar qo'llaniladi.

Parodontning progressiv yallig'lanish va distrofik-yallig'lanish jarayonlarini davolashda glyukokortikosteroid preparatlar alohida o'rin tutadi. Ular yaqqol yallig'lanishga qarshi, shishga qarshi va giposensibilizatsiyalovchi ta'sirga ega bo'lib, asosan mahalliy, applikatsiya yoki davolovchi bog'lamlar shaklida, ko'pincha antiseptik, antibakterial va vitaminli vositalar bilan birgalikda qo'llaniladi. Ushbu preparatlarni qo'llash qisqa kurslar bilan chegaralanadi, bu uzoq vaqt qo'llanilganda tez o'rganib qolish va nojo'ya ta'sirlar xavfi bilan bog'liq. Odatda, ular parodont to'qimalarida surunkali distrofik-yallig'lanish jarayonining o'tkir hodisalari yoki zo'rayishlarini bartaraf etish uchun qisqa muddatga tayinlanadi.

Bir qator mualliflarning ta'kidlashicha, parodontning yallig'lanish kasalliklarida gormonal preparatlarni mahalliy qo'llash to'qimalarning mikroba agentlariga chidamliligini pasaytirishi va organizmning himoya reaksiyalarini susaytirishi mumkin. Shu munosabat bilan ulardan foydalanish qat'iy asoslanganlikni, davomiyligini cheklashni va kompleks terapiyaning boshqa tarkibiy qismlari bilan majburiy kombinatsiyani talab qiladi.

Yallig'lanish jarayonining kechishi va oqibatini belgilovchi muhim omil zararlangan to'qimalarda buzilgan almashinuv va trofik jarayonlarning tiklanishidir.

Ushbu buzilishlarni tuzatish yallig‘lanish o‘chog‘iga oziq moddalar va biologik faol birikmalarni yetkazib berishni yaxshilashga, to‘qimalarning kislorod bilan ta‘minlanish darajasini oshirishga va patologik jarayon zonasida energiya sarfini kamaytirishga qaratilgan. Ushbu mexanizmlarga kompleks ta‘sir ko‘rsatish to‘qima gipoksiyasini kamaytirishga, hujayra metabolizmini barqarorlashtirishga va yallig‘lanish o‘zgarishlarining regressiyasi uchun qulay sharoit yaratishga yordam beradi.

O‘tkir yallig‘lanishning reparatsiya fazasida parodont to‘qimalarida tiklanish jarayonlarini rag‘batlantirish asosiy ahamiyat kasb etadi. Bu davrda hujayralar proliferatsiyasini, nuklein kislotalar va strukturali oqsillar sintezini faollashtiruvchi vositalar, umumiy mustahkamlovchi va antioksidant ta‘sirga ega bo‘lgan preparatlar qo‘llaniladi. Mahalliy ta‘sirga ega bo‘lgan, milk yuza qatlamlarini zichlashtiruvchi, ekssudatsiyani kamaytiruvchi va qon tomir o‘tkazuvchanligini barqarorlashtiruvchi moddalar, shuningdek, yallig‘lanishga qarshi va antiseptik xususiyatlarga ega bo‘lgan fitopreparatlar qo‘shimcha ahamiyatga ega.

Parodont to‘qimalarida yallig‘lanish reaksiyalari patogenezida sensibilizatsiyaning rolini hisobga olgan holda, organizmning immunokompetent tizimlariga ta‘sir qiluvchi vositalarni qo‘llash asoslangan. Bunday davolash o‘ta sezuvchanlikni pasaytirish, immun javobni modulyatsiyalash, yallig‘lanish oldi va yallig‘lanishga qarshi mexanizmlar o‘rtasidagi buzilgan muvozanatni tiklashga qaratilgan.

Etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiya yagona davolash jarayonining o‘zaro bog‘liq va bir-birini to‘ldiruvchi tarkibiy qismlari sifatida qaraladi. Muayyan davolash sxemasi yallig‘lanish kasalligining shakli, uning tarqalish darajasi, kechish xususiyati, bemorning yoshi va umumiy somatik holatini hisobga olgan holda individual ravishda belgilanadi. Kompleks terapiyaning har bir elementining ahamiyati yallig‘lanish jarayonining bosqichiga va parodont to‘qimalarida ustun bo‘lgan morfofunktsional o‘zgarishlarga qarab o‘zgaradi.

Kataral, yarali va gangrenoz gingivitning o‘tkir kechishi, shuningdek, generallashtirilgan parodontitning kuchayishining o‘ziga xos xususiyati giperergik

reaksiyalarning rivojlanishiga moyillikdir. Bunday holatlar ko'pincha organizmning umumiy sensibilizatsiyasi fonida shakllanadi va yaqqol ifodalangan ekssudativ yoki alterativ o'zgarishlar, yallig'lanishning bir fazasini ikkinchisiga tez o'tishi va bemor umumiy holatining sezilarli buzilishlari bilan tavsiflanadi. Klinik jihatdan bu intoksikatsiya belgilari, uyqu va ishtahaning buzilishi, termoregulyatsiyaning buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Yarali-nekrotik turlarida jarayon tez zo'rayib borib, nekrotik o'zgarishlar tarqalib boradi va to'qimalar bir talay zararlanadi.

Yallig'lanishning giperergik kechishini koreksiyalash ortiqcha yallig'lanish reaksiyasini kamaytirish, og'riq sindromini bartaraf etish va bemorning umumiy holatini barqarorlashtirishni nazarda tutadi. Bir qator hollarda yallig'lanishga qarshi va antibakterial davolashni immunologik jarayonlarni faollashtirish va parodont to'qimalarining mahalliy reaktivligini oshirishga qaratilgan chora-tadbirlar bilan birlashtirish zarurati yuzaga keladi. Kasallikning og'ir kechishida, ayniqsa, zaiflashgan bemorlarda dezintoksikatsion terapiya va tizimli himoya mexanizmlarini yaxshilaydigan vositalarni qo'llash ko'rsatilgan.

Zamonaviy parodontologik terapiyaning rivojlanishiga ferment preparatlarining joriy etilishi katta hissa qo'shdi. Ularni qo'llash yallig'lanish o'chog'ining drenaj funksiyasini yaxshilashga, to'qimalarning o'tkazuvchanligini oshirishga, o'z-o'zini tozalash va regeneratsiya jarayonlarini tezlashtirishga yordam beradi. Kuchli nekrolitik va mukolitik ta'sirdan tashqari, fermentlar yallig'lanishga qarshi va shishga qarshi xususiyatlarga ega, ayniqsa tizimli ravishda kiritilganda, bu eksperimental va klinik tadqiqotlar bilan tasdiqlangan.

Parodontologiya amaliyotida oqsil tuzilmalari, nuklein kislotalar va hujayralararo matriks komponentlariga ta'sir ko'rsatuvchi, kallikrein-kinin tizimini boshqarishda ishtirok etuvchi turli guruh fermentlari qo'llaniladi. Proteolitik fermentlar eng keng qo'llaniladi, ularning samaradorligi, ayniqsa, seroz-yiringli ekssudatli parodontal cho'ntaklar mavjud bo'lganda yaqqol namoyon bo'ladi.

Distrofik-yallig'lanish jarayonlarining keskinlashuvi, yaqqol ekssudatsiya va absessga moyillik bilan kechganda, ferment preparatlarini mahalliy va tizimli qo'llashda eng yaxshi natijalarga erishiladi. Parodontal cho'ntak sharoitida fermentlar

yiringli tarkibni suyultirish va parchalash, sekret oqimini yaxshilash, qon va limfa tomirlarida dimlanish hodisalarini kamaytirish va patogen mikrofloraning hayot faoliyati uchun noqulay muhit yaratishga yordam beradi. Ferment preparatlari mustaqil ravishda ham, vitaminlar va antibakterial vositalar bilan birgalikda ham qo'llaniladi, bu esa kompleks davolash samaradorligini oshirish va parodont to'qimalarining tiklanishini tezlashtirish imkonini beradi.

Proteolitik fermentlar distillangan suvda, natriy xloridning izotonik eritmasida, bufer eritmalarida yoki 0,25-0,5% li novokain eritmalarida suyultiriladi. Mahalliy qo'llash uchun tripsin yoki ximotripsin 1 ml erituvchiga 1 mg ferment hisobidan ishlatiladi. Ferment eritmaları bevosita qo'llashdan oldin tayyorlanadi, chunki hatto muzlatgichda saqlanganda ham ularning faolligi 24 soatdan oshmaydi.

30% li tokoferol atsetatning moyli eritmasi, shuningdek shaftoli, olxo'ri, zaytun va boshqa o'simlik moylari asosida tayyorlanadigan moyli emulsiyalar tarkibidagi fermentlardan foydalanishga ruxsat etiladi. Emulsiyalar 1 ml moyga 5 mg ferment nisbatida tayyorlanadi. Zarur bo'lganda ularning tarkibiga sulfanilamid preparatlari (5 mg fermentga 0,1 mg), askorbin kislotasi va vitamin P kiritiladi.

Mikroblarga qarshi ta'sirni kuchaytirish uchun proteolitik fermentlarni antibiotiklar bilan birga qo'llash tavsiya etiladi. Nekrotik massalar va ekssudatning fermentativ parchalanishi fonida antibakterial preparatlar ko'proq mikroblarga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, fermentlar mikrofloraning antibiotiklarga chidamliligini pasaytirishga yordam beradi, bu ularning antibiotiklar kiritilishiga javoban mikroorganizmlar tomonidan ishlab chiqariladigan penitsillinaza fermentini faolsizlantirish qobiliyati bilan bog'liq.

Fermentlarning antibiotiklar bilan kombinatsiyalangan preparatlari eritmalar va suspenziyalar ko'rinishida ishlatiladi. Eritmalar ferment eritmasiga (1 mg/ml) antibiotik - streptomitsin, monomitsin yoki neomitsinni 1 ml ga 25 000 TB hisobidan qo'shib tayyorlanadi. Shuni hisobga olish kerakki, hamma antibiotiklar ham fermentlar bilan mos kelavermaydi: masalan, penitsillin qatori preparatlari ularning faolligini pasaytiradi va shu bilan birga o'zining farmakologik xususiyatlarini yo'qotadi. Fermentlarning streptomitsin, monomitsin, mikrotsid, bitsillin, mitserin, polimiksin, kolimitsin bilan

kombinatsiyasi eng samarali hisoblanadi. Fermentlar 8-oksixinolin hosilalari, xususan, nitroksolin (5-NOK) bilan yaxshi muvofiqlikni namoyish etadi.

Proteolitik fermentlarni tayinlashda ularni kuchli antiseptiklar: etil spirti, yod nastoykasi, anestetiklarning yuqori (0,5% dan ortiq) konsentratsiyalari bilan bir vaqtda qo'llash tavsiya etilmaydi, chunki ko'rsatilgan moddalar fermentlarning inaktivatsiyasiga olib keladi.

Antibiotiklar ferment suspenziyalari bilan birgalikda ham ishlatilishi mumkin. Oq loy qo'shish kerakli konsentratsiyadagi pastasimon shaklni olish imkonini beradi. Parodontal cho'ntaklarga kiritish uchun quyidagi tarkibdagi pasta tavsiya etiladi: ferment (tripsin, ximotripsin va b.) - 10 mg, streptomitsin - 150 000 TB, askorbin kislotasi - 0,1 mg, vitamin R - 0,5 mg, tokoferol atsetatning 30% li moyli eritmasi - 1 ml gacha (pastasimon konsistensiya hosil bo'lguncha).

Aniq fermentlar va ularning sulfanilamid preparatlari, antibiotiklar va vitaminlar bilan kombinatsiyasini tanlash parodont to'qimalarida distrofik-yallig'lanish jarayonining kechishining individual xususiyatlari, shuningdek, parodontal cho'ntaklar mikroflorasining tarkibi va patogenligi bilan belgilanadi. Generallashtirilgan parodontitning o'tkir kechishida fermentlarning antibiotiklar bilan eritmaları yoki emulsiyalaridan foydalanish afzalroqdir, surunkali jarayonda esa pastalar shaklida yoki himoya terapevtik bog'lamlar tarkibida dorilarni kiritish maqsadga muvofiqdir. Parodont to'qimalarida vitamin yetishmovchiligi belgilari mavjud bo'lganda fermentlar va vitaminlarni birgalikda qo'llash o'zini oqlaydi.

Tripsin va ximotripsinni parodont to'qimasiga aerozollar ko'rinishida, shuningdek elektroforez yordamida yuborish mumkin. Dori moddalari ionlarining patologik o'choqqa kirib borishini galvanik tokning periferik nerv oxirlariga yallig'lanishga qarshi ta'siri bilan qo'shib olib borish yaqqol ifodalangan terapevtik va reflektor ta'sirni ta'minlaydi. Elektroforez uchun fermentlarning bir xil konsentratsiyalari qo'llaniladi, bunda ular pH 8-10 oralig'ida izoelektrik nuqtaga ega bo'lgan kation oqsillar ekanligi hisobga olinadi, shuning uchun ular musbat qutbdan kiritiladi.

Parodontal cho'ntaklardan ko'p miqdorda va barqaror ekssudativ ajralma bilan kechadigan tarqalgan parodontitning og'ir o'tkir kechishida fermentlarni mahalliy

qo'llash ularni parenteral yuborish bilan birga olib boriladi. Inyeksiya uchun tripsin yoki ximotripsinning steril preparatlari bir marta yuborish uchun 5 mg dan ampulalarda ishlatiladi. Erituvchi sifatida natriy xloridning izotonik eritmasi yoki novokainning 0,25% li eritmasi ishlatiladi. Mikroblardan kelib chiqqan proteinazalar faqat parodont to'qimalariga mahalliy ta'sir ko'rsatish uchun ishlatiladi.

Nukleazalar parodont to'qimalarida metabolik jarayonlarni yaxshilashga yordam beradigan fermentlardir. Ular nuklein kislotalarga nisbatan spetsifiklikka ega bo'lib, molekulasidagi nukleotidlararo bog'larni uzadi. Bu guruhga qoramol oshqozon osti bezidan olinadigan ribonukleaza va dezoksiribonukleazalar kiradi.

Klinik amaliyotda parodont kasalliklarida suvda va natriy xloridning izotonik eritmasida (1 mg/ml) oson eriydigan amorf ribonukleaza qo'llaniladi. Ribonukleaza eritmalari barqarorligi bilan ajralib turadi va 2-3 sutka davomida faolligini saqlaydi; ularni milklarga applikasiya qilish va parodontal cho'ntaklarga kiritish uchun ishlatiladi. Elektroforez usulini qo'llashga ham ruxsat etiladi. T.V. Nikitina (1982) va Yu.A. Petrovich (1996) ma'lumotlariga ko'ra, elektroforez uchun 2 mg/ml konsentratsiyali natriy xloridning izotonik eritmasidagi ribonukleaza eritmasidan foydalanish tavsiya etiladi. Nukleazalar proteolitik fermentlar bilan birlashishi mumkin.

Gialuronidaza glikozaminoglikanlarni parchalaydigan va biriktiruvchi to'qimaning almashinuv jarayonlarida faol ishtirok etadigan sulfatlanmagan kislotali glikozaminoglikan - gialuron kislotasining depolimerlanishini keltirib chiqaradigan fermentdir. Gialuronidaza ta'sirida to'qima o'tkazuvchanligi oshadi va diffuziya jarayonlari kuchayadi. Ferment antibiotiklar bilan yaxshi birikadi, lekin proteolitik fermentlar ta'sirida inaktivatsiyalanadi. Parodontologiya amaliyotida gialuronidaza preparatlari - lidaza va ronidaza qo'llaniladi, oxirgisi faqat mahalliy qo'llaniladi.

Gialuronidaza anesteziyalovchi vositalar diffuziyasini kuchaytirish va shunga mos ravishda applikasiya va inyeksion og'riqsizlantirish samaradorligini oshirish uchun buyuriladi. U parodont kasalliklarini mahalliy medikamentoz davolashda qo'llaniladigan eritmalar, suspenziyalar va pastalar tarkibiga kirishi mumkin.

Antibakterial terapiya parodont kasalliklarini kompleks davolashning asosiy tarkibiy qismlaridan biri bo'lib, og'iz bo'shlig'ining shartli patogen mikroflorasini tuzatishga qaratilgan. Antibakterial ta'sirning ahamiyati va hajmi patologik jarayonning shakli,

uning etiologiyasi, klinik ko'rinishlari va kasallikning kechish xususiyati bilan belgilanadi. Antibakterial vositalarni tayinlash qat'iy individual tarzda amalga oshiriladi va davolashning turli bosqichlarida jarayonning faolligi, uning ifodalanish darajasi va mikroorganizmlarning sezgirligini hisobga olgan holda o'zgartiriladi.

Mikroflorani so'ndirish uchun antibakterial preparatlarning turli guruhлари qo'llaniladi, jumladan, antiseptiklar, antibiotiklar, sulfanilamidlar, nitrofuranlar, 8-oksixinolin hosilalari, silga qarshi va protozoylarga qarshi vositalar, shuningdek, o'simliklardan olingan preparatlar.

Antiseptiklar mikroob hujayralarining oqsillari bilan o'zaro ta'sirlashib, ularning koagulyatsiyasini yoki mikroorganizmlarning nobud bo'lishiga yoki o'sishini to'xtatishga olib keladigan boshqa qo'pol buzilishlarni keltirib chiqaradigan mikroblarga qarshi ta'sirga va past tanlovchanlikka ega bo'lgan moddalardir. Parodontologiyada antiseptiklar parodontning yallig'lanish va distrofik-yallig'lanish kasalliklarini davolashning barcha bosqichlarida stomatologik muassasalarda va uy sharoitida sug'orish va chayish shaklida keng qo'llaniladi. Ulardan foydalanish mikroblar bilan ifloslanishni kamaytirishga, parchalanayotgan to'qimalarni, tish karashlarini, shilliq va ko'chgan epiteliyni olib tashlashga, shuningdek, mikroorganizmlarning hayot faoliyati uchun noqulay sharoitlarni yaratishga yordam beradi.

Klinik amaliyotda yod preparatlari (3-5% li yod nastoykasi, 1% li yodinning suvdagi eritmasi), xlor (0,25% li xloramin eritmasi), 0,5% li etoniy eritmasi, oksidlovchilar (3% li vodorod peroksid eritmasi, 0,01-0,1% li kaliy permanganat eritmalari), shuningdek, bo'yoqlar (0,01-0,1% li etakridin laktat eritmasi, 1% li metilen ko'ki eritmasi va boshqalar) ishlatiladi. Milk va parodontal cho'ntaklarni davolash uchun yodinal 1% suvli eritma shaklida yoki preparatning uzoq muddatli ta'sirini ta'minlaydigan plyonkalar shaklida ishlatilganda sezilarli terapevtik ta'sir qayd etiladi.

Dimeksid kuchsiz antiseptik va nospetsifik yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lib, uning asosiy afzalliklaridan biri biologik to'siqlardan o'tish qobiliyatidir. Preparat yaxshi ko'tariladi, yallig'lanish shishini kamaytiradi, allergiyaga qarshi, virusga qarshi va fibrinolitik ta'sir ko'rsatadi, shuningdek, boshqa dori vositalarining kirishini kuchaytiradi. Parodontologiyada dimeksid chayish uchun 0,25% li eritma,

parodontal choʻntaklarni yuvish uchun 1-2% li eritmalar va dori-darmonlar uchun erituvchi sifatida ishlatiladi.

Antibiotiklar parodont kasalliklarini kompleks davolashda keng qoʻllaniladi, bunda ularning samaradorligi ogʻiz boʻshligʻi va parodontal choʻntaklarning shartli patogen mikroflorasining sezgirliigi bilan belgilanadi. Patologik jarayonning xarakteri va bosqichi, organizm immunobiologik mexanizmlarining holati, shuningdek, mikroorganizmlarning biologik xususiyatlari, jumladan, virulentligi, tur tarkibi va zararlanish darajasi muhim rol oʻynaydi.

Yuqori klinik samaradorlikni proteolitik fermentlarni aminoglikozid guruhi antibiotiklari neomitsin sulfat va monomitsin bilan birga qoʻllash koʻrsatadi. Antibiotikoterapiya asoratlarning oldini olish usullaridan biri antibakterial preparatning terapevtik samaradorligini saqlab qolgan holda uning dozasini kamaytirish hisoblanadi. Antibiotiklarning kerakli bakteriostatik konsentratsiyasini pasaytirishga baʼzi biologik faol moddalar, xususan, metiluratsil va pentoksil yordam beradi. Ushbu preparatlar levomitsetin va streptomitsinning tillarang stafilokokkka nisbatan minimal subbakteriostatik konsentratsiyasini 5-8 marta kamaytirishi aniqlandi.

Mikroblarga qarshi taʼsirni kuchaytirish va uzaytirish maqsadida antibiotiklarning sulfanilamid preparatlari, pirimidin asoslari guruhi vositalari va vitaminlar bilan kombinatsiyalari keng qoʻllaniladi. Antibiotikoterapiya samaradorligini oshirishning yana bir yoʻnalishi mikroblarga qarshi vositalarni oqilona kombinatsiyalash, shuningdek, zaxira antibiotiklardan foydalanishdir. Oxirgisi asosan oʻtkir yarali va gangrenoz gingivitning ogʻir kechishida, shuningdek, takroriy abscesslanish va generallashtgan parodontitning oʻtkir kechishida koʻrsatilgan.

Antibiotiklar kortikosteroid preparatlar, masalan, tetratsiklin gidrokortizon va boshqa shunga oʻxshash kombinatsiyalar bilan birga qoʻllanilganda yaqqol terapevtik taʼsir qayd etiladi (V.S. Ivanov, 1998). Bunday pasta va malhamlar koʻpincha qoʻshimcha ravishda ogʻriq qoldiruvchi komponentlarni oʻz ichiga oladi va parodontal choʻntaklarga kiritiladi. Glyukokortikosteroidlarga oʻrganib qolish ehtimoli borligi sababli bu preparatlarni uzoq vaqt qoʻllash tavsiya etilmaydi, ularni asosan yaqqol yalligʻlanish belgilarini bartaraf etish uchun qoʻllash maqsadga muvofiqdir.

Morfotsiklin va linkomitsin kabi suyak to‘qimasiga kuchli tropizm xususiyatiga ega bo‘lgan antibiotiklar o‘zini yaxshi ko‘rsatdi. Ularni suyakli parodontal cho‘ntaklar mavjudligida, shuningdek anaerob infeksiyada qo‘llash maqsadga muvofiqdir. Boshqa antibiotiklarga chidamli bo‘lgan stafilokokk infeksiyasida samarali bo‘lgan fuzidin-natriy ham suyak to‘qimasiga yaxshi kirish xususiyatiga ega. Tetratsiklinlar guruhiga kiruvchi antibiotiklar, rifomitsin va boshqa preparatlar ham klinik ahamiyatini saqlab qoladi. Biroq, shuni hisobga olish kerakki, bolalarda tishlarning morfogenezi va mineralizatsiyasi davrida tetratsiklinlarni qo‘llash qattiq to‘qimalarning gipoplaziyasiga va tish tojlarining turg‘un bo‘yalishiga olib kelishi mumkin (“tetratsiklinli tishlar”).

Sulfanilamid preparatlari asosan parodontal cho‘ntaklarga kiritish uchun qo‘llaniladi, jumladan, mikroblarga qarshi ta’sir doirasini kengaytirish maqsadida davolovchi pastalar va bog‘lamlar tarkibiga kiritiladi. Ular ingalipt va trimetazol kabi kombinatsiyalangan mikroblarga qarshi vositalar tarkibiga ham kiradi. Parodont kasalliklarini mahalliy va umumiy davolash uchun sulfadimezin, sulfapiridazin, sulfalen, sulfadimetoksin, etazol, shuningdek, kombinatsiyalangan preparatlar - baktrim (biseptol), ingalipt va boshqalar qo‘llaniladi.

Parodont kasalliklarini davolashda nitrofuran qatori preparatlari - furagin, furadonin, furatsilin (0,02-0,05% eritmalar) keng tarqalgan. Antibakterial faollik darajasi bo‘yicha ushbu guruh birikmalari keng spektrli antibiotiklar bilan taqqoslanadi va ba’zi hollarda ulardan ustun turadi. Nitrofuranlar kam zaharliligi, oqsillar bilan kuchsiz bog‘lanishi va mikroflora chidamliligining sekin rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga ular organizmning himoya mexanizmlarini faollashtirishga yordam beradi, leykotsitlarning fagotsitar faolligini rag‘batlantiradi. Furaginning 0,1% li eritmasini mefenamin, natriy tuzi va pirimidant kabi yallig‘lanishga qarshi preparatlar bilan birgalikda qo‘llash yuqori samara berishi ko‘rsatilgan.

Parodont kasalliklarining antibakterial terapiyasi uchun 8-oksixinolin hosilalari - xinoxol, xiniofon, nitroksolin (5-NOK) va boshqalar ham tavsiya etiladi. Bu preparatlar suvda yaxshi eriydi, mahalliy qitiqlovchi ta’sirga ega emas, yaqqol antibakterial faolligi bilan ajralib turadi. Bundan tashqari, ular zamburug‘larga qarshi va antiparazitar ta’sir ko‘rsatadi, hujayralar proliferatsiyasi jarayonlarini tormozlaydi. Nitroksolin (5-NOK) proteolitik fermentlar bilan birga qo‘llanilganda terapiyaning klinik samaradorligi

sezilarli darajada oshadi. Preparatlar 1-2% li eritmalar ko‘rinishida parodontal cho‘ntaklarni applikatsiya va irrigatsiya qilish uchun qo‘llaniladi, shuningdek, pastalar va davolovchi qotuvchi bog‘lamlar tarkibiga kiradi.

Zamburug‘larga qarshi terapiyani o‘tkazish zarurati parodontal cho‘ntaklarda zamburug‘ mikroflorasining mavjudligi bilan bog‘liq. Shu maqsadda poliyen zamburug‘larga qarshi antibiotiklar - nistatin va levorin (5% nistatin va 5% levorin malhamlari; levorinning natriyli tuzi - applikatsiya uchun 5 ml distillangan suvga 100 000 TB) keng qo‘llaniladi. Ko‘rsatilgan preparatlarning natriyli tuzlari suvda yaxshi eriydi va applikatsiya, installyatsiya, sug‘orish va elektroforez uchun 0,5-1% li eritmalar ko‘rinishida ishlatiladi.

Zamburug‘larga qarshi vositalarga dekanamin ham kiradi, u ikkilamchi ammoniyli birikma bo‘lib, kandidozli zararlanishlarni mahalliy davolashda samarali hisoblanadi. Preparat suvda yomon eriydi, 0,5-1% li malham ko‘rinishida qo‘llaniladi, uni tishlar orasiga va parodontal cho‘ntaklarga davolash bog‘lami ostiga yuboriladi. Bito‘rtlamchi birikmalar guruhiga kuchli antibakterial va fungitsid faollikka ega bo‘lgan dekanmetoksin ham kiradi. U og‘iz bo‘shlig‘ini chayish va parodontal cho‘ntaklarni yuvish uchun 0,01-0,02% eritmalar shaklida ishlatiladi.

Anilin bo‘yoqlarining 1-2% li eritmaları, yod preparatlari (Lyugolning glitserindagi eritmasi 1:1, 1% li yodinol), natriy gidrokarbonatning 1-2% li eritmaları, propolisning 5% li spirtli eritmasi, shuningdek, yog‘ kislotalarining tuzlari - natriy kaprilat va ammoniy kaprilat 0,5-1% li suvli eritmalar holida ishlatiladi. Parodontal cho‘ntaklarga yuborish uchun 1% eritma yoki 1% malham ko‘rinishida ishlatiladigan klotrimazol (kanesten) yuqori samaradorlikni ko‘rsatadi. Sariq ko‘za ildizpoyasi tarkibidagi ikki alkaloidning digidroxloridlari aralashmasidan iborat o‘simliklardan olingan lyutenurin ham zamburug‘larga qarshi ta’sirga ega.

Parodontal cho‘ntaklarda vegetatsiyalanadigan og‘iz trixomonadasini bostirish uchun antiprotozoy (antitrixomonad) preparatlar qo‘llaniladi. Metronidazol (trixopol) applikatsiya uchun 1% suvli suspenziya ko‘rinishida qo‘llaniladi; turg‘un trixomonadali ifloslanishda preparat ichish uchun ham buyuriladi. Metronidazolni milk uchun gel (“Metrogil denta”) shaklida qo‘llash yuqori klinik samaradorligi bilan ajralib turadi. Klinik amaliyotda tinidazol ham qo‘llaniladi.

Poliyen antibiotiklar bakteriya va zamburug'larga nisbatan kombinatsiyalangan ta'sirga ega (nistatin, levorin, dekamin), bir qator preparatlar esa bir vaqtning o'zida bakteriya va sodda jonivorlarga nisbatan faol (monomitsin, eritromitsin va boshqalar). Mikroblarga qarshi vositalarni tanlashda ularning ta'sir xususiyatini hisobga olish kerak - bakteritsid yoki bakteriostatik. Bakteriostatik preparatlar, odatda, parodont kasalliklarining yengil kechishida samarali, bakteritsid preparatlar esa organizmning himoya kuchlari sezilarli darajada zaiflashganda ko'rsatiladi.

Bir qator hollarda antibiotikoterapiya ta'sirining yo'qligi yoki asoratlarning rivojlanishi qayd etiladi. Davolashning samarasizligi va nojo'ya ta'sirlarning paydo bo'lishi ko'pincha mikroblarga qarshi vositalarni buyurish uchun ko'rsatmalarni noto'g'ri aniqlash va ularni oqilona tanlash tamoyillarining buzilishi bilan bog'liq. Antibiotiklarning keng va asossiz qo'llanilishi mikroorganizmlarning antibiotikka chidamli shtammlarining shakllanishiga, qo'zg'atuvchilar tuzilishining o'zgarishiga va terapiya samaradorligining pasayishiga olib keldi. Parodontal o'choqlardan ajralib chiqadigan streptokokklar, stafilokokklar va grammanfiy tayoqchalar yuqori patogenlik va antibiotiklarga ko'p sonli chidamlilik bilan tavsiflanadi (A.I. Marchenko, Yu.V. Dyachenko va boshq., 1977; Yu.V. Dyachenko, 1982). Chidamli shtammlarning eng yuqori chastotasi penitsillin, tetratsiklin, levomitsetin va streptomitsin guruhidagi antibiotiklarga nisbatan aniqlanadi.

Mikroorganizmlarning antibiotiklarga chidamliligi mexanizmlarida ularning fermentativ inaktivatsiyasi yetakchi rol o'ynaydi. Shu munosabat bilan antibiotiklarning mikroblarga qarshi ta'sirini kuchaytirish uchun proteolitik fermentlardan foydalanish maqsadga muvofiq deb topildi. Fermentlar nafaqat mikrofloraning antibiotiklarga chidamlilik darajasini pasaytiradi, balki birgalikda qo'llanilganda antibakterial ta'sirni sezilarli darajada kuchaytiradi. Bu proteazalarning hayotga layoqatsiz to'qimalarni tanlab parchalashi, nekrolitik ta'sir ko'rsatishi va antibiotiklarning mikrob hujayrasiga ta'siri uchun qulay sharoit yaratishi bilan izohlanadi.

Mikrosid va streptomitsinning tripsin, ximotripsin, kristall pronaza va terrilitin bilan birgalikda parodontal cho'ntaklardan ajratib olingan tillarang stafilokokk kulturasiga nisbatan antimikrob faolligini eksperimental o'rganish shuni ko'rsatdiki, kombinatsiyalangan qo'llash antibiotiklar bilan monoterapiya ta'siridan sezilarli

darajada ustunlik qiladi (N.F. Danilevskiy, L.A. Xomenko, 1972). Ximopsinni norsulfazol va levomitsetin bilan birgalikda qo'llash ham yuqori samaradorlikni ko'rsatdi va proteolitik fermentlarni aminoglikozid antibiotiklari bilan birgalikda qo'llashda aniqroq terapevtik ta'sir qayd etildi.

Klinik amaliyotda tinidazol (fasijin), trixomonatsidning 1% li suvli eritmasi, nitazolning 2,5% li suspenziyasi va boshqa preparatlar ham qo'llaniladi. Trixomonadaga qarshi faollikka metilen ko'ki, vagotil, furazolidon va boshqa bir qator vositalarning eritmalari ega. Ko'rsatilgan preparatlar parodontal cho'ntaklarga davolovchi qotuvchi bog'lam ostiga kiritiladi.

O'simliklardan olinadigan antibakterial preparatlar diqqatga sazovordir. Parodontning turli kasalliklarini davolashda ularni qo'llash ko'rsatkichlari, qo'llash metodikasi va klinik samaradorligining tahlili N.F. Danilevskiy, T.V. Zinchenko, N.A. Kodolaning (1984) monografiyasida batafsil bayon etilgan. O'tkir yallig'lanish jarayonlarida va parodontning distrofik-yallig'lanish kasalliklarining o'tkir kechishida qotiruvchi ta'sirga ega bo'lmagan o'simlik vositalari, masalan, chistotel, marmarak, yapon soforasi, dalachoy, qichitqi o't bargi va boshqalar samarali hisoblanadi. Parodontal cho'ntaklarni chayish va o'rnatish uchun spirtli damlamalar 100 ml suvga 30-50 tomchi hisobida suv bilan suyultiriladi. Parodontal cho'ntaklarga kiritilganda bu preparatlarni kanakunjut, pixta va boshqa moylarda, pixta balzamida, 0,5% li natriy ushinat eritmasida va shunga o'xshash muhitlarda eritish maqsadga muvofiqdir.

Dorivor o'simliklar preparatlari antibakterial, yallig'lanishga qarshi va burishtiruvchi ta'sirga ega bo'lib, antigenlik xususiyatining yo'qligi bilan ajralib turadi. Ular asosan tanin saqlovchi o'simliklardan olinadigan qaynatmalar, damlamalar va nastoykalar ko'rinishida qo'llaniladi. Shunday qilib, tirnoqgul nastoykasi tarkibida karotinoidlar, oshlovchi moddalar va boshqa biologik faol komponentlar mavjud bo'lib, antiseptik, yallig'lanishga qarshi va o'rtacha og'riq qoldiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Mavrak bargidan olingan salvin yallig'lanishga qarshi va qotiruvchi ta'sirga ega bo'lib, 0,1-0,25% li suv-spirtni eritma holida chayqash va parodontal cho'ntaklarni yuvish uchun qo'llaniladi.

Yuraksimon makleyasi va mayda mevali makleyaning yer ustki qismidan olinadigan sangviritrin (1% li eritmasi) keng spektrdagi yaqqol antimikrob faolligi bilan

ajralib turadi. Preparat grammusbat va grammanfiy mikroorganizmlarga, achitqisimon zamburug'larga, trixomonadalarga ingibirlovchi ta'sir ko'rsatadi. Parodont kasalliklarini davolashda qo'llaniladigan dorivor o'simliklar biologik faol moddalar majmuasini o'z ichiga oladi: dalachoy o'ti efir moylari, vitaminlar va qotiruvchi birikmalarga boy; mavrak barglari fitonsidlar, efir moylari va taninlarni o'z ichiga oladi; eman po'stlog'i gallotaninlar, uglevodlar va qatron moddalarini o'z ichiga oladi; dorixona moychechagi gullari - yallig'lanishga qarshi, allergiyaga qarshi va o'rtacha bakteritsid ta'sirni ta'minlaydigan, shuningdek, epiteliy regeneratsiyasini tezlashtirishga yordam beradigan efir moylari va flavonoidlar.

Ramazulon moychechak ekstrakti va efir moylarining kombinatsiyasi bo'lib, yallig'lanishga qarshi va hidsizlantiruvchi ta'sirga ega. Maraslavin - shuvoq, chinnigul, qora murch va boshqa o'simliklar ekstraktlari asosidagi ko'p komponentli fitopreparat - parodontal cho'ntaklarda granulyatsion to'qimaning ortiqcha proliferatsiyasini bostiradi, tomirlarni toraytiruvchi va sklerozlovchi ta'sir ko'rsatadi. Klinik amaliyotda yong'oq mevasining yashil po'stidan olingan yuglon (0,2% li spirtli eritmasi), sariq ko'za ildizpoyasidan ajratib olingan lyutenurin (0,2% li eritmasi) ham ishlatiladi.

Parodontning surunkali yallig'lanish kasalliklarida, shu jumladan generallashgan parodontitning surunkali kechishida qaynatma va damlama ko'rinishidagi burishtiruvchi ta'sirga ega bo'lgan fitopreparatlar eman po'stlog'i, mavrak barglari, sedana o'ti va boshqalar keng qo'llaniladi. Milk to'qimalaridagi produktiv jarayonlarni davolashda qisqa muddatli applikatsiyalar (ekspozitsiya 30 soniya - 1 daqiqa) vagotil, befungin, chistotel va maraslavin preparatlari samarali hisoblanadi.

Kompleks davolashda tabiiy mikroblarga qarshi vositalar muhim o'rin tutadi: novoimanin (0,1% dalachoyning spirtli eritmasi), natriy usninat (0,5% eritma), evkalipt barglari xlorofillari aralashmasini o'z ichiga olgan xlorofillipt (0,25% eritma), 0,2% sangviritrin eritmasi, ekteritsid, yapon soforasi nastoykasi va boshqa preparatlar. Ko'rsatilgan vositalar grammusbat mikrofloraga, shu jumladan penitsilliga chidamli stafilokokk shtammlariga nisbatan ustun faollikni namoyon qiladi. Xlorgeksidin biglyukonat (0,05% eritma) kuchli bakteritsid, antiseptik va fungitsid ta'sirga ega.

Zaxm yoki sil fonida rivojlanadigan parodont to'qimalarining shikastlanishlarida infeksiyaga qarshi maxsus preparatlarni qo'llash ko'rsatilgan. Umumiy etiotrop terapiya

bilan birgalikda zaxm bilan og‘rigan bemorlarga mahalliy ravishda oqish spiroxetaga qarshi faol vositalar, xususan, shaftoli moyidagi 10% osarsol suspenziyasi buyuriladi. Sil bilan og‘rigan bemorlarga silga qarshi vositalarning mahalliy shakllari qo‘llaniladi: 5-10% izoniazid (tubazid) eritmasi, 5% salyuzid eritmasi, 3% natriy paraaminosalitsilat (PASK) eritmasi va boshqa preparatlar.

Parodont kasalliklarini medikamentoz davolashning muhim tarkibiy qismi reparativ jarayonlarni rag‘batlantirish bo‘lib, shikastlangan to‘qimalardagi metabolik buzilishlarni tuzatish va regeneratsiyani faollashtirishga qaratilgan patogenetik va simptomatik ta’sir vositalarini o‘z ichiga oladi. Reparativ-stimullovchi ta’sir pirimidin asoslari hosilalari, vitamin preparatlari, fitovositalar va oksigenoterapiya usullariga xosdir. Steroid bo‘lmagan yallig‘lanishga qarshi vositalar, masalan, mefenamin kislota va uning tuzlari, shuningdek, pirimidant ma’lum darajada xuddi shunday ta’sir ko‘rsatadi.

Pirimidin qatori hosilalari anabolik va antikatabolik ta’sirga ega, hujayraviy yangilanish jarayonlarini tezlashtiradi, immun himoyaning hujayraviy va gumoral mexanizmlarini faollashtiradi, leykopoezni rag‘batlantiradi va yallig‘lanishga qarshi faollikni namoyon qiladi. Ularni davolash sxemasiga kiritish antibiotiklar va sulfanilamidlarning samaradorligini oshirishga, shuningdek, nojo‘ya ta’sirlar, jumladan, organizmning himoya reaksiyalarini bostirish, regenerativ jarayonlarni sekinlashtirish va allergik reaksiyalar rivojlanish ehtimolini kamaytirishga yordam beradi.

Ushbu guruhning eng keng qo‘llaniladigan vakili mahalliy toksik ta’sirga ega bo‘lmagan metiluratsil (metatsil) hisoblanadi. Preparat ekssudativ-alterativ o‘zgarishlarning ifodalanishini kamaytiradi, granulyatsion to‘qimaning haddan tashqari o‘sishiga to‘sqinlik qiladi va yallig‘lanishni to‘xtatish va parodontal cho‘ntaklarni kyuretaj qilishdan keyin parodont to‘qimalarining regeneratsiyasini rag‘batlantirish uchun qo‘llaniladi. Odatda, metiluratsil antibakterial vositalar bilan birgalikda 10% emulsiya yoki pasta ko‘rinishida applikatsiya va parodontal cho‘ntaklarga kiritish uchun ishlatiladi. Uni qo‘llash glikogen va nuklein kislotalar almashinuvining me’yorlashuvi, shuningdek, neytral glikozaminoglikanlarning to‘planishi bilan birga kechadi, bu esa milk biriktiruvchi to‘qimasining chandiqlanish jarayonlarining faollashuvini aks

ettiradi. Shunga o'xshash farmakologik xususiyatlarga pentoksil ega, ammo uning mahalliy qo'llanilishi aniq organoleptik xususiyatlar bilan cheklangan.

Ko'p sonli eksperimental va klinik tadqiqotlar parodont kasalliklarini davolashda vitamin preparatlarini qo'llashning patogenetik asoslanganligini tasdiqlaydi. C, P, E, K, A vitaminlari, shuningdek B guruhi vitaminlari va boshqa biologik faol birikmalar eng katta klinik ahamiyatga ega.

Generallashtirilgan parodontitni patogenetik asoslangan davolash tizimida parodont suyak to'qimasidagi reparativ jarayonlarni faollashtirish muhim o'rin tutadi. Shu maqsadda klinik amaliyotda biogen stimulyatorlar aloe, FIBS, splenin va boshqalar qo'llaniladi, ular inyeksiya shaklida kurslar bilan buyuriladi, shuningdek, elektroforez yoki fonoforez usullaridan foydalangan holda parodont to'qimalariga kiritiladi.

Tiklanish jarayonlarini stimullash to'qima transplantatlarini to'g'ridan-to'g'ri kiritish orqali ham amalga oshirilishi mumkin, ayniqsa jarrohlik aralashuvlari paytida. Buning uchun autosuyak, konservalangan va liofillangan suyak to'qimasi, konservalangan tog'ay, ilik va boshqa biologik materiallardan foydalaniladi.

Parodontdagi distrofik o'zgarishlarni davolashning asosiy yo'nalishlaridan biri reparativ osteogenezning osteoblastik fazasini faollashtirishdir. Ushbu tamoyil yo'naltirilgan ta'sirga ega maxsus zardoblarni, xususan, N.F. Danilevskiy va hammualliflar (1976) tomonidan taklif etilgan osteogen sitotoksik zardobni qo'llashga asoslangan.

Parodontal cho'ntaklarning regeneratsiyasi va chandiqlanishini yakunlovchi epitelizatsiya jarayonlarini, shuningdek, milk shilliq qavatining yarali nuqsonlarini optimallashtirish uchun keratoplastik preparatlar qo'llaniladi. Reparativ regeneratsiyani rag'batlantiruvchi vositalar ham shunga o'xshash xususiyatlarga ega, ammo bir qator dori vositalarida keratoplastik ta'sir ko'proq namoyon bo'ladi.

Eng muhim keratoplastik vositalar qatoriga A vitamini va uning hosilalari - retinoidlar kiradi. Bu moddalar epiteliy hujayralarining mitotik faolligini kuchaytiradi va shu bilan epitelizatsiya jarayonlarining tezlashishiga yordam beradi. Bundan tashqari, vitamin A RNK va sulfatlangan glikozaminoglikanlar sintezini qo'llab-quvvatlashda ishtirok etadigan epitelial hujayralarning tabiiy tarkibiy qismi sifatida qaraladi. Klinik amaliyotda retinol atsetatning 3,44% va 6,88% li moyli eritmaları, retinol palmitat (1 ml

da 100000 TB), shuningdek, tarkibida A vitamini bo'lgan kombinatsiyalangan preparatlar ayevit, arekol, vinilin (Shostakovskiy balzami), aerosol shakllari - vinizol va lioksazol qo'llaniladi.

Retinoidlarning sezilarli miqdori o'simliklardan olingan preparatlar, jumladan, chakanda moyi, karotolin, tilazon va na'matak moyi uchun ham xosdir. Kimyoviy tuzilishi bo'yicha A vitaminiga sitral yaqin, uning 1% li spirtli eritmasi plastik stimulyatsiyalovchi ta'sirdan tashqari dezodoratsiyalovchi, giposensibilizatsiyalovchi va mahalliy anesteziyalovchi ta'sirga ega.

Keratoplastik faollikka ba'zi anilin bo'yoqlari, xususan, metilen ko'kning 1% li suvli yoki glitserinli eritmaları va etakridin laktatning 0,1% li eritmasi ham ega. Bu preparatlar parodontal cho'ntaklarga yuborish uchun, shuningdek, shilliq qavatning eroziv va yarali yuzalariga applikatsiya shaklida qo'llaniladi.

12.7. RSD va parodontal bog'lamlardan voz kechish

Parodontal bog'lamlarning tarixiy ahamiyati. An'anaviy parodontologiya amaliyotida jarrohlik aralashuvlari va yallig'lanishga qarshi faol muolajalardan so'ng parodontal bog'lamlar keng qo'llanilgan. Ularning tayinlanishi jarohat yuzasini mexanik himoya qilish, og'riq sezuvchanligini pasaytirish, mikroba kontaminatsiyasini cheklash va operatsiyadan keyingi davrda mikroba chetini barqarorlashtirishdan iborat edi. Bunday yondashuv parodontitni davolash asosan travmatik jarrohlik usullari va tish ildizlarini qo'pol ravishda kyuretaj qilish orqali amalga oshirilgan sharoitlarda shakllangan.

Zamonaviy Root Surface Debridement (RSD) konsepsiyasi parodontning yallig'lanish kasalliklarini davolashga yondashuvni tubdan o'zgartirdi. RSD ehtiyotkor, biologik yo'naltirilgan usul bo'lib, uning maqsadi ildiz sementiga minimal zarar yetkazgan holda bakterial bioplyonka va minerallashtirilgan cho'kindilarni tanlab olib tashlashdir. Asosiy e'tibor parodont to'qimalarining hayotiylikini saqlab qolish va mustaqil ravishda tiklanish va tiklanish uchun sharoit yaratishga qaratilgan bo'lib, bu keng jarohat yuzasini shakllantirish va klassik parodontal bog'lamlardan foydalanishni ortiqcha qilib qo'yadi.

RSD-terapiya doirasida parodontal bog'lamlardan voz kechish uslubiy va biologik jihatdan asoslangan.

Aralashuvning minimal jarohatliligi to‘qimalarni mexanik himoya qilmaslikka imkon beradi, chunki RSD suyak to‘qimasining ochilishi bilan kechmaydi va yumshoq to‘qimalarga sezilarli zarar yetkazmaydi.

Fiziologik bitishning buzilishi ikkinchi omil hisoblanadi. Parodontal bog‘lamlar milk egatining tabiiy drenajlanishiga to‘sqinlik qilishi, karash va mikroorganizmlarning to‘planishi uchun sharoit yaratishi, shuningdek, RSDning asosiy tamoyillariga zid bo‘lgan gaz almashinuvi va to‘qimalar mikrosirkulyatsiyasini buzishi mumkin.

Samaradorlikning isbotlash bazasining yo‘qligi ham ularni qo‘llashning asossizligini tasdiqlaydi. Zamonaviy klinik tadqiqotlar parodontning yallig‘lanish kasalliklarini jarrohliksiz davolashda, ayniqsa ultratovushli va ehtiyotkor qo‘l asboblardan foydalanganda, parodontal bog‘lamlarning sezilarli afzalliklarini aniqlamaydi.

Nihoyat, **ikkilamchi mikroba kolonizatsiyasi xavfining ortishi** bog‘lamlarni qo‘llashni nomaqbul qiladi. Ular bakterial qoplama uchun retension omilga aylanishi mumkin, bu esa RSDning asosiy maqsadiga - bioplyonkani nazorat qilish va to‘qimalarni tiklashga ziddir.

Parodontal bog‘lamlar o‘rniga RSD konsepsiyasi fiziologik tiklanish jarayonlarini qo‘llab-quvvatlovchi usullarni qo‘llashni nazarda tutadi. Asosiy ahamiyat og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasini individual nazorat qilish va to‘qimalar holatini muntazam ravishda professional nazorat qilishdir. Antiseptik va yallig‘lanishga qarshi vositalarni, shuningdek, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydigan va regeneratsiyani rag‘batlantiradigan preparatlarni mahalliy qo‘llash reparatsiya uchun zarur sharoitlarni ta’minlaydi. Ba’zi hollarda milk egatining fiziologik muhitini buzmaydigan gel va eritmalar ko‘rinishidagi mahalliy biomateriallarni qo‘llash mumkin.

RSD konsepsiyasi doirasida parodontal bog‘lamlardan voz kechishni aralashuvning minimal invazivligi, dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillari va parodont to‘qimalarining tabiiy tiklanish jarayonlarining ustuvorligi bilan asoslangan ongli klinik yechim sifatida ko‘rib chiqish kerak. Ushbu tamoyillarni bilish bo‘lajak shifokor-stomatologga davolash taktikasini oqilona tanlash, ortiqcha va eskirgan usullardan qochish imkonini beradi.

RSD: kengaytirilgan terapiya protokoli Root Surface Debridement (RSD) parodontning surunkali yallig‘lanish kasalliklarini davolashning minimal invaziv usuli bo‘lib, sement va biriktirilgan epiteliyning yaxlitligini saqlab qolgan holda bakterial bioplyonka va minerallashtirilgan tish cho‘kmalarini to‘liq olib tashlashga qaratilgan. Usulning asosiy maqsadi jarrohlik aralashuvlarsiz va parodontal bog‘lamlardan foydalanmasdan to‘qimalarning tabiiy tiklanishi va regeneratsiyani rag‘batlantirish uchun sharoit yaratishdir.

Taklif etilayotgan protokol prinsiplari quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- Parodont to‘qimalariga ayovchi ta’sir ko‘rsatish.
- Ildiz yuzasidan tish toshi va bioplyonkani tanlab olib tashlash.
- Tabiiy mikroblar muvozanatini saqlash.
- Mahalliy antiseptik va yallig‘lanishga qarshi terapiyani qo‘llash.
- Parodont to‘qimalarida metabolik va reparativ jarayonlarni rag‘batlantirish.

2. Diagnostik va tayyorgarlik bosqichi

RSDni o‘tkazishdan oldin kompleks diagnostika o‘tkaziladi:

- Parodontal cho‘ntaklarning chuqurligini, tishlarning harakatchanlik darajasini aniqlash.
- Alveolyar suyak va shilliq qavat holatini baholash.
- Suyak rezorbsiyasining lokalizatsiyasini aniqlash uchun rentgen tekshiruvi.

Tayyorgarlik terapiyasi quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- Og‘iz bo‘shlig‘ining professional gigiyenasi, yumshoq va qattiq karashlarni olib tashlash, Vector-terapiya
- Bemorni shaxsiy gigiyenaga o‘rgatish.
- Mahalliy yallig‘lanishga qarshi ta’sir: mexanik ishlov berishdan oldin yallig‘lanish faolligini kamaytirish uchun antiseptik eritmalar, o‘simlik ekstraktlari va pirimidin qatori preparatlarini (metiluratsil 10% emulsiyasi, sangviritrin 0,2% eritmasi) qo‘llash.

3. Ildiz va parodontal cho‘ntaklarga mexanik ishlov berish

RSD muolajasi quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- Ildiz yuzasidan tish karashlari va bakterial bioplyonkani olib tashlash.

- Og‘iz bo‘shlig‘ining professional gigiyenasi, yumshoq va qattiq karashlarni olib tashlash, Vector-terapiya
- Retsessiya shakllanishining oldini olish uchun cho‘ntaklar tubiga va tishlar oralig‘iga yaxshilab ishlov berish.

Muhim: sementga tajovuzkor ta’sir istisno etiladi, bu esa biriktiruvchi to‘qimaning birikishi uchun anatomik sharoitlarni saqlab qoladi va tezroq bitishini ta’minlaydi.

4. Mahalliy medikamentoz terapiya

Mexanik ishlovdan so‘ng kompleks mahalliy terapiya qo‘llaniladi:

Antiseptik va mikroblarga qarshi vositalar:

- Sangviritrin 1% li eritmasi - grammusbat va grammanfiy bakteriyalar, achitqisimon zamburug‘lar, trixomonadalarga ta’sir qiladi.
- Xlorofillipt 0,25% eritma - evkalipt barglari xlorofillari aralashmasi, bakteritsid va yallig‘lanishga qarshi ta’sirga ega.
- Natriy usninat 0,5% eritmasi - o‘simliklardan olingan mikroblarga qarshi va antiseptik vosita.
- Novoimanin 0,1% li spirtli eritmasi (zveroboy) - asosan grammusbat bakteriyalarga nisbatan faol.
- Xlorgeksidin biglyukonat 0,05% - bakteritsid, antiseptik va fungitsid ta’sirga ega.

Yallig‘lanishga qarshi va stimullovchi vositalar:

- Metiluratsil 10% emulsiya yoki pasta - hujayra regeneratsiyasini tezlashtiradi, glikogen va nuklein kislotalar almashinuvini normallashtiradi.
- Pentoksil - reparativ jarayonlarni stimullaydi (yaqqol achchiq ta’mini hisobga olgan holda mahalliy qo‘llashni cheklash).
- Vitamin preparatlari:
 - C vitamini 5% eritma (elektroforez), kollagen sintezi va kapillyarlarning tiklanishiga yordam beradi.
 - B guruh vitaminlari: tiamin bromid 3%, nikotin kislota 1%, piridoksin gidroksid 5% - oksidlanish-qaytarilish jarayonlarida ishtirok etadi.
 - Vitamin E 30% moyli eritmasi (tokoferol atsetat) - antioksidant, hujayra metabolizmini rag‘batlantiradi.

- Vitamin A 3,44-6,88% li retinol atsetat/palmitatning moyli eritmasi; kombinatsiyalangan preparatlar (ayevit, ayekol, vinilin) - epitelial hujayralar mitozlarini stimullaydi, epitelizatsiyani tezlashtiradi.
- O'simlik ekstraktleri: aloe, tirnoqgul, mavrak, chakanda moyi, karotolin, tilazon - biriktiruvchi to'qimaning epitelizatsiyasi va regeneratsiyasini rag'batlantiradi.

Preparatlarni yuborish shakli:

- 30-60 soniya ekspozitsiyada parodontal cho'ntaklarga applikatsiyalar.
- Vitaminlar va stimulyatorlarni chuqur yetkazib berish uchun elektroforez yoki fonoforez.
- Kyuretajdan keyin cho'ntaklarga pasta yoki emulsiyalarni kiritish.

5. Fizioterapevtik yordam

Fizioterapevtik usullar metabolik jarayonlarni, mikrotsirkulyatsiyani va to'qimalar reparatsiyasini stimullaydi:

- **Darsonvalizatsiya** - qon ta'minotini yaxshilash va yallig'lanishni kamaytirish.
- **Ultratovush bilan ishlov berish** - mikroob bioplyonkasini mexanik usulda olib tashlash va to'qimalarni kislorod bilan ta'minlash.
- **Milk massaji** - trofika va mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi.
- **Elektroforez** - osteoblastik faollikni rag'batlantirish uchun A, C, E, B vitaminlari va kalsiy yuborish.
- **Kislorod terapiyasi** - to'qimalar gipoksiyasini kamaytirish, oksidlanish-qaytarilish jarayonlarini yaxshilash.

Suyak to'qimasidagi anabolik jarayonlarni stimullash uchun quyidagilardan foydalangan holda elektroforez usullari qo'llaniladi:

- 2% li natriy fluorid eritmasi.
- 10% li kalsiy glyukonat va kalsiy xlorid eritmasi.
- Kalsiy laktatning 5% li eritmasi.
- Kalsiy glitserofosfatning 2-3% li eritmasi.

6. Postterapevtik kuzatuv va profilaktika

Yakuniy bosqich quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Parodontal cho'ntaklar chuqurligini va tishlar harakatchanligini nazorat qilish.
- Milk holatini, yallig'lanish jarayonining faolligini baholash.

- Individual gigiyena vositalarini tayinlash: professional pastalar, antiseptiklar va o'simlik ekstraktlari bilan chayish vositalari.
- Parodont to'qimalarini ushlab turish uchun vitaminlar va biogen stimulyatorlarni profilaktik qo'llash.

Bunday kompleks yondashuv yallig'lanish jarayonining barqaror remissiyasiga erishish, parodontning funksional tuzilishini saqlab qolish va parodontal bog'lamlardan foydalanmasdan qaytalanish xavfini kamaytirish imkonini beradi.

1. Parodontal cho'ntakdagi granulyatsion to'qima va moyli eritmalar

Surunkali yallig'lanishda parodontal cho'ntakda granulyatsion to'qima - yallig'lanish hujayralari, fibroblastlar va kapillyarlar miqdori yuqori bo'lgan qon tomirlashgan biriktiruvchi to'qima hosil bo'ladi.

- **Yog'li eritmalar va o'simlik ekstraktlari** (masalan, A, E vitaminlari, chakanda moyi, karotolin) to'qimalarni oziqlantirishi va namlantirishi, epitelizatsiya va qon tomirlarining o'sishini rag'batlantirishi mumkin.
- **Biroq:** yaqqol granulyatsiya va progressiv yallig'lanishda moylardan ortiqcha foydalanish cho'ntakni mexanik tozalash o'tkazilmagan bo'lsa, **mikroorganizmlar uchun muhitni saqlab qolishi mumkin.** Shuning uchun **moyli eritmalar yallig'lanish granulyatsiyasini olib tashlagandan so'ng qo'llab-quvvatlovchi element sifatida samarali bo'ladi,** ammo uni mexanik ishlov berish o'rnini bosmaydi.

Shunday qilib, RSD tarkibidagi moyli eritmalar **cho'ntak yaxshilab tozalangandan so'ng,** yallig'lanishning faol bosqichida granulyatsiyalarni "oziqlantirish" uchun emas, balki regeneratsiya va epitelizatsiyani rag'batlantirish uchun qo'llaniladi.

2. Parodontal cho'ntaklarga applikatsiyalar va parodontal bog'lamlardan voz kechish

Ilgari periodontal bog'lamlar quyidagilar uchun ishlatilgan:

- Jarohat yuzasini mexanik himoya qilish.
- Mikroob muhiti bilan kontaktning pasayishi.
- Antiseptik vositalarni uzoq vaqt ushlab turish.

Nima uchun RSD bog'lamlardan voz kechadi:

1. **RSDning maqsadi - minimal invazivlik.** Bog‘lam qo‘yish cho‘ntakning so‘lak bilan tabiiy tozalanishini cheklaydi, drenajni kamaytiradi va ekssudatning dimlanishiga olib kelishi mumkin.
2. **Zamonaviy mahalliy preparatlar** (applikatsiyalar, sug‘orishlar, instillyatsiyalar, vitaminlar va antiseptiklar eritmalari) matolarni mexanik bog‘lovlarsiz himoya qilish va qayta ishlash imkonini beradi.
3. **Bintlardan voz kechish himoyani kamaytirmaydi**, agar quyidagilar bajarilsa:
 - Chayqash (xlorgeksidin, sangviritrin, o‘tlar ekstraktlari).
 - Antiseptiklar va vitaminlarni mahalliy yetkazib berish uchun instillyatsiyalar va qisqa applikatsiyalar (30-60 soniya).

Xulosa: RSDda bog‘lamlardan voz kechish qonuniy hisoblanadi, chunki **himoya ta’siri mahalliy dori-darmonlar va fizioterapiya bilan almashtiriladi**, bog‘lamning o‘zi esa tabiiy epitelizatsiya va drenajga to‘sqinlik qilishi mumkin.

3. Parodontal cho‘ntaklarda ishlash va jarrohlik komponenti

RSD tish toshi va ildizdan bioplyonkani jarrohliksiz olib tashlashni nazarda tutadi. Biroq:

- **Parodontitning o‘rtacha va og‘ir darajasida:**
 - Agar parodontal cho‘ntaklar >5-6 mm bo‘lsa.
 - Biriktiruvchi to‘qimaning birikishiga xalaqit beradigan sezilarli granulyatsion to‘qimada.
- **Keyin RSD ko‘pincha quyidagilar bilan to‘ldiriladi:**

1. **Past intensivlikdagi lazer** - cho‘ntakni tozalash, granulyatsiyalarni olib tashlash, dezinfeksiya qilish hamda osteoblastik va fibroblastik faollikni rag‘batlantirish uchun.
 2. **Minimal jarrohlik aralashuvlar** - yaqqol namoyon bo‘lgan granulyatsion to‘qimani instrumental yo‘l bilan bartaraf etish imkoni bo‘lmaganda uni olib tashlash.
- Ya’ni, **RSD o‘z-o‘zidan cho‘ntaklarda ishlaydi**, ammo og‘ir bosqichlarda **gibrid sxema talab qilinishi mumkin: RSD + lazer + minimal jarrohlik.**

4. Mexanik tozalashdan keyingi qo‘llab-quvvatlovchi usullar

Bioplyonka va granulyatsiyalar olib tashlangandan so'ng, asosiy e'tibor **regeneratsiyani stimullash va mikrobu muvozanatini saqlashga**:

- **Chayish va og'iz vannalari** - antiseptiklar (0,05% xlorgeksidin), o'simlik ekstraktlari (shalfey, moychechak, eman).
- **Cho'ntaklarni chayish va instillyatsiyalar** - vitaminli va rag'batlantiruvchi eritmalar (metiluratsil 10%, A, C, E vitaminlari, sangviritrin).
- **Fizioterapiya** - past intensivlikdagi lazer, vitaminlar elektroforezi, ultratovush.

Bu kombinatsiya quyidagilarga imkon beradi:

- Yallig'lanishni kamaytirish.
- Cho'ntak tubining epitelizatsiyasini tezlashtirish.
- Biriktiruvchi to'qimaning osteogenezi va chandiqlanishini qo'llab-quvvatlash.

5. Parodontitning o'rtacha va og'ir darajasida amaliy qo'llanilishi

- **O'rtacha daraja**: RSD + applikatsiya, chayish, instillyatsiya, fizioterapiya.
- **Og'ir daraja**: RSD + granulyatsiyalarni lazer yordamida olib tashlash + qo'llab-quvvatlovchi muolajalar.
- **Jarrohlik uchun ko'rsatmalar** quyidagi hollarda yuzaga keladi:
 - Periodontal cho'ntaklar >6 mm, kuchli suyak rezorbsiyasi bilan.
 - Granulyatsiyani asboblardan bilan yetarli darajada olib tashlashning iloji yo'qligi.

Shunday qilib, **RSD asosiy tushuncha bo'lib qolmoqda**, ammo optimal regeneratsiyaga erishish uchun zamonaviy fizioterapevtik va minimal invaziv usullar bilan moslashuvchan tarzda to'ldirilmoqda.

12.8. Kataral gingivitni davolashning klinik protokoli

Kataral gingivit Kataral gingivit parodont yallig'lanish kasalliklarining eng keng tarqalgan shakli bo'lib, tish-milk birikishining yaxlitligini buzmasdan milk shilliq qavatining yuzaki yallig'lanishi bilan tavsiflanadi. Kasallik patogenezida mikroblar tish pilakchasi yetakchi rol o'ynaydi, uning toksinlari va fermentlari milk to'qimalarida yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqaradi.

Kataral gingivitni davolash etiologik omil - mikrobu bioplyonkasi va tish cho'kmalarini bartaraf etishdan boshlanishi kerak. Terapiyaning asosiy va majburiy

bosqichi tishlarga mexanik va ultratovushli ishlov berishning zamonaviy usullaridan foydalangan holda og‘iz bo‘shlig‘ining professional gigiyenasini o‘tkazish, shuningdek Root Surface Debridement (RSD) konsepsiyasi doirasida ildiz yuzasiga puxta ishlov berishdir. Ushbu bosqich milk usti va osti qatlamlarini to‘liq olib tashlash va tish ildizining biologik mos keladigan yuzasini tiklashga qaratilgan.

Mahalliy ta’sirlovchi omillar bartaraf etilgandan so‘ng, mahalliy yallig‘lanishga qarshi terapiya o‘tkaziladi. Ushbu bosqichda mikroblar kontaminatsiyani kamaytirish va yallig‘lanish jarayonini bostirishga qaratilgan chayish, applikatsiya ko‘rinishidagi antiseptik vositalar keng qo‘llaniladi. Xlorgeksidin, geksetidin, povidon-yod asosidagi preparatlar hamda o‘simlik antiseptiklari ishlatiladi. Chayish bemorning yoshi va individual chidamliligini hisobga olgan holda, qoida tariqasida, 7-10 kunlik kurslar bilan belgilanadi.

Milk og‘rig‘i, shishishi va qonashi bilan kechadigan yallig‘lanishning yaqqol klinik ko‘rinishlarida mahalliy ta’sirga ega bo‘lgan nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalarni gellar va applikatsiyalar ko‘rinishida qisqa muddatli qo‘llash ko‘rsatilgan. Generallashtirilgan jarayon va yaqqol yallig‘lanish reaksiyasi holatida tizimli ta’sirga ega bo‘lgan nosteroid yallig‘lanishga qarshi dori vositalarini qisqa kurs bilan buyurish mumkin.

Kataral gingivitni kompleks davolashda yallig‘lanishning surunkalashishiga olib keluvchi omillarni korrupsiyalash muhim ahamiyatga ega. Bularga noratsional plombalar va ortopedik konstruksiyalar, travmatik okklyuziya, og‘iz bo‘shlig‘i individual gigiyenasining qoniqarsizligi kiradi. Ularni o‘z vaqtida aniqlash va bartaraf etish turg‘un remissiya davri majburiy sharti hisoblanadi.

Davolashning yakuniy bosqichi bemorni og‘iz bo‘shlig‘ining individual gigiyenasiga o‘rgatish, parodont holatini hisobga olgan holda parvarishlash vositalari va usullarini tanlash hamda muntazam profilaktik kuzatuvga undashdan iborat. Agar tavsiyalarga rioya qilinsa va o‘z vaqtida kasbiy gigiyena o‘tkazilsa, kataral gingivit ijobiy prognozga ega va to‘liq qaytariladi.

Kataral gingivit

Faza	Davolash maqsadi	Preparat guruhlari	Preparatlar namunalari	Qo'llanish shakli
O'tkir	Yallig'lanishni bartaraf etish, qon ketish va shishni kamaytirish	Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar	Mefenamin kislotasi, salitsil kislotasi	Mahalliy (applikatsiyalar, gellar), tizimli (yaqqol yallig'lanishda, shifokor ko'rsatmasi bo'yicha)
	Mikro qon aylanishini qo'llab-quvvatlash	Venotoniklar, antioksidantlar	Askorbin kislotasi, tokoferol, rutin	Tizimli ravishda ichga, mahalliy vitamin eritmalari bilan chayish
	Bakterial floraga qarshi kurash	Antiseptiklar	Xlorgeksidin 0,05-0,1%, miramistin	Kuniga 2-3 marta chayish, milklarga applikatsiyalar
Surunkali	Reparatsiyani stimullash, milk to'qimalarini normallashtirish	Immunomodulyatorlar va reparamtlar, fitoterapiya	Metiluratsil, pentoksil, moychechak, mavrak, dalachoy damlamalari	Mahalliy applikatsiya, chayish, zarur bo'lganda tizimli

1. **O'tkir bosqich** yallig'lanishni tezda bartaraf etishni talab qiladi. NYQV va antiseptiklarni mahalliy qo'llash shish va qon ketishini kamaytiradi, tizimli NYQV esa faqat kuchli noqulaylik paytida qo'llaniladi.
2. **Mikrosirkulyatsiyani qo'llab-quvvatlash** milk to'qimasining oziqlanishini normallashtirish va gipoksiyani kamaytirish uchun zarur. C va P vitaminlari qon tomir devorini mustahkamlaydi va to'qimalar qarshiligini oshiradi.

3. **Bakterial florani nazorat qilish** shartli patogen mikroorganizmlarning keyingi ko'payishini oldini oladi. Chayish va applikatsiyalar bakterial fonni kamaytirishga yordam beradi va tiklanishni tezlashtiradi.
4. **Surunkali bosqich** reparativ jarayonlarni rag'batlantirish va immunitetni qo'llab-quvvatlashga qaratilgan. Metiluratsil va pentoksil regeneratsiya va mahalliy immunitet jarayonlarini faollashtiradi, fitoterapiya yumshoq yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi va natijani mustahkamlaydi.
5. **RSD** gingivitdagi karash va yumshoq to'qimalarni milkka zarar yetkazmasdan olib tashlash imkonini beradi, yallig'lanishni kamaytiradi va dori-darmonlarning ta'siri uchun optimal sharoit yaratadi.
6. Qolgan terapiya simptomatik bartaraf etish, mikrosirkulyatsiyani tiklash va regeneratsiyani rag'batlantirishga qaratilgan.

12.9. Yarali-nekrotik gingivitni davolashning klinik protokoli

Umumiy qoidalar

Yarali-nekrotik gingivit parodontning o'tkir yuqumli-yallig'lanish kasalliklariga kiradi, milk so'rg'ichlarining nekrozi, kuchli og'riq sindromi, intoksikatsiya va yuqori mikroblilik kontaminatsiya bilan tavsiflanadi. Davolash **bosqichma-bosqich** o'tkaziladi, bunda infeksiya va nekrozni bartaraf etishga ustuvor ahamiyat beriladi, shundan keyingina professional gigiyena va RSD aralashuvi amalga oshiriladi.

I bosqich - o'tkir (nekrotik va infeksiyon jarayonni bartaraf etish)

Davolash boshlanganidan 1-3 kun

Bu bosqichda **har qanday jarohatlovchi aralashuvlar taqiqlanadi.**

Mahalliy terapiya

Davolash mikroblilik yukini kamaytirish, nekrotik massalarni olib tashlash va tiklanish sharoitlarini yaxshilashga qaratilgan og'iz bo'shlig'ini ko'p chayish va yuvish bilan boshlanadi.

Quyidagilar ishlatiladi:

- **Ferment preparatlari** (dastlabki bosqichda): tripsin, ximotripsin - nekrotik plyonkalarni yumshoq olib tashlash uchun applikatsion usulda.

- **Kation antiseptiklar:** xlorgeksidin biglyukonat 0,05% - kuniga 3-4 marta chayiladi.
- **Oksidlovchilar (to'qimalarni kislorod bilan ta'minlash uchun) :** 1% vodorod peroksidi (irrigatsiya yoki applikatsiya) - mexanik tozalashga, anaerob mikroflorani yo'q qilishga yordam beradi.
- **Kuchsiz antiseptiklar:** etakridin laktat 1:5000-1:10000.
- **Fitoterapiya** (o'simlik preparatlari damlamalari va qaynatmalari).

Antiseptik ishlovdan so'ng quyidagilar qo'llaniladi:

- Metronidazol va xlorgeksidin bilan gellar (Metrogil Denta, Parodium gel).
- kuchli og'riqlarda - anestetik applikatsiyalar (eritmalar, og'iz vannalari, **topik anesteziyalovchi gellar** (masalan, **20% benzokain** asosidagi gellar).

Tizimli terapiya

O'rtacha og'ir va og'ir kechishida o'tkaziladi.

- **Antibakterial terapiya:** metronidazol ichish uchun (250-500 mg kuniga 2-3 marta, 5-7 kun).
- **NYQV:** ibuprofen, nimesulid - og'riq va yallig'lanishni bartaraf etish uchun.
- **Dzintoksikatsiya va umumiy mustahkamlovchi terapiya:** B guruh vitaminlari, C vitamini.
- Ko'rsatmalar bo'yicha - immunokorreksiyalovchi terapiya.

Professional gigiyena va RSD bu bosqichda o'tkazilmaydi.

II bosqich - o'tkir osti (yallig'lanish tozalanib, barqarorlashgandan so'ng)

3-5 sutka

II bosqichga o'tish mezonlari:

- nekrotik pardalarning yo'qolishi
- og'riqni kamaytirish
- shish va qon ketishining kamayishi
- umumiy holatni normallashtirish

Professional gigiyena

Yallig'lanish jarayoni barqarorlashgandan so'ng **3-5 kundan keyin** o'tkaziladi.

Quyidagilar ishlatiladi:

- avaylovchi ultratovushli tozalash

- to‘qimalarni shikastlantirmasdan qo‘l asboblari (kyuretlar)
- **havo-abraziv tizimlar** (past bosim, glitsin/eritritol)

Antiseptik kuzatuv

Gigiyenadan keyin:

- 0,05% xlorgeksidin bilan chayish (jami 7-10 kungacha)
- fitoterapiya (moychechak, mavrak, tirnoqgul)

III bosqich - tiklovchi (RSD konsepsiyasi)

7-14 sutka

Ushbu bosqichda **Rot Surface Debridement (RSD) zamonaviy konsepsiyasi amalga oshirilmoqda** - agressiv kyuretajsiz tish qattiq to‘qimalariga biologik jihatdan ehtiyotkorona ishlov berish.

Mahalliy davolash

- qoldiq bioplyonka substratini tanlab olib tashlash
- lazerli dekontaminatsiya (ko‘rsatmalar bo‘yicha)
- reminerallashtiruvchi va epitelizatsiyalovchi gellar (gialuron kislotasi, dekspantenol)

Bemorni o‘qitish

- gigiyena vositalarini individual tanlash
- tishlarni ehtiyotkorlik bilan tozalashga o‘rgatish
- shikastlovchi omillarni nazorat qilish

IV bosqich - quvvatlovchi terapiya

3-4 haftadan keyin

- gigiyena nazorati
- profilaktik ko‘riklar
- xavf omillarini (chekish, stress, tizimli kasalliklar) tuzatish

Bayonnomaning klinik asoslanishi

Yarali-nekrotik gingivitda bosqichma-bosqich yondashuv quyidagilarga imkon beradi:

- infeksiya tarqalishining oldini olish
- nekrozga uchragan to‘qimalarning shikastlanishini oldini olish
- regeneratsiya shartlarini ta’minlash

- zamonaviy RSD texnologiyalarini zo'rayish xavfi bo'lmagan holda integratsiyalash

12.10. Gipertrofik gingivitni davolashning klinik protokoli

Gipertrofik gingivitning shishli shakli ekssudativ va qon tomir reaksiyalari ustunlik qiladigan parodontning yallig'lanish kasalliklariga tegishli. Patogeneza mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, tomir devori o'tkazuvchanligining oshishi, venoz qon dimlanishi, milk biriktiruvchi to'qimasining yaqqol yallig'lanish infiltratsiyasi yetakchi o'rin tutadi. Kasallik klinik jihatdan tishlararo so'rg'ichlar va marginal milk hajmining kattalashishi, ularning pastozligi, yorqin giperemiya, minimal mexanik ta'sirda qon ketishi, shuningdek, og'riq va kengayish hissi bilan namoyon bo'ladi.

Gipertrofik gingivitning shishli shaklini davolash kompleks va bosqichma-bosqich bo'lishi, etiologik omillarni albatta bartaraf etish va yallig'lanish reaksiyasini nazorat qilish lozim. Dastlabki bosqichda zamonaviy RSD (Root Surface Debridement) konsepsiyasi doirasida og'iz bo'shlig'ining ehtiyotkorona professional gigiyenasi amalga oshiriladi. O'tkir davrda qo'pol ultratovush ta'siridan qochib, qo'l asboblari va milk usti tish karashlarini olib tashlashning atravmatik usullari afzal ko'riladi. Milk osti aralashuvi yallig'lanish darajasi pasaygandan so'ng amalga oshiriladi.

Mahalliy dori terapiyasi yallig'lanishni to'xtatish va shishni kamaytirishga qaratilgan. Klinik samaradorligi isbotlangan antiseptik eritmalar, jumladan, 0,05-0,12% konsentratsiyadagi xlorgeksidin biglyukonat, shuningdek, metronidazol va xlorgeksidin asosidagi kombinatsiyalangan preparatlar gel shaklida qo'llaniladi. Dastlabki bosqichda proteolitik fermentlarni applikatsiya shaklida qo'llash mumkin, bu ekssudatsiyani kamaytirishga va milk egatini tozalashga yordam beradi.

Yaqqol yallig'lanish reaksiyasi va og'riq sindromida bemorning yoshi va yondosh patologiyasini hisobga olgan holda nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalarni qisqa kursda ichishga buyurish ko'rsatilgan. Anaerob mikroflora qo'shilgan taqdirda metronidazolni tizimli yoki mahalliy, qat'iy ko'rsatmalar bo'yicha qo'llash asoslangan.

Yallig'lanish jarayoni barqarorlashgandan so'ng, asosiy e'tibor mikrosirkulyatsiyani normallashtirish va qaytalanishning oldini olishga qaratiladi. Fizioterapevtik usullardan darsonvalizatsiya, past intensivlikdagi lazeroterapiya, yallig'lanishga qarshi dorilar bilan elektroforez qo'llaniladi. Bemorga og'iz

bo'shlig'ining individual gigiyenasi, yumshoq tish cho'tkasini tanlash, terapevtik va profilaktik tish pastalari va chayish vositalari bo'yicha batafsil tavsiyalar beriladi. Dorivor o'simliklar qaynatmasi bilan chayish yordamchi usul sifatida ruxsat etiladi, lekin asosiy davolash usuli sifatida qaralmaydi.

Gipertrofik gingivitning fibroz shakli proliferativ jarayonlarning yallig'lanish jarayonlaridan ustun turishi bilan ta'riflanadi. Patomorfologik o'zgarishlar asosida uncha kuchli bo'lmagan tomir reaksiyasi bilan zich tolali biriktiruvchi to'qima o'sishi yotadi. Shish shaklidan farqli o'laroq, qon ketish kuchsiz ifodalangan yoki umuman yo'q, milk rangi ko'pincha och pushti, konsistensiyasi zich, og'riq kam. Bemorlarning asosiy shikoyati milk hajmining kattalashishi va kosmetik nuqson hisoblanadi.

Gipertrofik gingivitning fibroz shaklini davolash shish shaklini davolashdan tubdan farq qiladi. Konservativ yallig'lanishga qarshi chora-tadbirlar cheklangan samaradorlikka ega va asosan tayyorgarlik bosqichida qo'llaniladi. Birinchi navbatda, mahalliy shikastlovchi omillar, shu jumladan plombalarning osilib turgan qirralari, ortopedik tuzilmalar va ortodontik apparatlarni majburiy ravishda bartaraf etgan holda og'iz bo'shlig'ining puxta professional gigiyenasi amalga oshiriladi. Tish ildizlariga ishlov berish RSD konsepsiyasi doirasida mikroba bioplyonkasini yo'q qilish va parodont to'qimalarini barqarorlashtirish maqsadida amalga oshiriladi.

Mahalliy medikamentoz terapiya yordamchi xarakterga ega bo'lib, gigiyenik holatni saqlash va ikkilamchi yallig'lanishning oldini olishga qaratilgan. Antiseptik preparatlar cheklangan va qisqa kurslarda qo'llaniladi. Yallig'lanishga qarshi vositalar va fermentativ preparatlar, odatda, faol ekssudativ yallig'lanish yo'qligi sababli aniq ta'sir ko'rsatmaydi.

Gipertrofik gingivitning fibroz shaklini davolashning asosiy usuli jarrohlik amaliyotidir. Milk qirralari va tishlararo so'rg'ichlarning fiziologik shaklini tiklash maqsadida gingivektomiya yoki gingivoplastika o'tkaziladi. Jarrohlik davolash hajmi va usuli jarayonning tarqalishi, anatomik xususiyatlari va estetik talablarni hisobga olgan holda individual ravishda belgilanadi. Operatsiyadan keyingi davrda antiseptik chayish, mahalliy yallig'lanishga qarshi dorilar, parodontni himoya qiluvchi bog'lamlar buyuriladi.

Davolashning yakuniy bosqichi dispanser kuzatuv va kasallik qaytalanishining oldini olishdir. Bemorga muntazam ravishda kasbiy gigiyenaga rioya qilish, individual gigiyenik tadbirlarga qat'iy rioya qilish, xavf omillarini, shu jumladan endokrin va gormonal buzilishlar mavjud bo'lganda ularni tuzatish zarurligi tushuntiriladi.

Gipertrofik gingivitni davolash protokoli (shish va fibroz shakllari)

Jadval

Davolash bosqichi	Gipertrofik gingivitning shishli shakli	Gipertrofik gingivitning fibroz shakli
I. Diagnostika bosqichi	Klinik tekshiruv: yaqqol giperemiya, shish, pastoz, qon ketish. Indeksni baholash (PMA, SBI, OHI-S). Mahalliy va umumiy xavf omillarini aniqlash.	Klinik tekshiruv: milklar zich, och pushti rangda, kam qonaydi. Gipertrofiya va estetik nuqson darajasini baholash.
II. Etiotrop bosqich	Mahalliy qo'zg'atuvchi omillarni bartaraf etish. Og'iz bo'shlig'ining ehtiyotkorona professional gigiyenasi. Milk usti yumshoq va minerallashtirilgan karashlarni olib tashlash. Milk osti muolajalari yallig'lanish to'xtatilguncha kechiktiriladi.	To'liq professional og'iz gigiyenasi. Jarohatlovchi omillarni bartaraf etish (osilgan plombalar, ortopedik va ortodontik konstruksiyalar). RSD konsepsiyasida ildiz yuzasiga ishlov berish.
III. Yallig'lanishga qarshi terapiya (mahalliy)	Dastlabki bosqichda - ekssudatsiyani kamaytirish uchun proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, kukumazim). Antiseptik chayish (0,05-0,12% xlorgeksidin). Metronidazol va antiseptiklar bilan gel aplikatsiyalari.	Ikkilamchi yallig'lanishning oldini olish uchun antiseptiklarni qisqa muddatli qo'llash. Yallig'lanishga qarshi terapiya kuchsiz ekssudatsiya tufayli cheklangan.
IV.	Ko'rsatmalarga ko'ra - ifodalangan	Odatda chiqarilmaydi. Faqat

Davolash bosqichi	Gipertrofik gingivitning shishli shakli	Gipertrofik gingivitning fibroz shakli
Yallig‘lanishga qarshi terapiya (tizimli)	anaerob infeksiyada metronidazol ichish uchun. Og‘riq va shishni kamaytirish uchun qisqa kursli nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar.	ikkilamchi yallig‘lanish qo‘shilganda buyuriladi.
V. Fizioterapevtik bosqich	Yallig‘lanish o‘tkirligi pasaygandan so‘ng: darsonvalizatsiya, past intensivlikdagi lazeroterapiya, mikrosirkulyatsiyani normallashtirish uchun yallig‘lanishga qarshi dorilar bilan elektroforez.	Fizioterapiya chegaralangan holda qo‘llaniladi va yordamchi xarakterga ega.
VI. Jarrohlik bosqichi	Ko‘rsatilmagan. Faqat fibroz shaklga o‘tganda mumkin.	Asosiy davolash usuli. Milkning fiziologik shaklini tiklash uchun gingivektomiya yoki gingivoplastika qilinadi.
VII. Yakunlovchi bosqich	Tishlarni sayqallash, reminerallashtiruvchi terapiya. Shaxsiy gigiyenaga o‘rgatish. Davolash-profilaktika vositalarini tanlash.	Operatsiyadan keyingi ishlov, antiseptiklar, parodontal bog‘lamlar. Davolanishni nazorat qilish.
VIII. Dispanser kuzatuvi	Har 3-6 oyda gigiyena va yallig‘lanishni nazorat qilish. Retsidivlar profilaktikasi.	Muntazam tekshiruvlar, kasbiy gigiyena, takroriy gipertrofiyaning oldini olish.

Gipertrofik gingivitning shishli shakli asosan ekssudatsiyani kamaytirish, mikrosirkulyatsiyani normallashtirish va mikroblar bioplankani yo‘q qilishga qaratilgan konservativ yallig‘lanishga qarshi davolashni talab qiladi.

Fibroz shakli Gipertrofik gingivitning fibroz shakli parodontning surunkali kasalliklariga kiradi, bunda klinik ko‘rinishda yallig‘lanish komponenti minimal

darajada bo'lgan milk biriktiruvchi to'qima proliferatsiyasi hodisalari ustunlik qiladi. Shish shaklidan farqli o'laroq, fibroz gipertrofiyada ekssudatsiya va qon ketish kuchsiz ifodalangan yoki umuman yo'q, bu esa davolash taktikasining o'ziga xos xususiyatlarini belgilaydi.

Kasallik rivojlanishining asosiy etiologik omili uzoq muddat ta'sir qiluvchi mahalliy qo'zg'atuvchilar, birinchi navbatda yumshoq va qattiq tish cho'kmalari, shuningdek milk qirralarining surunkali mexanik shikastlanishi hisoblanadi. Shu munosabat bilan davolash shikastlovchi omillarni majburiy bartaraf etish va zamonaviy Root Surface Debridement (RSD) konsepsiyasiga muvofiq tish ildizlari yuzasiga puxta ishlov berish bilan og'iz bo'shlig'ining professional gigiyenasini o'tkazishdan boshlanishi kerak. Ushbu bosqich mikroblar bioplyonkani yo'q qilish va parodont to'qimalari holatini barqarorlashtirish uchun sharoit yaratishga qaratilgan.

Fibroz shaklida konservativ medikamentoz terapiya yordamchi va chegaralangan xarakterga ega. Antiseptik vositalarni asosan profilaktika maqsadida yoki ikkilamchi yallig'lanish hodisalari qo'shilganda qo'llash ko'rsatilgan. Yaqqol yallig'lanishga qarshi dori vositalarini, shuningdek, gormonal vositalarni qo'llash, odatda, fibroz o'sishlarning regressiyasiga olib kelmaydi va mustaqil davolash usuli sifatida ko'rib chiqilmaydi.

Gipertrofik gingivitning fibroz shaklini davolashning asosiy va patogenetik jihatdan asoslangan usuli bu ortiqcha fibroz o'zgargan milk to'qimasini olib tashlashga qaratilgan jarrohlik aralashuvidir. Gingivektomiya yoki gingivoplastika milk qirrasining fiziologik shaklini tiklash, soxta cho'ntaklarni bartaraf etish va og'iz bo'shlig'i gigiyenasini saqlash uchun qulay sharoitlar yaratish imkonini beradi.

Jarrohlik amaliyotidan keyingi davolash mahalliy antiseptik ishlov berish, himoya parodontal bog'lamlarni qo'llash va zarur hollarda qisqa muddatli og'riq qoldiruvchi vositalarni buyurishni o'z ichiga oladi. Tizimli antibakterial terapiya faqat qat'iy ko'rsatmalar bo'yicha ko'rsatiladi va kasallikning asoratsiz kechishida davolash standartiga kiritilmaydi.

Yakunlovchi bosqich bemorni individual og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga o'rgatish va muntazam profilaktik kuzatuvga motivatsiyani shakllantirishdir. Milk gipertrofiyasi

qaytalanishining oldini olish va parodont holatini barqarorlashtirish uchun dispanser nazorati va vaqti-vaqti bilan kasbiy gigiyenani o'tkazish muhim ahamiyatga ega.

Gipertrofik gingivitni davolash protokoli

Fibrozo shakli

Davolash bosqichi	Bosqich mazmuni va qo'llaniladigan usullar
I. Diagnostika bosqichi	Klinik tekshiruv: milklar zich, qalinlashgan, och pushti rangda, kam qonaydi, yaqqol ekssudatsiya yo'q. Gigiyena va yallig'lanish indekslarini baholash (OHI-S, PMA). Gipertrofiya darajasini, estetik va funksional nuqson borligini aniqlash.
II. Etiotrop bosqich	To'liq professional og'iz gigiyenasi. Yumshoq va qattiq karashlarni olib tashlash. Mahalliy shikastlovchi omillarni bartaraf etish (osilgan plombalar, restavratsiyalarning o'tkir qirralari, ortopedik va ortodontik konstruksiyalar). Konsepsiya doirasida ildiz yuzasiga ishlov berish Root Surface Debridement (RSD) .
III. Konservativ medikamentoz terapiya (tayyorgarlik bosqichi)	Profilaktika maqsadida antiseptik chayishlarni (0,05-0,12% xlorgeksidin) qisqa muddatga tayinlash. Yallig'lanishga qarshi gel applikatsiyalari cheklangan va faqat ikkilamchi yallig'lanish belgilarida qo'llaniladi.
IV. Jarrohlik bosqichi (asosiy)	Ortiqcha fibroz to'qimani olib tashlash va milk fiziologik konturini tiklash maqsadida gingivektomiya yoki gingivoplastika o'tkazish. Anatomik to'g'ri milk qirrasining shakllanishi.
V. Operatsiyadan keyingi medikamentoz davolash	Operatsiya maydoniga mahalliy antiseptik ishlov berish. Davolovchi parodontal bog'lamlar qo'yish. Ko'rsatmalarga ko'ra - og'riq sindromini bartaraf etish uchun nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalarni qisqa muddatli tayinlash. Antibakterial terapiya faqat infeksiya xavfi bo'lganda

Davolash bosqichi	Bosqich mazmuni va qo'llaniladigan usullar
	qo'llaniladi.
VI. Yakunlovchi bosqich	Tishlar va ildizlarni sayqallash. Remineralashtiruvchi terapiya. Og'iz bo'shlig'ining individual gigiyenasiga o'rgatish, parodont holatini hisobga olgan holda parvarish vositalarini tanlash.
VII. Dispanser kuzatuv	Nazorat tekshiruvlari 7-10 kundan keyin, so'ngra har 3-6 oyda o'tkaziladi. Kasbiy gigiyena va gipertrofiya qaytalanishining oldini olish.

12.11 Surunkali generallashtirgan parodontitni (SGP) davolashning klinik protokoli

Yengil darajasi

Patologiya tavsifi: Surunkali generallashtirgan parodontitning yengil shaklida milkning o'rtacha yallig'lanishi, zondlashda biroz qon ketishi kuzatiladi, karash asosan yumshoq, chuqur parodontal cho'ntaklar yo'q yoki 3 mm gacha. Suyak to'qimasining yo'qotilishi minimal darajada, distrofik jarayonlar kuchsiz ifodalangan, o'z vaqtida davolanish natijasida tiklanish mumkin.

Davolash tamoyillari:

- Yallig'lanishni bartaraf etish va mikroflorasini nazorat qilish.
- To'qimalarni saqlash va tabiiy regeneratsiyani rag'batlantirish.
- Bemorni uyda parvarishlash va o'qitish.

Yengil darajali surunkali generallashtirgan parodontit yetishmovchiligini davolash protokoli

1-jadval.

Bosqich	Usullar	Preparatlar/vositalar	Maqsad
Professional gigiyena	Karash va toshlarni olib	Ftorli pastalar	Mikrobnik kamaytirish, demineralizatsiyaning

Bosqich	Usullar	Preparatlar/vositalar	Maqsad
	tashlash, yuza kyuretaji, sayqallash		oldini olish
Medikamentoz terapiya	Yallig‘lanishga qarshi va antiseptik vositalar applikatsiyalari	Xlorgeksidin biglyukonat 0,05%, sangviritrin 0,2%, sofora nastoykasi	Yallig‘lanishni bartaraf etish, florani nazorat qilish
Regeneratsiyani rag‘batlantirish	Regenerativ va vitaminli vositalar applikatsiyalari	Metiluratsil 10%, C, A, E vitaminlari, aloe, chakanda moyi	Reparatsiya jarayonlarini faollashtirish
Uydagi parvarish	Tish tozalash, chayish, irrigator	Yumshoq cho‘tk, o‘simlik damlamalari (moychechak, mavrak)	Gigiyenaga rioya qilish, kasallik rivojlanish xavfini kamaytirish
Nazorat	Takroriy tekshiruvlar 6 oy	-	Dinamikani baholash va terapiyani tuzatish

O‘rtacha og‘irlik darajasi

Bosqich	Usullar	Preparatlar/vositalar	Maqsad
Professional gigiyena	Chuqur kyuretaj, granulyatsiyalarni olib tashlash, ultratovush bilan ishlov berish	-	Yallig‘lanishni bartaraf etish, infeksiya o‘choqlarini olib tashlash
Medikamentoz terapiya	Antiseptik va yallig‘lanishga qarshi applikatsiyalar	Xlorofillipt 0,25%, sangviritrin 0,2%, novoimanin 0,1%	Mikrob florasini nazorat qilish

Bosqich	Usullar	Preparatlar/vositalar	Maqsad
Regeneratsiyani rag'batlantirish	Metiluratsil, pentoksil, vitaminlar, o'simlik moylari	Metiluratsil 10%, A, C, E vitaminlari, aloe	To'qimalar tiklanishini faollashtirish
Fizioterapiya	Ultrafonoforez, lazerli stimulyatsiya, oksigenoterapiya	Retinol, tokoferol	Qon aylanishi va trofikani yaxshilash
Uydagi parvarish	Chayish, irrigator, gigiyenaga o'rgatish	O'tli damlamalar, yumshoq cho'tka	Davolash natijalarini saqlab qolish
Nazorat	Har 4 oyda tekshiruvlar	-	Parodontal cho'ntaklar chuqurligini baholash

Patologiya tavsifi: Surunkali generallashtgan parodontitning o'rtacha og'irlik darajasida ko'proq yallig'lanish o'zgarishlari kuzatiladi: milkdan qon ketishi, 4-6 mm li parodontal cho'ntaklarning shakllanishi, suyak to'qimalarining o'rtacha yo'qolishi, cho'ntaklarda granulyatsion to'qimalar. Shish va og'izdan yoqimsiz hid kelishi.

Davolash tamoyillari:

- Karash va granulyatsion to'qimani chuqur olib tashlash.
- Antiseptiklar va yallig'lanishga qarshi vositalarni mahalliy qo'llash.
- To'qimalar reparaitsiyasini stimullash.

O'rta darajali surunkali generallashtgan parodontitning davolash protokoli

2-jadval.

Bosqich	Usullar	Preparatlar/vositalar	Maqsad
Professional	Chuqur kyuretaj,	-	Yallig'lanishni

Bosqich	Usullar	Preparatlar/vositalar	Maqsad
gigiyena	granulyatsiyalarni olib tashlash, ultratovush bilan ishlov berish		bartaraf etish, infeksiya o'choqlarini olib tashlash
Medikamentoz terapiya	Antiseptik va yallig'lanishga qarshi applikatsiyalar	Xlorofillipt 0,25%, sangviritrin 0,2%, novoimanin 0,1%	Mikrob florasini nazorat qilish
Regeneratsiyani rag'batlantirish	Metiluratsil, pentoksil, vitaminlar, o'simlik moylari	Metiluratsil 10%, A, C, E vitaminlari, aloe	To'qimalar tiklanishini faollashtirish
Fizioterapiya	Ultrafonoforez, lazerli stimulyatsiya, oksigenoterapiya	Retinol, tokoferol	Qon aylanishi va trofikani yaxshilash
Uydagi parvarish	Chayish, irrigator, gigiyenaga o'rgatish	O'tli damlamalar, yumshoq cho'tka	Davolash natijalarini saqlab qolish
Nazorat	Har 2-3 oyda ko'rik	-	Parodontal cho'ntaklar chuqurligini baholash

Og'ir darajasi

Patologiya tavsifi: Og'ir shakli kuchli qon ketish, parodontal cho'ntaklar >6 mm, chuqur granulyatsiyalar, suyak to'qimalarining sezilarli yo'qolishi, tishlarning harakatchanligi bilan tavsiflanadi. Surunkali yallig'lanish va mumkin bo'lgan asoratlar xarakterlidir.

Davolash tamoyillari:

- Parodontni kompleks sanatsiya qilish.
- Mahalliy va tizimli antimikrob terapiya.
- Regeneratsiyani rag‘batlantirish va zarur bo‘lganda jarrohlik davolashga tayyorlash.

3-jadval. Og‘ir darajali surunkali generallashtirilgan parodontit yetishmovchiligini davolash protokoli

Bosqich	Usullar	Preparatlar/vositalar	Maqsad
Professional gigiyena	Chuqur kyuretaj, granulyatsiyalarni olib tashlash, patologik to‘qimalarni lazer yordamida olib tashlash	-	Yallig‘lanish o‘choqlarini bartaraf etish
Medikamentoz terapiya	Antibakterial va yallig‘lanishga qarshi applikatsiyalar	Xlorofillipt, sangviritrin, natriy usninat, novoimanin	Mikroflorani nazorat qilish, yallig‘lanishni kamaytirish
Regeneratsiyani rag‘batlantirish	Metiluratsil, pentoksil, vitaminlar, o‘simlik moylari	Metiluratsil 10%, A, C, E vitaminlari, aloe, FiBS	Osteoblastik bosqichning faollashuvi, to‘qimalarning tiklanishi
Fizioterapiya	Ultrafonoforez, oksigenoterapiya, lazer	Retinol, tokoferol	Qon aylanishini rag‘batlantirish, bitishni tezlashtirish
Uydagi parvarish	Chayish, irrigator	O‘t damlamalari, antiseptiklar	Gigiyenani saqlash, retsidivlarning

Bosqich	Usullar	Preparatlar/vositalar	Maqsad
			oldini olish
Nazorat	Har 3-4 oyda ko'riklar, zarurat bo'lganda mikrojarrohlik aralashuvlari	-	Milk konturining holatini barqarorlashtirish va tiklash

12.12. SGP ning zo'rayish bosqichini davolashning klinik protokoli

Patologiya tavsifi: Faol yallig'lanish, kuchli og'riq, shish, milk giperemiyasi, yiringli ajralma bo'lishi mumkin. Har qanday og'irlik darajasi kuchayish bosqichiga o'tishi mumkin.

Davolash tamoyillari:

- Yallig'lanish va og'riqni tezda bartaraf etish.
- Parodontal cho'ntaklar sanatsiyasi.
- Zo'rayish pasaygandan so'ng qo'llab-quvvatlovchi terapiyaga tayyorgarlik ko'rish.

4-jadval. Surunkali generallashtirgan parodontit zo'rayishini davolash protokoli

Bosqich	Usullar	Preparatlar/vositalar	Maqsad
Medikamentoz terapiya	Yallig'lanishga qarshi va antibakterial applikatsiyalar	Mefenamin kislota 1%, pirimidant, metiluratsil, xlorofillipt, sangviritrin	Yallig'lanishni to'xtatish, mikrobyukini kamaytirish
Kasbiy gigiyena	Yengil skeyling, tejamkor kyuretaj, lazerli ishlov berish	-	Qoplamaning olib tashlash, bitishni rag'batlantirish
Uydagi parvarish	Chayish, instillyatsiya, parhez	O't damlamalari, antiseptiklar	Ta'sirlanishni kamaytirish,

Bosqich	Usullar	Preparatlar/vositalar	Maqsad
			gigiyenaga rioya qilish
Nazorat	1,5-2 oy davomida tez-tez ko'riklar, keyinchalik og'irlik darajasiga qarab qo'llab-quvvatlovchi davolash rejimiga o'tish.	-	Barqarorlikka erishish, qo'llab-quvvatlovchi davolashga o'tish

Nazorat savollar

1. Parodontal yallig'lanish kasalliklarini davolashning asosiy tamoyillari nimadan iborat?
2. Gingivitni davolashda qanday professional va mahalliy choralar qo'llaniladi?
3. Parodontitda Root Surface Debridement (RSD) ning roli nima?
4. Yallig'lanish kasalliklarida antibiotik terapiya qachon va qaysi hollarda tavsiya etiladi?
5. Parodontal cho'ntaklarni tozalash va antiseptik vositalardan foydalanish qanday samarali?
6. Regenerativ davolash usullari va ularning parodontal to'qimalarni tiklashdagi ahamiyati qanday?
7. Periochirurgik usullar qachon qo'llanadi va qanday maqsadda?
8. Parodontal kasalliklarni davolashda profilaktik choralar va nazorat tekshiruvlari qanday amalga oshiriladi?

Test savollari

1. Gingivitni davolashda eng birinchi qadam:

A) Jarrohlik

B) Professional gigiyena *

C) Antibiotik

D) Regenerativ davolash

E) Fizioterapiya

2. Root Surface Debridement (RSD) maqsadi:

A) Tishni chiqarish

B) Yallig‘lanishli to‘qimalarni tozalash va mikroba filmni olib tashlash *

C) Og‘riq qoldirish

D) Tish toshini maydalash

E) Suyak tiklash

3. Parodontitda antibiotik qachon tavsiya etiladi?

A) Har bir bemorga

B) Faqat og‘riq bo‘lganda

C) Tez rivojlanayotgan yoki sistemali infektsiya bilan birga *

D) Faqat professional gigiyena qilganda

E) Regenerativ davolashda

4. Parodontal cho‘ntakni tozalash usuli:

A) Perkussiya

B) Zondlash

C) Skayling va RSD *

D) Tish yuvish

E) Rentgen

5. Regenerativ davolashda ishlatiladigan usullar:

A) PRF, kost transplantatsiyasi *

B) Faqat tozalash

C) Ogʻriq qoldiruvchi

D) Antibiotik

E) Fizioterapiya

6. Gingivit va parodontitni farqlash uchun asosiy mezon:

A) Suyak destruksiyasi mavjudligi *

B) Tish rangi

C) Milk rangi

D) Ogʻriq sezuvchanligi

E) Faqat yosh

7. Periochirurgik usullar maqsadi:

A) Faqat yalligʻlanishni kamaytirish

B) Tish toshini olib tashlash

C) Suyak va toʻqimalarni tiklash, choʻntakni kamaytirish *

D) Antibiotik berish

E) Faqat gigiyena

8. Parodontal kasallikni davolashda profilaktik tekshiruvlar:

A) Har 10 yilda

B) Faqat simptom paydo boʻlganda

C) 3–6 oyda bir marta *

D) Har oyda

E) Faqat yalligʻlanish boʻlganda

Klinik vaziyatli masalalar

1. 30 yoshli bemor milk qizarishi va qonashdan shikoyat qiladi. Rentgenogrammada suyak oʻzgarishi yoʻq. Choʻntak chuqurligi 2–3 mm.

Savol: Birinchi qadam sifatida qanday davolash tavsiya qilinadi?

2. 40 yoshli bemorda parodontal cho‘ntak 6 mm, suyak rezorbsiyasi va tish qimirlashi mavjud. Blyashka va toshlar mavjud.

Savol: Kompleks davolash rejasi qanday bo‘lishi kerak?

3. 50 yoshli bemorda diffuz yallig‘lanish va tish atrofida suyak yo‘qotilishi. Regenerativ davolash imkoniyati mavjud.

Savol: Qaysi usullar qo‘llanishi mumkin?

4. 25 yoshli bemorda milk qizarishi va yengil qonash mavjud. Suyak o‘zgarishi yo‘q, ammo gigiyena qoniqarsiz.

Savol: Davolash va profilaktika choralarini qanday belgilash kerak?

Xulosa

Ushbu bobda parodont kasalliklarini davolashga kompleks va individual yondashuv tamoyillari, ularning zamonaviy parodontologiyadagi o‘rni va klinik ahamiyati yoritildi. Parodontal kasalliklarni davolash faqat bitta usulga emas, balki etiologik, patogenetik va simptomatik bosqichlarni o‘z ichiga olgan kompleks yondashuvga asoslanishi zarurligi ta’kidlandi.

Bemorning umumiy somatik holati, kasallikning og‘irlik darajasi, mahalliy og‘iz bo‘shlig‘i holati hamda individual xavf omillarini hisobga olish davolash samaradorligini belgilovchi asosiy omillar ekanligi ko‘rsatib berildi. Shu bilan birga, konservativ, jarrohlik va fizioterapevtik usullarni uyg‘unlashtirish orqali optimal klinik natijaga erishish mumkinligi asoslab berildi.

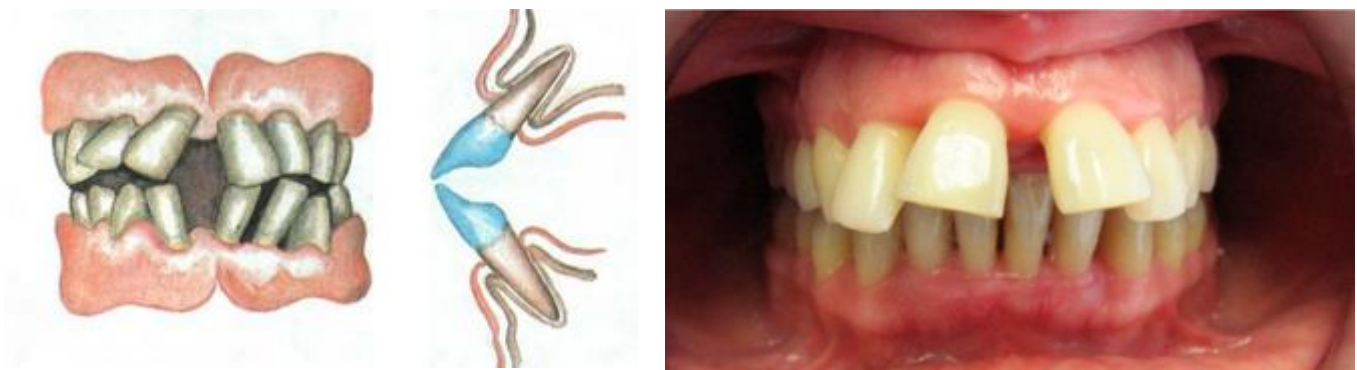
Xulosa qilib aytganda, parodont kasalliklarini kompleks va individual yondashuv asosida davolash zamonaviy parodontologiyaning eng muhim tamoyillaridan biri bo‘lib, u kasallikning qaytalanishini kamaytirish, to‘qimalar regeneratsiyasini yaxshilash va bemorlarning umumiy hayot sifatini oshirishda hal qiluvchi ahamiyatga ega hisoblanadi.

13 – bob Parodont kasalliklarining kompleks ortopedik davolash tamoyillari

13.1. Ikkilamchi va qo'shma travmatik okklyuziya

Parodont to'qimalaridagi patologik o'zgarishlar fonida hatto odatdagi fiziologik chaynov yuklamasi tish-jag' apparatining kompensator imkoniyatlaridan oshib ketishi mumkin. Alveolyar suyakning rezorbsiyasi va periodont tolalarining shikastlanishi natijasida tish odatdagi yuklamalarga qarshilik ko'rsatish qobiliyatini yo'qotadi. Bunday zo'riqish fiziologik zo'riqishdan parodont to'qimalarini shikastlovchi va yemiruvchi omilga aylanadi.

Klinik toj balandligi va tish ildizi uzunligi o'rtasidagi nisbat qo'shimcha ravishda o'zgaradi. Gorizontal yuklamada toj balandligining ortishi richag vazifasini bajarib, alveolar suyak devorlarining ortiqcha yuklanishini kuchaytiradi va suyak to'qimasining rezorbsiyasini tezlashtiradi. Bu holat ikkilamchi travmatik okklyuziya sifatida aniqlanadi, u tarqalgan parodontitda eng ko'p uchraydi va kasallikning rivojlanishiga sezilarli hissa qo'shadi.(13.1-rasm).



13.1 – rasm: ikkilamchi travmatik okklyuziya

Yopiq patologik sikl shakllanadi: travmatik okklyuziya parodontdagi o'zgarishlar fonida yuzaga keladi va bir vaqtning o'zida alveolyar suyak va boshqa to'qimalarning yemirilishini kuchaytiradi. Birlamchi travmatik okklyuziyadan farqli o'laroq, pulpa shikastlanishi kamroq uchraydi. Ba'zan kombinatsiyalangan travmatik okklyuziya ajratiladi, bunda birlamchi va ikkilamchi shakl belgilari birgalikda namoyon bo'ladi -

tishlarning ortiqcha yuklanishi parodontdagi mavjud patologik jarayon fonida yuzaga keladi.

Ikkilamchi okklyuziyaning dastlabki bosqichlarida parodont to'qimalarining shishishi qayd etiladi, bu esa tishlarning alveoladan chiqishiga va ularning harakatchanligining oshishiga olib keladi. Bu tishlar birinchi bo'lib antagonistlar bilan kontaktga kirishadi va qo'shimcha zo'riqishni boshdan kechiradi. Bir vaqtning o'zida periodont tolalarining cho'zilishi chaynov bosimining normal taqsimlanishini buzadi, tish to'qimalarining ishqalanishini qiyinlashtiradi va pastki jag'ning yonlama harakatlarida gorizontal ortiqcha yuklanishni keltirib chiqaradi.

Gorizontal yuklama tishlarning turli yo'nalishlarga (vestibulyar, til) siljishi va egilishiga, ularning vertikal o'q atrofida burilishiga va tish qatoridan chiqishiga olib keladi. Bu esa tishlarning yuklamani qabul qilish qobiliyatini pasaytirib, patologik holatni og'irlashtiradi. Travmatik okklyuziyaning gorizontal qismi eng katta yemiruvchi ta'sir ko'rsatadi, bu oxir-oqibat tish ildizlari sementi va dentinining atrofiyasiga olib keladi.

Tishlarni olib tashlash patologiyani yanada kuchaytiradi. Me'yorda tishlar yagona anatomik tizim sifatida faoliyat ko'rsatib, yuklamani bir tekis taqsimlaydi. Tishlar tushib ketganda qo'shni tishlarga tushadigan og'irlik ortadi, tishlar nuqson tomonga qiyshaya boshlaydi, qo'shni tishlar bilan kontaktlar buziladi. Mahalliy zo'riqish paydo bo'ladi va alveolyar o'siq atrofiyasi kuchayadi.

Travmatik okklyuziya chaynov mushaklari funksiyasini va pastki jag' harakatini ham buzadi. Bemor reflektor ravishda harakatchan tishlarini ayab, tish qatorlariga tushadigan yuklamani muvozanatini buzilishiga va chakka-pastki jag' bo'g'imlari funksiyalarini o'zgarishiga olib keladi.

Bundan tashqari, tishlov anomaliyalari va tishlarning noto'g'ri joylashuvi ovqat qoldiqlari, mikroorganizmlar to'planishi, tish pilakchalari va toshlar hosil bo'lishi uchun sharoit yaratadi, bu esa parodontga shikastlovchi ta'sirni kuchaytiradi. Ayniqsa, chuqur

prikusda frontal, distal va medial prikusda yaqqol o'zgarishlar kuzatilib, tishlarning siljishi, jipslashuvi va yelpig'ichsimon ajralishiga sabab bo'ladi.

Sanatsiya qilinmagan og'iz bo'shlig'i, karioz tishlar, noto'g'ri plomba va protezlar qo'shimcha zo'riqishni keltirib chiqaradi va travmatik tugunlarning rivojlanishiga yordam beradi. Prikusni oshiruvchi plombalar va olinmaydigan protezlar okklyuzion shikastlanishni kuchaytiradi, bu esa parodontning mahalliy va tizimli patologik o'zgarishlarini keltirib chiqaradi.

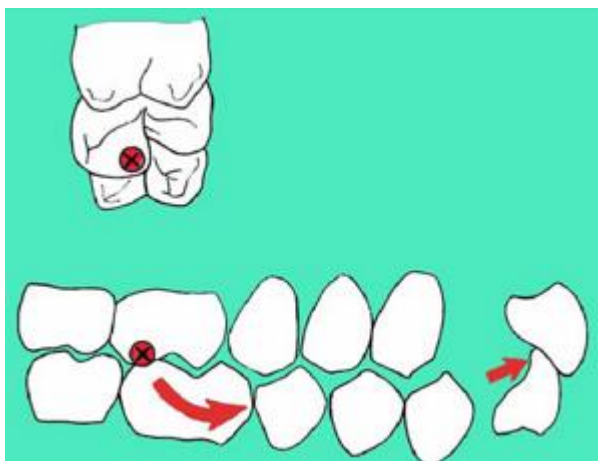
Shunday qilib, ham birlamchi, ham ikkilamchi travmatik okklyuziya parodont to'qimalari yemirilishining muhim patogenetik omili bo'lib, tish karashlari va patologik o'zgargan tish qatorlari ta'sirini kuchaytiradi va parodontopatiya rivojlanishining yopiq doirasini shakllantiradi.

13. 2. Suprakontaktlar. Suprakontaktlarni aniqlash usullari. Raqamli okklyuziografiya (T-scan).

Yuqorida aytib o'tilganidek, travmatik okklyuziyaning ikkilamchi va kombinatsiyalangan shakllari parodont kasalliklarining paydo bo'lishi va rivojlanishida asosiy omillardan biri hisoblanadi. Travmatik okklyuziya esa, o'z navbatida, chaynash bosimining notekis taqsimlanishida, tishlarning turli guruhlarida suprakontaktlar mavjud bo'lganda yuzaga keladi.

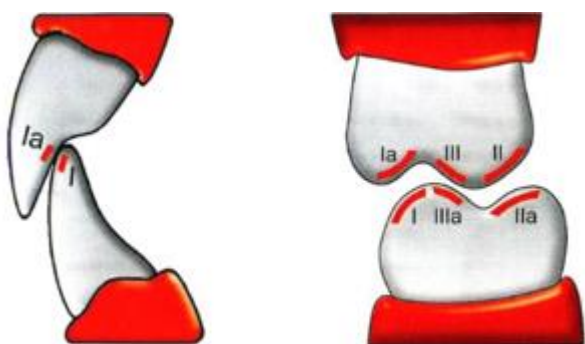
Suprakontaktlar - bu antagonist tishlarning alohida guruhlarida o'rtasidagi erta kontaktlar bo'lib, ular tishlarni yopish, chaynash paytida yuzaga keladi.

Erta kontaktlar parodontning patologik zo'riqishini keltirib chiqaradi, bu esa to'qimalar destruksiyasini tezlashtiradi, parodontitni og'irlashtiradi va tishlarning harakatchanligiga olib keladi.



13.2 – rasm yuqori molyardagi suprakontakt.

1972-yilda Bernard Jankelson (Bernard Jankelson) 1972-yilda erta kontaktlar tasnifini taklif qildi, unga ko‘ra do‘mboqchalar qiyaliklari yuzasi I, II, III raqamlari bilan, antagonistlarning tegishli yuzalari esa Ia, IIa, IIIa bilan belgilanadi.



13.3 – rasm Jankelson bo‘yicha erta kontaktlar

I sinf - pastki molyarlarning lunj do‘mboqlarining vestibulyar nishablari, premolyarlar va pastki oldingi tishlarning vestibulyar yuzasi.

Ia sinf - yuqori molyarlar, premolyarlar lunj do‘mboqlarining oral nishablari va oldingi yuqori tishlarning oral yuzasi.

II sinf - yuqori molyarlar va premolyarlarning tanglay do‘mboqlarining oral nishablari.

IIa sinf - pastki molyarlar va premolyarlarning til do‘mboqlarining vestibulyar nishablari.

III sinf - yuqori molyarlar va premolyarlar tanglay do‘mboqlarining vestibulyar nishablari.

IIIa sinf - pastki molyarlarning lunj do‘mboqlarining oral nishablari va

premolyar.

Erta kontaktlarni tanlab silliqdashda

I va II sinflar tishlarning gorizontal ortiqcha yuklanishini bartaraf etadi. Bundan tashqari, tishlarning chaynov yuzasining biroz torayishi parodontga tushadigan okklyuzion yuklamani kamaytirishga yordam beradi. Bunda pastki jag‘ning parafunksional yonbosh siljishlari bartaraf etiladi.

Hozirgi vaqtda ko‘pgina adabiyotlarda I, II va III sinflar A, B va S kontaktlar deb belgilanadi. A kontaktlar (I sinf) - pastki yonoq do‘mboqlarining tashqi qiyaliklari va yuqori yonoq do‘mboqlarining ichki qiyaliklari o‘rtasida.

B kontaktlar (III sinf) - tayanch do‘ngliklarning ichki qiyaliklari orasida

(yuqori tanglay va pastki yonoq). C kontaktlari (II sinf) - pastki tilning ichki qiyaliklari va yuqori tanglay do‘mboqlarining tashqi qiyaliklari o‘rtasida. Ishchi tomonda A va S kontaktlari, muvozanatlovchi tomonda esa B kontakti sodir bo‘ladi.

I va II sinfdagi erta kontaktlar siljishga olib keladi pastki jag‘ni lateral tomonga og‘iz bo‘shlig‘iga yoki vestibulyar tomonni III sinf kontaktlari pastki jag‘ning mezial ekssentrik holatga siljishiga yordam beradi.

Shu munosabat bilan, parodont kasalliklarini kompleks davolashda suprakontaktlarni aniqlash va ularni korrektsiyalash asosiy rol o‘ynaydi. Davolash esa tanlab silliqdash, ortopedik shinalash va yuklamani normallashtirish uchun ortodontiyani o‘z ichiga oladi.

Suprakontaktlarni aniqlash usullari.

Antogonist tishlarning kontaktlarini normallashtirish va chaynov yuklamasini bir tekis taqsimlash uchun tishlarning suprakontaktlarini aniqlash va bartaraf etish kerak.

Okklyuziografiya - yuqori va pastki tishlar bir-biriga yopilganda ular o‘rtasidagi aloqalarni qayd etish va tahlil qilishdan iborat bo‘lgan stomatologik diagnostika usuli.

Suprakontaktlarni aniqlashning turli usullari mavjud:

1. Klinik (mum plastinka, artikulyatsion qog‘oz yordamida an’anaviy usul).
2. Raqamli (skanerlash, T-Scan).
3. Laboratoriya (artikulyatordagi modellar tahlili).

Suprakontaktlarni aniqlashning klinik usuli.

Suprakontaktlarni aniqlashning eng oddiy an'anaviy usuli mumli okklyuziogrammadir. Okklyuziogrammani olish uchun pastki jag'ning tish qatoriga biroz qizdirilgan mum plastinkasi qo'yiladi, bemor tish qatorlarini markaziy okklyuziya holatida yopadi, mum orqali qalam bilan tishlarda mum teshilgan joylar (ya'ni suprakontaktlar joylari) belgilanadi. Me'yorda mum plastinkaning butun uzunligi bo'ylab bir tekis yoritiladigan joylar bo'lishi kerak.



13.4 – rasm Mumli okklyuzionogramma. Markaziy okklyuziyada tishlar kontaktlarining izlari bo'lgan mumli plastika.

Mumli okklyuziogramma usuli mumning fizik xususiyatlari bilan bog'liq bo'lgan bir qator kamchiliklarga ega: og'iz bo'shlig'idan chiqarib olinganda deformatsiyalanadi, oson yirtiladi, past informativlikka ega va noaniq izlarni beradi, ma'lumotlarni gipsli modellarga o'tkazishni qiyinlashtiradi.

Shuningdek, artikulyatsiya qog'ozi yordamida okklyuziografiya o'tkazish mumkin, bu bir yoki ikki tomondan bo'yalgan va qalinligi 8 dan 200 mkm gacha bo'lgan yetarlicha yuqori uzilish kuchiga ega bo'lgan markirovka chiziqlaridir:

Yupqa (20-40 mkm): Eng aniq izlarni ta'minlash uchun, ko'pincha minimal balandliklarni aniqlash uchun artikulyatsion folga bilan birgalikda ishlatiladi.

O‘rtacha (80-100 mkm) Universal qog‘oz, ko‘pincha ikki tomonlama (ko‘k/qizil), statik va dinamik kontaktlarni tekshirish uchun ishlatiladi.

Qalin (200 mkm): Oldindan tekshirish uchun ishlatiladi, kuchli yuk ostida qattiq superkontaktlarni tez aniqlash imkonini beradi.

Suprakontaktlarni aniqlashda artikulyatsiya qog‘ozi yuqori va pastki jag‘ tishlari orasiga qo‘yiladi va bemordan tishlarini jipslashtirishni so‘raymiz. Me’yorda og‘iz bo‘shlig‘idan okklyuzion qog‘oz olib tashlangandan so‘ng, tishlarda butun tish qatori bo‘ylab antagonist guruhlarining bir-biriga tegib turgan joylari bir xil rangda bo‘lishi kerak. Suprakontaktlar esa tishlarning vaqtidan ilgari jipslashgan nuqtalarida yorqinroq ifodalangan iz bilan ajralib turadi.



13.5 – rasm Artikulyatsion qog‘ozning qalinligiga qarab turlari.



13.6 – rasm Artikulyatsiya qog‘ozi yordamida tishlararo kontaktlarni aniqlash.

Haqiqiy suprakontakt ("Buqa ko‘zi" deb ataladi) - markazi shaffof yoki oq bo‘lgan dog‘. Buning sababi shundaki, jag‘lar kuchli siqilganda, bo‘yoq markaziy tegish nuqtasidan chetlariga tom ma’noda siqiladi.



13.7 – rasm Qora strelkalar bilan suprakontaktlar ko‘rsatilgan

Raqamli okklyuziografiya.

Bugungi kunda raqamli okklyuziografiya tishlovni kompyuterli tahlil qilishning yuqori aniqlikdagi usuli bo‘lib, tishlarning kontakt nuqtalarini, yuklama kuchini va ularning yopilish vaqtini vizualizatsiya qilish imkonini beradi. Artikulyatsion qog‘ozdan farqli o‘laroq, raqamli diagnostika miqdoriy baho beradi, erta aloqalar va ortiqcha yuklamani aniqlashga yordam beradi.

Raqamli okklyuziografiya apparatlari T-Scan Novus/Core (Tekscan) va OccluSense (Bausch) tizimlari bo'lib, ular kompyuterda 2D/3D vizualizatsiya sensorlaridan foydalanadi.



13.8 – rasm T-Scan apparati.

T-Scan apparati tishlar kontaktining kuchi, vaqti va ketma-ketligini aniq o'lchash uchun o'ta nozik raqamli sensor yordamida okklyuziya (prikus) ni tahlil qilishning kompyuterlashtirilgan tizimidir.

Raqamli okklyuziografiyani o'tkazish va tishlararo kontaktlarni tahlil qilish uchun sensor, ergonomik uchlik (T-Scan III yozish ruchkasi USB interfeysi orqali to'g'ridan to'g'ri kompyuterga ulanadi) va Tekscan dasturiy ta'minotiga ega kompyuterdan iborat bo'lgan T-Scan apparatining o'zi zarur. T-Scan III qurilmasi sensorining qalinligi 100 mikron. Sensorga berilayotgan bosim darajasi o'zgarganda sensor panjaraga turli miqdorda elektr energiyasi beriladi. Ushbu elektron javob (shuningdek, "Raqamli javob" deb ham ataladi) keyinchalik dasturning ishchi ekranida tahlil qilish uchun ekranda ko'rsatiladi.



13.9 – rasm T-Scan qurilmasi sensori

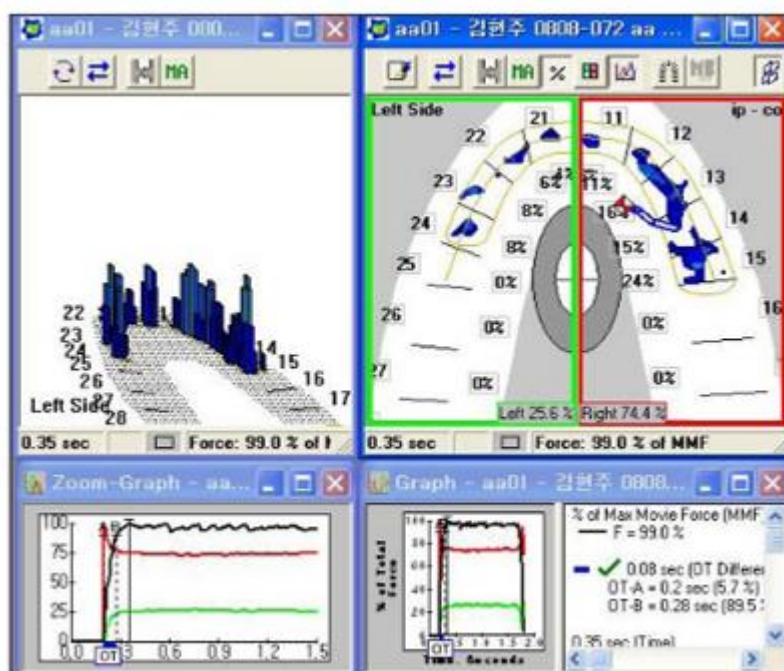
Ushbu muolaja tez va og‘riqsiz o‘tkaziladi. Shifokor individual sensorli plastinani tanlaydi va uni kompyuterga ulangan maxsus tutqichga o‘rnatadi. Keyin dastlab sensorni kalibrovka qiladi, ya’ni bemorning og‘iz bo‘shlig‘iga o‘rnatadi va dastur bemorning jag‘larini siqish kuchiga moslashishi uchun odatdagi tishlovda biroz tishlashni so‘raydi. Bu o‘lchash aniqligi uchun zarur.

Keyin shifokor muolajaning o‘zini o‘tkazadi, sensorni og‘iz bo‘shlig‘iga kiritadi va bemordan bir nechta harakatlarni bajarishni so‘raydi:

1. Markaziy jipslashuv: Shunchaki tishlarni mahkam siqing.

2. Dinamik sinamalar: Tishlarni yon tomondan yon tomonga (laterotruziya) yoki oldinga-orqaga (protruziya) ishqalash. Bu paytda sensor soniyasiga minglab teginish nuqtalarini o‘qiydi.

Raqamli okklyuziografiya jarayonida kompyuter monitorida olingan ma’lumotlar vizualizatsiya qilinadi. Olingan ma’lumotlar bir zumda dasturga uzatiladi. Ekranda dinamik grafika va jag‘larning 3D modeli paydo bo‘ladi.



13.10 – rasm Raqamli okklyuzionogramma tahlili. Dinamik grafik.

Ishchi ekranning yuqori chap burchagida okklyuziyaning nisbiy kuchi uch o‘lchamli rangli ustunli diagramma ko‘rinishida aks ettiriladi. Har bir ustunning rangi va

balandligi har bir kontakt nuqtasi sohasidagi bosim darajasini ko'rsatadi. Ishchi ekranning yuqori o'ng burchagida ikki o'lchamli tish yoyi tasvirlangan bo'lib, unda okklyuzion kontakt nuqtalari sariq chiziqlar bilan belgilangan va kontakt kuchi rang yordamida belgilangan (uch o'lchamli diagrammadagi rangga mos keladi).

Rangli ustunlar bosim kuchini ko'rsatadi (qizil - ortiqcha yuklanish, ko'k/yashil - me'yori).

Harakat chiziqlari jag'ning oxirgi holatga kelishi trayektoriyasini ko'rsatadi.

Olingan ma'lumotlarga ko'ra, shifokor darhol "superkontaktlar"ni (juda erta yoki juda qattiq yopiladigan tishlar) ko'rishi mumkin. Agar davolash o'tkazilayotgan bo'lsa, shifokor plomba yoki qoplamadagi xalaqit beruvchi nuqtani darhol silliqlashi va zo'riqish bir tekis taqsimlanganiga ishonch hosil qilish uchun shu zahoti qayta skanerlashi mumkin.

Tadqiqotda qanday ma'lumotlar vizuallashtiriladi:

- Birinchi kontakt: Tishning aynan qaysi do'mboqchasiga birinchi bo'lib teginadi (ko'pincha bu qolganlaridan bir necha mikrosekund oldin sodir bo'ladi).
- Tomonlar muvozanati: Chap va o'ng tomonlar o'rtasida bosim qanchalik teng taqsimlangan (ideal holatda 50/50).
- Okklyuziya markazi: Chaynashning maksimal kuchi yig'iladigan nuqta.

Raqamli okklyuziografiyaning afzalliklari:

1. Diagnostikaning aniqligi. Mutaxassis statika va dinamikada eng kichik okklyuzion o'zgarishlarni ko'radi - bu natija boshqa usullardan foydalanganda olinmaydi.
2. Axborotlilik va ishonchlilik. Raqamli okklyuziografiya ma'lumotlari asosida stomatolog eng samarali davolash dasturini tuzishi mumkin.
3. Ish samaradorligini oshiradi.
4. Bemorlarni davolash uchun maksimal qulay sharoitlarni ta'minlaydi.

Shunday qilib, suprakontaktlarni aniqlash parodont kasalliklarini kompleks tashxislash va davolashning ajralmas qismi bo'lib, antagonist tishlarning barvaqt fissura-

do'mboqcha kontaktlari tufayli yuzaga keladigan travmatik okklyuziya eng muhim etiologik omillardan biri hisoblanadi.

13.3 Generallashgan parodontitda travmatik okklyuziyani bartaraf etish.

Parodont kasalliklarida, ayniqsa generallashgan parodontitda deyarli har doim travmatik okklyuziya rivojlanadi, bu parodont to'qimalarini sezilarli darajada zo'riqtiradi. Shuning uchun uni tuzatish kompleks davolashning muhim qismidir. Afsuski, bu muolajaga ko'pincha yetarlicha e'tibor berilmaydi. Travmatik okklyuziyani bartaraf etishni tishlarni vaqtinchalik shinalashdan boshlash kerak, keyin esa kesuvchi qirralar yoki do'mboqlarni silliqlash kerak, degan noto'g'ri fikr mavjud. Bunday yondashuv noto'g'ri, chunki shinalash odatda parodont to'qimalarining progressiv yemirilishi natijasida bir necha yillar davomida shakllanadigan tishlarning sezilarli harakatchanligida qo'llaniladi. Shu bilan birga, travmatik okklyuziyaning o'zi alveolyar suyak atrofiyasining omillaridan biri bo'lib, kasallikning dastlabki bosqichlarida rivojlanadi.

Shunday qilib, travmatik okklyuziyani aniqlash va tuzatish tishlarning sezilarli siljishi, ularning ko'chishi va tishlovning buzilishiga yo'l qo'ymaslik uchun iloji boricha erta amalga oshirilishi kerak. Uni faqat vizual ravishda aniqlash mumkin emas, chunki erta kontaktlar ko'pincha sezilmaydi. Nusxa ko'chirish qog'ozi, mumplastinkalar va travmatik kontaktlar nuqtalari va ortiqcha yuklanish tugunlarini aniqlashga imkon beradigan boshqa asboblardan foydalanish usullari obyektivroq hisoblanadi.

Travmatik okklyuziyani ortopedik davolashning asosiy maqsadi parodontga funksional chaynov yuklamasini normallashtirishdir. Buning uchun turli xil usullar qo'llaniladi:

- **Tishlarni tanlab silliqlash** - erta kontaktlarni bartaraf etish, sirpanuvchi okklyuziya hosil qilish va chaynov yuklamasini teng taqsimlash imkonini beradi.
- **Tishlarni vaqtinchalik shinalash** - patologik harakatchanlikda parodont to'qimalariga nisbatan tinchlik berish uchun qo'llaniladi.

- **Ortodontik aralashuv** - tish yoylari va okklyuzion egriliklarni tekislash uchun tishlarning sezilarli migratsiyasi, egilishi va siljishida qo'llaniladi.
- **Oqilona protezlash** - ikkilamchi deformatsiyalar va tish qatori nuqsonlarida zarur.

13.3.1. Tanlab silliqlashga ko'rsatmalar, usullar va davolash samaralari.

Tanlab silliqlash (okklyuziyani tuzatish) chaynov yuklamasini bir tekis taqsimlash uchun tishlar orasidagi erta kontaktlarni bartaraf etish usulidir. Parodont kasalliklarida ushbu muolajaning asosiy maqsadi tishlarning harakatchanligi, ildizlarining yalang'ochlanishi, patologik milk cho'ntaklarining paydo bo'lishi, shuningdek, parodont shikastlanishi va tishlarning erta bosqichlarida harakatchanligini keltirib chiqaradigan parodontga ortiqcha yukni bartaraf etishdir.

Tishlarni tanlab silliqlash jarrohlik muolajalaridan oldin faol yallig'lanishni bartaraf etishga qaratilgan parodontal terapiyaning birinchi bosqichida amalga oshiriladi. Agar okklyuziyani tuzatish uchun ko'p sonli yoki uzoq muddatli fiksatsiyalangan restavratsiyalarni o'rnatish ko'zda tutilsa, u holda buni parodontal jarrohlik yakunlangandan so'ng kamida 1-2 oydan keyin amalga oshirish mumkin.

Shuningdek, periodont patologiyasining og'ir kechishida, tishlarning yaqqol harakatchanligida, ularning sezilarli siljishida, tish qatorlari nuqsonlari va deformatsiyalarida tanlab silliqlashdan oldin amalga oshirilishi lozim.

vaqtinchalik shinalash yo'li bilan tishlarning gipermobilligini bartaraf etish.

Aks holda, silliqlangan, ammo harakatchan tishlar yana siljib, yangi erta kontaktlar hosil bo'lishiga olib keladi.

Tanlab silliqlash quyidagi maqsadlarda amalga oshiriladi:

- maksimal do'mboqchalararo holatda va markaziy nisbatda erta kontaktlarni bartaraf etish;
- muvozanatlovchi tomonda o'qsiz yuklama hosil bo'lishiga olib keladigan va pastki jag'ning yonlama harakatlari erkinligiga to'sqinlik qiladigan barvaqt kontaktlarni bartaraf etish;
- pastki jag'ning protruzion harakatlarida erta kontaktlarni bartaraf etish;
- yukning yo'nalishi asosan tishning uzun o'qi bo'ylab.

Tanlab silliqlash uchun ko'rsatmalar:

- travmatik okklyuziya ta'siri natijasida og'riq sezgilari;
- tishlarning harakatchanligini oshirish tendensiyasi;
- suyak ichi nuqsonlari va suyak ichi cho'ntaklarining shakllanishi okklyuzion shikastlanish natijasida;
- okklyuzion o'zaro munosabatlarni tuzatish mumkin bo'lgan holatlar chaynash funksiyasining normallashtirishiga olib kelishi;
- travmatik okklyuziya natijasida CHPJB patologiyasi.

Tishlarni tanlab silliqlash natijasida quyidagi asoratlar yuzaga kelishi mumkin:

- okklyuziyalararo balandlikning pasayishi;
- tishni siljitishning ortopedik ta'siri;
- tishning qattiq to'qimalarining giperesteziyasi;
- bir tishning kontaktlardan chiqishi va boshqa tishning periodontga ortiqcha yuklanishi;
- tish pulpasining qizib ketishi.

Tanlab silliqlash parodontitni erta bosqichlarida oldini olish va davolashga yordam beradi, tish qatorlariga yuklamani bir tekis taqsimlanishini ta'minlaydi. Tishlar kontaktini o'zboshimchalik bilan olib tashlash, ayrim tishlarni prikusdan chiqarib tashlash mumkin emas, chunki bu boshqa tishlarning ortiqcha yuklanishiga va qisqa muddatli ta'sirga olib keladi.

Birinchi navbatda suprakontaktlar turli usullar yordamida aniqlanadi ("Suprakontaktlar. Suprakontaktlarni aniqlash usullari. Raqamli okklyuzivografiya (T-scan)"), so'ngra tanlab silliqlashga kirishiladi.

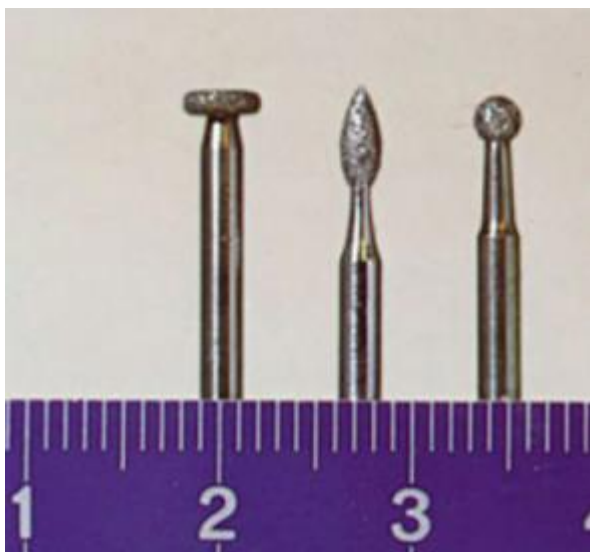
Tanlab silliqlashning asosiy tamoyili barqaror okklyuziyani saqlab qolish yoki yaratish, ya'ni qattiq to'qimalarni minimal darajada olib tashlagan holda tishlarning fissura-do'mboqcha kontaktlarini ta'minlashdir.

Ko'p hollarda tishlarni tanlab silliqlashni bir marta shifokorga tashrif bilan bajarish mumkin.

Biroq, murakkab vaziyatlarda, parodont kasalliklariga chalingan bemorlarni kompleks va keng qamrovli rehabilitatsiya qilishda, chora-tadbirlar majmuasi terapiyaning turli

bosqichlarida bir nechta seanslarni, shuningdek, artikulyatorda okklyuziyani rejalashtirish, kompyuter simulyatsiyasi va sinov silliqlashni o'z ichiga olishi mumkin. Bunda tanlab silliqlashni bir vaqtning o'zida emas, balki moslashish maqsadida bir necha bosqichda, odatda 3-5 bosqichda, 5-7 kun oralatib o'tkaziladi. Har bir seans 30 daqiqadan oshmasligi kerak. Birinchi tashrifda okklyuzion-artikulyatsion munosabatlar batafsil o'rganiladi. Shu tashrifning o'zida markaziy okklyuziya holatidagi suprakontaktlar bartaraf etilishi mumkin. Ikkinchi tashrifda old va yon okklyuziyalarda kontaktlar to'g'rilanadi.

Uchinchi tashrifda va har bir keyingi tashrifda qoldiq okklyuzion to'siqlarni aniqlash va bartaraf etish uchun ilgari bartaraf etilgan suprakontaktlar sinchkovlik bilan nazorat qilinadi. Tishlarning silliqlangan qattiq to'qimalarini sayqallash har bir tashrif paytida amalga oshirilishi kerak, ba'zi hollarda remineralizatsiya terapiyasini ham o'tkazish kerak. Yakuniy okklyuzion tuzatishdan so'ng, 10-14 kundan keyin bemor nazorat tekshiruvidan o'tkaziladi, keyin esa 6 oydan so'ng.



13.11 – rasm Tanlab silliqlash uchun olmos borlar (g'ildiraksimon, alangasimon, sharsimon)

13.3.2 Jankelson bo'yicha tishlarni tanlab silliqlash usuli

B. Djenkelsonning usuli shunga asoslanganki, turli chaynash harakatlarida antagonist tishlar doimiy zich aloqada bo'lmaydi, u oziq bo'lagi orqali bilvosita amalga oshadi, va tish qatorlari faqat ovqatni oxirgi bosqichda, markaziy okklyuziya holatida yopiladi. Markaziy okklyuziya pastki jag'ning eng umumiy funksional holati hisoblanadi. Shu

sababli tishlarni tanlab silliqlash faqat markaziy oklyuziyada erta oklyuziya kontaktlarini bartaraf etishga qaratilgan.

Bundan tashqari, Bernard Jankelson (1979) tomonidan taklif etilgan usulning asosiy xususiyati shundaki, silliqlash natijasida olingan tish qatorlarining okklyuzion o‘zaro ta’siri bemorning o‘zi tomonidan to‘liq nazorat qilinadi, chaynash paytida qulaylik hissi paydo bo‘ladi va markaziy okklyuziyaning individual asab-mushak nazoratiga bog‘liq. Boshqacha qilib aytganda, tish qatorlarini jipslashtirish bemorning o‘zi tomonidan (shifokor yordamisiz) uning uchun eng qulay holatda amalga oshiriladi.

Aralashuvlar emalning yuzaki tuzilmalarining cheklangan hududlarida amalga oshiriladi, bo‘rtiq balandligini to‘liq saqlab, tishlarning anatomik shaklini tiklaydi (agar ularning konturi ekvator hududida keskin eskirgan yoki tekislangan bo‘lsa) va markaziy (odatdagi) oklyuziyada hamda distal oklyuziyada (pastki jag‘ning maksimal retruziyasi holatida) erta kontaktlarni bartaraf etadi. Bu esa tishlarni qo‘llab-quvvatlovchi to‘qimalar uchun eng fiziologik va bemor uchun qulay oklyuziya munosabatlarini o‘rnatishga yordam beradi.

Funksional okklyuzion silliqlash usuli

Jadval 13.1

Tashrif	Erta okklyuzion kontaktlar sinfi	Okklyuziya	Tashrif muddatlari orasidagi kunlik intervallar
1-chi	III	Distal	-
2-chi	I	Markaziy	3-5
3-chi	II	-\\-	7-10
4-chi	III	-\\-	3-5
5-chi	Barcha sinflarni nazorat qilish. Tishlarni sayqallash	-\\-	10-14

Ushbu usul 5 kundan 10-12 kungacha bo‘lgan davriylik bilan bosqichma-bosqich aralashuvni (bemorga 5 tashrif) o‘z ichiga oladi. O‘tkir zaruriyat bo‘lganda (operatsiyadan oldingi davr) tashriflar orasidagi muddatni 3-7 kunga qisqartirish mumkin, ammo aralashuvlar ketma-ketligini ixtiyoriy ravishda o‘zgartirish mumkin emas.

Birinchi tashrif paytida yuqorida tavsiflangan usul distal okklyuziyada (pastki jag'ning maksimal retruziyasida) III darajali erta aloqalarni aniqlash va belgilash uchun qo'llaniladi. Shu maqsadda bemordan chaynov mushaklarining tarangligini yo'qotish uchun jag'larni bir necha marta yopish va ochish so'raladi. Yakunlovchi bosqichda pastki jag' distal holatda (jag'lar to'liq yopilgunga qadar "iyakni ushlab turib") fiksatsiya qilinadi. Bunda nusxa ko'chirish qog'ozi bo'lgan mum plastinka yuqori tish qatoriga qo'yiladi. Barvaqt okklyuzion kontaktlar yuqori molyarlar va premolyarlar tanglay do'mboqlarining bo'yalgan lunj nishablari ko'rinishida aniqlanadi. Yuqori va pastki jag' tishlarining o'zaro to'g'ri munosabatini ta'minlaydigan fissura-do'mboqcha kontaktlari saqlanib qolganda, faqat do'mboqchalarning uchlari bo'yaladi.

III darajali barvaqt kontaktlar olmosli bor konussimon shaklda Bor tishning chaynov yuzasidagi fissuralarga, erta qayd etilgan tishning medial va distal qismlariga kiritiladi. kontakt. Oxirgisi borning yengil harakatlari bilan (bosmasdan) reduksiyalanadi, bunda tanglay do'mbog'ining konturlari o'tkirlashadi va kontakt uning uchiga o'tkaziladi.

Korreksiya bir necha marta amalga oshiriladi va vaqtdan oldin kontakt to'liq bartaraf etilgunga qadar mum plastinkani takroriy tishlash bilan birga olib boriladi. Zarur hollarda (agar yuqori chaynov tishlari toj bilan qoplangan bo'lsa) III sinf kontaktlarini tuzatish pastki tishlarning antagonist qismlarida, ya'ni pastki molyarlar va premolyarlarning lunj do'mboqlarining til yuzasida amalga oshirilishi mumkin. Har bir seans oxirida ishlov berilgan tishlar lak yoki gel ko'rinishidagi ftorli preparatlar bilan qoplanadi (mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish uchun). Tanlab silliqdashning keyingi bosqichi moslashuv davridan 3-5 kun o'tgach amalga oshiriladi.

Ikkinchi tashrifda oldingi bosqichdagi silliqdash natijalari tekshiriladi va tuzatiladi. So'ngra nusxa ko'chirish qog'ozi bilan mum plastinka pastki tish qatoriga o'tkaziladi agar uni havo oqimi yoki paxta tamponlar bilan quritilsa, aks holda emalning nam yuzasi tufayli erta kontaktlarning aniq izlari qolmaydi. Bemor so'lagini yutib, o'ziga eng tanish bo'lgan okklyuziyada jag'larini yopadi. Tanlab silliqdashning ushbu bosqichida pastki molyarlar va premolyarlarning lunj do'mboqlarining vestibulyar yuzasida, shuningdek, kurak tishlar va qoziq tishlar tojlarining vestibulyar yuzasida joylashgan I darajali erta kontaktlar bartaraf etiladi.

Ikkinchi bosqichning vazifasi pastki molyarlar va premolyarlarning yassilashgan vestibulyar yuzalariga toj ekvatori yanada yaqqolroq, uning lunj-til yoʻnalishidagi diametri esa tojning chaynov yuzasi diametridan kattaroq boʻlishi uchun sferoidal shakl berishdir.

Chaynov tishlarining anatomik shaklini tiklashga yordam beradi.

ovqat luqmasini chaynash paytida dahliz sohasiga koʻchirish. chogʻida

bunda ovqat qoldiqlari parodontal choʻntaklarni toʻldirmaydi, balki ularni chuqurlashtiradi. I sinf barvaqt kontaktlarni korrektsiyalash katta oziq tishlarning vestibulyar yuzasida fissurani chuqurlashtirishdan boshlanadi. Olmos bor koronka diametriga nisbatan 450 burchak ostida, ekvator sohasida, erta kontaktdan 2-3 mm pastda joylashtiriladi. Boʻrni fissuradan medial va distal yoʻnalishlarda harakatlantirib, boʻrtiq choʻqqisi tomon asta-sekin bosmasdan siljitish orqali erta kontaktlar juda osonlik bilan tekislanadi. Shu bilan birga, tepaliklarning okklyuzion balandligini saqlab qolish ayniqsa muhimdir, bu tepalik sohasidagi nuqtali boʻyash bilan nazorat qilinadi. Keyin shifokor eʼtiborini pastki tishlarning markaziy guruhiga: kurak va qoziq tishlarga qaratadi. Ularni toʻgʻrilash okklyuzion egri chiziqni tekislash, kurak tishlar tojlarining oldinga chiqqan qismlarini qisqartirishdan boshlanadi.

Tojlarining vestibulyar yuzasida tishlarning qavariq shaklini saqlab qolgan holda mediodistal yoʻnalishda erta kontaktlar tekislanadi. Harakat kesuvchi qirra tomonga yoʻnaltiriladi. Bunda qirgʻoq toraytiriladi, unda oʻchirishning kuchaygan joylari (maydonchalar) bartaraf etiladi. Markaziy tishlar guruhining ajralishi natijasida ularning pastki qismi Popov-Godon fenomeni hisobiga avvalgi holatini egallashga intiladi, okklyuzion kuchlar tish ildizining vertikal oʻqi boʻylab qayta taqsimlanadi, yuqori old tishlarga oshirilgan yuklama bartaraf etiladi, bu esa ularning vestibulyar surilishi va yelpigʻichsimon ajralishini keltirib chiqaradi.

Tanlab silliqlashning ikkinchi bosqichidan soʻng odatiy okklyuzion nisbatlarning sezilarli oʻzgarishi oldingi tashrifga nisbatan uzoqroq moslashish davrini talab qiladi. Shuning uchun silliqlashning uchinchi bosqichini 10 kundan keyin bajarish maqsadga muvofiqdir.

Uchinchi tashrif paytida ikkinchi bosqichning tanlab silliqlash natijalari - I darajali erta kontaktlar tekshiriladi.

Shundan so‘ng, nusxa ko‘chirish qog‘ozi bo‘lgan mum plastinkasi

yuqori tish qatori va erta okklyuzion kontaktlarni aniqlaydi

Yuqori tanglay do‘mboqlarining tanglay yuzasida joylashgan II sinf

molyarlar va premolyarlar. Jilvirlash koronka ekvatoriga nisbatan 450 burchak ostida joylashgan borni ekvatoridan balandligi o‘zgarmaydigan cho‘qqiga tomon yo‘nalishda yengil silliqlovchi harakatlar bilan amalga oshiriladi. II sinf kontaktlari odatiy okklyuziyada aniqlanadi. Silliqlash tugagach, tishlar ftorli lok yoki gel bilan qoplanadi. Silliqlashning uchinchi bosqichidan keyin bemorning moslashish davri 3-5-k

To‘rtinchi tashrif paytida odatiy okklyuziyada II sinf okklyuzion kontaktlari nusxa ko‘chirish qog‘ozi bilan mum plastinasi yordamida tekshiriladi. Keyin shifokor e‘tiborni tanglay do‘mboqlarining lunj yuzasiga qaratadi, bu yerda III darajali erta kontaktlar joylashadi. Ushbu sohalarni silliqlash birinchi tashrifda amalga oshirildi, ammo keyin distal okklyuziyada (pastki jag‘ning maksimal orqaga siljishi bilan) erta aloqalar aniqlandi va bartaraf etildi. To‘rtinchi bosqichda III sinf kontaktlari odatiy (markaziy) okklyuziyada aniqlanadi. Tanglay do‘mboqlarining lunj yuzasidagi barvaqt kontaktlar xuddi birinchi tashrifdagidek kamayadi.unga kelib tugaydi.

Beshinchi tashrif - nazorat, bemorlar to‘rtinchi tashrifdan keyin kamida 10-14 kun o‘tgach taklif etiladi. Bu davrda o‘tkazilgan manipulyatsiyalar natijasida paydo bo‘lgan yangi okklyuzion munosabatlar va aloqalarga to‘liq moslashish sodir bo‘ladi.

Tekshirish va ro‘yxatga olish distal va odatiy (markaziy) okklyuziyalarda okklyuzion kontaktlarning barcha uchta sinfidagi mum izlari yordamida amalga oshiriladi. Mumli nazorat nusxalari silliqlashdan oldin olingan birlamchi nusxa bilan solishtiriladi va arxivda qoldiriladi. Keyingi tashrif paytida molyar va premolyar do‘mboqlardagi barcha g‘adir-budur yuzalar, vestibulyar yuzada esa ftorli sayqallovchi pastalar tekislanadi va sayqallanadi.

Bemor yarim yil davomida kuzatiladi, chunki bu davrda CHPJBda moslashuv jarayonlari yakunlanadi, okklyuzion o‘zaro munosabatlar barqarorlashadi. Okklyuzion aloqalarni nazorat qilish va tuzatish jarrohlik aralashuvlari va ortopedik davolashdan so‘ng takroran amalga oshirilishi kerak.

Tavsiflangan tanlab silliqlash usullari ortognatik yoki fiziologik tishlovning unga yaqin bo‘lgan boshqa shakllari bo‘lgan bemorlarga ko‘proq ko‘rsatilgan. Biroq, prikusning ortognatikdan farqli shakllarida (chuqur, distal yoki mezial prikus, chuqur kesuvchi qoplama) tanlab silliqlashni faqat markaziy, old va orqa okklyuziya holatida o‘tkazish tavsiya etiladi, chunki yon okklyuziyalar deyarli bo‘lmaydi. Kesishgan tishlovda markaziy va yon okklyuziyalar erta kontaktlarni qayd etish va bartaraf etish uchun qulay holat hisoblanadi.

Okklyuzion munosabatlar vaqt o‘tishi bilan tishlarning yeyilishi, plombalar, tish protezlarining yeyilishi bilan bog‘liq holda o‘zgaradi. Shuning uchun vaqti-vaqti bilan, ayniqsa, o‘rta va og‘ir darajadagi periodontit bilan og‘rigan bemorlarda uch yilda kamida bir marta erta aloqa paydo bo‘lishini nazorat qilish kerak.

Shunday qilib, periodont kasalliklari bo‘lgan bemorlarda tishlarni tanlab funksional silliqlash texnikasi eng fiziologik yumshoq okklyuzion o‘zaro ta’sirni o‘rnatish, periodontning alohida qismlarida ortiqcha yuk paydo bo‘lishining oldini olish, tishlarning yedirilgan konturlarini tiklash, ularga to‘g‘ri anatomik shakl berish va shu bilan birga okklyuziyaning normal balandligini saqlab qolish imkonini beradi.

13.4 Tishlarni barqarorlashtirishning zamonaviy usullari. Tishlarni shinalash.

Tishlarni shinalash - bu chaynash paytida boshqa elementlarga yukni bir tekis taqsimlash, mustahkamlash maqsadida harakatlanuvchi tishlarni immobilizatsiya qilish (to‘liq harakatsizlik yoki sezilarli darajada kamaytirilgan harakatchanlik) usuli.

Shinalar quyidagi talablarga javob berishi kerak:

1) tishlar guruhidan mustahkam blok yaratish, ularning uchta yo‘nalishdagi harakatlarini cheklash: vertikal, vestibulo-oral, medio-lateral (oldingilar uchun) va oldingi-orqa (yonboshlar uchun);

- 2) qattiq va tishlarga mahkam o‘rnashgan bo‘lishi;
- 3) marginal parodontga ta’sirlantiruvchi ta’sir ko‘rsatmaslik;
- 4) milk cho‘ntagining tibbiy va jarrohlik terapiyasiga to‘sqinlik qilmaslik;
- 5) ovqatni ushlab turish uchun retension punktlarga ega bo‘lmaslik;
- 6) o‘zining okklyuzion yuzasi bilan pastki jag‘ harakatiga to‘sqinlik qiluvchi momentlar hosil qilmaslik;
- 7) bemor nutqini buzmaslik;
- 8) bemorning tashqi ko‘rinishini qo‘pol ravishda buzmaslik;
- 9) shinani tayyorlash tish toji qattiq to‘qimalarining katta qatlamini olib tashlash bilan bog‘liq bo‘lmasligi kerak.

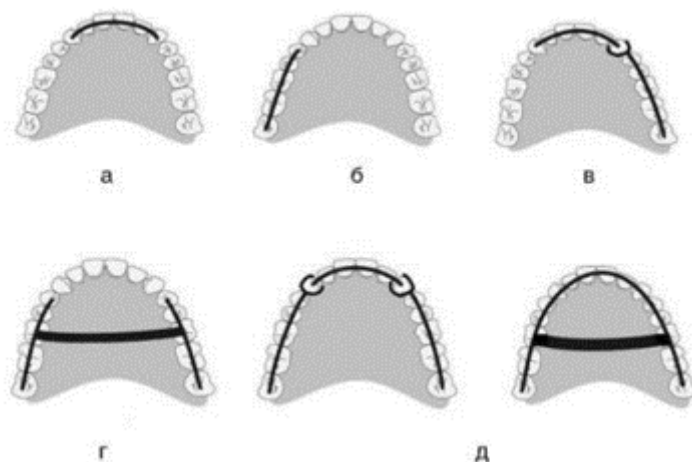
Shinalar tasnifi:

- a) foydalanish davomiyligi bo‘yicha - doimiy va vaqtinchalik;
- b) mahkamlash usuliga ko‘ra - olinadigan va olinmaydigan;
- v) tayyorlash usuliga ko‘ra - laboratoriyada va klinikada tayyorlash;
- g) materiali bo‘yicha - metall, plastmassa, kompozit, kombinatsiyalangan;
- d) tayyorlash usuli bo‘yicha - quyma, shtamplangan, kavsharlangan, polimerizatsiya yo‘li bilan tayyorlangan, ligaturali, standart;
- e) konstruksiyasi bo‘yicha - qistirmalar, koronkalar, ko‘priksimon protezlar, byugel va plastinkali protezlarning har xil turlari.

Parodontit yoki parodontozda shinalash va o‘rnini bosuvchi konstruksiyalarni tanlashga individual yondashish lozim. Shinalashga ko‘rsatmalarni aniqlashda va shina yoki shinalaydigan tish protezi konstruksiyasini tanlashda shinalaydigan tishlar va ularning antagonistlari parodont to‘qimalarining holati, ularning harakatchanlik darajasi, tish qatori nuqsonining topografiyasi va kattaligi, estetik omillar hisobga olinishi kerak. Bundan tashqari, shina konstruksiyasini tanlashda unga xos bo‘lgan kamchiliklarni hisobga olish va shinani tayyorlashda iloji boricha ularni yo‘qotish yoki kamaytirish kerak. Shinalash zarurligi to‘g‘risidagi qaror parodontning funksional holatini tavsiflovchi tishlarning harakatchanligini baholash bo‘yicha qabul qilinadi. Alveolyar

suyak tish ildizi uzunligining 1/2 qismiga kamayganda, gorizontal shinalash tekisligini yaratish kerak (meziodistal va transversal yo‘nalishda).

Suyak tish ildizi uzunligining 3/4 qismiga kamayganda gorizontal va vertikal shinalash talab qilinadi. Shinalash tekisligi aniqlangandan so‘ng stabilizatsiya turini tanlash kerak - sagittal (tish qatorining yon qismida), frontal (old qismida), frontal-sagittal, parasagittal, yoy bo‘ylab yoki yoy bo‘ylab parasagittal bilan birgalikda.



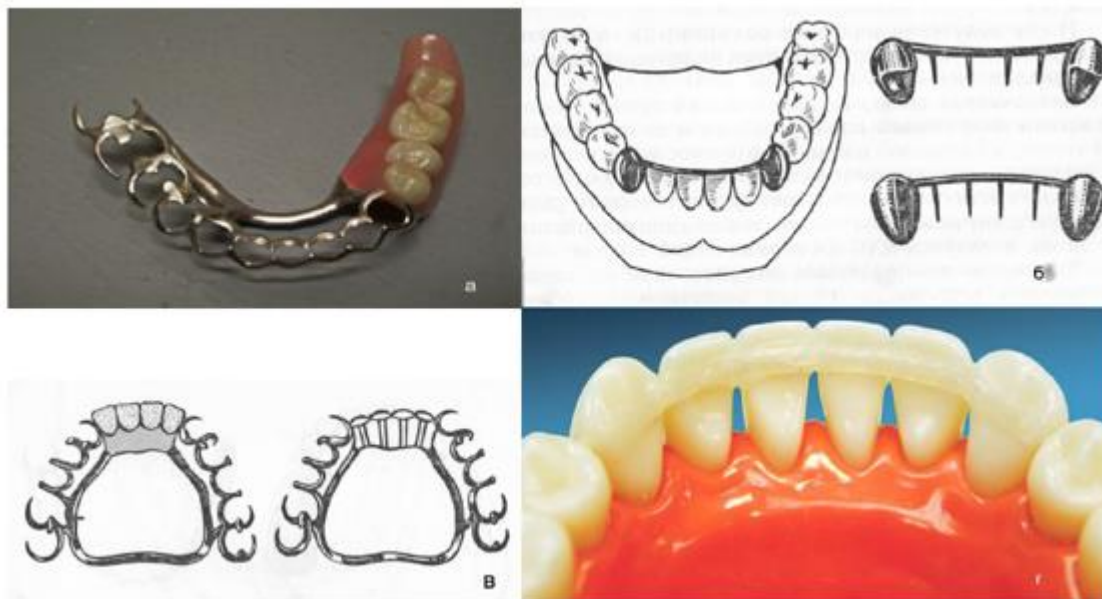
13.12 – rasm Tish qatorini barqarorlashtirish turlari

a-frontal, b-sagital, v-frontosagittal, g-parasaggital, d-yoy bo‘ylab stabillash.

Har qanday tishning patologik harakatchanligi yo‘nalishi doimo aniq bo‘lib, uning tish qatorida joylashishiga bog‘liq. Molyar va premolyarlar uchun ularning harakatchanlik chiziqlari deyarli parallel tekisliklarda, kurak va qoziq tishlar uchun bir-biriga burchak ostida joylashgan tekisliklarda yotadi. Agar shina qo‘zg‘aluvchanlik chiziqlari kesishuvchi tekisliklarda yotuvchi tishlarni birlashtirsa, shinalashda eng yaxshi natijaga erishiladi. Old tishlar guruhi uchun kurak va qoziq tishlarni birlashtiruvchi shina qo‘llaniladi. Bu oldingi immobilizatsiya. U shuning uchun qulayki, birinchidan, qoziq tishlar parodonti kamroq zararlanadi va chaynash bosimining bir qismini o‘z zimmasiga oladi, bu esa zaiflashgan kurak tishlar parodontini yengillashtiradi; ikkinchidan, bir xil funksiyaga ega bo‘lgan tishlar guruhining birligi tiklanadi; uchinchidan, tishlar yoy bo‘ylab joylashgan, shuning uchun shina ko‘proq barqarorlikka ega bo‘ladi.

Tishlar immobilizatsiyasida shina oldingi-orqa yo‘nalishda joylashishi yon (sagittal) deb ataladi. Yonlama immobilizatsiya vertikal, ko‘ndalang va old-orqa yo‘nalishlarda rivojlanadigan kuchlarga chidamli tishlar blokini yaratishga imkon beradi. Chuqurchalar

atrofiyasining ma'lum darajasida bu funksional yuklamani kamaytirish va terapevtik ta'sir ko'rsatish uchun yetarli bo'ladi.



13.13 – rasm Doimiy shinalarning turlari

a,v-ko'p bo'g'inli, ag'darma klammerli byugelli protez, b-shtiftli to'sinli shina, g-shisha tolali shina

Kompozit materiallardan foydalangan holda tishlarni shinalash texnikasi

Harakatchan tishlarning ishonchli fiksatsiyasini ta'minlash uchun tishlararo oraliqlar va kontakt yuzalari tayyorlanadi. Shinalanadigan tishlarning yuzalari silliqlash tasmalari (shtripslar) bilan, zarur bo'lganda esa diskalar yoki ingichka konusli borlar bilan ishlov beriladi, bu emalning prizmasiz qatlamini olib tashlash va kompozit materialning yopishqoqligini oshirish imkonini beradi. Tanlangan tishlar paxta valiklari yoki kofferdam bilan izolyatsiya qilinadi. Kontakt yuzalariga kislotali o'yuvchi gel surtiladi, suv bilan yuviladi va havo bilan quritiladi. Ortiqcha kompozitsion materialning milkka tushishining oldini olish uchun tishlar orasidagi bo'shliqqa ponalar kiritiladi, bunda tishlar sinmaydi.

Kimyoviy qotish kompozitlarini qo'llashda adgeziv tizim va materialning kichik qismlari assistent tomonidan aralashtiriladi. Shifokor 2-3 ta tish oralig'ining kontakt yuzalariga tezda adgeziv bilan ishlov beradi va shinani milk chetidan 2-3 mm yuqorida qoldirib, silliqlagich bilan shakllantiradi. Jarayon barcha kerakli oraliqlarda ketma-ket takrorlanadi. Kompozit qotgandan so'ng shinaga oxirgi ishlov beriladi va sayqallanadi.

Yorug'lik polimerizatsiyalanuvchi kompozitlarni qo'llashda adgeziv ishlov berilgan yuzalarga surtiladi, kuchsiz havo oqimi bilan tarqatiladi va polimerizatsiya qilinadi. Kompozit kichik porsiyalarda kiritiladi, materialni vestibulyar tomondan, so'ngra til (tanglay) tomondan polimerlash orqali shina hosil qilinadi. Oxirgi ishlov berish va sayqallash shinaga kesimda yarim ellips shaklini beradi, bemorning qulayligini ta'minlaydi va tilning harakatlanishiga to'sqinlik qilmaydi. Ushbu turdagi shinalar tishlarni asosan gorizontal tekislikda barqarorlashtiradi, ammo chaynash bosimini vertikal ravishda taqsimlash zarur bo'lganda, kesuvchi qirralari bir-birini qoplaydigan mustahkamroq konstruksiyalar qo'llaniladi.

Tishlarning fiksatsiyasini kuchaytirish yoki kosmetik nuqsonlarni bartaraf etish uchun shina qo'yilgan tishlarning vestibulyar yuzasini preparovkadan so'ng kompozit bilan qoplash mumkin. Shinaning qalinligi kesuvchi qirralarida 1-1,5 mm, til yuzasida 0,5-0,7 mm bo'ladi. Kontakt yuzalarga disklar yoki shtripslar bilan ishlov berilib, 0,1-0,2 mm emal olib tashlanadi. Bunday shinalash konstruksiyalari uchun yorug'lik bilan polimerlanadigan gibrid kompozitlar afzalroqdir.

Kombinatsiyalangan shinalarga tishlarni qo'shimcha ligatura bilan bog'lash, metall tasmalar yoki sim, shuningdek, maxsus mustahkam iplar ("Ribbond", "Connect", "GlasSpan") kiradi. Ekstraqoplamali kombinatsiyalangan shina tayyorlashda tishlar oldindan ligatura bilan bog'lanadi, keyin dorilanadi, adgeziv bilan ishlov beriladi va kompozit material bilan qoplanadi. Yorug'lik polimerizatsiyalanuvchi kompozitlar uchun ta'sirlar ketma-ketligi kofferdam bilan izolyatsiyalash, ligaturali bog'lash va kompozit bilan shina hosil qilishni o'z ichiga oladi.

Qoplama ichidagi kombinatsiyalangan shinalar kuchaytirilgan fiksatsiya va kosmetik niqoblash zarur bo'lganda qo'llaniladi. Tishlar til va vestibulyar yuzasida shina qalinligiga moslab charxlanadi, metall karkas (sim 0,7-1 mm, to'sincha) qo'yish uchun bo'shliqlar hosil qilinadi. Karkas yupqa adgeziv qatlami bilan qoplanadi va kompozit bilan mahkamlanadi, shina qavatma-qavat shakllantiriladi va kerak bo'lganda yorug'lik bilan qotuvchi kompozitlar yordamida yetishmayotgan tishlar tiklanadi.

Yakuniy ishlov berish shakl berish, tishlash va konstruksiyani sayqallashni o‘z ichiga oladi.

“Ribbond” turidagi tizimlar mustahkam shisha tolali tasmadan foydalanib, ekstraqoplama va intraqoplamaa shinalarini ishlab chiqarish imkonini beradi. Tishlar tozalanadi, dorilanadi, adgeziv surtiladi va polimerlanadi. Tasma til yuzasiga yotqiziladi, ehtiyotkorlik bilan tishlar oralig‘iga kiritiladi, mahkamlanadi va kompozit bilan qoplanadi, bu barcha tishlarning qattiq to‘qimalariga zich yopishishini ta’minlaydi. Bunday shinalar tishlarni ishonchli barqarorlashtiradi, tish qatorlaridagi kichik nuqsonlarni qoplash imkonini beradi va materialning minimal hajmida uzoq muddatli natijani ta’minlaydi.

Tishlarni shinalash bosqichlari sxemasi

Jadval 13.2

Bosqich	Harakat	Materiallar	Asboblari	Izoh
1.	Tishlarni tayyorlash	-	Jilvirlash tasmalari (shtripslar), disklar, tor konusli borlar	Adgeziyani yaxshilash uchun prizmasiz emal qatlamini (0,1-0,2 mm) olib tashlash
2.	Tishlarni izolyatsiyalash	Paxta valiklari yoki kofferdaqlar	-	Namlikdan va materialning shilliq qavatga tushishidan himoya qilish
3.	Kislotali ishlov berish	Kislotali gel	-	Kontakt yuzalarga surtish; so‘ngra suv bilan yuvib tashlanadi va quritiladi
4.	Ponalarni kiritish	-	-	Tishlarni ochmasdan, kompozitning tishlar orasiga oqib ketishini oldini oladi

Bosqich	Harakat	Materiallar	Asboblari	Izoh
5.	Yopishqoq modda surtish	Adgeziv sistema	Gladilka, kuchsiz havo oqimi	Kimyoviy polimerlash uchun - assistent bilan surtiladi; yorug'lik uchun - tekislanadi va polimerlanadi
6.	Kompozitni kiritish	Tanlangan rangdagi kompozit	Gladilka	Tish oralig'ida shina shakllanishi, material milk chetidan 2-3 mm yuqorida
7.	Polimerlanish (yorug'lik kompozitlari uchun)	-	Polimerizatsion lampa	Avval vestibulyar tomondan, keyin til (tanglay) tomonidan
8.	Keyingi shakllantirish va sayqallash	-	Jilvirlash disklari, polosalar, sayqallash tizimlari	Shinaga yarim ellips shaklini berish, yondoshlik va estetiklikni nazorat qilish
9.	Qo'shimcha qayd etish (zarur bo'lganda)	Ligatura, sim, metall tasmalar, to'sinlar	-	Mustahkamlikni oshirish uchun kombinatsiyalangan shinalarda qo'llaniladi
10.	Kombinatsiyalangan yoki ichki tojsimon shinaga tayyorlash	-	Bor	Metall karkasni yotqizish uchun bo'shliqlar yaratish, shina qalinligini nazorat qilish
11.	Metall karkas o'rnatish	Simlar, to'sinlar	-	Karkas yupqa adgeziv qatlami bilan

Bosqich	Harakat	Materiallar	Asboblari	Izoh
	(kombinatsiyalangan shina uchun)			qoplanadi, kompozit bilan mahkamlanadi.
12.	Tish qatorlari nuqsonlarini tiklash (zarur bo'lganda)	Sun'iy tishlar, kompozit	-	Metall karkasga o'rnatish yoki kompozitdan shakllantirish, qatlamli polimerlash
13.	Oxirgi ishlov berish va sayqallash	-	Sayqallash tizimlari	Shinaning tishlanganligi, chiroyliligi va barqarorligini tekshirish

Nazorat savollari

1. Parodont kasalliklarini ortopedik davolashning asosiy maqsadi nima?
2. Ortopedik davolash qaysi hollarda qo'llaniladi?
3. Shinalash (splinting) usulining vazifasi nimadan iborat?
4. Ortopedik davolashda okklyuzion yuklama qanday rol o'ynaydi?
5. Parodontal to'qimalarga tushadigan ortiqcha bosim qanday oqibatlariga olib keladi?
6. Ortopedik va jarrohlik davolash usullarining birgalikdagi ahamiyati nimada?
7. Protezlash parodontal barqarorlikka qanday ta'sir ko'rsatadi?
8. Ortopedik davolashning uzoq muddatli samaradorligi nimaga bog'liq?

Test savollari

1. Parodont kasalliklarida ortopedik davolashning asosiy maqsadi nima?
 - a) Tishlarni oqartirish
 - b) Kariyesni davolash
 - c) Tish harakatchanligini oshirish
 - d) Tish qatorining funksional barqarorligini ta'minlash ☐
 - e) Milkni olib tashlash
2. Shinalash (splinting) usulining asosiy vazifasi:
 - a) Tishlarni oqartirish
 - b) Harakatlanuvchi tishlarni birlashtirib mustahkamlash ☐
 - c) Tish toshini eritish

- d) Suyakni olib tashlash
- e) Ogʻriqni kuchaytirish

3. Ortopedik davolashda okklyuzion yuklama nima qiladi?

- a) Tish emalini yemiradi
- b) Parodontal toʻqimalarga yukni kamaytiradi yoki qayta taqsimlaydi ☐
- c) Kariyesni keltirib chiqaradi
- d) Milkni yoʻq qiladi
- e) Oqartiradi

4. Parodontal kasalliklarda ortopedik davolash qachon qoʻllaniladi?

- a) Faqat sogʻlom tishlarda
- b) Faqat estetik maqsadda
- c) Parodontal toʻqimalar shikastlanganda va tish harakatchanligida ☐
- d) Faqat bolalarda
- e) Faqat kariyesda

5. Ortopedik davolashning asosiy natijasi:

- a) Tishlarni yoʻqotish
- b) Tish harakatchanligini kamaytirish va barqarorlikni oshirish ☐
- c) Milkni kesish
- d) Suyakni eritish
- e) Oqartirish

6. Ortopedik davolashda protezlashning roli:

- a) Tishlarni zaiflashtirish
- b) Funktsional yuklamani tiklash va taqsimlash ☐
- c) Kariyesni kuchaytirish
- d) Milkni yoʻq qilish
- a. Ogʻriqni oshirish

7. Ortopedik va jarrohlik davolashning birgalikdagi qoʻllanilishi nimani taʼminlaydi?

- a. Davolashni samarasiz qiladi
- b. Faqat estetik natija beradi
- c. Kompleks va uzoq muddatli barqaror natija beradi ☐
- d. Tishlarni yoʻqotadi
- e. Faqat ogʻriqni oshiradi

8. Ortopedik davolash samaradorligi nimaga bogʻliq?

- a. Faqat bemor yoshiga

- b. Faqat tish rangiga
- c. To'g'ri rejalashtirish va kompleks yondashuvga □
- d. Faqat protez turiga
- e. Faqat antibiotiklarga

Xulosa

Ushbu bobda parodont kasalliklarining kompleks ortopedik davolash tamoyillari, ularning klinik amaliyotdagi o'rni va ahamiyati yoritildi. Parodontal to'qimalarda destruktiv o'zgarishlar rivojlangan hollarda ortopedik yondashuv tish qatorining funksional yaxlitligini saqlash va chaynash samaradorligini tiklashda muhim rol o'ynashi ko'rsatib berildi.

Ortopedik davolash usullari (shinalash, protezlash va okklyuzion yuklamani qayta taqsimlash) parodontal to'qimalarga tushadigan ortiqcha mexanik bosimni kamaytirish orqali ularning barqarorlashuviga xizmat qilishi ta'kidlandi. Shu bilan birga, ortopedik davolash boshqa terapevtik va jarrohlik usullar bilan kompleks holda qo'llanganda yuqori klinik natija berishi asoslab berildi.

14-Bob. Parodont kasalliklarini xirurgik davolash usullari

Kirish.

Parodont tish qatorining asosidir. U alveolyar suyak, periodontal boylam, sement va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidan tashkil topgan. Ushbu komponentlar tishlarning tashqi kuchlar bilan o'zaro ta'sirini ta'minlaydi va funksional buzilishlarning oldini olishga yordam beradi. Parodontni tashkil etuvchi komponentlarning tuzilishi va kelib chiqishi, bir-biri bilan o'zaro ta'siri, ularning biologik va fizik chegaralanishlarini bilish kasallik va ortiqcha okklyuzion kuchlar ta'sirida parodontda kuzatiladigan o'zgarishlarni tushunishda muhim ahamiyatga ega. Sog'lom parodontning anatomiyasi va fiziologiyasi uning tabiiy tish qatorlari, jag'lar va og'iz bo'shlig'i muhitiga bo'lgan munosabati bilan tavsiflanadi. Parodont tishlarning ishlashi va okklyuzion munosabatlarida tayanch vazifasini bajaradi. U alveolalarning shilliq qavati, milk, sement, periodontal boylam va alveolyar suyakdan iborat. Normal fiziologik

o'zgarishlar bilan embrional kelib chiqishi, tarkibi, gistologik va klinik ko'rinishi ularning salomatlik holatidagi o'zaro bog'liqligini tushunishni osonlashtirish va patologiyada sodir bo'ladigan jarayonlarni tushunish uchun taqdim etilgan. U parodont tarkibiy qismlarining makroskopik, mikroskopik va rentgenografik tafsilotlarini o'z ichiga oladi. To'qima bo'limlarining tafsilotlarini, ishtirok etuvchi hujayralarni va hujayra mahsulotlari hamda hujayralarning o'zaro ta'sirini bilish parodontning funksional faoliyatini yaxshiroq tushunishni ta'minlaydi. Parodontning qarishi va normal yetilishiga bo'lgan reaksiya, shuningdek, uning makroskopik, mikroskopik va rentgenografik o'zgarishlari bilan bog'liq holda muhokama qilinadi, bu esa tashqi ko'rinishdagi o'zgarishlar, xususiyatlar va funksional hamda fiziologik stimullarga javoblarni yaxshiroq tushunish imkonini beradi. Tishlarning tayanch tuzilmalarini tashkil etuvchi komponentlarni puxta tushunish tizimning interaktiv va adaptiv tabiatini, shuningdek, patologik, normal va ortiqcha fiziologiyalarda parodontning qanday o'zgarishini va stress komponentlarini keltirib chiqaradigan yallig'lanish qo'zg'atuvchilarini baholash uchun zarur bo'lgan boshlang'ich nuqtani ta'minlaydi. Parodont kasalliklari insonning eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri bo'lib qolmoqda. Ularning stomatologik kasallanishdagi ulushi kariyes bilan kasallanishning kamayishi, shuningdek, aholining demografik manzarasida parodont kasalliklariga moyil bo'lgan yoshlarga qaraganda keksalarning ulushi tez o'sib borayotganligi sababli doimiy ravishda o'sib bormoqda. 1970-yillarning boshlarida parodont kasalliklarining barcha jihatlariga bag'ishlangan bilimlar sohasida axborot yuksalishi kuzatildi, bu esa ularni tushunishimizda sezilarli yutuqlarga olib keldi. Yangi bilimlarning paydo bo'lish tezligi ushbu kasalliklarni idrok etish konsepsiyasida, ularni tashxislash va davolash usullarida yangi ma'lumotlarni kiritish qobiliyatini sezilarli darajada ortda qoldirdi. Parodont kasalliklari kelib chiqishi, rivojlanish mexanizmi va klinik kechishiga ko'ra juda xilma-xildir. Ba'zi kasalliklar asosan surunkali yoki o'tkir va yarim o'tkir yallig'lanish belgilari bilan kechsa, boshqalari uchun distrofik o'zgarishlar xosdir. Parodontda bir vaqtning o'zida chuqur yallig'lanish, destruktiv va distrofik jarayonlar, shuningdek o'sma yoki o'smasimon xarakterga ega bo'lgan kasalliklar rivojlanishi mumkin. Jarrohlik usullarini ishlab chiqish parodont to'qimalarida uchta aralashuvga asoslangan: kyuretaj, gingivektomiya va laxtakli operatsiya. Stomatologiya rivojlanishining

zamonaviy bosqichida parodontning yallig‘lanish kasalliklarini davolashda kompleks yondashuv ko‘zda tutilgan bo‘lib, uning maqsadi parodontdagi yallig‘lanish jarayonlarini bartaraf etish, parodontal kompleks elementlarining strukturaviy va funksional xususiyatlarini tiklash, mahalliy va umumiy himoya omillarini oshirishdan iborat bo‘lib, bunga etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiyani birgalikda qo‘llash orqali erishiladi [3,4]. Parodont patologiyasining eng keng tarqalgan shakli - parodontitning asosiy belgisi yallig‘lanish bo‘lib, ko‘pincha yiringli ajralma bilan parodontal cho‘ntak hosil bo‘lishi sababli, uni bartaraf etish shifokor-stomatologning asosiy vazifasi hisoblanadi. Surunkali parodontit bilan og‘rigan bemorlarni kompleks davolashda jarrohlik usullariga katta ahamiyat beriladi.

Parodontal jarrohlikning asosiy maqsadi parodont to‘qimalari uchun optimal funksional sharoitlarni yaratishdan iborat: parodont to‘qimalarining regeneratsiyasi uchun sharoitlarni optimallashtirish fonida parodontal cho‘ntaklarni yo‘q qilish. Parodont kasalliklarida yumshoq to‘qimalardagi asosiy jarrohlik aralashuvlariga kyuretaj, gingivotomiya, gingivektomiya, laxtak operatsiyalari va milk plastikasi kiradi. Yordamchi jarrohlik aralashuvlari lablar, til yuganchalari plastikasi, vestibuloplastika, kuchli biriktiruvchi to‘qimali tortmalarni kesish ko‘rsatmalariga ko‘ra amalga oshirilishini o‘z ichiga oladi. Hozirgi vaqtda parodont kasalliklarini mahalliy davolashning umumiy qabul qilingan usullari og‘iz bo‘shlig‘ining professional gigiyenasi, kariyes va uning asoratlarini davolash, davolanmaydigan tishlarni olib tashlash, kontakt nuqtalarini tiklash, plombalarni sayqallash, noratsional ortopedik konstruksiyalarni olib tashlash, silliqlash, individual jarrohlik davolash usullari hisoblanadi. Parodont kasalliklarining etiologiyasi va patogenezi tushunish, organizmning individual sezuvchanligining rolini o‘rganish yangi, yanada samarali davolash strategiyalari uchun asos yaratdi. Agar ular kundalik klinik amaliyotda qo‘llanilmasa, 9 ta xavfni sinchkovlik bilan tashxislash va baholash, davolashning yangi imkoniyatlari, amalga oshirilishi (yoki oshirilmasligi) kerak bo‘lgan harakatlarni kuchli ilmiy asoslash befoyda bo‘lar edi.

14. 1 Parodontologik operatsiyalarda ishlatiladigan asboblar va materiallar

Qo'yish: kesishdan so'ng suyak usti pardasini suyakdan ajratish yoki tish qisqichlarini qo'yishdan oldin tish bo'yni atrofidagi milk to'qimalarini ajratish uchun.

Xususiyatlari: bitta dumaloq, to'mtoq va bitta o'tkir uchli qo'sh uchli.

Klinik qo'llanilishi: Ko'pchilik jarrohlik amaliyotlarida qo'llaniladi: olib tashlash, gingivoplastika, alveoplastika, kistani olib tashlash.



1-rasm. Periosteal elevator

To'g'ri elevator.

Vazifasi: tish qisqichlarini o'rnatishdan oldin tish yoki ildizni suyak chuqurchasidan ajratish uchun.

Xususiyatlari: qavariq, uchida yumaloq dasta, torroq bog'lovchi tayoqcha va bir tomondan tarnovsimon, boshqa tomondan qavariq lunjga ega.

Klinikada qo'llanilishi: tish va ildizni olish.



2-rasm. To'g'ri elevatorlar.

Burchakli elevator.

Vazifasi: tish qisqichlarini o'rnatishdan oldin tish yoki ildizni suyak chuqurchasidan ajratish uchun.

Xususiyatlari: Tutqichlar katta va to‘g‘ri yoki T-shaklidagi peremichka / to‘sinli tuzilmalar bo‘lishi mumkin. Bir nechta o‘lchamdagi yumaloqlangan ishchi uchi Juft, o‘ng va chap. Boshqa keng tarqalgan konstruksiyalar: Cryer va Crane.

Klinikada qo‘llanilishi: tish va ildizni olib tashlash, impaksiya.



3-rasm. Burchakli elevatorlar

Ildizlarni olib tashlash uchun burchakli asboblari

Vazifasi: ildizning kichik bo‘laklarini suyak chuqurchasidan ajratish uchun.

Xususiyatlari: ingichka, o‘tkir, burchakli ishchi uchli kichik elevator Bir tomonlama yoki ikki tomonlama.

Klinikada qo‘llanilishi: tish va ildizni olib tashlash uchun.



4-rasm. Tish ildizlarini olish uchun burchakli asboblari.

Ildizlarni olib tashlash uchun bevosita asboblari.

Vazifasi: ildizning kichik bo‘laklarini suyak chuqurchasidan ajratish uchun.

Xususiyatlari: ingichka, o‘tkir va to‘g‘ri ishchi uchli kichik elevator Bir tomonlama yoki ikki tomonlama.

Klinikada qo‘llanilishi: tish va ildizni olib tashlash uchun.



5-rasm. Tish ildizlarini olish ucun to'gri asboblari

Xirurgik kyuretlar - Qo'shaloq / burchakli.

Vazifasi: suyak chuqurchalaridan patologik to'qima yoki parchalanish mahsulotlarini olib tashlash.

Xususiyatlari: Qoshiqsimon qirg'ichli asbob. Odatda ikki tomonlama va burchakli, turli o'lchamli.

Klinik qo'llanilishi: olib tashlash, impaksiya va kistani olib tashlash



6-rasm. Xirurgik kyuretlar - Qo'shaloq / burchakli

Xirurgik kyuretlar.

Vazifasi: suyak chuqurchalaridan patologik to'qima yoki parchalanish mahsulotlarini olib tashlash.

Xususiyatlari: dasta diametri katta bo'lgan bitta yumaloq ishchi uchi

Klinik qo'llanilishi: olib tashlash, impaksiya va kistani olib tashlash



7-rasm. Xirurgik kyuretlar.

Qon to'xtatuvchi qisqichlar.

Vazifasi: mayda narsalarni mahkam ushlab turish, qon tomirlarini qisish, tish yoki suyakning kichik bo'laklarini olib tashlash.

Xususiyatlari: Qaychi ko‘rinishidagi mahkamlovchi tutqichli burchakli yoki to‘g‘ri. Keng tarqalgan nomlari: Mosquito, Kelly. 43/4, 51/2, 61/4 va 71/2 o‘lchamlari mavjud.

Klinik qo‘llanilishi: xrapovik mexanizmlı tutqichlar bir tekis ochilib-yopilishi uchun biroz mashq talab etiladi. Stomatologiyani barcha sohalarida qo‘llaniladigan juda universal asbob.



8-rasm. Qon to‘xtatuvchi qisqichlar.

Igna tutgich.

Vazifasi: Jarrohlik ignasini ushlab turish uchun

Xususiyatlari: qon to‘xtatuvchi qisqichga o‘xshaydi, lekin har bir tumshuq ichida chok ignasini ushlab turish imkonini beruvchi botiq joy mavjud.

Klinik qo‘llanilishi: kesishni o‘z ichiga olgan har qanday jarrohlik amaliyoti, undan keyin choklar qo‘yish kerak bo‘ladi.



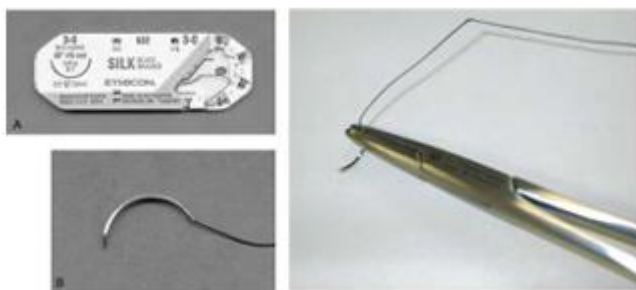
9-rasm. Igna tutgich

Tikuv materiallari.

Vazifasi: Kesilgan joyni yopish uchun. "Choklar" to‘qimalarni bitish jarayonida bir joyda ushlab turadi.

Xususiyatlari: zanglamaydigan po‘latdan yasalgan steril ignaga biriktirilgan tikuv materiali. Ignalarning turli o‘lchamlari va konstruksiyalari. Chok materiali so‘riluvchan - silliq yoki xromli ichak, poliglikol kislota (PGA, Vicryl) yoki so‘rilmaydigan - ipak, poliester, neylon, polipropilen bo‘lishi mumkin. Chok materialining diametri bo‘yicha o‘lchami: 3-0 (000), 4-0 (0000), 5-0 (00000) stomatologiyada qo‘llaniladigan eng keng tarqalgan o‘lchamlar (kichik son - katta diametr)

Klinikda ishlatilishi: so‘rilmaydigan choklar odatda operatsiyadan 7-10 kun o‘tgach olinadi. Igna tutgich yoki gemostat yordamida o‘rnatiladi.



10-rasm.. Nina ipi bilan, nina ushlagicn.

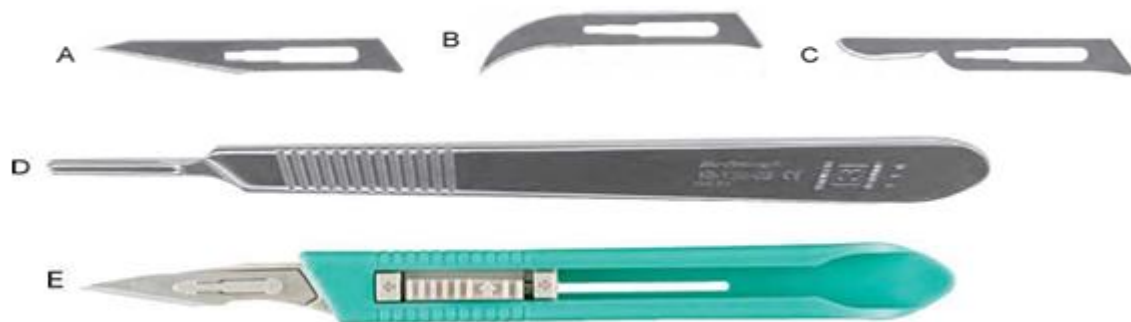
Skalpel.

Vazifasi: yumshoq to‘qimalarni kesish uchun - jarrohlik pichog‘i.

Xususiyatlari: ko‘pincha "Bard-Parker" yoki "VR" deb ataladi. Bir martalik foydalanish uchun individual steril qadoq. Tig‘larning odatiy o‘lchamlari: № 11 (a), “ 12 (b), № 15 (c) Almashtiriladigan tig‘lar uchun sterilizatsiya qilinadigan metall dasta (d) Tig‘ biriktirilgan plastik dastadan iborat bir martalik skalpel (e)

Klinik qo‘llanilishi: Ko‘pchilik jarrohlik sxemalari: impaksiya, ekstraksiya, biopsiya, frenektomiya, gingivoplastika, alveoplastika, kesish va drenajlash, shuningdek apikoektomiya

Klinik qo‘llanilishi: xavfsizlik maqsadida tig‘lar qon to‘xtatuvchi qisqich yoki skalpel tig‘larini olish uchun maxsus moslama yordamida metall tutqichga joylashtiriladi va undan olinadi. Ishlatilgan tig‘larni o‘tkir buyumlar uchun mo‘ljallangan konteynerda utilizatsiya qilish kerak.



11-rasm. Skalpellar

Skapel olgich.

Vazifasi: skapel dastasidan tig'ni xavfsiz olish uchun.



12-rasm Skapel olgich

Suyak tishlagichlar.

Vazifasi: suyakni kesish va konturlash uchun - alveolyar qirraning yaxshi konturi uchun olib tashlangandan so'ng alveolyar qirraning o'tkir qirralarini olib tashlaydi; ekzostozlarni olib tashlaydi.

Xususiyatlari: qaychi turidagi dasta, tumshug'ining yon va yuqori qismidagi kesuvchi qirralar

Klinik qo'llanilishi: Foydalanish paytida suyak bo'laklari kesuvchi qirralar atrofida to'planadi. Yordamchi suyak bo'laklarini olib tashlash uchun ishchi uchlarini vaqti-vaqti bilan artib turishi kerak.



13-rasm. Suyak tishlagichlar

Suyak iskana va bolg'a.

Vazifasi: alveolyar qirraning yaxshiroq konturi uchun suyakni olib tashlash; ekzostozlarni, ya'ni toretslarni olib tashlash.

Klinik qo'llanilishi: yon tomonlarni olib tashlash, alveoplastika



14-rasm. Suyak iskana va bolg'a.

Suyak egov.

Vazifasi: alveolyar qirraning yaxshiroq konturi uchun suyakni silliqlash uchun, ko'pincha gubkalardan foydalangandan so'ng.

Xususiyatlari: ishchi uchlari to'g'ri yoki egilgan, kesuvchi qirralari ko'ndalang yoki to'g'ri, ikki tomonlama.

Klinik qo'llanilishi: suyakni olib tashlash, yon tomonlarini olib tashlash, alveoplastikani talab qiladigan ko'plab ekstraksiyalar va impaksiyalar.

Klinik qo'llanilishi: foydalanish paytida suyak kesuvchi qirralar atrofida to'planadi. Yordamchi suyak bo'laklarini olib tashlash uchun ishchi uchlarini vaqti-vaqti bilan artib turishi kerak.



15-rasm. Suyak egov.

To'qima qaychisi.

Vazifasi: ortiqcha yoki zararlangan yumshoq to'qimalarni kesish va olib tashlash uchun. Choklar qo'yilgandan keyin ularni qirqishda ham ishlatiladi.

Xususiyatlari: 6 1/2 boshqa keng tarqalgan mato qaychi turlari: Kelly, Iris.

Klinik qo'llanilishi: gingivektomiya / gingivoplastika, frenektomiya, ko'plab olib tashlashlar.



16-rasm. To'qima qaychisi

Retraktor / raspator-Seldin.

Vazifasi: operatsiya paytida to'qimalarni tortish uchun. Xususiyatlari: Ikki tomonlama, uchlari yumaloqlashgan/ o'tmaslashgan. klinik Qo'llanilishi: ko'pchilik jarrohlik amaliyotlari uchun qo'llaniladi: olib tashlash, gingivoplastika, alveoplastika, kistani olib tashlash.



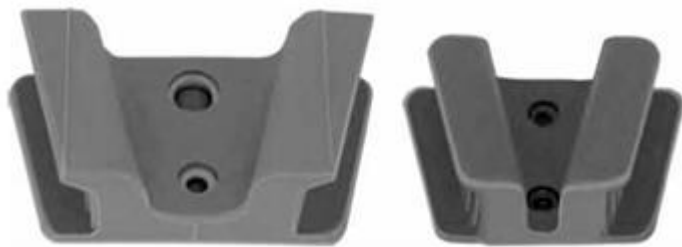
17-rasm. Retraktor / raspator-Seldin

Og'iz kengaytirgich BITE-BLOCK .

Vazifasi: keng ko'lamli muolajalarda, sedativ preparatlarni qo'llashda yoki imkoniyati cheklangan bemorlar bilan ishlashda og'izni ochiq holda saqlaydi.

Xususiyatlari: Bolalar va kattalar uchun to'rt o'lchamli sterilizatsiya qilinadigan rezina blok.

Klinik qo'llanilishi: Bemor og'zini ochishda qiynalishi mumkin bo'lgan har qanday muolaja.



18-rasm. Og‘iz kengaytirgich BITE-BLOCK

Jarrohlik so‘rg‘ichlari.

Vazifasi: so‘lak, qon va nekrozga uchragan to‘qimalarni olib tashlash orqali ish maydonini toza saqlash.

Xususiyatlari: Suyak uchini yoki tish bo‘laklarini tozalash uchun olinadigan stilet. Vakuumli bo‘shatish teshigi barmoq uchi bilan teshikni yopish / ochish orqali so‘rishni boshqaradi. Bir nechta diametr mavjud. Boshqa keng tarqalgan konstruksiyalar: Byrd, Cogswell.

Klinikada qo‘llanilishi: barcha jarrohlik muolajalari.



19-rasm. Xirurgik aspiratsion TIP-FRAZIER.

LAZER APPARATI.

Vazifasi: yumshoq to‘qimalarni minimal noqulaylik va qon ketish bilan olib tashlash. Lazer, shuningdek, jarohatlarning tezroq bitishi uchun bakteritsid ta’sirga ega.

Foydalanish sohasi: frenektomiya, toshmalarni olib tashlash, gingivoplastika, toj qismini uzaytirish, ildiz kanallarini davolash.

Klinikada qo‘llanilishi: lazer nuri ko‘z va teri uchun xavfli. Bemor, operator va assistent maxsus ko‘zoynak taqib, qo‘llari va tana a’zolarini nurdan uzoqroq tutishlari kerak.

Lazer nurini qaytarmaslik uchun yaltiramaydigan asboblardan foydalaning. Gazlamalar qizdirilganda tutun shleyfi hosil bo‘ladi.



20-rasm. Lazer apparati

14.2 PARODONT KASALLIKLARINI XIRURGIK DAVOLASH USULLARI

Parodont kasalliklarini kompleks davolash va oldini olishda jarrohlik komponenti muhim rol o‘ynaydi. Ba’zi hollarda faqat u parodontdagi yallig‘lanish o‘chog‘ining barqaror yo‘qolishiga olib kelishi va suyakdagi destruktiv jarayonlarni to‘xtatishi mumkin. Mahalliy va umumiy medikamentoz, fizioterapevtik va ortopedik ta’sir vositalari qo‘shimcha bo‘lib, operatsiya samarasini mustahkamlaydi. Parodont kasalliklarini jarrohlik yo‘li bilan davolash usullari keng va xilma-xildir.

Bug‘ tubi zararlanishining oldini olishda og‘iz bo‘shlig‘i dahlizi plastikasi, kyuretaj, laxtakli operatsiyalar muhim o‘rin tutadi. Shu bilan birga, parodontal cho‘ntaklarni tozalaydigan, patogen floraning ishonchli ingibirlanishini ta’minlaydigan va osteogenez faolligini oshiradigan yangi jarrohlik usullarini izlash davom etmoqda. Bundan tashqari, ular parodontning strukturaviy va funksional holatini yaxshilash imkonini beradi. Parodontal jarrohlikning asosiy tamoyillariga quyidagilar kiradi:

1. alveolyar o‘siq va transplantatni himoya qilish maqsadida yumshoq to‘qimalarni tejamkorlik bilan kesib olish;
2. alveolyar o‘siqlarning osteoporotik o‘zgargan suyak qismlarini saqlab qolish;
3. Proliferatsiyalangan epiteliy va granulyatsiyalarni to‘liq olib tashlash;
4. Ildiz sementiga ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo‘lish;
5. puxta gemostaz, laxtaklarning yetarli darajada qon bilan ta’minlanishi va ularning taranglashmaganligi;
6. mahalliy og‘irlashtiruvchi omillarni bartaraf etish.

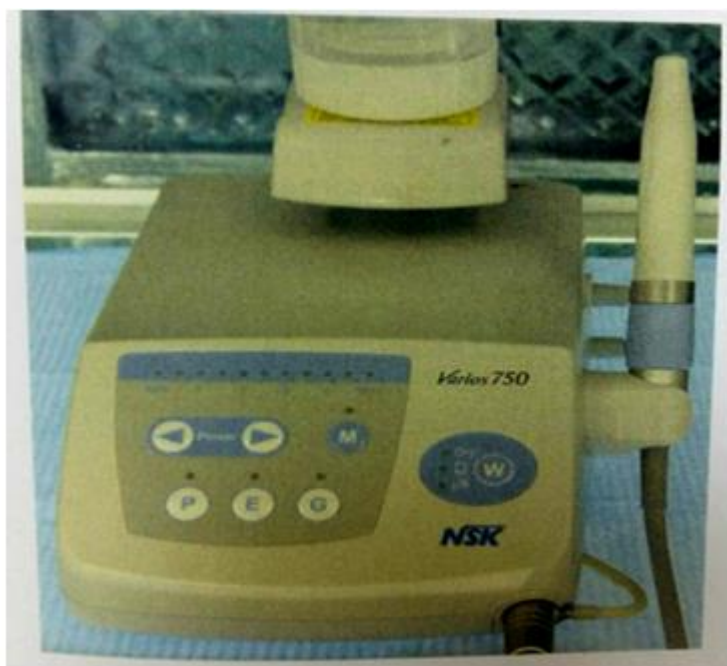
Gingival jarrohlik erkin va biriktirilgan milk sohasidagi parodont to'qimalarida operatsiyalarni o'z ichiga oladi:

- 1) kyuretaj;
- 2) gingivotomiya;
- 3) gingivektomiya;
- 4) milk chetini to'g'rilaydigan operatsiyalar;
- 5) kriodestruksiya, elektro- va lazerokoagulyatsiya, pezojirurgiya yordamida aralashuvlar;
- 6) gingivoplastika;
- 7) laxtak operatsiyalari;
- 8) ikkilamchi bitish operatsiyalari;
- 9) mukogingival jarrohlik (frenulotomiya, frenulektomiya, og'iz bo'shlig'i dahlizini shakllantirish);
- 10) parodont suyaklarida reparatsiyani rag'batlantiruvchi vositalarni qo'llash bilan osteogingivoplastika;
- 11) gingivoplastika, osteoplastika va og'iz dahlizini chuqurlashtirishdan iborat bo'lgan mukogingivosteoplastika;
- 12) odontoplastika.

Operatsiya oldi tayyorgarligi.

Operatsiyadan oldin quyidagilar zarur: 1. Bemorga gigiyena qoidalarini o'rgatish. Bemorning og'iz bo'shlig'i gigiyenasi sifatini operatsiyadan kamida 4 hafta oldin va undan keyin 6 oy davomida nazorat qilish tavsiya etiladi. Gigiyena buzilganda kasallik qaytalanishi yoki operatsiya natijalari yomonlashishi mumkin. Tishlarni tozalash kuniga kamida 3 marta 3 daqiqadan amalga oshirilishi kerak: ertaga yotishdan oldin va undan keyin, uyqudan oldin. So'lak bezlarining chiqaruv yo'llari (yuqori molyarlarning lunj yuzasi va pastki kurak tishlarning til yuzasi) darajasida joylashgan tishlarga alohida e'tibor qaratiladi, tishlar orasidagi bo'shliqlar flosslar bilan tozalanadi, yetib bo'lmaydigan joylarda tish tozalagichlardan foydalanish mumkin. Cho'tka qattiq qilga ega bo'lishi kerak. Operatsiyadan keyin bir hafta davomida yumshoq tish cho'tkasidan foydalanish tavsiya etiladi. Til va qattiq tanglay mikroorganizmlar bilan ko'p miqdorda

ifloslangan, parodont patologiyasida ularni tozalash majburiydir. 2. Milk usti va ostidagi tish karashlarini olib tashlash, mahalliy mikroblarga qarshi ishlov berish. Milk osti tish karashlarini olib tashlash va parodontal cho‘ntaklardan granulyatsiyalarni olib tashlash uchun ultratovushli skeyler ishlatiladi (21-rasm). Ushbu protsedurani amalga oshirish juda muhim, chunki shakllanish jarayonida parodontal cho‘ntakda tish-milk birikmasi buziladi. Mikroorganizmlar va ularning mahsulotlari bog‘lam apparati va alveolyar o‘siq suyaklarida destruktiv o‘zgarishlarni keltirib chiqaradi. Milk osti yotqiziqlarini hosil qiluvchilar yemirilishga yordam beradi. Og‘iz bo‘shlig‘ini parvarish qilish sifatini nazorat qilish davolash va dispanser kuzatuvi davomida amalga oshiriladi.



21-rasm. Universal ultratovush aparati «Varios 750»

3. Og‘iz bo‘shlig‘ini sanatsiya qilish: zararlangan tishlarni davolash, sifatsiz plombalarni almashtirish, 3-4 darajali harakatchanlikda tishlarni olib tashlash, galvanizm hodisalarini bartaraf etish. Milk sohasidagi bo‘shliqlarni plombalashda tishlararo so‘rg‘ichning shikastlanishi, mikroblar to‘planishi va tish toshi hosil bo‘lishining oldini olish uchun tishlararo kontaktlar albatta tiklanadi.

4. Harakatchan tishlarni mahkamlash, vaqtinchalik yoki doimiy shinalash konstruksiyalari yordamida buzilgan funksional muvozanatni tiklash. Alveolyar suyak destruksiyasida tishning tayanch tuzilmalari zaiflashadi. Tishlar shikastlovchi xarakterga ega bo‘lgan va kuchli destruktiv ta‘sir ko‘rsatadigan har qanday yuklamaga sezgir bo‘lib qoladi. Immobilizatsiya jarrohlik davolashdan oldin amalga oshiriladi, chunki harakatlanuvchi tishlar hosil bo‘lgan laxtani jarohatlaydi va reparativ regeneratsiya jarayonlariga to‘sqinlik qiladi.

5. Tishlarni tanlab silliqlash va travmatik okklyuziyani bartaraf etish, okklyuzion yuzani tekislash. Suprakontaktlar parodontning vertikal yemirilish o'choqlarini hosil qiladi. Agar emal do'mboqchalari yuvilmasa, keksa yoshdagi bemorlarning 25-30 foizida travmatik tugunlar hosil bo'ladi. Bu omil ayniqsa 25 yoshdan keyin kuchayadi, chunki aynan shu yoshda parodontning bufer xususiyatlari pasayadi. Jankelson bo'yicha funksional tanlab silliqlash qo'llaniladi.

6. Ko'p sonli tishlarni olib tashlashda immediat-protez tayyorlash.

7. Parodont to'qimalarida tomir-nerv tutami ochilib qolganiga va pulpaning elektr qo'zg'aluvchanligi pasayganiga shubha tug'ilganda tishlarni depulpatsiya qilish. Og'riqsizlantirish jarrohlik davolashning muhim bosqichidir. Bu hatto yengil holatlarda ham ko'rsatilgan, chunki operatsiya paytida yengil va qisqa muddatli og'riqlar yaralarning bitishiga va uzoq muddatli natijalarga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Uni tanlashda aralashuv hajmi va bemorning ahvoli hisobga olinadi. Og'riqsizlantirish operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrda asoratlarning oldini olish deb qaralishi kerak. Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish usullaridan biri bemorning ruhiyatiga dori-darmonlar bilan ta'sir etib, davolanishdan qo'rqish va qo'rquv hissini kamaytirishdir. Operatsiyadan 30-35 daqiqa oldin elenium 0,005 mg; seduksen - 0,005 mg; trioksazin - 0,3 mg; amizil - 0,001 mg buyurilishi mumkin. Ularni qo'llash bosh miya po'stlog'i funksional holatining reaktiv o'zgarishlarini oldini oladi. Biroq, asab tizimi beqaror bo'lgan shaxslarda tabaqalashtirilgan dori-darmonlar, ba'zan esa umumiy og'riqsizlantirish ostida operatsiya o'tkazish talab etiladi. Samarali og'riqsizlantirish karpul anestetiklar bilan ta'minlanadi. Kichik diametrli ignani kiritish infiltratsion anesteziyada shilliq qavat defektiga olib kelmaydi. Yuqori samarali preparatlarni (mepivakain, artikain) qo'llash ularning miqdorini bir vaqtning o'zida 1,8-3,6 ml gacha kamaytirishga imkon beradi, bu esa gidropreparat hajmini va shilliq qavatning shikastlanishini cheklaydi. Anestetiklar ta'sirining davomiyligi butun operatsiya davomida bitta anesteziya o'tkazish imkonini beradi. Vazokonstriktorlarni qo'llash operatsiya davomida gemostazga yordam beradi. Ular ta'sirining to'xtashi jarohatning yaxshi qon bilan to'lishiga olib keladi. Parodont to'qimalarida operatsiya o'tkazishda eng samarali preparat 4% li artikain bilan adrenalinni 1:200 000 va 1:100 000 (septanest, ultrakain) birga qo'llash hisoblanadi.

14.2.1 Kyuretaj

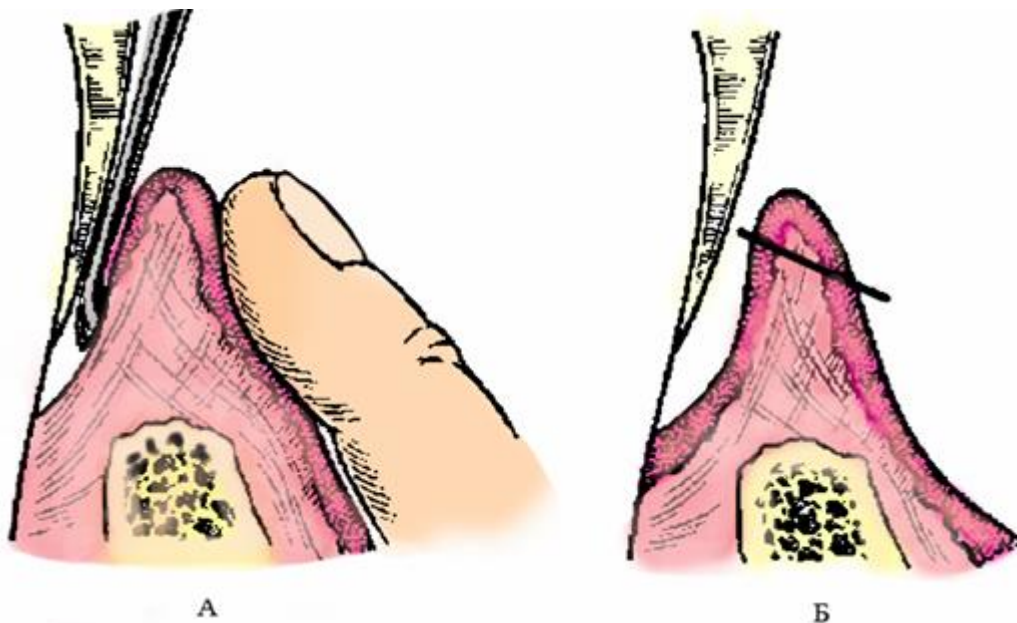
Parodont kasalliklarida kyuretaj eng yengil jarrohlik aralashuvi hisoblanadi. Komponent sifatida u gingivotomiya, gingivektomiya va laxtak operatsiyalariga kiradi. Ushbu muolajaning asosiy vazifasi milk osti tish karashlarini olib tashlash, granulyatsiyalarni qirib tashlash va paradontal cho'ntakning milk chetini deepitalizatsiya qilishdan iborat. Ko'rsatma: chuqurligi 4 mm gacha bo'lgan tish-milk cho'ntagi mavjudligi, bu yengil va

qisman oʻrtacha ogʻirlikdagi parodontitda qayd etilgan. Qarshi koʻrsatmalar: parodont sohasida oʻtkir yiringli yalligʻlanish jarayonining mavjudligi (absess, yiring oqishi), parodontal choʻntak shilliq qavatining yupqalashishi, suyak choʻntaklarining mavjudligi.

Operatsiya texnikasi

1. Anesteziya (karpul anestetik, oʻtkazuvchi va infiltratsion ogʻriqsizlantirish). Operatsiya maydoni 2-3 tish chegarasida antiseptiklarning kuchsiz eritmaları (furatsillinning kuchsiz eritmasi, xlorgeksidinning 0,1% li eritmasi, vodorod peroksidning 1,5-3% li eritmasi) bilan ishlov beriladi, chunki yuqori konsentratsiyali eritmalar regeneratsiyani sekinlashtiradi. Jarrohlik zonasidagi tishlar jarohatning soʻlak bilan infektsiyalanishini kamaytirish uchun steril valiklar bilan qoplanadi.

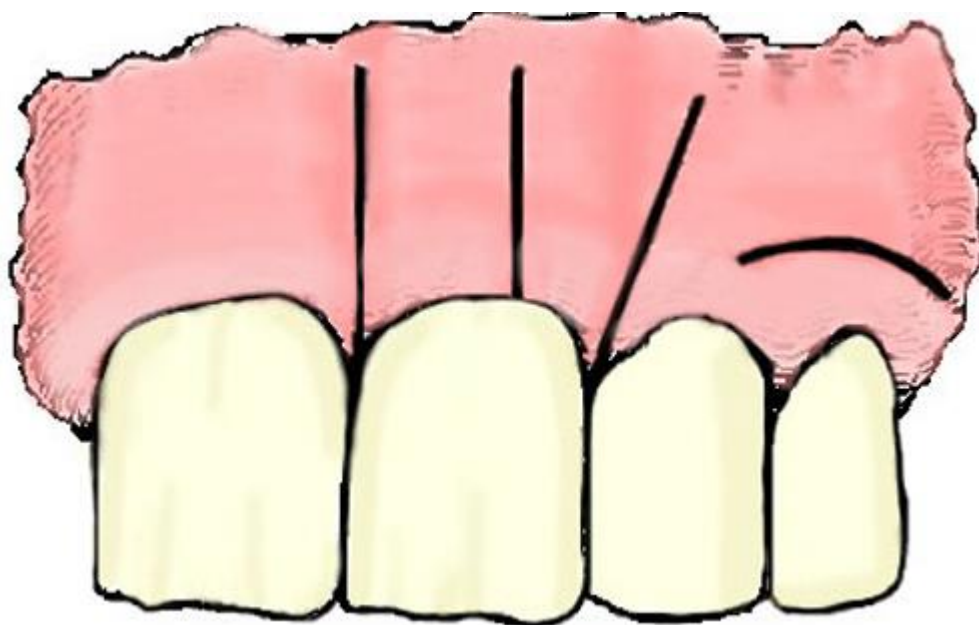
2. Milk osti tish karashlari va patologik oʻzgargan sementni olib tashlash oʻtkir asboblar: ilgaklar, ekskavatorlar, turli shakl va oʻlchamdagi asboblar (mexanik usul) yordamida amalga oshiriladi. Ishlov berish vestibulyar, aproksimal va oral tomondan ketma-ket amalga oshiriladi. Harakatlar choʻntak tubidan koronkaga yoʻnaltirilgan boʻlishi va diagonal boʻyicha vertikal va gorizontal tekisliklarda amalga oshirilishi kerak. Harakatlarning har xil yoʻnalishi ildizning oʻzgargan toʻqimalar va choʻkmalardan tozalanish sifatini yaxshilash imkonini beradi. Periodont shikastlanishining oldini olish uchun tish chap qoʻlning koʻrsatkich va bosh barmogʻi bilan yaxshi fiksatsiyalanishi kerak (22-rasm).



22-rasm. Operatsiya sxemasi (A.P. Bezrukova boʻyicha): A - parodontal choʻntak tubi va devorini qirish; B - kyuretaj paytida milk chetini kesish chizigʻi

Ildiz sementiga finerlar, polirlar bilan ishlov beriladi. Shuningdek, siqilgan havo bilan ishlaydigan va 6-7 mkm qattiq tish cho'kmalarini olib tashlaydigan pnevmatik asboblari ham qo'llaniladi. Burchakli uchlikda peripol (kuretki) larni qo'llash ildiz yuzasini silliq qilish imkonini beradi. Ildizning bi- va trifurkatsiyalari, egilishlariga ishlov berish ko'plab kertiqlarga ega bo'lgan asboblari - periotomlar bilan amalga oshiriladi. Ultratovush yordamida tish toshini olib tashlash skaling deb ataladi. Tish karashi bakterial karashning so'lak ta'sirida minerallashishi natijasida hosil bo'ladi. Milk osti tish toshining minerallashuv jarayonlarida milk suyuqligi ishtirok etadi. Tish toshining yuzasi g'adir-budur, g'adir-budur bo'lib, bu yangi mikroorganizmlarning birikishi va keyinchalik ularning minerallashuviga imkon beradi. Tish toshining adgeziyasi ildiz yuzasida qobiqli yoki po'stloqli hosil bo'lishi, sementdagi yoriqlarning penetratsiyasi, rezorbsiyalangan sement yoki dentin lakunalarining kolonizatsiyasi natijasida yuzaga keladi. Bi- va trifurkatsiyalar sohasida yoki ildiz egatlarida tish toshlari anatomik jihatdan mavjud emas. Milk usti toshi oqish-sarg'ish rangdan to'q sariqli ranggacha bo'lgan ochroqli rangga ega, u ko'proqli moslashuvchan. Milk osti yotqiziqlari esa zichroqli tuzilishga va to'q qo'ng'ir rangga ega. Mushak osti toshini qiyin joylardan olib tashlash uchun ingichka skaler nasadkalari, tajovuzkorroqli asbob va tebranish amplitudasi minimal bo'lgan yuqori quvvat darajasi ishlatiladi. Cho'kmalarni olib tashlash paytida tishga bo'lgan bosim minimal kuchga ega bo'lishi kerak, uni sindirish uchun esa ancha katta bosim kerak (minimal tebranish amplitudasi). Milk osti toshini olib tashlash, ayniqsa yoriqlarning penetratsiyasi ta'sirida, faqat sement qismlari bilan birga bo'lishi mumkin. Yoriqlar orasida qolgan sement yangi tosh hosil qiluvchi bakteriyalarni rekolonizatsiya qilish uchun ko'plab retension uchastkalarni hosil qiladi. Shu sababli sement silliq va toza bo'lishi kerak, lekin tishning qattiq to'qimalariga ehtiyotkorona munosabatda bo'lishni unutmaslik kerak. Kamroqli agressiv ingichka nasadkalardan foydalanish tavsiya etiladi: ildizni tekislash va sementni qayta modellashtirish uchun olmos nasadkalari, oddiy yoki kuchsiz minerallashgan qoplamanini olib tashlash kunining karbon nasadkalari. Tish karashining vizual indikatsiyasi kunida aniqliovchi eritma ishlatiladi. Parodontal floraning endotoksinlari faqat sementning ustki qatlamida mavjud. Ultratovush bilan ishlov berishda parodontal cho'ntak bakteriyalarining aksariyati nobud bo'ladi, toshni mexanik usulda olib tashlashda buni amalga oshirib bo'lmaydi, ammo bakteriyalarning to'liqli yo'qli qilinishi sodir bo'lmaydi, bu esa cho'ntakni yuvish uchun antiseptik vositalardan foydalanishni o'z ichiga oladi. Ultratovush stomatologik apparatlari sohasidagi eng muvaffaqiyatli yechimlardan biri Piezon-Master 400 apparatidir. Pezon generatori pezokeramik prinsipda ishlaydi va 32000 Gs gacha chastotali to'g'ri chiziqli ultratovush tebranishlarini hosil qiladi. Uchlik va nasadkaga uzatiladigan tebranishlar kavitatsiya effektini hosil qiladi. Apparatga maxsus nasadkalari: tish cho'kmalarini profilaktika qilish va olib tashlash uchun tizim, borish qiyin bo'lgan tish cho'kmalarini olib tashlash va parodontal cho'ntaklarni yuvish tizimi, kengaytirilgan parodontologik tizim va boshqalar qo'shiladi. Skalingni minimal

tanaffus bilan 2 ta qabulda bajarilganda 2 oy davomida mikroorganizmlar soni sezilarli darajada kamayadi. Suyak to'qimasining konsolidatsiyasi milk osti irrigatsiyasi va 14 kun davomida xlorgeksidin yordamida tilning dorsal yuzasini tozalashda 6 oygacha bo'lgan muddatda kuzatiladi. Tish toshini olib tashlash uchun qo'l va ultratovush asboblarning kombinatsiyasi yaxshi natija beradi. Ushlab turuvchi terapiya 3 oyda 1 marta o'tkaziladi. U ildiz yuzasiga nisbatan invaziv bo'lmasligi kerak va faqat kompozit karbon nasadkalar yordamida yumshoq qoplamani olib tashlash bilan cheklanishi mumkin. Mamlakatimizda ishlab chiqarilgan apparatlardan "Ultrastom" qo'llaniladi. Cho'ntak bo'shlig'i mayda zarrachalardan tozalash uchun 1% li vodorod peroksid eritmasi bilan bosim ostida yuviladi. Milk osti cho'kindilarining qoldiqlarini kimyoviy vositalar: 20% li sut kislotasi eritmasi va 5% li limon kislotasi eritmasi yordamida ham eritish mumkin. Tish ildiziga mexanik ishlov berish yoki uni limon kislotasi bilan dorilashdan so'ng fibroblastlarning sementga yopishishini yaxshilash uchun ildiz yuzasiga fibrinoniktin bilan ishlov beriladi, u shpris yoki paxtali turunda yordamida ildiz va cho'ntakning ichki yuzasiga surtiladi.



23-rasm. Gingivotomiyada kesmalar sxemasi (Grudyanov A.I. 2006)

Tirqishning tiklanishi va epitelizatsiyasi 7-10 kunda sodir bo'ladi, kollagen tolalar 21 kunda yetiladi. Cho'ntaklarning bartaraf etilishi, milk qirrasi va uning arxitektonikasining tiklanishi kyuretajdan 1-1/2 oy o'tgach qayd etildi.

Kyuretaj o'tkazilgandan so'ng milk chetiga yallig'lanishga qarshi va keratoplastik ta'sirga ega bo'lgan himoya bog'lami qo'yiladi. 4 qism rux oksidi, 1 qism polimerlanuvchi plastmassa va xlorfenol kamforasi aralashmasidan iborat bo'lgan sinkoplast qo'llaniladi. Qon preparatlaridan Krekshina bo'yicha bog'lam quyidagicha

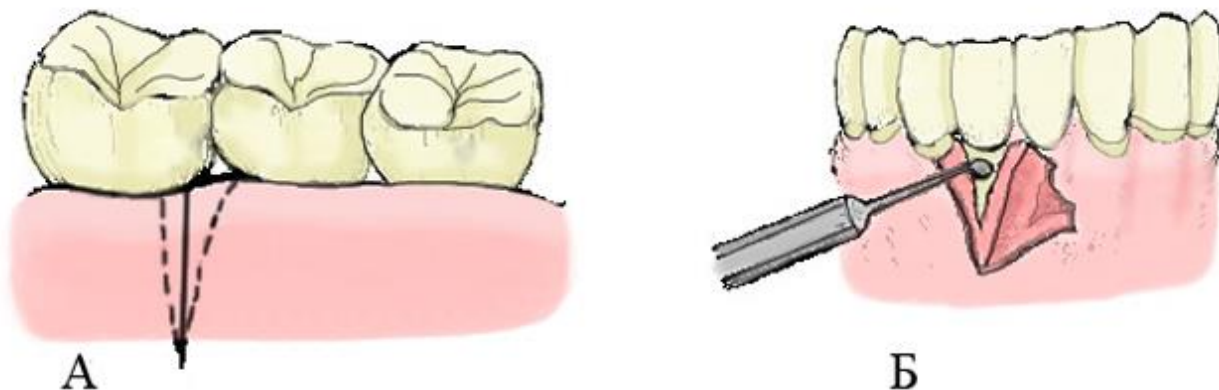
tayyorlanadi: rux oksidi va dentin kukuni 5 g dan, RS kukuni (retroplatsentar qonning biologik kukuni) 2,5 qalampirmunchiq yog'ida pasta konsistensiyasigacha aralashtiriladi. MK yelimi (tibbiy yelim) quritilgan yuzaga bog'lam sifatida surtiladi va 1-1,5 daqiqa davomida polimerlanadi (3-5 kun davomida olib tashlanmaydi). "Septopak" (Fransiya) preparati, "VitaVallis" antimikrob sorbsion materiali, "Akvelit," dentin-oksitsinkli bog'lam, elastik, repin va boshqalar qo'llaniladi. "VitaVallis" materiali bir qator mikroorganizmlarga nisbatan yaxshi sorbsion ta'sir va mikroblarga qarshi faollikka ega bo'lib, ayniqsa aralashuvdan keyingi 1-2 kunda yallig'lanishni bartaraf etadi. Keyingi vaqtlarda "Septident," "Voko" firmalarining o'z-o'zidan qotadigan "Periodontal-pak," yorug'lik ta'sirida qotadigan "Barrikayder" tipidagi antiseptik bog'lamlari ishlatilmoqda. Turli dori preparatlari (anestetiklar, antiseptiklar, antibiotiklar) qo'shilgan mahalliy diplen plyonkalardan foydalanish qulaydir. Bog'lamlar 7 kun davomida har kuni yoki kunora almashtiriladi. Zich bog'lam mikrofloraning ko'payishi uchun ozuqa muhiti bo'lgan jarohat ekssudatining oqib ketishiga to'sqinlik qiladi. Ushbu qoidalar import qilinadigan preparatlarga taalluqli emas, chunki ular uzoq muddatli ta'sirga ega kuchli antiseptiklarni o'z ichiga oladi. Operatsiyadan keyingi davrda og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga alohida e'tibor berish kerak. Jarrohlik aralashuvi sohasidagi tishlarni operatsiyadan keyingi kuni milk chetidan koronkaga qarab harakatlantirib tozalash kerak. Iliq ishqoriy, gipertonik va antiseptik eritmalar bilan tez-tez chayish (1-2 kun), kuniga 4-5 marta yallig'lanishga qarshi va metabolizmni yaxshilaydigan o'tlar (damlamalar) tavsiya etiladi. Yumshoq parhez buyuriladi. Ba'zan operativ kyuretaj vakuum kyuretaj bilan birga qo'llaniladi. Buning uchun maxsus tuzilgan asbobdan foydalaniladi. Vakuum-kuretajga ko'rsatma 5-7 mm chuqurlikdagi cho'ntaklar, yakka va ko'p sonli absesslar hisoblanadi. Cho'kindi va granulyatsiyani olib tashlash umumiy qabul qilingan usul bo'yicha amalga oshiriladi. Shundan keyin cho'ntak tubi va bo'shlig'i o'tkir kovak nasadkalar bilan ishlanadi. Vakuum ta'sirida qon va limfa aylanishi yaxshilanadi, bitish jarayoniga ijobiy ta'sir ko'rsatuvchi mikrogematomalar hosil bo'ladi. Kyuretajning kamchiligi: jarrohlik maydonini ko'rishning yo'qligi, milk osti cho'kmalari va granulyatsiyani to'liq olib tashlamaslik. Deepitelizatsiyada shilliq parda yorilib, ildizning turg'un yalang'ochlanishiga olib kelishi mumkin. Operatsiya maydonini yaxshiroq ko'rish uchun "ochiq kyuretaj" usuli qo'llaniladi. Ko'rsatma: chuqurligi 4 mm dan ortiq bo'lgan parodontal cho'ntaklar, suyak cho'ntaklarining mavjudligi, bifurkatsiyalar va trifurkatsiyalarning jarayonga jalb etilishi. Qarshi ko'rsatmalar: parodont sohasida o'tkir yiringli yallig'lanish jarayoni mavjudligi, parodontal cho'ntak devorining yupqalashishi. "Ochiq kyuretaj"ning xususiyatlari quyidagilardan iborat. Kesma 5-6 ta tishning tishlararo so'rg'ichlar cho'qqisi va milk qirg'og'i sohasida o'tkaziladi. Vestibulyar va oral tomondan parodontal cho'ntaklar tubigacha shilliq laxtaklar ko'chib tushadi. Operatsiyaning keyingi bosqichlari yuqoridagi usul bo'yicha amalga oshiriladi. Ushbu usuldan foydalanish kasallikning uzoq muddatli remissiyasiga erishish imkonini beradi.

Ammo, shilliq laxtaklarning mavjudligi ushbu turdagi aralashuvni laxtakli operatsiyalar qatoriga kiritish imkonini beradi.

14.2.2. Gingivotomiya.

Gingivotomiya - bu parodontal choʻntakni sanatsiya qilish usuli boʻlib, uni kesib, granulyatsiyalar, toshlar yoki yiringni olib tashlashdan iborat. Oʻrta va ogʻir darajadagi parodontitda, abscess bosqichida, bir yoki bir nechta tishlar sohasida aralashuv koʻrsatilgan. Ogʻriqsizlantirilgandan soʻng, klinik vaziyatga qarab, alveolyar oʻsiqning shilliq qavatini choʻntak proyeksiyasida uning markaziy qismida yoki periferiyasida vertikal, gorizontal yoki diagonal kesish amalga oshiriladi. Jarohatning chekka nuqtasi milk chekkasidan 2-3 mm masofada turishi kerak. Uni kesib qoʻyish baʼzan jarohat chetlarining ajralib ketishiga va ildizning yalangʻochlanib qolishiga olib keladi (23-rasm).

Kesma parodontal choʻntakning butun uzunligi boʻylab amalga oshiriladi, bu uning puxta sanatsiyasi uchun sharoit yaratadi. Butun operatsiya maydoni boʻylab shilliq parda va suyak usti pardasi koʻchib tushadi. Jarohat orqali patologik oʻzgargan toʻqima kyuretaji amalga oshiriladi (24-rasm). Yumshoq kalsiysizlangan suyak toʻqimasi oʻtkir suyak qoshiqchasi yoki bor bilan olib tashlanadi. Qon ketishining toʻxtashi granulyatsiyalarni radikal olib tashlash koʻrsatkichidir. Antiseptik ishlov berish jarohatni vodorod peroksid, furatsillin, mikrotsid va boshqa eritmalar bilan yuvishni oʻz ichiga oladi. Suyak choʻntaklarini antibiotiklar, proteolitik fermentlar, biologik faol pastalar, suyak parchalari, sintetik suyak analoglari bilan toʻldirish mumkin. Vertikal jarohatlar va yiringli ajralma moʻl boʻlgan jarohatlar tikilmaydi. Qolgan hollarda yoʻnaltiruvchi choklar qoʻyiladi yoki jarohat chetlari organik yelim (siakrin) bilan yopishtiriladi. Ushbu usulning soʻzsiz afzalligi operatsiyadan keyingi milk retraksiyasining yoʻqligidir. Bu usulning kamchiliklari bor: bitta yaradan bir nechta oʻchoqni sanatsiya qilish mumkin emas; operatsiya proliferatsiyalangan epiteliyni olib tashlashni oʻz ichiga olmaydi; milk chetining butunligini saqlab qolgan holda kesish oʻtkazilganda operatsiya maydonining koʻrinishi torayadi.



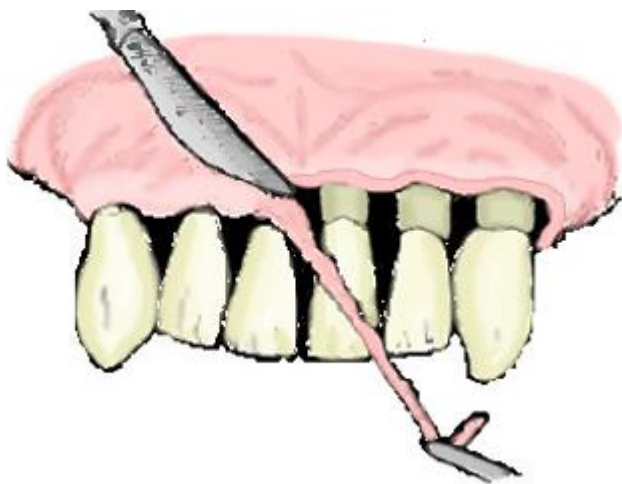
24-rasm. Gingivotomiya o'tkazish usuli: A-cho'ntakni kesish; B-milk osti cho'kindilari va granulyatsiyani olib tashlash



25-rasm. Gubman gingivektomiyasi

14.2.3 GIGIVEKTOMIYA

Qisman gingivektomiya usuli qo'llaniladi, bu esa milkning katta qismini saqlab qolish imkonini beradi. Milk chetidan 1,5-2 sm uzoqlashtiriladi va vestibulyar va oral tomondan gorizontaal kesma o'tkaziladi. Parodontal cho'ntak tozalanadi. U anestetiklar eritmasi bilan yuviladi va bog'lam qo'yiladi (6-rasm). Ushbu jarrohlik aralashuvining afzalligi milk cho'ntaklarini bartaraf etishdir. Kamchiligi shundan iboratki, suyak cho'ntaklarining qisman ishlashi vizual tekshiruvsiz amalga oshiriladi va tish bo'yinlarining ochilishi tufayli yomon kosmetik ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, yalang'och ildizlarga harorat va kimyoviy qo'zg'atuvchilar ta'sir qilganda keskin og'riq paydo bo'ladi, bu esa tegishli davolashni talab qiladi.



26-rasm. Krekshina bo'yicha gingivektomiya

Diatermokoagulyatsiya - yuqori chastotali toklarni qo'llashga asoslangan elektrojarrohlik usuli. Cho'ntaklar chuqurligi 3 mm dan ortiq bo'lgan parodontit, gipertrofik gingivit, milk fibromatozi, parodontal abscesslar uni davolashga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. DKS-2, DK-3, DKG-1 (monoaktiv), "Elektron pichoq," UDL-200 (biaktiv) va hokazo tipdagi apparatlar ishlatiladi, ular "kesish" rejimiga o'rnatiladi. Operatsiya maydoni yaxshilab quritiladi. Elektrodlar gipertrofiyalangan so'rg'ich yoki abscess asosiga o'rnatiladi va tok ulanadi. Asbob asta-sekin kerakli chuqurlikka tushiriladi. Nekrozga uchragan to'qimalar olib tashlanadi. Keyin jarohat antiseptik eritmasi bilan yuviladi va 1-2 kun davomida antibiotiklar, fermentlar, gormonlar, keratoplastik vositalar qo'shilgan qotib qolmaydigan parodontal bog'lam qo'yiladi. Bog'lam yechilgandan so'ng shilliq qavatga antiseptikning iliq eritmasi bilan ishlov beriladi. Jarohat operatsiyadan keyin 10-14 sutkada bitadi. Biaktiv usul qo'llanilganda elektrodlardan biri cho'ntakning tashqi yuzasiga qo'yiladi, ikkinchisi esa cho'ntakka botiriladi. Apparat ishga tushirilgandan so'ng asbob gorizontaal yo'nalishda suriladi. Diatermokoagulyatsiyaning afzalliklari: elektr tokining yuqori bakteritsid qobiliyati, qon ketishining yo'qligi tufayli operatsiya maydonining yaxshi ko'rinishi. Kamchiligi shundan iboratki, pulpa shilliq qavati va tomir-nerv tutamining sog'lom qismlari yemirilishi (kuyish) xavfi bor.

Kriodestruksiya - past harorat ta'sirida patologik to'qima va hosilalarning olib tashlanishi bo'lib, hujayralar destruksiyasini keltirib chiqaradi. Muzlatuvchi agentlar sifatida freon, karbonat angidrid, suyuq azot va kislorod ishlatiladi. Parodont kasalliklarida kriodestruksiyaning qo'llashga ko'rsatma: 5-7 mm chuqurlikdagi parodontal cho'ntaklar, gipertrofik gingivit. Tish-milk cho'ntagi devori yupqalashganda bu usuldan foydalanish mumkin emas. Bugungi kunda O'zbekistonda tibbiy materiallar va implantlar ilmiy-tadqiqot institutida (Tomsk shahri) ishlab chiqilgan g'ovakli nikel titanli shakl xotirali applikatorlar kriadavolash uchun qo'llaniladi. Materialning uzluksiz g'ovakligi uning sovitish agenti bilan to'ldirilishini va sovitish agentining doimiy bug'lanishini ta'minlaydi. Titan nikelining issiqlik o'tkazuvchanligi past bo'lganligi sababli, applikator qalinligiga issiqlik kirishi cheklangan, bu kontakt yuzasiga 90% gacha sovitish agentidan foydalanish hisobiga kriota'sirning yetarli vaqtini ta'minlaydi. Applikator bevosita davolash manipulyatsiyasidan oldin suyuq azotli idishga tushirish yo'li bilan xladogen bilan to'ldiriladi. Parodont patologiyasini kriadavolash uchun uzunligi 7 sm va 12 sm, diametrlari mos ravishda 0,7 va 0,8 sm bo'lgan 2 ta silindrsimon to'g'ri applikator qo'llaniladi, ularning ishchi qismining o'ziga xos xususiyati shundaki, ulardan birining to'retsi 45° burchak ostida, ikkinchisida esa 45° burchak ostida silliq kesilgan va charxlangan, bu esa kriodestruksiyaning amalga oshirishning ushbu sharoitlarida ulardan foydalanish imkonini beradi (37-rasm). Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va og'riqsizlantirish o'tkazilgandan so'ng,

krioapplikator cho‘ntak tubigacha botiriladi. Kriota’sir 8-9 sekundgacha davom etadi. 4-5 ta cho‘ntakka ishlov beriladi. Operatsiyadan keyin bog‘lamlar qo‘yilmaydi, cho‘ntaklar antiseptik eritmalar bilan yuviladi. 3-kuni cho‘ntakka turundalarda proteolitik fermentlarning natriy xloridning izotonik eritmasidagi eritmaları kiritiladi. 2-4 sutkadan keyin cho‘ntak nekrotik massalardan tozalanadi, shundan keyin regeneratsiya boshlanadi. 5-kundan boshlab antibiotiklar va keratoplastik vositalar bilan bog‘lamlar qo‘llaniladi. Shikastlangan joyning regeneratsiyasi 3-6 kundan keyin boshlanadi.



27-rasm. Titan nikeldan tayyorlangan g‘ovakli krioapplikatorlar

14.2.4. Lazerli koagulyatsiya.

Lazerning ishlash printsiplari boshqariluvchi induksiyalangan nurlanishdan foydalanishga asoslangan. Lazer infragizildan ultrabinafshagacha bo‘lgan diapazonda elektromagnit nurlanish chiqaradigan optik kvant generatoridan iborat. Nurlanish biologik ta’sirga ega bo‘lgan katta energiyali dasta ko‘rinishida fokuslanadi. To‘lqin uzunligi 10,600 nm bo‘lgan karbonat angidrid (CO₂ lazeri) asosida ishlaydigan lazer skalpeli qo‘llaniladi. CO₂ lazeri gazli lazer bo‘lib, eng yuqori foydali ish koeffitsiyentiga ega - 70%, bu turdagi lazerlarning eng yuqorilaridan biri (8-rasm). CO₂ lazeri uchun faol element sifatida geliy va (82%), azot (13,5%) va CO₂ (4,5%) aralashmasi ishlatiladi. Lazerning kesuvchi asbob yoki koagulyator sifatidagi ta’siri lazer nurining elektromagnit energiyasini issiqlik energiyasiga aylantirishga asoslangan. CO₂ lazerining to‘qimaga kirish chuqurligi 0,1 mm. Yutilgan yorug‘lik issiqlikka aylanib, gazlamalarning haroratini 300 °S gacha ko‘taradi va gazlamalarni bug‘latadi. Ushbu turdagi lazerdan foydalanganda, qaytmas termik nekrozlar zonasi minimal darajada bo‘ladi. Amaliyotda qo‘llash uchun eng qulay CO₂ lazeri "Sharplan 15F"

hisoblanadi. U ixcham bo'lib, egiluvchan po'lat to'lqin o'tkazgichli val bilan jihozlangan, bu esa undan og'iz bo'shlig'ining eng qiyin joylarida foydalanish imkonini beradi. Lazer metall va keramik uchliklar to'plami bilan ta'minlangan. Lazerning afzalliklariga quyidagilar kiradi: jarohatning sterilligi, gemostaz, chok qo'yishga hojat yo'qligi, operatsiya paytida og'riq to'sig'ining pasayishi, to'qimalarning chandiqsiz bitishi. Lazer yordamida gingivektomiya, gingivoplastika, milk cho'ntagini sterilizatsiya qilish mumkin. Og'riqsizlantirish o'tkazilgandan va tish karashlari ultratovush, 6-8 Vt quvvatli lazer nuri bilan olib tashlangandan so'ng oral va vestibulyar tomondan cho'ntakning 2-3 mm chuqurligigacha gingivektomiya amalga oshiriladi. Operatsiya kuretaj va ildiz yuzasini silliqlash bilan yakunlanadi. Lazer nuri ta'sirida butun ichki devori bo'ylab parodontal cho'ntak epiteliysining denaturatsiyasi sodir bo'ladi. Jarohatning karbonlashgan yuzasi hosil bo'ladi. Shuning uchun cho'ntak usti fiziologik eritma yoki vodorod peroksid bilan ho'llangan salftkalar bilan vaqti-vaqti bilan artib turiladi. Operatsiyadan keyingi davrda og'riq reaksiyalari kuzatilmadi. Jarohatning epitelizatsiyasi 10-12 kunda sodir bo'ladi.

Lazer frenulotomiya va frenulektomiyada qo'llanilishi mumkin. Yugancha quvvati 4 vt bo'lgan fokuslangan nur bilan bug'latiladi. Karbonizatsiya mahsulotlari salftka bilan olib tashlanadi. Jarohatning to'liq bitishi 10 kundan keyin sodir bo'ladi. Sharplan 15F qurilmasi yordamida operatsiya o'tkaziladi.

Vestibuloplastika. Lazer nuri yara yuzasini "muhrilab," keraksiz granulyatsiya hosil bo'lishining oldini oladi. Jarohatning bitishi 8-14 kundan keyin sodir bo'ladi. Ultratovushli jarrohlik usuli (pezojarrohlik). Ultratovush jarrohligining so'nggi yutuqlaridan biri Satelec kompaniyasining stomatologik asbobi - parodontologiyada qo'llaniladigan Piezotome apparatining paydo bo'lishi bo'ldi. Pezoxirurgik apparat aslida ultratovush apparati bo'lib, keskich nasadkasida turli diapazondagi boshqariladigan tebranishlarni modulyatsiyalash va konsentratsiyalash imkonini beradi. Ushbu ta'sirning afzalligi shundaki, u yo'naltirilgan bo'lib, parodont to'qimalariga ishlov berishda tomirlar, nervlar va tish atrofidagi yumshoq to'qimalarning shikastlanishi sodir bo'lmaydi. Bundan tashqari, ultratovush antibakterial ta'sirga ega, bu esa mutaxassisga operatsiya paytida kimyoviy preparatlar, xususan, antibiotiklarni qo'llamasdan antiseptik ishlov berish imkonini beradi.

14.2.5. Radioxirurgik davolash usuli.

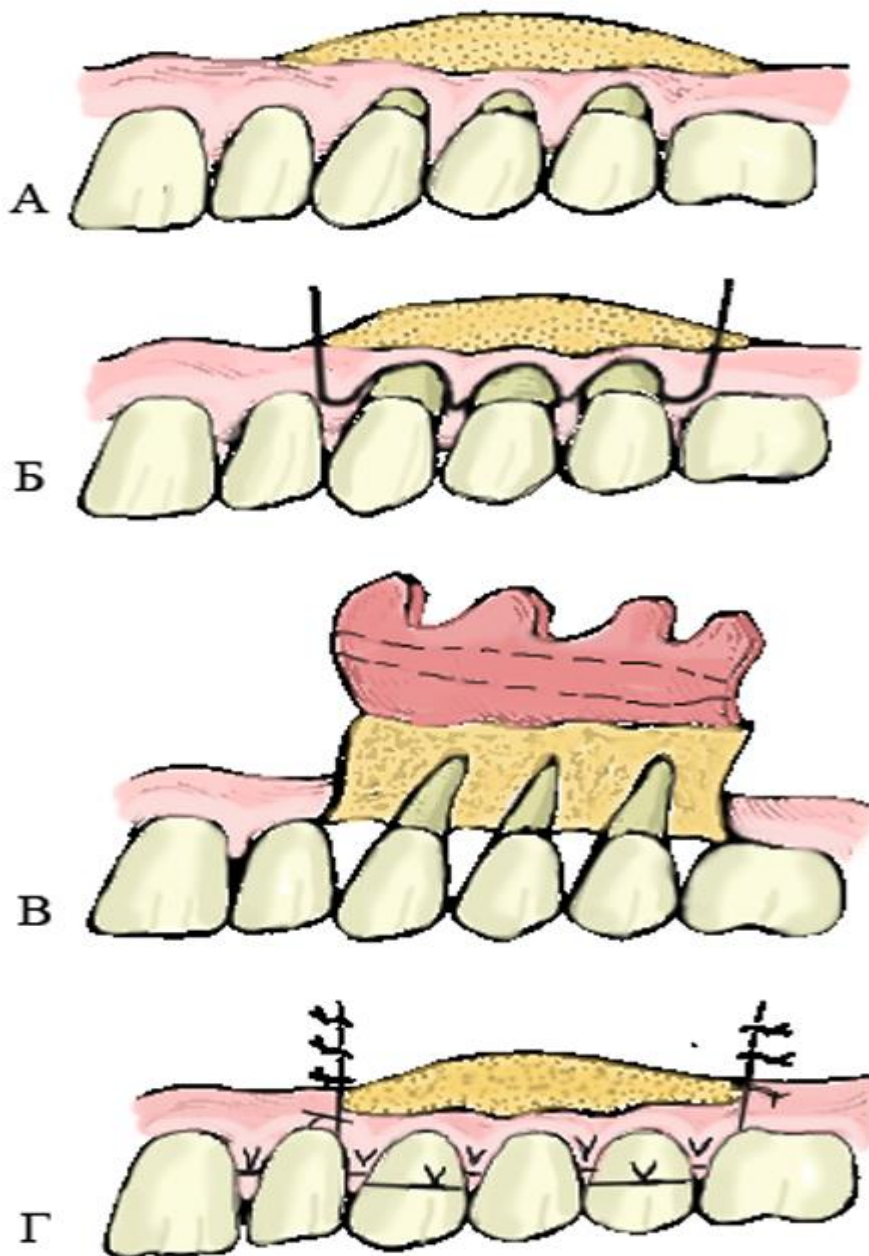
Yumshoq to'qimalarni kesish - radioseksiya "Ellman" (AQSH) firmasining "Surgitron" apparati elektrodining yuqori chastotali to'lqinlari to'qimaga kirganda issiqlik yordamida amalga oshiriladi. Bunday ta'sirda hujayralarning bug'lantiruvchi ta'siri kuzatilmaydi, bu esa osteoplastik materiallarni qo'llashda qabul qiluvchi joyni tayyorlash uchun zarurdir. Tishlararo so'rg'ichlar ingichka igna ko'rinishida yasalgan

elektrod bilan kesiladi. Milk qirrasining epitelizatsiyasi "koagulyatsiya bilan radioseksiya" rejimida amalga oshiriladi. Granulyatsion to'qima suyak cho'ntaklariga solinadi va uchqun chiqarish (fulguratsiya) rejimida o'tkaziladi. Suyak cho'ntaklariga osteoplastik material yuboriladi. Choklar qo'yiladi. Operatsiya maydoni to'qimalari ko'mirga aylanmasligi uchun mo'tadil namlangan bo'lishi kerak.

Laxtakli operatsiyalar

Quroqli operatsiyalar quyidagi bosqichlardan iborat: a) alveolyar o'siqning vestibulyar va oral tomonlaridan quroqlarni shakllantirish; b) tish karashlarini olib tashlash; v) granulyatsiyalarni qirish; g) suyak cho'ntaklari va quroqqa ishlov berish; d) quroqni choklar bilan mahkamlash. Kesmalarning joylashuvi, laxtak turlari, parodontal cho'ntak to'qimalariga ishlov berish mexanizmi, laxtakni mahkamlash bo'yicha farqlanadigan jarrohlik aralashuv usullari ishlab chiqilgan. Epiteliy, biriktiruvchi to'qima, suyak usti pardasini o'z ichiga olgan parodontal laxtak to'liq, suyak usti pardasidan mahrum bo'lgan laxtak esa parchalangan laxtaklar qatoriga kiradi. "O'z joyiga" qo'yiladigan laxtak oddiy, qo'shni uchastkaga suriladigan laxtak pozitsion bo'ladi. Oddiy laxtakdan foydalangan holda radikal asosiy laxtak jarrohlik amaliyoti Seschinskiy-Vidman Neyman usuli hisoblanadi. Operatsiyaga ko'rsatma: parodontal cho'ntak chuqurligi 5 mm dan ortiq bo'lganda o'rta va og'ir darajadagi parodontit. Amaliyot hajmi 6-7 ta tish bilan chegaralanadi. Og'iz bo'shlig'iga antiseptik ishlov berilgandan so'ng o'tkazuvchi va infiltratsion anesteziya o'tkaziladi. Milk qirrasini orqali o'tish burmasigacha ikkita vertikal kesma o'tkaziladi, keyin ular til va lunj tomondan ikkita gorizontal kesma bilan birlashtiriladi (ya'ni qisman gingivektomiya amalga oshiriladi). Milk so'rg'ichlari orqali vertikal kesmalar o'tkazilmaydi. Kesib olingan shilliq qavat tasmalari olib tashlanadi, shilliq-suyak usti parda laxtaklari dahliz tomondan o'tish burmasigacha va og'iz tomondan 4-5 mm gacha ajratiladi. Milk osti qatlamlari qirib tashlanadi, ildiz sementi silliqqlanadi, shilliq-suyak usti pardasidagi laxtaklardan granulyatsiyalar va epiteliy tortmalari olib tashlanadi. Yumshagan suyakni olib tashlagan holda suyakning alveolyar cheti silliqqlanadi. Lazer va radioaktiv ta'sirlardan foydalaniladi. Jarohat yuzasiga antiseptiklar bilan ishlov beriladi. Tish bo'yinlarining ochilib qolishini kamaytirish va laxtaklarni qisqartirish uchun ular mobilizatsiya qilinadi - alveolyar o'siq asosida suyak usti pardasi laxtak cheti bo'ylab gorizontal yoki qiyshiq kesmalar bilan kesiladi, bu uni qisman parchalangan holatga keltiradi. Qirqimlar iloji boricha tishlar bo'yniga tortilib, joyiga qaytariladi va dastlab vertikal jarohatlar bo'ylab, keyin esa har bir tishlar oralig'ida yangi choklar bilan mahkamlanadi. Choklar 6-7 kunda olinadi. Milkni himoyalovchi bog'lam qo'yish tavsiya etiladi. Operatsiyaning afzalliklari: operatsiya maydonining yaxshi ko'rinishi patologik o'zgargan to'qimalarni to'liq olib tashlash, aralashuv vaqtini qisqartirish imkonini beradi, jarohatning bitishi birlamchi taranglik bilan sodir bo'ladi. Kamchiliklari: tish bo'yinlarining ochilib qolishi tufayli kosmetik nuqson hosil bo'ladi;

suyak to'qimasi destruksiyasining kuchayishi hisobiga alveolyar o'siq balandligi pasayadi, tishlarning harakatchanligi oshadi.



38-rasm. Quroqli operatsiya (A.I.Grudyanov bo'yicha): A - operatsiyadan oldin; B - vertikal kesmalar o'tkazilgan, tishlararo so'rg'ichlar kesilgan; V - shilliq-suyak usti pardasi laxtaklari ko'chgan; G - laxtak joyiga qo'yilgan, safarbarlik hisobiga koronar siljirilgan, choklar bilan mahkamlangan

14.3. IKKILAMCHI CHO'KTIRISH OPERATSIYALARI

Ikkilamchi bitish operatsiyasi quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi:

a) proliferativ epiteliy va granulyatsiyalarni to'liq olib tashlash;

b) mustahkam tish-milk birikmasini hosil qilish uchun ildizni tozalash, osteogenezni tiklash;

v) qon laxtasi hosil bo'lishi uchun sharoit yaratish va uni mexanik shikastlanish va infeksiyalanishdan ishonchli himoya qilish. Parodontal cho'ntakning bitishi va yo'q qilinishi qon laxtasini tashkil etish, keyinchalik suyak hosil bo'lishi bilan granulyatsion to'qima hosil bo'lishi hisobiga sodir bo'ladi.

14.4. MUKOGINGIVAL JARROHLIK

14. 4.1. Gingivoplastika

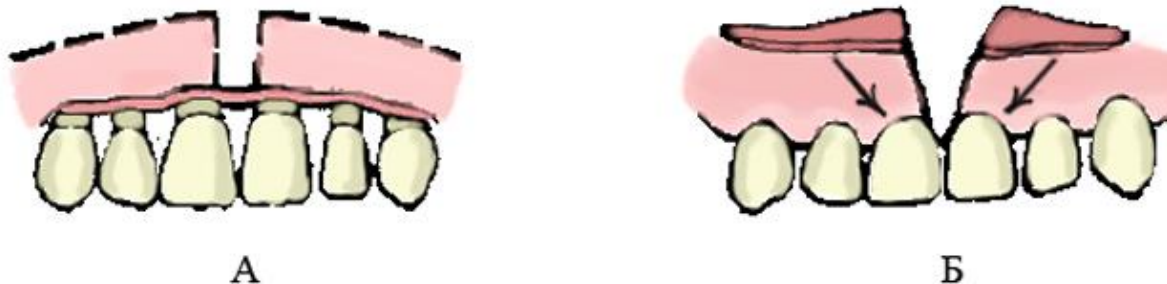
Milk chetini to'g'rilash uchun gingivoplastika qo'llaniladi, u pozitsion laxtaklar bilan amalga oshiriladi.

1. Kalmi, Moskor, Quranov operatsiyalari. Ushbu operatsiyalar frontal tishlar sohasidagi milkning gorizontal retraksiyasida amalga oshiriladi. Og'riqsizlantirilgandan so'ng frontal tishlar sohasida suyak usti shilliq pardasi laxtakchasi tayyorlanadi, kyuretaj o'tkaziladi, sement yangilanadi (standart usul bo'yicha) (40-rasm). Markaziy kesuvchi tishlar ustida laxtak o'rta chiziq sohasida va milk chetida bir-biriga yaqinlashgan ikkita kesma bilan kesiladi. Shuningdek, qiyqimning asosiga gorizontal kesmalar o'tkaziladi, ular qiyshiq kesmalar bilan birlashtiriladi. Erkin shilliq qavat pastga, tishlarning ochiq bo'yinlariga o'tkaziladi. Qirqimlar tishlar oralig'iga choklar bilan mahkamlanadi. Hosil bo'lgan nuqson 1,5-2 hafta davomida yodoformli turunda ostida ikkilamchi tortilish bilan bitadi (turunda 3-4 kundan keyin almashtiriladi). Operatsiyaning afzalligi: frontal tishlarning bo'yinlarini ochilmasligi.

Kamchiligi: distal qirra sohasida shilliq laxtak nekrozi bo'lishi mumkin.

V.V. Golbrayx bo'yicha operatsiya (1964).

Kesmalar quyidagicha amalga oshiriladi: vertikal - o'tish burmasidan yuqorida qoziq tishlar va ularning molyarlarining uchdan bir qismi darajasida, gorizontal - vestibulyar tomondan milk cheti shilliq qavatining 2-3 mm kenglikdagi chizig'ini kesish bilan, oral tomondan - milk so'rg'ichlari asosida. Shilliq-suyak usti pardasi laxtagi o'tish burmasi sathidan pastroqda ko'chib tushadi. Quroqning harakatchanligini oshirish uchun suyak usti pardasi shilliq parda sathigacha kesiladi. Tish karashlari, granulyatsiyalar, dekalsinatsiyalangan suyak olib tashlanadi. Qirqim tish bo'yinlaridan yuqoriroqqa suriladi va har bir tish atrofida P-simon choklar bilan mahkamlanib, "mufta-manjetlar" hosil qilinadi. Quroqning chetiga tugunli choklar qo'yiladi.



39-rasm. Kalmi bo'yicha gingivoplastika: A - markaziy kesuvchi tishlar ustidagi shilliq-suyak usti pardasini kesish; B - ochiq tishlar bo'ynidagi erkin shilliq qavatning siljishi

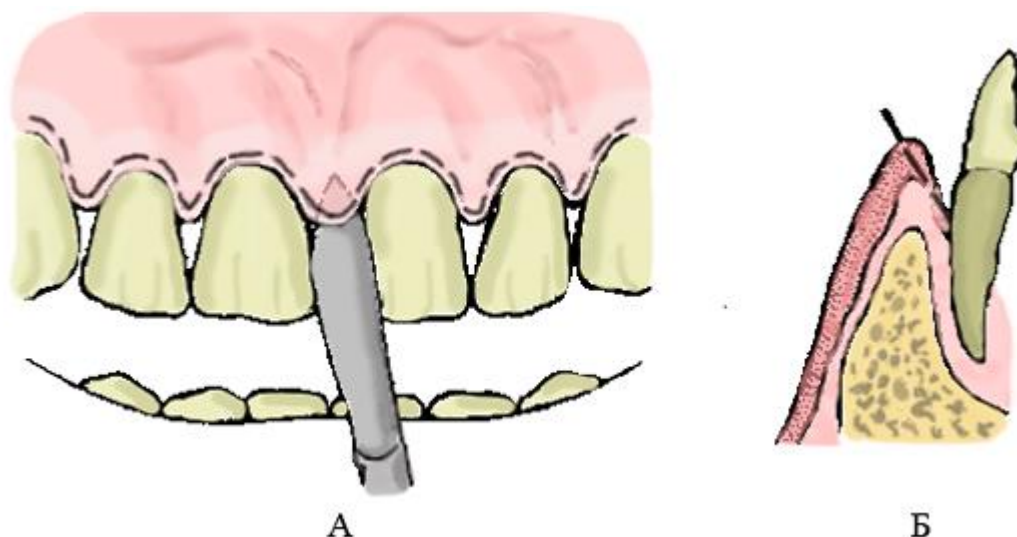
Afzalligi: har bir tish atrofida uning harakatlanishini cheklaydigan zich chandiq hosil bo'ladi. Kamchiligi: laxtak shikastlanganda va ortiqcha tortilganda qisman chekka nekroz bo'lishi mumkin.

V.I. Lukyanenko (1977) bo'yicha operatsiya.

Milk retraksiyasini kamaytirish uchun V.I. Lukyanenko (1977) vertikal kesmalardan voz kechgan laxtak operatsiyasining modifikatsiyasini taklif qildi (41-rasm). Shilliq qavatni gorizontall kesish milk chekkasi bo'ylab tishlarga nisbatan 35° burchak ostida amalga oshiriladi, bu uning arxitektonikasiga mos keladi, bu esa deepitelizatsiyani oldini olish va granulyatsiyani qisman kesib tashlash imkonini beradi. Kesmalar ikkala tomondan butun jag' sathida o'tkaziladi va oxirgi tish orqasida bir-biriga yaqinlashishi kerak. Shilliq-suyak usti pardasini ajratish cho'ntaklar chuqurligida amalga oshiriladi. Jarrohlik aralashuvi zonasi sanatsiya qilingandan so'ng, laxtak joyiga qaytariladi va choklar va sianokril yelimi bilan mahkamlanadi. Kamchiligi: operatsiya hajmi katta bo'lganligi sababli, aralashuv faqat statsionar sharoitida amalga oshiriladi.

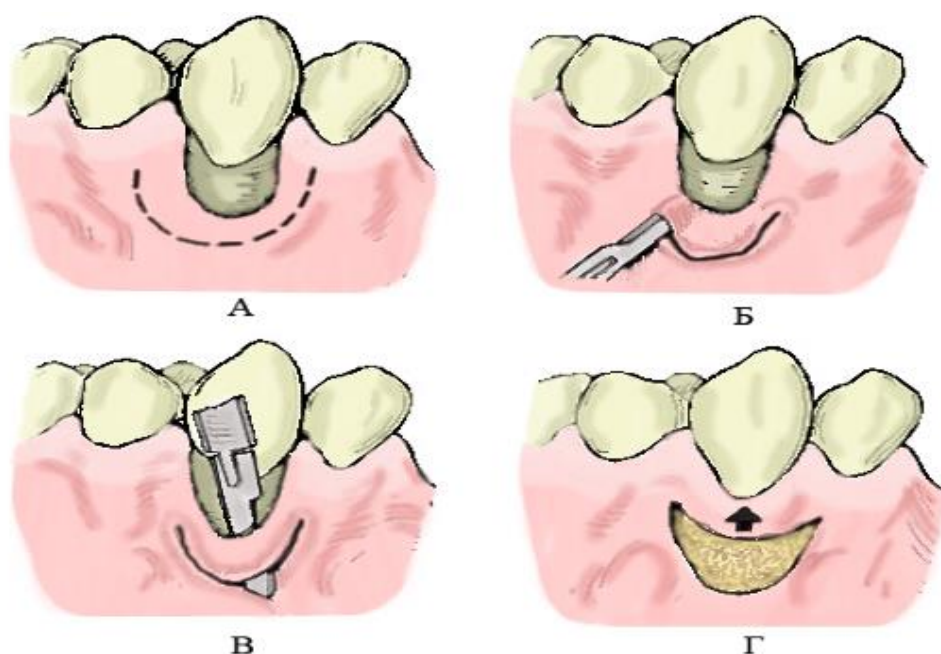
X. Borshchevskiy bo'yicha operatsiya (1973).

"Ko'prik" hisobiga laxtakning harakatchanligini oshirishni X.Borshchevska (1973) taklif qilgan. Shu maqsadda o'tish burmasidan ajratib olingan P-simon laxtakning asosida tish ildizlarining uchlari proyeksiyasida yoysimon bo'shashtiruvchi kesma qilinadi. Ko'chirilgandan so'ng laxtak choklar bilan mahkamlanadi. Suyakning ochilib qolgan joyi yodoformli turunda ostida ikkilamchi tortilish bilan bitadi.



40-rasm. V.I.Lukyanenko bo'yicha laxtakli operatsiya: A - tishlararo so'rg'ichlarni kesish; B - epitelial qoplamani kesish

Afzalligi: katta maydonda ham, 1-2 ta tish sohasida ham qo'llash mumkin. Kamchiligi: tish bo'yinlari sezilarli darajada ochilganda va dahliz sayoz bo'lganda qo'llab bo'lmaydi.



41-rasm. Vertikal siljitelgan qisman parchalangan laxtak yordamida ildizning ochiq yuzasini yopish (A.I. Grudyanov bo'yicha, 2006)

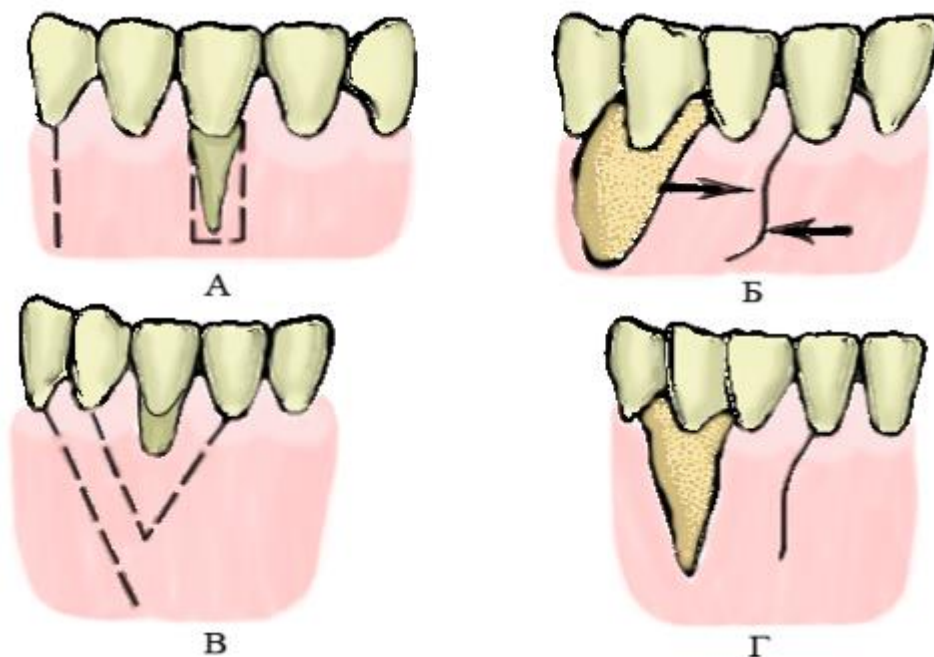
Grudyanov operatsiyasi.

Koronar siljiydigan laxtakda saqlanib qolgan milk vertikal kesmalar bilan ko'chiriladi, bu bilan laxtakning kengligi cheklanadi. Uni mobilizatsiya qilish harakatchan shilliq qavat sohasida suyak usti pardasini kesish hisobiga amalga oshiriladi, bir vaqtning o'zida unga yoysimon shakl beriladi. Yalang'ochlangan suyakni ikkilamchi bitish uchun qoldirib, laxtak koronar tarzda suriladi (42-rasm).

Group va Varren (1956) usuli milkning vertikal cho'kishini bartaraf etishga imkon beradi, bunda laxtakning lateral siljishi sodir bo'ladi. Operatsiya texnikasi Nuqson sohasidagi milk cheti to'g'ri burchakli yoki konussimon shaklga keltirib kesiladi. Nuqsonning tashqarisida shakllanayotgan laxtakning kengligiga mos keladigan vertikal yoki qiya kesim qilinadi. Qirqim ajratib olinadi va yalang'ochlangan ildizga o'tkaziladi. Uning o'lchamlari nuqson o'lchamlaridan biroz katta bo'lishi kerak. Latta cho'qqisida, so'ngra yon tomonlarida choklar bilan mahkamlanadi. Yuqori qismidagi jarohat yodoformli turunda ostida olib boriladi (43-rasm). Kamchiligi: usul faqat bitta tish sohasidagi shilliq qavat nuqsonlarida qo'llaniladi. Bunday hollarda laxtaklar Kochen va Ross bo'yicha ikki tomondan (lateral va medial) tayyorlanadi. Ildiz sezilarli darajada yalang'ochlanganda va og'iz bo'shlig'i dahlizi sayoz bo'lganda, tanglay va lunj shilliq qavatidan erkin transplantatni qo'llash mumkin.

Sullivan operatsiyasi.

Nuqson qirralari yangilanadi, unga konussimon yoki to'g'ri burchakli shakl beriladi, suyak usti pardasigacha shilliq qavat olib tashlanadi, ildiz sementiga ishlov beriladi, suyak cho'ntaklarining o'tkir qirralari silliqqlanadi. Qon ketishini to'xtatadi. Steril folga yoki mum bilan nuqsonning aniq chegaralari aniqlanadi. Tegishli o'lchamdagi transplantat qimirlamaydigan milk yoki qattiq tanglay shilliq qavatidan tayyorlanadi va tayyorlangan o'ringa ko'chiriladi. Nuqson chetlari bo'ylab shilliq qavat va suyak usti pardasiga tikiladi. Milk bog'lami 5-7 kunga qo'yiladi. Kichik o'lchamli nuqsonlarda yupqa laxtak ishlatiladi, chunki u yaxshi bitadi. So'nggi yillarda sun'iy ajratuvchi membranalar yordamida sanab o'tilgan operatsiyalarning modifikatsiyalari qo'llanilmoqda.

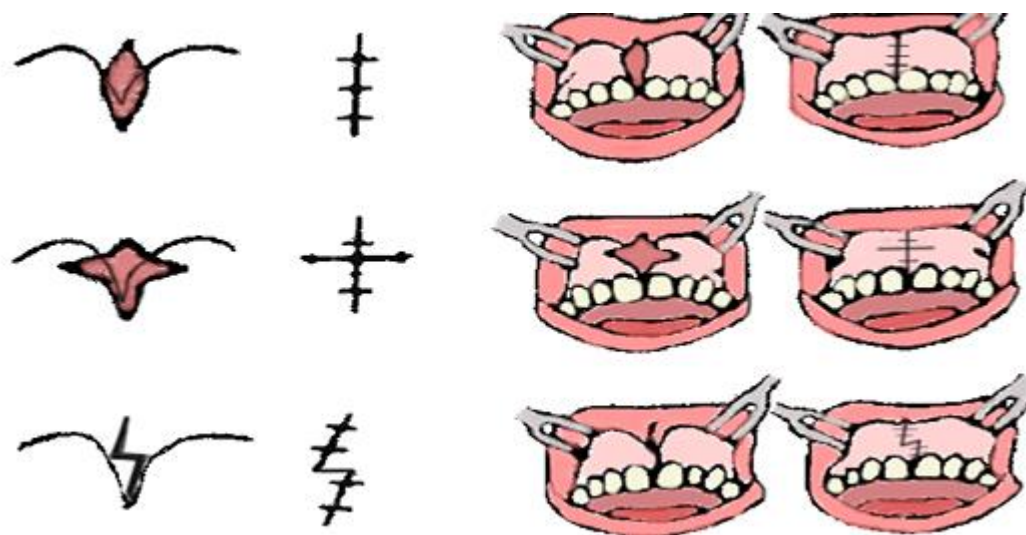


42-rasm. Group bo'yicha gingivoplastika: A,V - shilliq-suyak usti laxtaklarini shakllantirish; B,G - laxtaklarning nuqson sohasiga siljishi

Lablarning kalta yuganchalari, til, og'iz bo'shlig'ining kichik dahlizi, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining tortmalari ko'rinishidagi baquvvat biriktiruvchi to'qima tuzilmalari milkning cheklangan qismida qon aylanishining buzilishiga sabab bo'ladi, bug'-dum cho'ntaklarining rivojlanishiga, ildizlarning ochilib qolishiga, diastemalar hosil bo'lishiga olib keladi. Yuqorida tasvirlangan o'zgarishlar taranglik simptomi deb ta'riflanadi.

Frenulotomiya va frenektomiya Lablarning kalta yuganchalari tishlararo so'rg'ichga, milk chetini tortib turuvchi tomondan birikadi. Bu milk cho'ntagi hosil bo'lishiga, tish toshi o'tirib qolishiga, yallig'lanish jarayoni avj olishiga olib keladi. Yugancha proyeksiyasida suyak to'qimasining rezorbsiyasi jarayonning og'irligiga bog'liq. Frenulotomiya - kalta til yuganchasida yuganchani kesish.

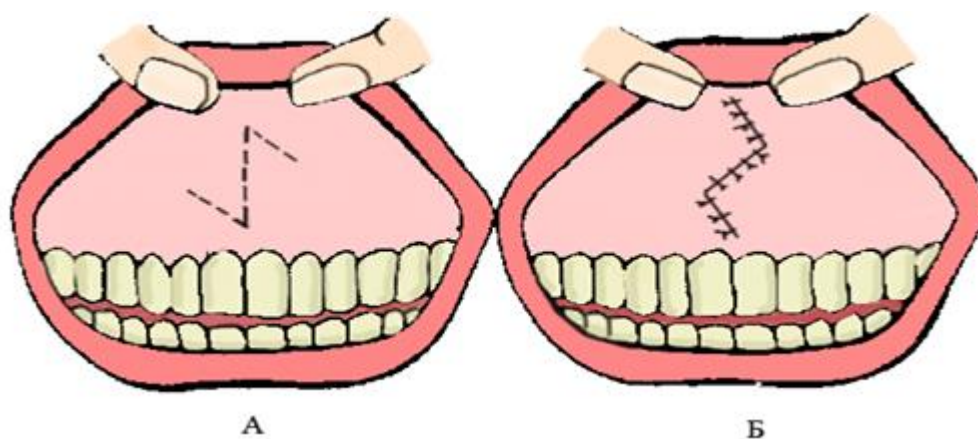
Frenektomiya - kompaktosteotomiya va uning qisman kesilishi bilan yuganchani ko'chirish. Chuqur dahlizda yuganchaning siljishi - frenuloplastika mumkin. Operatsiya metodikasi. Biriktirish cho'qqisidan o'tuvchi ikkita yarim oysimon kesik bilan yugancha kesib olinadi. Markaziy kesuvchi tishlar orasida vertikal kompaktosteotomiya o'tkaziladi. Jarohat chetlari mobilizatsiya qilinadi va choklar qo'yiladi (43-rasm). Kuchli taranglikda u Limberg bo'yicha uchburchakli laxtaklar hosil qilish yo'li bilan bartaraf etiladi.



43-rasm. Yuqori lab yuganchasi plastikasi variantlari

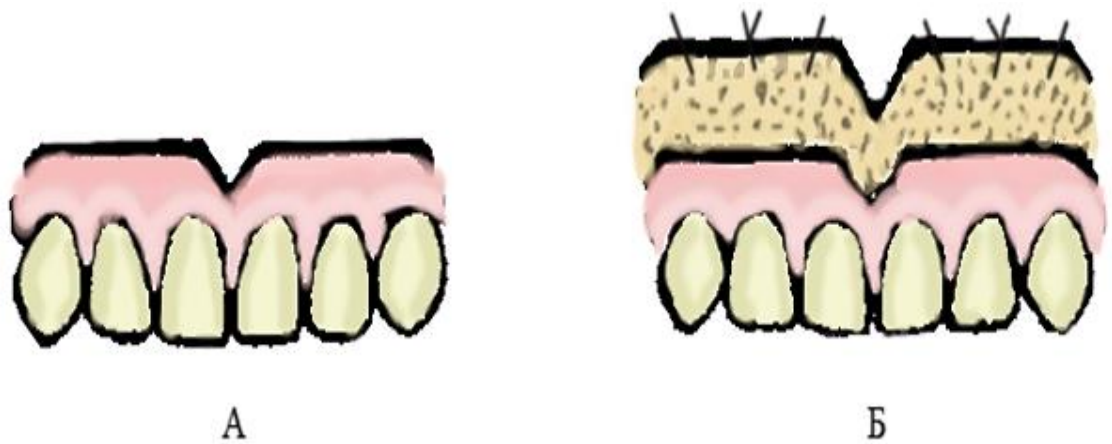
Pastki labning qisqa yuganchasini uzaytirish A.A.Limberg usuli bo'yicha qarama-qarshi simmetrik uchburchakli laxtaklarni siljitish orqali amalga oshiriladi. Buning uchun yugan uzunasiga ikki simmetrik bo'lakka bo'linadi. Jarohatning distal bo'limlarida simmetrik uchburchak laxtaklar hosil bo'ladi, ularning siljishi va fiksatsiyasi yuganchaning uzunligini oshiradi (44-rasm).

Glikman usuli bo'yicha yugancha og'iz bo'shlig'i dahliziga chuqur kiritilgan qisqich bilan mahkamlanadi va uchburchak shaklida kesib olinadi. Jarohat chetlari immobilizatsiya qilinadi va choklar bilan bir-biriga yaqinlashtiriladi.



44-rasm. A.A.Limberg bo'yicha yuqori lab yuganchasining uzayishi

Dahliz sayoz bo'lsa, u chuqurlashtiriladi, kesma ikkala tomonga davom ettiriladi va shilliq parda apikal yo'nalishda ajratib olinadi. Jarohatda yodoformli turunda qoldiriladi (45-rasm).

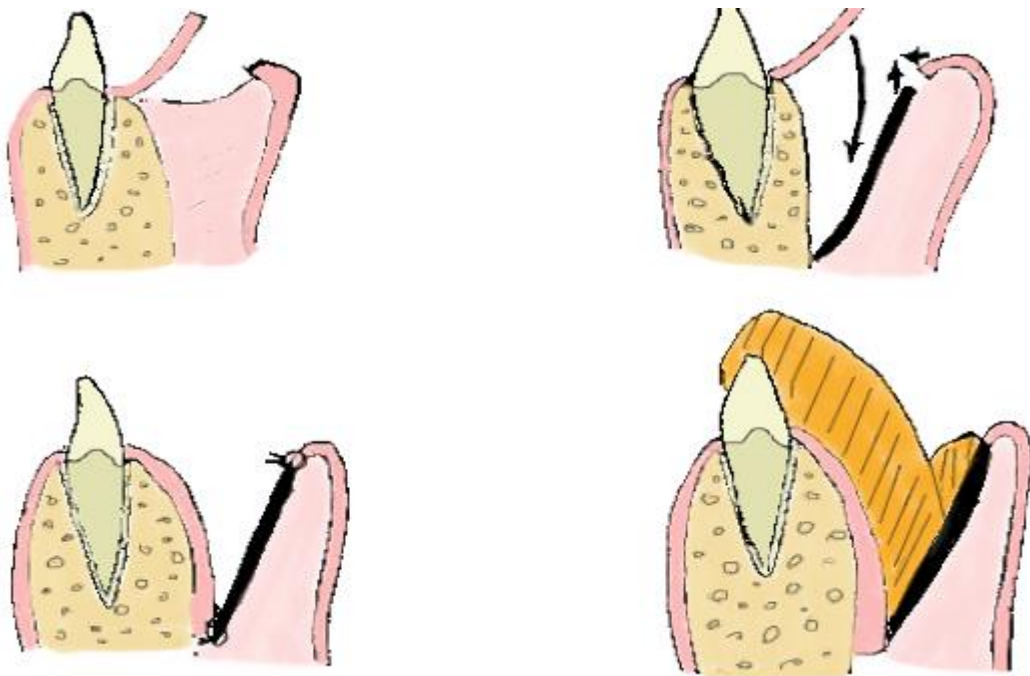


45-rasm. Yuqori lab yuganchasining Glikman bo'yicha plastikasi: A - kesma sxemasi; B - laxtakni ko'chirish va mahkamlash

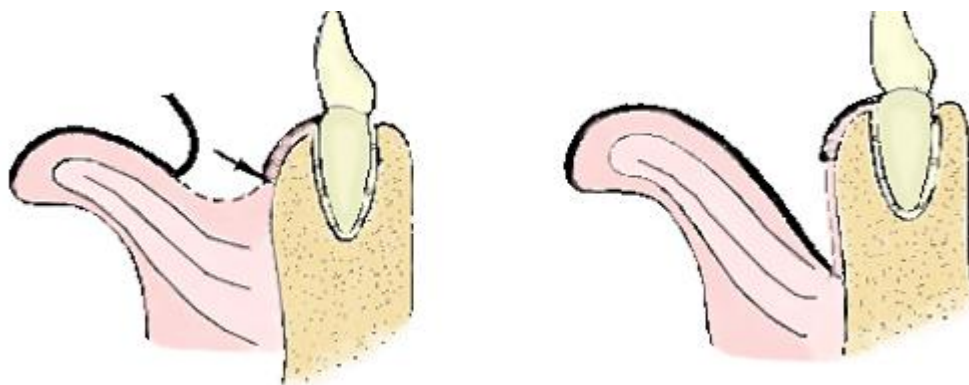
Og'iz dahlizini shakllantirish bilan jag' gumbazini tuzatish (vestibuloplastika)

Hozirgi vaqtda parodontologiyada vestibuloplastikaning bir necha usullari qo'llaniladi.

1. Edlan-Meyxar bo'yicha vestibuloplastika. Shilliq qavatni kesish pastki lab sohasida jag' yoyining egilishiga parallel ravishda amalga oshiriladi. Kesim chizig'i labning qizil hoshiyasidan o'tish burmasigacha bo'lgan masofaning oldingi va o'rta uchdan bir qismi oralig'idan o'tadi. Shilliq qavat jag' tomonga qarab milk chetigacha ajratib olinadi. Suyak usti pardasi og'iz dahlizi chuqurligi bo'ylab kesiladi. So'ngra mushak-suyak usti pardasi parchasi suyakdan 10-15 mm ga ko'chirib olinadi. U ko'chiriladi va laxtak markazidagi shilliq qavat kesimining chetiga, undan keyin esa chetlariga mahkamlanadi. Shilliq pardaning cheti suyak usti pardasiga mahkamlanadi. Jarohatning butun yuzasi bo'ylab yodoformli tampon qoldiriladi (47-rasm). Labga 2 soatga bosib turuvchi bog'lam qo'yiladi. Yodoformli tampon dastlabki 3 sutka davomida har kuni almashtiriladi. 5-kuni vitamin-moyli eritmalar solingan tampon ishlatiladi. Deksametazon, xlorgeksidin, trixopol bilan "Diplen" plyonkalari mavjud bo'lsa, ularni yalang'och suyakka va shilliq qavat nuqsoniga qo'yish tavsiya etiladi. Bu usulning kamchiligi o'tish burmasi bo'ylab dag'al chandiqlar hosil bo'lishidir.



46-rasm. Edlan-Meyxar bo'yicha vestibuloplastika



47-rasm. Klark bo'yicha vestibuloplastika

1. Klark metodikasi eng ko'p tarqalgan. Bu usulda shilliq qavat yugancha orqali o'tish burmasi bo'ylab suyak usti pardasigacha kerakli miqdordagi tishlar bo'ylab kesiladi. Labda uzunligi 10 mm gacha bo'lgan shilliq parcha ko'chadi. Dahlizni shu chuqurlikkacha chuqurlashtirish yumshoq to'qimalarni iyakdan ajratish yo'li bilan amalga oshiriladi. Ajratib olingan laxtakning cheti yangi hosil qilingan dahlizga botiriladi va butun uzunligi bo'ylab kutgut choklari bilan mahkamlanadi. Jarohatning ochiq yuzasi yodoformli tampon, kollagen plyonka bilan berkitiladi (48-rasm).

2. Artyushkevich bo'yicha vestibuloplastika o'tkazish usuli (birinchi variant). Ikkita to'rtburchakli laxtakni bitta tekislikda ko'chirishni ko'zda tutadi. O'tish burmasidan 0,5 sm pastga qarab, shilliq qavat yoysimon kesma bilan kesiladi. Xuddi shunday uzunlikdagi parallel kesma qizil hoshiya chetidan 0,5 sm yuqorida o'tkaziladi. So'ngra ikki qirqim 70° burchak ostida tutashtiriladi. Qirindilar shilliq osti qavatidan

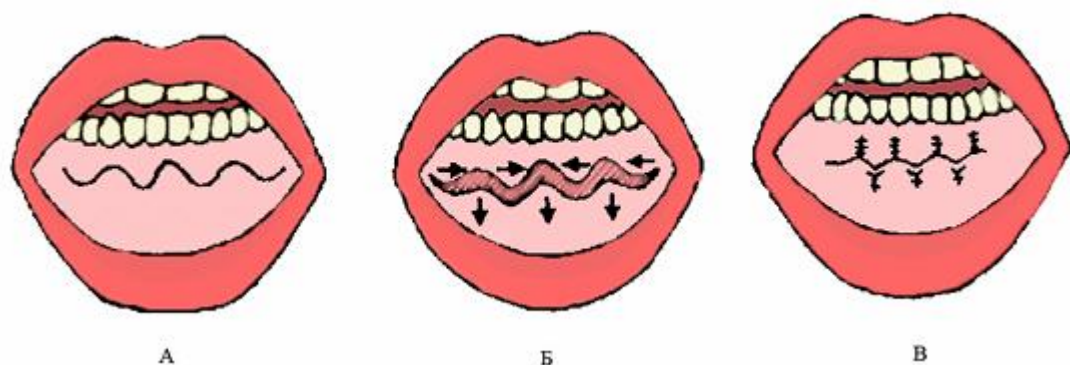
ajratib olinadi. Dahliz sayoz bo‘lganida suyak usti pardasi fenestratsiya qilinib, engak muskullari siljiriladi. Quroqlar shunday safarbar qilinadiki, ularning keng qismlari o‘rta chiziqqa siljiydi. So‘ngra lavsan bilan fiksatsiya qilinadi (49-rasm).

Dahlizni shakllantirish uchun operatsiyadan keyin ikki hafta davomida shakllantiruvchi tish plastinkasi, engakka esa bosuvchi bog‘lam qo‘yiladi.



48-rasm. Artyushkevich bo‘yicha vestibuloplastika (1 variant)

3. L.F. Korchak usuli bo‘yicha plastik operatsiya (1991). To‘qimalarni vertikal yo‘nalishda olib borish hisobiga og‘iz bo‘shlig‘i dahlizi chuqurlashtiriladi. Bu usulda bitish birlamchi zo‘riqish bilan sodir bo‘ladi. To‘lqinsimon shakldagi shilliq va shilliq osti qavatini kesish o‘tish burmasi bo‘ylab qoziq tishdan qoziq tishgacha pastki lab va milk shilliq qavatiga o‘tish bilan amalga oshiriladi. Hosil bo‘lgan uchburchaksimon laxtaklar ajratib olinadi. Ulardan milkka qaraganlari o‘zaro to‘liq tikiladi va alveolyar o‘siq balandligini oshiradi. Labga qaragan laxtaklar pastga, o‘tish burmasi tomonga suriladi va qisman tikiladi. Pastki laxtaklarning bo‘sh joylariga yuqorigi laxtaklar kiritiladi va ular o‘zaro choklar bilan mahkamlanadi (49-rasm). Dahliz 10-15 mm chuqurlashtiriladi.



49-rasm. L.F.Korchak bo‘yicha vestibuloplastika

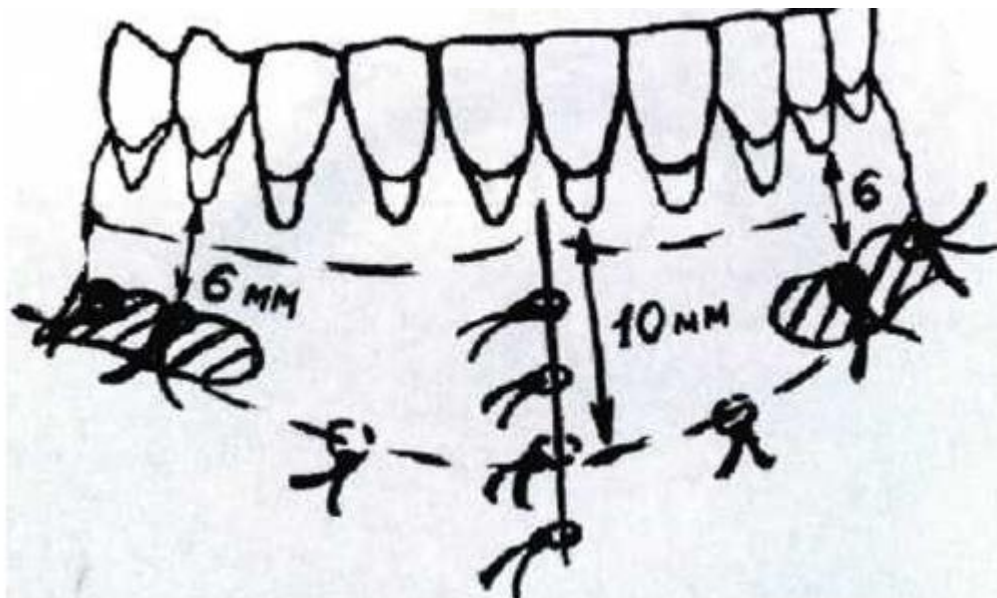
Tunnel vestibuloplastika.

Usul jarrohlik nuqsonidan keyingi maydonni sezilarli darajada kamaytirish orqali aralashuvning travmatikligini minimallashtirish maqsadida ishlab chiqilgan.

Operatsiya metodikasi. Infiltratsion anesteziyadan so'ng og'iz bo'shlig'i dahlizining markaziy yuganchasi bo'ylab uning butun uzunligi bo'ylab vertikal kesma o'tkaziladi (uning biriktirilgan milkdagi fiksatsiya joyidan labdagi fiksatsiya joyigacha, taxminan 20-25 mm). Kichik oziq tishlar sohasida uzunligi 20 mm atrofida bo'lgan o'tish burmasi bo'ylab gorizontaal kesmalar o'tkaziladi (50-rasm). To'mtoq yo'l bilan raspator yoki keng silliqlagich yordamida shilliq qavat operatsiya qilinadigan sohaning butun uzunligi bo'ylab shilliq osti to'qimalari majmuasidan ajratiladi. Shilliq osti to'qimalari, mushak tortmalari raspator yordamida suyak usti pardasidan rejalashtirilgan chuqurlikka tunnel ichi orqali ajratiladi. Mushak tasmalarining ajralish chizig'i darajasida ajralgan shilliq laxtaklar alveola chetidan 10-12 mm masofada shilliq parda orqali suyak usti pardasiga mahkamlanadi. Vertikal kesma shilliq qavatni suyak usti pardasiga belgilangan chuqurlikda mahkamlab tikiladi. Kuchli shish paydo bo'lishining oldini olish uchun yon kesmalar sohasida uncha katta bo'lmagan jarohat nuqsonlari qoldiriladi (51-rasm). Qolgan jarohat sohalariga "Diplendent" himoya plyonkasi qo'yiladi. Operatsiya ikkala jag'da ham bir xil samara beradi.



51-rasm. Grudyanov bo'yicha tunnel vestibuloplastika



52-rasm Tunnel vestibuloplastika sxemasi

14.5.OSTEOGINGIVOPLASTIKA: PARODONT SUYAK TO‘QIMASIDA REPARATIV JARAYONLARNI RAG‘BATLANTIRUVCHI VOSITALARNI QO‘LLAGAN HOLDA QIRQIMLI OPERATSIYALAR.

Parodontal cho‘ntakning jarrohlik sanatsiyasidan so‘ng hosil bo‘lgan qon laxtasi asta-sekin chandiqlik to‘qimasiga yoki parodontning barcha tarkibiy qismlari, shu jumladan suyaklar regenerati tuzilmalariga aylanadigan granulyatsion to‘qimaga aylanadigan vaqtinchalik matritsadan iborat. Suyak nuqsoni keyinchalik osteoblastlar funksiyasining faollashuvi va suyak kollagen matriksi sintezining ortishi hisobiga to‘ldiriladi. Alveolyar suyak faol regeneratsiyalanib, chekka nuqsonlarni 70% gacha tiklaydi. Biroq, suyak to‘qimasining faol o‘sishi faqat regeneratsiya induksiyasi, regeneratsion terapiya o‘tkazilgandagina mumkin bo‘ladi. Quroqli operatsiyalardan keyin suyak regeneratsiyasini oshiradigan usullarni ishlab chiqish 1923-yildan beri davom etmoqda, o‘shanda Gegedus alveolyar o‘siqning yo‘qolgan suyagini almashtirish uchun allokostdan foydalanishni birinchi marta ma’lum qilgan. Keyinchalik osteogenez stimulyatori sifatida qaynatilgan buqa suyagi kukuni (Beube, Siilvers, 1934); autogen suyak qirindisi (Forsberg, 1956); chuqur muzlatishda mertiolat eritmasi bilan ishlov berilgan autogen va buqa suyaklari (Kremer, 1956) qo‘llanildi. G‘ovak autotransplantatlarda erta muddatlarda yuqori osteogen potensialga ega bo‘lgan autologik suyak ko‘migi hujayralari ishtirokida intensiv suyak hosil bo‘lishi boshlanadi. Ammo autoto‘qimadan foydalanish donorlik sohasidagi jarohatning kengligi tufayli juda muammoli bo‘lib, bu ba’zan jarrohlik aralashuvining travmatizmini qoplaydi. Hozirgi vaqtda suyak transplantatlari qo‘llaniladi: liofillangan suyak uni, qirindi, suyak, tog‘ay; formalinlangan suyak va tog‘ay. Liofillangan va formalinlangan material yaxshi ishlov beriladi va keyingi protezlash uchun optimal sharoit yaratadi. Biroq, Yu.A.

Petrovich va hammual. (1992), liofillangan transplantatni infeksiyalangan obyektlarga, ya'ni parodontal cho'ntaklarga joylashtirish tavsiya etilmaydi. Formalinlashtirilgan transplantat formaldegid molekulalarining parchalanishi tufayli mikroblarga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Suyakning liofilizatsiyasi uning regenerativ xususiyatlarini yo'qotishiga olib keladi. Vaholanki, formalinlanishda samarali regeneratsiya 40% hollarda, liofillanishda esa 75% hollarda sodir bo'ladi. Transplantatlarning immunogen xususiyatlari ularga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Transplantatlarning immunogen xususiyatlari liofil quritishda ko'proq, formalinlashda kamroq pasayadi. Ko'p yillar davomida parodontal jarrohlikda "o'stirilgan" osteogen to'qima muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Osteogen to'qima yonbosh suyagining g'ovakli qismi qalinligiga g'ovakli o'tkazuvchan nikel titandan tayyorlangan ichi bo'sh implantni implantatsiya qilish yo'li bilan o'stirildi. Implantat bir xil uzunlikdagi (20-25 mm), diametri 1 mm ga farq qiladigan, devorlarining qalinligi 0,3-0,4 mm bo'lgan, bir-birining ichida joylashgan ikkita ichi bo'sh g'ovak naychadan iborat. Tashqi diametri 10-15 mm (53-rasm). Tavsiflangan konstruksiyani tanlash o'stirilgan plastik materialni ajratib olish bilan bog'liq qulayliklar va uni ko'p marta olish va ishlatish imkoniyati bilan bog'liq. Ushbu tuzilma yonbosh suyagi qirrasi qalinligiga o'rnatilgandan so'ng, g'ovakli nikel titan orqali to'qima diffuziyasi tufayli miyeloid to'qima "quduq" ichiga o'sib kirib, asta-sekin uni to'liq to'ldirib, bilvosita osteogenez qonuniyatlariga muvofiq tog'ay, keyin esa suyak to'qimasiga aylandi. Parodont jarrohligida osteogen to'qimaning qo'llanilishi nuqsonning dastlabki kattaligiga qarab 3-6 oy ichida suyak jarohatida to'liq regeneratning shakllanishini ta'minlaydi, suyakning 4 dan 6 mm gacha o'sishiga imkon beradi.



52-rasm. Yonbosh suyagi qirrasi yo'g'onligiga implantatsiya qilish uchun konstruksiya

Demineralizatsiyalangan suyak transplantati suyak to'qimasini boshqa allokostiya turlariga nisbatan tezroq tiklash xususiyatiga ega. Bu ta'sir uning tarkibida

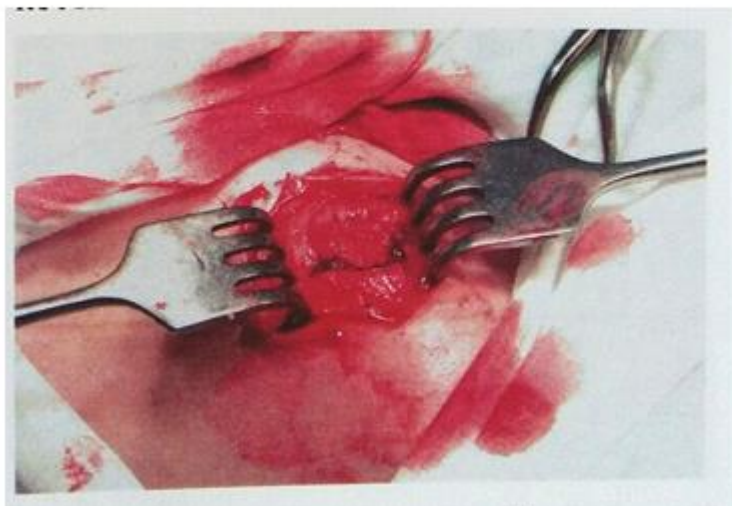
osteogenezning mahalliy regulyatorlari: suyak morfogenetik oqsili va skelet o'sish omili mavjudligi bilan izohlanadi. Ular hujayralarning morfologik va son potentsiali stimulyatsiyasini chaqiradi. Ishlab chiqarish texnologiyasi preparatni antibiotiklar, antiseptiklar va boshqa dori moddalari eritmalari bilan boyitish imkonini beradi, bu esa donor maydonining mikroblar bilan ifloslanishini kamaytiradi. Materialning kamchiligi uning immunogenligi bo'lib, atrofdagi to'qimalarda yallig'lanishga olib keladi. Brefokost antigen strukturasining soddalashuvi hisobiga past immunogenlikka ega. 5-7 oylik odam embrionining suyak to'qimasidan foydalanish tavsiya etiladi, chunki aynan shu davrga kelib to'liq suyak materiali shakllanadi. "Brefoosteoplast" transplantatsion materiali bryofosh va tog'aydan iborat. U plastik bo'lib, har qanday shakldagi suyak to'qimasi nuqsonini to'ldiradi. Kamchiligi: suyak to'qimasi hosil bo'lguncha so'rilib ketadi.



A



B



B

53-rasm. "O'stirilgan" osteogen to'qimani olish bosqichlari: A - konstruksiyani yonbosh suyagi qirrasi qalinligiga implantatsiya qilish; B - konstruksiya implantatsiyasidan keyingi suyak jarohati holati; V - yonbosh suyagi qirrasi qalinligida "o'stirilgan" osteogen to'qima (A.A. Radkevich, 2012)

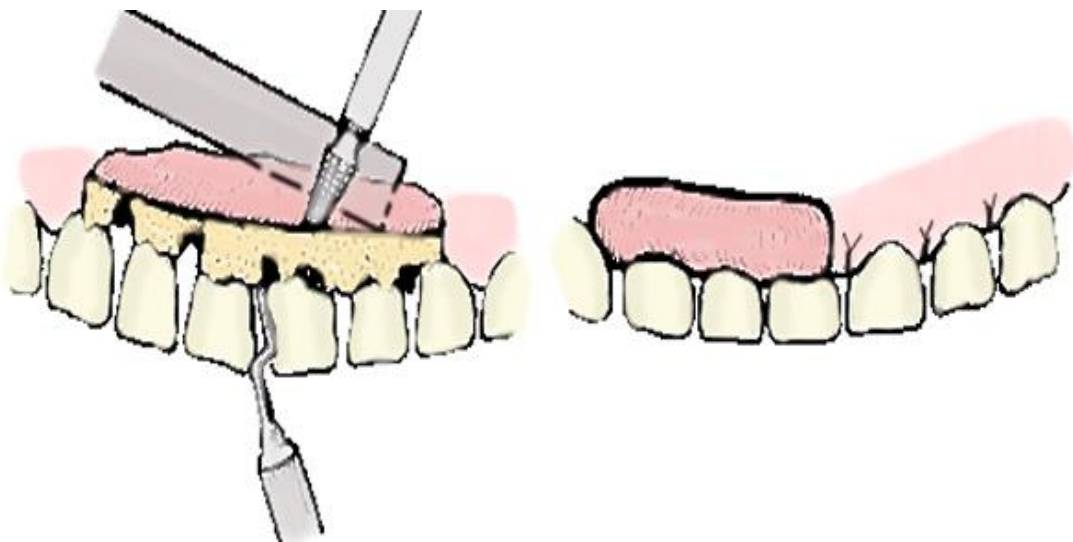
Kollagen tarkibli materiallar qoramol terisidan ishlab chiqariladi. Solyubilizatsiyalangan kollagen ishlab chiqarish jarayonida uning antigenlik

xususiyatlari pasayadi, bu esa allergik reaksiya rivojlanish ehtimolini istisno qilmaydi. Kollagen asosida ko'p miqdorda preparatlar ishlab chiqariladi: kollaost, gidroksiapol, kollapol, gapkol, sintost, kolap va boshqalar. Ular suyak nuqsonlarini zich to'ldiradi, g'ovak tuzilishini saqlab qoladi, gemostatik ta'sirni ta'minlaydi. G'ovakli tuzilmalarning mavjudligi preparatlarni farmakologik moddalar: antiseptiklar, antibiotiklar va boshqalar bilan boyitish imkonini beradi. Faol proteoliz tizimlari mavjud bo'lgan yallig'lanish muhitida kollagen parchalanadi va reparativ regeneratsiyani rag'batlantiruvchi ta'sir ko'rsatmaydi. Kollagenni barqarorlashtirish uchun u gidroksiapatit bilan birlashtiriladi. Mustahkamroq bo'lishi uchun kompozitsiyaga sintetik tolalar - neylon qo'shiladi. Regeneratsion terapiya uchun qon preparatlari: fibrin kukuni, bioplastmassa, biologik antiseptik tamponlar; to'qima transplantatlari: ko'z sklerasi, miyaning qattiq pardasi, ketgut; letilan antiseptik moddasi tolalari, biologik antiseptik pasta, "Bioplant," "Ilmaplant-R-1" ishlatiladi. Xorijda ishlab chiqarilgan (Polimer HTR) va mamlakatimizda ishlab chiqarilgan (GAP, kollapol, gapkol, parodonkol) gidroksilapatit asosida turli shakllarda (kukun, granulalar, to'g'ri burchakli plastinkalar va shakldor) ishlab chiqarilgan sintetik suyak analoglari keng qo'llaniladi. Gidroksilapatit - kalsiy fosfat keramika asosidagi materiallar quyidagi turlarga bo'linadi: xona haroratida suyuq fazali reaksiyada sintez qilingan kuydirilmagan (rezorbsiyalanadigan) gidroksilapatit, mayda dispersli kukun (ostim-100) va rezorbsiyalanadigan kukun (GA-100) ko'rinishida ishlab chiqariladi; yuqori haroratli (800-1000 °C haroratda) keramika (rezorbsiyalanmaydigan), uning tarkibiga kukunlar (gidroksiapol), granulyatlar va blokli keramika kiradi. Rezorbsiyalanuvchi GA past kristalli modda bo'lib, yuqori sorbsion qobiliyatga ega. Rezorbsiyalanmaydigan GA kimyoviy barqaror modda bo'lib, suvda deyarli erimaydi. GKning mayda dispersli fraksiyaga ajralishi uni ishlab chiqarish jarayonida GKga kriogen ta'sir ko'rsatilganda sodir bo'ladi. Kalsiy-fosfatli keramika suyak to'qimasi bilan mustahkam kimyoviy bog' hosil qiladi, bu esa osteo- va sementogenez jarayonlarini optimallashtiradi. Suvo'tlardan ajratib olingan tabiiy material asosida "Biosital" biopolimeri ishlab chiqildi. Uning tarkibida tabiiy polimerlarning qotuvchi gellarini strukturalaydigan mikro va makroelementlar: protein, xondroitin-sulfat, xitin, gialuron kislotasi mavjud. Biosital algogel va gidroksilapatitdan tashkil topgan. Preparat sorbsion ta'sirga ega bo'lib, shu tufayli parodontal cho'ntakdagi suyuqlikni ushlab turadi va uni termoizolyatsiya qiladi. G'ovak yoki gomogen strukturali bloklar ko'rinishida ishlab chiqariladi. Minoglikanlar glikozi va 1-tip kollagen asosida yaratilgan "Biomatriks" va "Osteomatriks" biokompozitsion osteoplastik materiallari o'ziga xos fizik va biokimyoviy xususiyatlarga ega. Ularni parodontitni kompleks davolashda qo'llash nafaqat suyak to'qimasida, balki periodontal boylamda ham reparativ jarayonlarning kuchayishiga olib kelishi isbotlangan. Osteogingivoplastika o'rta va og'ir darajadagi tarqalgan parodontitda, remissiya bosqichidagi surunkali kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda parodontal sindromda, mahalliy parodontitda ko'rsatilgan. Alveolalararo to'siqlarning

destruksiyasi ular balandligining 3/4 qismidan oshmasligi kerak. Qarshi ko'rsatmalar: parodontda jarayon kechishini og'irlashtiruvchi mahalliy omillar (tishlov patologiyasining og'ir shakllari, korreksiya qilinmaydigan travmatik okklyuziyani yuzaga keltiruvchi, tishlar harakatchanligining 4-darajasi) va umumiy sabablar (qandli diabetning kompensatsiyalanmagan shakli, silning faol shakli, onkologik kasalliklar, organizmning zaiflashuvi, homiladorlik, klimaks) mavjudligi.

V.A. Kiselev (1970) gingivosteoplastika deb nomlangan operatsiyani taklif qildi. U reparativ jarayonlar stimulyatori sifatida liofilangan suyak unidan foydalandi.

Operatsiya texnikasi Og'riqsizlantirilgandan so'ng premolyarlar yoki qoziq tishlar sohasida suyak cho'ntaklari chuqurligida vertikal kesmalar o'tkaziladi. Gorizontal kesma bilan milk so'rg'ichlari cho'qqilari bo'ylab kesiladi va shilliq-suyak usti pardasi bo'lagi ajratib olinadi. Cho'kindilar, granulyatsiyalar olib tashlanadi. Qirqim o'tkir freza bilan epitelizeatsiyalanadi. Suyak uni suyak cho'ntaklariga solinadi va paxta bilan zichlanadi. Choklar har bir tishlar oralig'ida qo'shimcha bog'lam ostiga qo'yiladi (54-rasm). Choklar 10-12 kunda olinadi. Operatsiya yaxshi samara beradi.



54-rasm. Kiselev bo'yicha radikal gingivosteoplastika

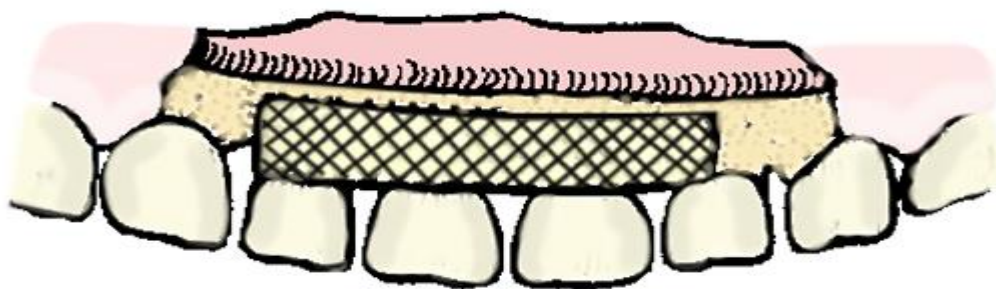
Suyak qirindilari, qipidlari, ushoqlaridan foydalanilganda yangi hosil bo'lish jarayoni embrional osteogenez tipida o'tadi. Suyak qipig'i induktor va qurilish materiali hisoblanadi. Ammo suyak plastikasi uchun transplantatning mexanik mustahkamligi zarur, chunki mayda bo'laklarni og'iz bo'shlig'ida harakatsiz holatda ushlab turishning iloji yo'q. Katta o'lchamdagi alloqost fragmentlari sekin va nosinxron qayta tuziladi. Qabul qiluvchi yotoqning zaiflashishi, og'iz bo'shlig'idagi yaraning infeksiyalanishi salbiy natijalarga olib kelishi mumkin. Allogen transplantatlar va biopolimerlar parodont patologiyasida tanlov usuli sifatida qo'llaniladi. 0,5% li formalin eritmasida

konservalangan allotransplantatlardan foydalanib, jarrohlik yo'li bilan davolashning oqilona usuli. Suyak to'qimasining regeneratsiyasi va transplantatning almashinuvi o'sib boruvchi tomirlar bo'ylab biriktiruvchi to'qimani o'rab turuvchi ona suyak o'rni hisobiga amalga oshadi. Ko'chirib o'tkazilgandan keyin suyak osteogen to'qima bilan almashinadi va qaysi to'qima vazifasini bajarayotgan bo'lsa, o'sha to'qimaning shakli va o'lchamlarini oladi.

T.V. Nikitina, A.P. Bezrukova, M.N. Razvodovskiy (1976) suyak allotransplantatlari yordamida osteoplastika usulini ishlab chiqdilar.

Operatsiya texnikasi.

Milk chetini saqlab qolgan holda shilliq-suyak usti pardasi laxtaklari shakllantiriladi, Kiselev usulidagi kabi muolajalar bajariladi. Transplantatlar operatsiyadan oldin natriy xloridning steril izotonik eritmasiga 30-40 daqiqaga joylashtiriladi. Bo'lingan qovurg'a suyagi transplantati qaychi bilan nuqson o'lchamiga moslashtiriladi. Suyak transplantatlarining retsiyent yotoq joyi suyaklariga tegib turish maydoni maksimal bo'lishi kerak. Transplantat va suyak o'rni o'rtasida yumshoq to'qimalar interpozitsiyasiga yo'l qo'yilmaydi. Suyak nuqsonining chetlari mayda kertikli freza bilan yangilanadi. Transplantat suyak nuqsoni chetlariga zich qilib alveolyar o'simga g'ovak modda bilan yotqiziladi va shilliq-suyak usti pardasi laxtasi bilan bekitish hisobiga uning to'liq harakatsizligi ta'minlanadi (55-rasm). Suyak transplantatini koma maqsadlarida ishlatish yoki alohida bo'laklar ko'rinishida suyak cho'ntaklariga kiritish mumkin.



55-rasm. Osteogingivoplastika operatsiyasi bosqichi (suyak shtrixlangan allotransplantat)

Kollagen kompozitsiyalar, kollagen gubka, metiluratsil, oblepixa moyi, furatsillin bilan himoya bog'lami qo'yiladi. Quroq har bir tish oralig'iga tikiladi. Tishlar 2-3-darajali qimirlaganda tez qotuvchi plastmassadan shina tayyorlanadi yoki operatsiyagacha tayyorlangan protez mahkamlanadi. Operatsiyadan so'ng

yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiyalovchi va umumiy quvvatlantiruvchi terapiya davom ettiriladi. Ikkinchi kuni operatsiya maydoni ko'zdan kechiriladi, himoya bog'lami to'g'rilanadi va bemorlarning umumiy ahvoli baholanadi. 5-7-kuni himoya bog'lami olib tashlanadi. Operatsiyadan keyingi soha antiseptiklar bilan ishlov beriladi. Milk ko'chib tushishining oldini olish uchun 3-4 hafta davomida tish-milk cho'ntaklari zondlanmaydi. Choklar operatsiyadan keyin 6-8-kuni olinadi.

14.5.1 KOLLAGENOPLASTIK

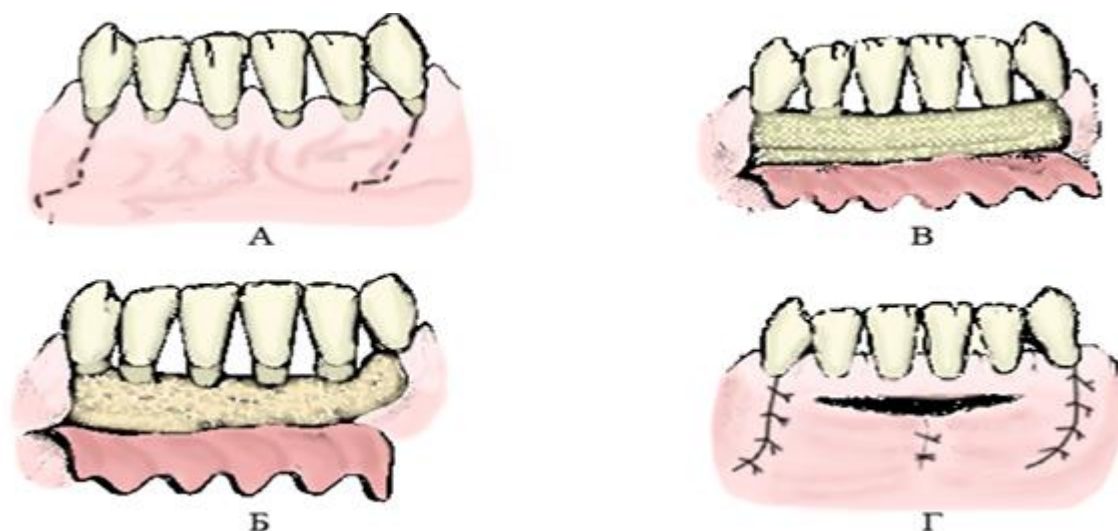
Kollagen komplekslar o'zini ijobiy tomondan ko'rsatdi. Preparatlar organik matriks regeneratsiyasiga ta'sir qiladi va antibakterial ta'sir ko'rsatadi. Kollagen eritmalari teri va go'sht sanoati chiqindilaridan tayyorlanadi. Eritmalardan ajratib olingan tolalar biriktiruvchi to'qimaga yaqin bo'ladi. Havoda quritishda kollagen pardalar, liofillashda g'ovak preparatlar, purkash usulida quritishda kukunlar olinadi. Kollagen biologik faol moddalar bilan komplekslar hosil qiladi, bu esa yo'naltirilgan ta'sirga ega preparatlarni yaratishga imkon beradi: antikoagulyantlar (geparin bilan), gemostatiklar (trombin bilan), antiseptiklar (furatsillin bilan), antibiotiklar (linkomitsin bilan), osteogenezni kuchaytiruvchi (tirokalsitonin va gialuron kislotasi bilan). Kollagenoplastika parodontitning yengil, o'rta va og'ir darajasida qo'llaniladi.

Operatsiya texnikasi Oral va vestibulyar tomondan shilliq-suyak usti parda laxtaklari shakllantirilgandan so'ng, puxta kyuretaj o'tkaziladi, milk osti tish cho'kmalari, granulyatsiyalar va vegetatsiyalangan epiteliy olib tashlanadi, ildiz sementi yangilanadi, kollagenoplastika sohasida alveolyar o'simtadan dekortikatsiya qilinadi. Provizor choklar har bir tishlar oralig'iga qo'yiladi. Keyin suyak cho'ntagiga va alveolyar o'siqning yangilangan kortikal plastinkasiga suyak pardasi ostiga ishlov berilgan suyak maydoniga mos ravishda kollagen preparati yuboriladi. Choklar tortiladi va himoya bog'lami qo'yiladi. Operatsiyadan 2 hafta o'tgach, chetki parodontning yallig'lanish belgilari sezilarli darajada kamayadi. Bir oydan so'ng milk qirrasi zichlashadi, uning arxitektonikasi tiklanadi. 3 oydan keyin tishlarning harakatchanligi kamayadi. Yarim yildan so'ng parodontdagi jarayon barqarorlashadi.

14.5.2. MUKOGINGIVOOSTEOPLASTIKA

Kombinatsiyalangan usullarni qo'llash kasallikni og'irlashtiruvchi asosiy omillarni bartaraf etish va reparativ jarayonlar uchun optimal sharoitlarni yaratish imkonini beradi.

Operatsiya texnikasi. Shilliq-suyak usti laxtaklarini shakllantirish A.P. Bezrukova (1999) usuli bo'yicha amalga oshiriladi. Alveolyar o'simtaning ishlov berilgan yuzasiga modellashtirilgan transplantat, kollagen kompozitsiya yoki membrana qo'yiladi. Ular shilliq parda-suyak usti pardasi laxtaklari bilan taranglashtirilmasdan mahkamlanadi.



56-rasm. A.P. Bezrukova (1999) bo'yicha mukogingivosteoplastika: A, B - shilliq-suyak usti pardasini shakllantirish; V - transplantatni yotqizish; G - laxtaklar choklar bilan mahkamlangan

Parodontitning distrofik shaklida kompaktosteotomiya qilinadi. Pastki labning kalta yuganchasi kesib tashlanadi. Mayda dahlizni chuqurlashtirish uchun Lemberg bo'yicha laxtaklarni shakllantirish va siljitish yoki bo'lingan laxtakdan foydalanish kerak (57-rasm). Quroqlar choklar bilan mahkamlanadi. Operatsiyadan keyingi parvarish umumiy qabul qilingan qoidalarga muvofiq amalga oshiriladi.

14.5.3. ODONTOPLASTIKA.

Parodont patologiyasida tish qatorini tiklash transplantatsiya yordamida amalga oshirilishi mumkin. Bu usulni birinchi bo'lib E.M. Ramffora (1956), K.A. Plotnikov, M.B. Kushnir (1963) qo'llaganlar. Chuqurcha shakllantirilgandan so'ng, unga ortopedik yoki ortodontik ko'rsatmalar bo'yicha olib tashlangan tish ko'chirildi. Uni mahkamlash metall shtift yordamida amalga oshirildi. Ijobiy natijalar olindi. 1972-yilda Korol A.A. o'limdan keyin 6 soatdan kechiktirmay murdadan olingan alveolaning suyak devori bilan birga tishning alloplastikasini amalga oshirdi. Kuzatuv muddati 4-yilni tashkil etdi.

A.P. Bezrukova (1999) kortikal qatlamdan shtiftlar yordamida tish oralig'iga mahkamlangan yaxlit perforatsiyalangan kortikal-gubkali allotransplantatlar bilan sun'iy chuqurcha hosil qilish bilan replantatsiyani taklif qilgan.

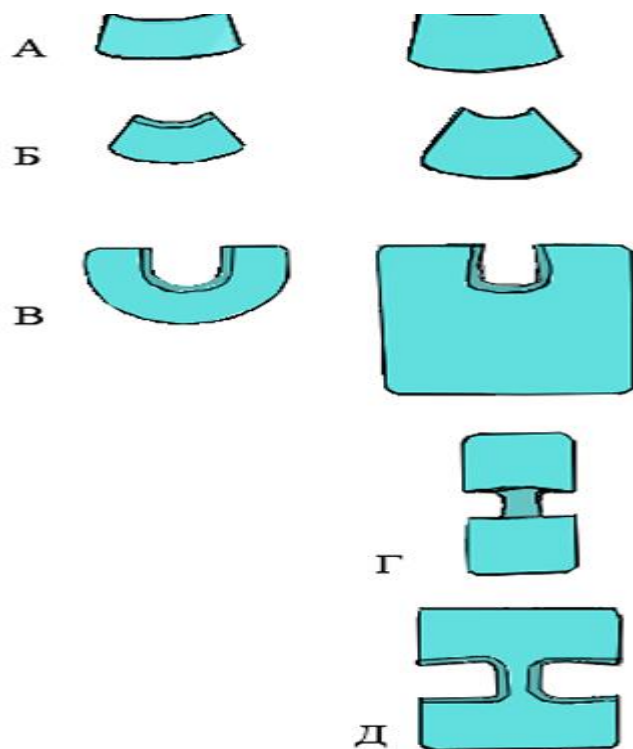
Operatsiya texnikasi Vestibulyar va oral tomondan trapetsiyasimon shakldagi shilliq-suyak usti parda laxtaklari kesiladi. Ular epiteliysizlantiriladi va yangilanadi. Qabul qiluvchi o'rin dekortitsiyalanadi. 0,55% li formalin eritmasida konservalangan

kortikal-gubkasimon allotransplantatlar nuqsonga moslashtiriladi. Ko‘chirib o‘tkaziladigan tish ildizining sementi depulpatsiya qilinadi, plombalanadi, yangilanadi. Allotransplantatlar kortikal qavat orqali bor bilan teshiladi. Tish chuqurchasi shakllantiriladi. Transplantat o‘rnatiladi va shtiftlar bilan mahkamlanadi. Qirqimlar joyiga qaytariladi va choklar bilan mahkamlanadi. Implantatsiya qilingan tishlar shinalanadi. Kuzatish muddati - 25-yil.

14.5.4. YO‘NALTIRILGAN TO‘QIMA REGENERATSIYASI.

Quroqli operatsiyalarda yo‘naltirilgan regeneratsiya birinchi marta S. Nyman va hammualliflar tomonidan qo‘llanilgan. - 1982. Milk laxtagi hujayralarining yalang‘och ildiz sementi bilan qo‘shilib ketishi, epiteliy hujayralarining o‘shini oldini olish uchun milliporli filtrdan foydalanildi. U shilimshiq-suyak usti pardasi to‘qimalari va ildiz yuzasi orasiga yotqizilib, periodontal bog‘lamning tiklanishi uchun sharoit yaratildi. Tish-milk birikmasini yaratish faqat sementoblastlarga aylanishi va boshqa to‘qimalarning o‘shiga to‘sqinlik qilishi mumkin bo‘lgan periodont to‘qimalaridan mumkin. Bunday sharoit bo‘lmaganda milk to‘qimasi o‘sib, ildiz sementining rezorbsiyasini keltirib chiqaradi. Tish-milk birikmasining suyak ankilozi tipida shakllanishi mumkin, chunki periodontal boylam to‘qimasida osteoblastlar tipidagi hujayralar - o‘tmishdoshlar mavjud bo‘lib, ular osteoblastlar va sementoblastlarga ajralib, ildiz yuzasida sement qatlamlarini hosil qiladi va tish-milk birikmasini shakllantirishda ishtirok etadi. Regeneratsiyalanuvchi periodontal boylam hujayralari membrananing ichki yuzasi va sement o‘rtasida ko‘payadi. Nyman va hammualliflar tomonidan o‘tkazilgan tajribalar natijasida "Millipore" va politetraflyuoretilen asosida membranalar ishlab chiqildi. Material "Gore-Tex" nomini oldi. Membranalar har xil konfiguratsiyaga ega bo‘ladi, shu bilan ularning tish bo‘yni sohasida yaxshi fiksatsiyasiga erishiladi (57-rasm). Materialning muhim kamchiliklaridan biri o‘z-o‘zidan so‘rilish qobiliyatining yo‘qligi bo‘lib, bu uni olib tashlashni, ya‘ni takroriy operatsiyani muqarrar qildi. Jarrohlik aralashuvi tiklanishdan 4-6 hafta o‘tgach amalga oshirilishi kerak. Rezorbsiyalanuvchi materialdan tayyorlangan membranalar biodegradatsiyaga uchraydi. Membranalar laktat, glikogen polimerlar asosida ishlab chiqariladi, tarkibida plastifikatorlar bo‘lmaydi, gidroliz jarayonida so‘rilib, sut va glikol kislotasiga parchalanadi. Ularning tarkibida kollagen bo‘lib, u trombositlar plastinkalarining parchalanishini rag‘batlantiradi va qon laxtalarida yopishqoqlikning shakllanishini tezlashtiradi. Ekzogen kollagen fibroblastlar xemotaksisini kuchaytiradi va ular atrofida fazoviy fibrillar tuzilmalar hosil bo‘lishini stimullaydi. Kollagen membranalar suyak qo‘shimchalari bilan qo‘shilganda nafaqat biriktiruvchi to‘qima tuzilmalari, balki dastlabki nuqsonni 50% dan ko‘proq to‘ldiradigan suyak to‘qimasi ham hosil bo‘ladi. Bunday membranalar 30 kunda, ularning toj qismi esa 10 kunda so‘rilib ketadi. Bu to‘qima fermentlarining ta‘siri natijasida sodir bo‘ladi. Bunday ta‘sirni yo‘qotish uchun ikki qavatli membranalar tayyorlangan. Tashqi qatlam

kollagendan tashkil topgan, ichki qatlam esa o'sish omili 1, geparin sulfat va periodontal bog'lamni hosil qiluvchi hujayralarning ko'payishini rag'batlantiruvchi fibrin bilan ishlov berilgan.



57-rasm. Turli shakldagi "Gore-Tex" membranalar (A.I. Grudyanov bo'yicha)

Membranalar quyidagilarga bo'linadi:

1. Rezorbsiyalanmaydigan - politetraforetilen material (GORE- TEX). Uning g'ovakligi 1 mk gacha bo'lib, ochiq tuzilishga ega, u yerga biriktiruvchi to'qima o'sib kiradi va epiteliyning ildiz bo'ylab o'sishiga yo'l qo'ymaydi. Politetraforetilendan (PTFE) yangi rezorbsiyalanmaydigan membrana Krasnodar parodontologiya va dental implantatsiya markazi va Sankt-Peterburg "Ekoflon" ilmiy-ishlab chiqarish majmuasi tomonidan ishlab chiqilgan. Parodont to'qimalarining organotipik regenerati shakllanishiga ko'maklashish uchun taklif etilayotgan membrana bir necha qavatdan iborat. Klinik-gistologik va morfometrik tahlillar asosida tish tayanch apparatini tiklash uchun ishlab chiqilgan to'siqlar davolashning yuqori va bashorat qilinadigan samaradorligini ko'rsatadi.

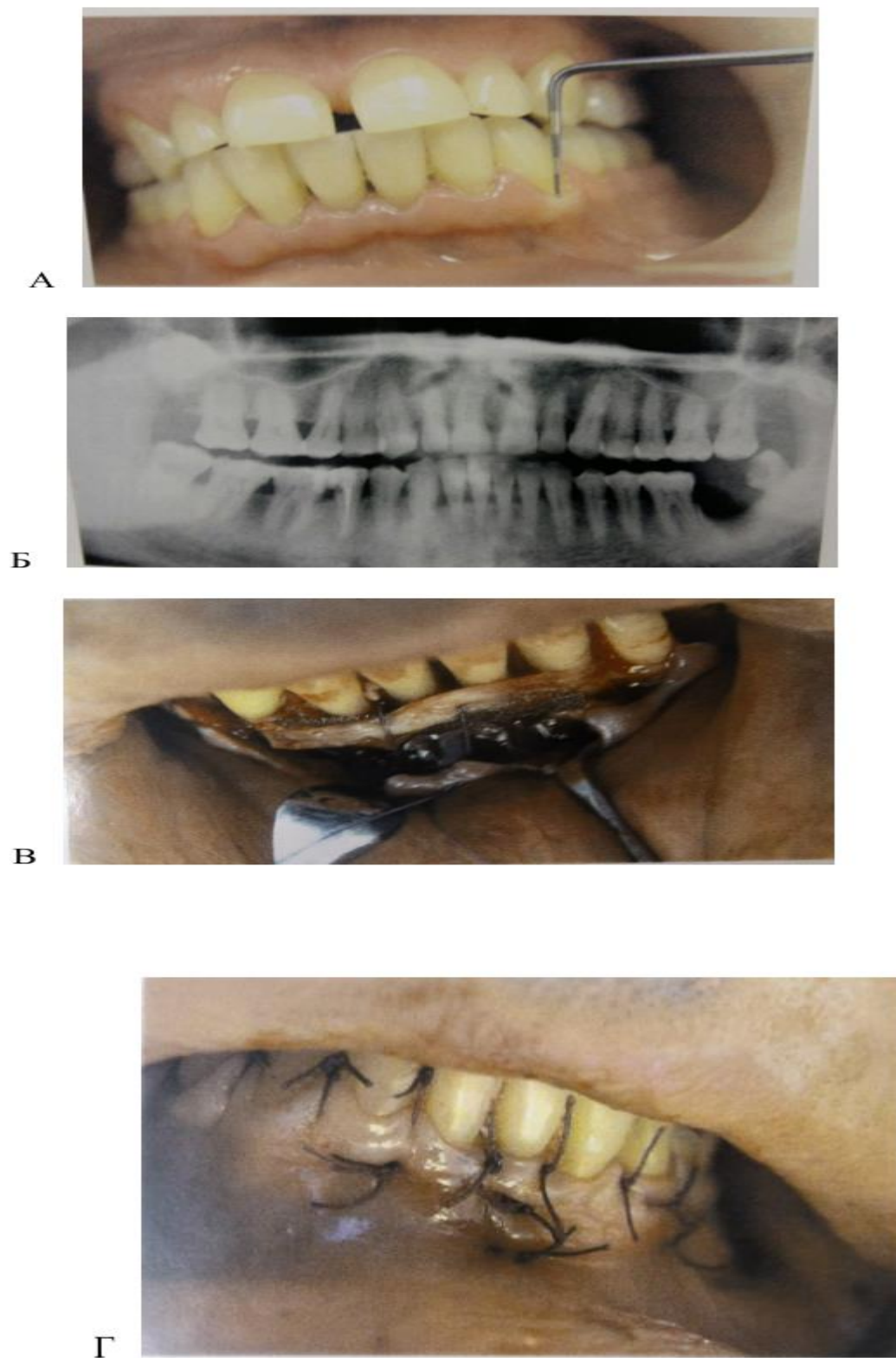
2. Rezorbsiyalanuvchi - (RESOLUT va b.) laktat va glikogen polimerlardan tayyorlangan bo'lib, o'z vazifasini 4-6 hafta davomida bajaradi. Ajratuvchi membranalar sifatida turli xil materiallar ishlatiladi. Tishlararo va furkatsion nuqsonlarni yopish uchun gomogen massa ko'rinishidagi oksidlangan sellulozadan foydalaniladi. Sellyuloza qonga tekkanida jelatinsimon konsistensiyaga ega bo'ladi va

zaharli mahsulotlar hosil qilmasdan soʻrilib ketadi. Togʻay kollagensimon membranalar qoramol koʻrichagining qobigʻidan olinadi, xromlanadi va chok materiali sifatida ham ishlatiladi. Membranalar 4 haftadan 8 haftagacha soʻrilib ketadi va epitelial hujayralarning oʻsishiga toʻsqinlik qiladi. Biodegradatsiyalanuvchi poliefir (polimulotik kislota) membranalar operatsiyadan 1 oy oʻtgach, yangi tish-milk birikmasini, bir oydan keyin esa suyakni hosil qildi. Furkatsion nuqsonlar toʻliq toʻldiriladi. 9:1 nisbatda glikolid va laktitdan iborat boʻlgan vikril massasi (Polyglactin 910) sunʻiy yoʻl bilan hosil qilingan. Yumshoq toʻqimalarning regeneratsiyasi nazorat guruhi namunalariga qaraganda 4 baravar tezroq amalga oshiriladi. Ildizlararo nuqsonlar sezilarli darajada kamayadi. Sunʻiy suyak qoʻshimchalarining mavjudligi suyak regeneratsiyasini kuchaytiradi. Parodont kasalliklarini jarrohlik yoʻli bilan davolash samaradorligini oshirish maqsadida bir necha yillar davomida membrana texnologiyasi sifatida titan nikeldan tayyorlangan oʻta elastik toʻqima keng qoʻllanilmoqda. Toʻqima implantat diametri 50-60 mkm, katakchalarining oʻlchami 10-100 mkm boʻlgan nikel-titan ipdan tayyorlanadi (59-rasm). Material oʻta elastik xususiyatlarga, organizm toʻqimalari bilan biomexanik va biokimyoviy moslashuvchanlikka ega. Jarrohlik paytida jarrohlik qaychisi yordamida suyak nuqsoni topografiyasiga mos ravishda har qanday konfiguratsiyadagi membranani yaratish mumkin. Membrananing oʻziga xosligi shundaki, u "ochiq gʻovakli mikrostruktura"dir. Bu joyga biriktiruvchi toʻqima oʻsib kiradi va unda ushlanib qoladi. Shunday qilib, epitelial membrana ostiga oʻtish u yoqda tursin, balki membrana ichida uning boʻylab sirgʻalib oʻta olmaydi va membrana ustida choʻntak hosil qila olmaydi. Bu membranalar, ayniqsa, membrananing nuqson ichiga siljishi xavfi katta boʻlgan murakkab holatlar uchun oʻzini yaxshi koʻrsatdi. Katta suyak nuqsonlarini tiklash uchun nikel titan membranasini qoʻllashni tavsiya etamiz.



58-rasm. Titan nikeldan yasalgan membrana

Suyak nuqsoniga kirish shilliq-suyak usti pardasini shakllantirish orqali amalga oshiriladi, u shunday bichilgan bo'lishi kerakki, suyak nuqsoni ustidagi membrana yuzasini to'liq va tortmasdan yopishi kerak. Membranani modellashtirish suyak nuqsoni chetlarining 4-6 mm ga qoplanishini hisobga olgan holda amalga oshiriladi. Membrana osti bo'shlig'ining barqaror holatiga erishish uchun membrana chetlarini periost ostiga qo'yish kerak. Materialning g'adir-budur yuzasi va mikrog'ovakligi membrananing o'zini ham, laxtakni ham yaxshiroq barqarorlashtirish imkonini beradi. Membranani suyakka qo'shimcha mahkamlash amalga oshirilmaydi. To'qima implantatining suyak nuqsoni ichiga siljishining oldini olish uchun membrana osti bo'shlig'i turli xil osteoplastik materiallar bilan to'ldiriladi. Shilliq-suyak usti pardasi bo'lagi joyiga qaytariladi va matras yoki tugunli choklar bilan mahkamlanadi (59-rasm). Bir xil nomli chok materialidan (titan nikel ipidan) foydalangan ma'qul. Choklar 14 kundan keyin olinadi. Operatsiyadan keyingi davrda 0,05% li xlorgeksidin eritmasi bilan tez-tez chayish buyuriladi. Qattiq va achchiq taomlar iste'mol qilish cheklanadi. Titan nikeliddan tayyorlangan to'qima implantatining mavjud rezorbsiyalanmaydigan to'siq membranalaridan asosiy farqi shundaki, u ko'p hollarda olib tashlanmaydi. Titan nikeldan tayyorlangan to'qima implantatini sterilizatsiya qilish quruq issiqlik shkafiga yoki avtoklavlash usulida amalga oshiriladi. Nikellit titandan tayyorlangan membranalarni toza, quruq xonalarda maxsus shkaflarda saqlash kerak. Membrananing funkSIONalligi va xususiyatlari bo'yicha yaroqlilik muddati cheklanmagan. Shunday qilib, yuz-jag' sohasi rekonstruktiv jarrohlik aralashuvlarida to'siq sifatida nikel titan asosidagi o'ta elastik yupqa profilli to'qima tizimidan foydalanish osteoplastik materialning o'rnini bosuvchi material migratsiyasini oldini oladi va organotipik regeneratning shakllanishini ta'minlaydi. Titan nikeldan tayyorlangan membranalar atrofdagi to'qimalar bilan birlashish qobiliyatiga ega, bu esa membranani olib tashlash bo'yicha takroriy operatsiyalarni o'tkazmaslikka imkon beradi. Titan-nikel to'qima implantatini qo'llash usuli jarrohlik amaliyoti paytida ishlatilganda maxsus qurilmalar va vositalarni talab qilmaydi, bu jarrohlik stomatologiyasi va yuz-jag' jarrohliligida turli xil klinik vaziyatlarda suyakning reparativ regeneratsiyasi jarayonlarini optimallashtirish uchun ushbu texnologiyani tavsiya qilish imkonini beradi.

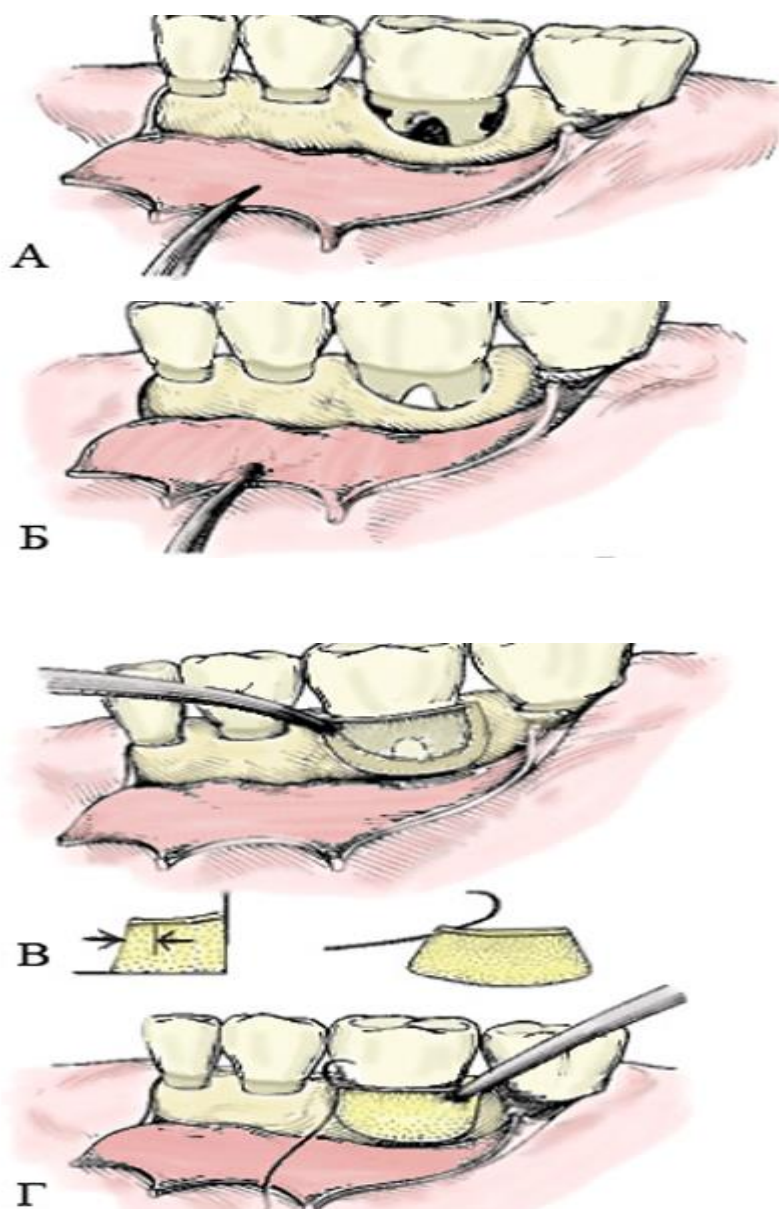


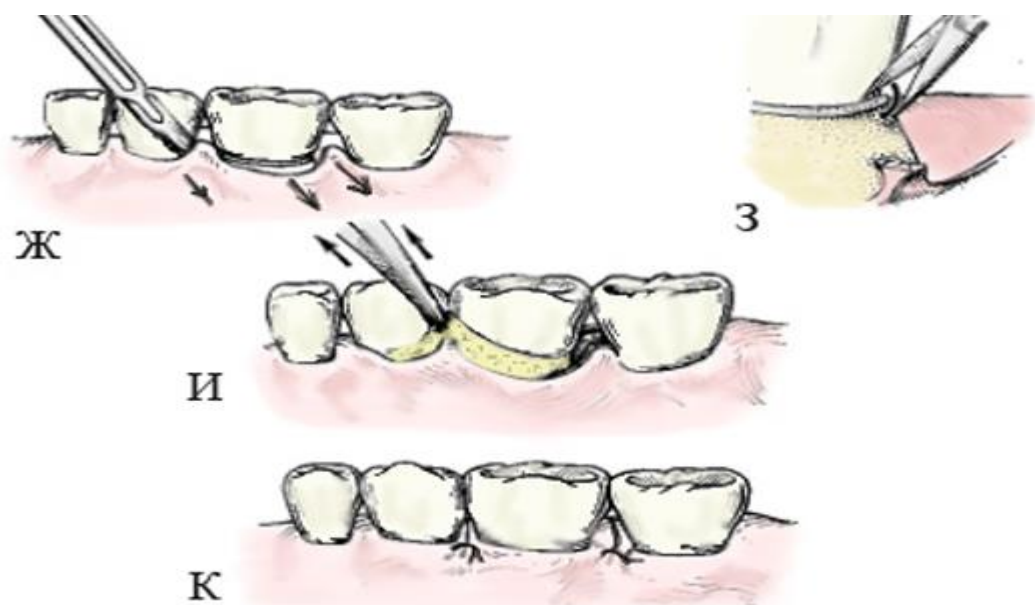
59-rasm. Bemor L.; 48 yosh: A - operatsiyadan oldin parodont to'qimalarining holati; B - operatsiyadan oldingi ortopantomogramma; V - pastki jag' alveolyar o'sig'ining suyak nuqsoniga nikel titanli membrana o'rnatilgan; G - parodontoplastikadan keyingi yaraning ko'rinishi (Tazin I.D., 2008)

Ajratuvchi membranani qo'llash bilan yo'naltirilgan regeneratsiya operatsiyasi 2-3 va undan ko'p bo'lmagan tishlar sohasida amalga oshiriladi, chunki operatsiyaning kengligi qon ta'minotini yomonlashtiradi.

Operatsiya texnikasi. Og'riqsizlantirish o'tkazilgandan so'ng, tishlararo so'rg'ichlar va kichik vertikal kesmalar kesilgandan so'ng, shilliq-suyak usti pardasi laxtaklari ko'chiriladi (60-rasm). Milk osti tish karashlarini olib tashlash mexanik va kimyoviy usullar bilan amalga oshiriladi. Kimyoviy ishlov berish uchun limon kislotasining 18% li eritmasi yoki natriy gipoxloritning 0,1% li eritmasi bilan bir daqiqalik applikatsiyadan foydalaniladi. Uning ta'sirida ildiz yuzalarida oqsil konglomeratlari va parodontal cho'ntak hosil bo'lganda yoki milkning turg'un retsessiyasida o'sha joyga cho'kadigan mikroob toksinlari to'liq yo'qotiladi. Ayniqsa, milk retsessiyasida dentin kanalchalari tuz va oqsil cho'kmalari bilan zich qoplanib, ildiz yuzasi silliq, "silliqlangan" bo'ladi. Silliq ildiz mavjud bo'lganda, shilliq-suyak usti pardasining ildiz yuzasi bilan to'liq birikishi sodir bo'lmaydi va operatsiyadan bir muncha vaqt o'tgach, milkning cho'kishi sodir bo'ladi. Limon kislotasi ta'sirida dentin kanalchalarining og'zi ochiladi. Ularda keyinchalik sement "mixlari" hosil bo'lishi va kollagen fibrillalarining ochilishi hisobiga regeneratsiya jarayonlari kuzatiladi. Shunga o'xshash, ammo kamroq ifodalangan ta'sirga zararlangan sohaga 5 daqiqaga namlangan kukun ko'rinishidagi tetratsiklin gidroxlorid ega. Preparat kollagen tuzilmalar va qattiq to'qimalarga so'rilib, mikroblarga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Ildiz yuzasiga ishlov berish uchun tavsiya etilgan fibronektin adgeziya hisobiga laxtakning fiksatsiyasini yaxshilaydi, fibrotsitlarning o'sishini rag'batlantiradi va hosil bo'lgan laxtakni saqlab qoladi. Fibronektin eritmasi tetratsiklin yoki limon kislotasi bilan oldindan ishlov berilgandan so'ng (fibronektinning oz miqdorda deminerallashtirish qobiliyatini hisobga olgan holda) applikatsiya shaklida ishlatiladi. Keyin nuqson, uning shakli va o'lchamlari tahlil qilinadi va shunga mos ravishda membrana tanlanadi. U o'zining parametrlari bo'yicha nuqson zonasini 2-3 mm ga berkitishi kerak. Shuningdek, membrana ostida joylashgan kortikal plastinkani osteotomiya qilish usuli ham ma'lum. Membranani mahkamlash maxsus material yordamida tish bo'yni yaqinida hosil qilinadigan tish-milk birikmasi darajasigacha (emal-sement chegarasidan 2 mm yuqori) amalga oshiriladi. Keyin laxtak joyiga qo'yiladi va tishlar oralig'iga choklar bilan mahkamlanadi. Rezorbsiya qilinmaydigan membrana ishlatilgandan 8 hafta o'tgach, og'riqsizlantirishdan so'ng, tishlar orasidagi milk oldingi kesilgan joyda kesiladi. Shilliq parda parchasi biroz surib qo'yiladi, membranani mahkamlab turuvchi choklar kesiladi. Membrana keskin harakat bilan olib tashlanadi, shundan so'ng laxtakni ketgut choklari bilan siljitish va mahkamlash amalga oshiriladi. Titan nikeldan tayyorlangan membranalar atrofdagi to'qimalar bilan birlashish qobiliyatiga ega, bu esa membranani olib tashlash bo'yicha takroriy operatsiyalarni o'tkazmaslikka imkon beradi. Titan nikelliddan tayyorlangan to'qima implantatini qo'llash usuli operatsiya paytida

ishlatilganda maxsus qurilmalar va vositalarni talab qilmaydi, bu esa ushbu texnologiyani parodont jarrohligida turli klinik vaziyatlarda suyakning reparativ regeneratsiyasi jarayonlarini optimallashtirish uchun tavsiya etish imkonini beradi. Kollagen membranalar va suyak transplantatlari birgalikda qo'llanilganda, 93% hollarda nafaqat biriktiruvchi to'qima tuzilmalarining shakllanishi, balki suyak nuqsonlarining 1/2 qismi to'ldirilishi ham kuzatiladi. Suyak transplantatlari Bernard (1991) bo'yicha ikki sinfga bo'linadi. Transplantatlarning birinchi turi osteokonduktiv deb ataladi. Bu materiallar yangi suyak tuzilmalari joylashadigan karkas, o'ziga xos matritsa hosil qiladi. Ushbu sinf vakillari muzlatilgan yoki quritilgan suyak allotransplantatlari va gidroksiapatitli keramik kompozitsiyalardir. Ikkinchi turdagi transplantatlar - osteoindutsirlovchi. Ular regeneratsiyani rag'batlantiruvchi omillarni ajratib chiqaradi, bunda ko'pincha karkas tizimini yaratmaydi. Ushbu guruhning boshqa vakillariga qaraganda ko'proq demineralizatsiyalangan va dekalsinatsiyalangan suyak allotransplantatlari ishlatiladi.



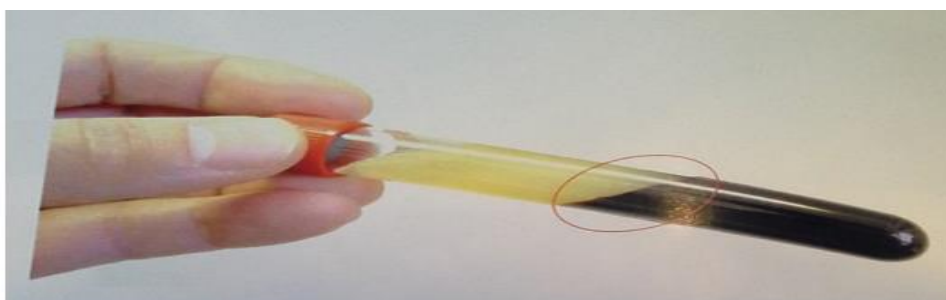


60-rasm. Rezorbsiya qilinmaydigan membranani qo'llash bilan yo'naltirilgan regeneratsiya operatsiyasi (A.I. Grudyanov bo'yicha): A - shilliq-suyak usti pardasi laxtaklari olib tashlangan; B - milk osti tish karashlari olib tashlangandan so'ng; V - nuqsonning shakli va o'lchamiga muvofiq membranani tanlash; G - furkatsiyani yopish uchun membrana tanlash; D - membrana fiksatsiyasi; Ye - shilliq-suyak usti pardasi laxtak joyiga qo'yilgan va choklar bilan mahkamlangan; J - operatsiyadan 8 hafta o'tgach tishlararo so'rg'ichlarda milkni kesish; Z - membranani mahkamlovchi choklarni kesish; I - membranani olib tashlash; K - laxtak joyiga qo'yilgan va choklar bilan mahkamlangan

Regeneratsiya samaradorligini oshirishning eng istiqbolli yo'nalishi suyak to'qimasi va periodontal boylam regeneratsiyasini rag'batlantiruvchi dori vositalaridan foydalanishdir. Bu moddalarga trombositlar o'sish omili FRP (FIBRINE RICHE PLAGUETTES), fibrin miqdori yuqori bo'lgan trombositlar kiradi. O'sish omillari gormonlarga yaqin bo'lgan tabiiy peptidlardir, ammo ularning ta'siri mahalliy bo'lib, qonda erkin shaklda mavjud emas. O'sish omillari hujayralarning o'sishi va faoliyatini tartibga soladi, ular suyak, bog'lam, biriktiruvchi to'qima yoki epiteliy hujayralariga aylanishi mumkin. Tarkibida fibrin miqdori ko'p bo'lgan trombositlarni olish uchun FRP sentrifugasi va maxsus probirkalardan foydalaniladi (62-rasm). Qon bevosita operatsiyadan oldin probirkalarga olinadi va 12 daqiqa davomida 2600 ayl/daq tezlikda bir marta sentrifugalanadi. Bunda probirkalarda uchta fraksiya hosil bo'ladi (63-rasm). Pastki qismida eritrotsitlar, yuqori qismida esa trombositlar miqdori kam bo'lgan plazma cho'kadi. Bu ikki fraksiya o'rtasida trombositlar miqdori ko'p bo'lgan quyqa bo'lib, u pinset bilan olinadi va steril yuzaga qo'yiladi.



61-rasm. "Hettich" firmasining probirkali sentrifugasi



Boshqa usullardan farqli o'laroq, qon antikoagulyantlar, vibratsiya bilan ishlov berilmaydi, bu membrana shaklida fibrin miqdori yuqori bo'lgan trombositlarni olish uchun zarur shartdir. Bundan tashqari, u bilan hech qanday manipulyatsiyalar o'tkazilmaydi va undan foydalanishda hech qanday tibbiy-huquqiy to'siqlar yo'q. Ushbu omillarni suyak transplantatlari bilan birgalikda membrana bilan chegaralangan sohaga kiritish regeneratsiyani rag'batlantirish imkonini beradi.

14.5.5. XATOLAR VA ASORATLAR

Jarrohlik aralashuvi paytida parodont to'qimalarida asoratlar yuzaga kelishi mumkin, ularning oldini olish uchun jarrohlik aralashuviga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni bilish va ularga rioya qilish kerak. Asoratlar og'riqsizlantirish bosqichidayoq paydo bo'lishi mumkin. Hozirgi vaqtda anestetik turi, uning konsentratsiyasi va boshqa ma'lumotlar ko'rsatilgan ampulalarga (yoki karpulalarga) joylashtirilgan anestetiklar tufayli anestetik modda o'rniga boshqa preparatni yuborish yoki uning dozasini bir necha baravar oshirish deyarli mumkin emas. Biroq, bu bosqichda ko'pincha boshqa asorat - anafilaktik shokgacha bo'lgan anestetikni ko'tara olmaslik kuzatiladi. Allergik reaksiyalar rivojlanishining oldini olish uchun anamnezni sinchkovlik bilan yig'ish, bemorning allergik holatiga e'tiborni qaratish zarur. Har qanday doriga allergiya bo'lsa, bemorning ambulatoriya kartasida ushbu dori ko'rsatilgan holda qayd etilishi kerak. Agar shifokor kiritilgan sohaning anatomik-opografik xususiyatlari haqida aniq tasavvurga ega bo'lmasa yoki anestetikni noto'g'ri tanlagan bo'lsa, og'riqsizlantirish samarasiz bo'lishi yoki umuman bo'lmasligi mumkin. Ko'pincha operatsiya maydonida to'qimalarning turli darajadagi yallig'lanishi bo'lishi mumkin, bu odatda aseptika va antiseptika tamoyillarining buzilishi yoki qo'pol jarrohlik aralashuvi natijasida yuzaga keladi. Bunday hollarda yallig'lanishga qarshi umumiy terapiya (antibiotiklar, sulfanilamidlar, yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar), og'iz bo'shlig'ini antiseptik eritmalar bilan chayish (0,06% xlorgeksidin eritmasi, xlorfilipt eritmasi, rotokan, romazulan, korsidol va boshqalar), jarohatni antiseptiklar bilan yuvish buyuriladi. Tishning qon tomir-nerv tutami jarohatlanganda va infeksiyalanganda va retrograd pulpiti paydo bo'lganda tish depulpatsiya qilinadi. Yumshoq to'qimalardan yoki suyakning g'ovak moddasidan qon ketishi qo'pol operatsiya qilinganda yoki bemorda turli sabablarga ko'ra qon ivishi yomon bo'lganda paydo bo'ladi. Bunday hollarda gemostaz maqsadida qon to'xtatuvchi qisqich qo'yiladi, shilliq qavatga choklar qo'yiladi, jarohat gemostatik gubka, kollapan bilan tamponlanadi, "Statin" kukuni ishlatiladi, tomir bog'lanadi. Parenteral yo'l bilan organizmga ditsinon, vikasiol, kalsiy xlorid, askorbin kislota eritmasi yuboriladi. Operatsiya paytida qon ketishining oldini olish uchun bemorda qon ivish patologiyasini aniqlash maqsadida anamnezni sinchkovlik bilan yig'ish kerak (qon kasalliklari

parodont kasalliklarini jarrohlik yo'li bilan davolashga qarshi ko'rsatma hisoblanadi), bunday bemorda operatsiya o'tkazish zarur bo'lsa, gematologni jalb qilgan holda unga puxta tayyorgarlik ko'riladi. Bunday operatsiyani statsionar sharoitda o'tkazgan ma'qul. Gematoma qon tomirining shikastlanishi va yumshoq to'qimalarga qon quyilishi natijasida paydo bo'ladi. Uni davolash uchun avval gipotermiya, so'ngra issiqlik muolajalari qo'llaniladi. Gematoma yiringlaganda kesma qilinadi. Jarohat chetlarining ajralishi ko'pincha ularni haddan tashqari taranglash yoki noto'g'ri qo'yish va choklar sonining yetarli emasligida yuzaga keladi. Bunday hollarda jarohat chetlari yangilanadi va qayta chok qo'yiladi. Ba'zan parodontda jarrohlik amaliyoti o'tkazilgandan so'ng, ayniqsa, operatsiyaga alveolyar o'simtaning suyak to'qimasi jalb etilganda, tishlarning patologik harakatchanligi yuzaga keladi. Bunday asorat shina qo'yish bilan bartaraf etiladi. Tishlarning patologik harakatchanligini, iloji bo'lsa, bashorat qilish kerak, shunda ushbu tishlarga shina tayyorlanadi va jarrohlik davolashdan oldin qo'yiladi. Jag' atrofi yumshoq to'qimalarining shishi jarrohlik shikastlanishiga organizmning reaksiyasi sifatida, shuningdek, qo'pol jarrohlik aralashuvi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Uni bartaraf etish uchun indometatsin, tavegil, troksivazin yoki indovazin gelini surtish buyuriladi. Tish ildizlariga ishlov berilganda (masalan, kyuretajda) yoki ularning operatsiyadan keyingi yalang'ochlanishida tish qattiq to'qimalarining giperesteziyasi yuzaga kelishi mumkin. Bunday asorat ildiz ftorlak, ftorgel bilan qoplangandan keyin yo'qotiladi. Reminerallashtiruvchi eritmalar bilan elektroforez qilish ham samaralidir. Bemorga og'iz bo'shlig'i gigiyenasi uchun "Sensodin," "Oral-B-sensitiv" tish pastasi buyuriladi. Ba'zan kyuretaj o'tkazilganda ko'p qon ketadi, bu esa operatsiya maydonini ko'rishni qiyinlashtiradi. Bunda tish toshi parchalari yumshoq to'qimalar ichiga kirib borishi va parodontga infeksiya tushishi mumkin, bu ko'pincha absessga olib keladi. Yaqqol yallig'lanish bo'lganda operatsiya qilish noto'g'ri. Avval konservativ davolash o'tkazish kerak. Faqat kesish bilan cheklanish mumkin

14.6. Parodont kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning jarohatlarini davolash va operatsiyadan keyingi parvarishi

Parodontologik jarrohlikda jarohatlarni davolashning yakuniy maqsadi birlamchi jarohatni tortmasdan yopishdir, bu esa operatsiyadan keyingi muammolarni, bitish vaqtini va jarohat sohasiga bakterial infeksiya tushish xavfini minimal darajaga tushiradi. Zamonaviy minimal invaziv mikrojarrohlik tushunchalari birlamchi jarohatni yopishni osonlashtiradigan va jarohatlarning birlamchi bitishini oshiradigan yupqa monotolali materiallardan foydalangan holda ko'p qatlamli chok qo'yish yondashuvlaridan foydalanadi. Operatsiyadan keyingi parvarishning asosiy maqsadi operatsiyadan keyingi muammolarni kamaytirishdan tashqari, operatsiya qilingan sohani qat'iy infeksion nazorat qilishdir. Operatsiyadan keyingi parvarish antiseptik chayish vositalarini qo'llash, shuningdek, stomatolog tomonidan jarohatni kuzatish va tozalashni o'z ichiga oladi. Uzoq muddatli sog'ayish natijasi uchun qo'llab-

quvvatlovchi parodontal terapiya zarur bo'lib, u har bir bemorning individual davolash ehtiyojlariga muvofiq muntazam ravishda o'tkaziladi.

14.6.1.JAROHATLARNI BITISHNING UMUMIY JIHATLARI.

Jarohat - bu teri yoki shilliq qavatning perimetri bo'ylab majburiy ajralishi yoki shikastlanishidir. Odatda, parodont jarohati - shikastlanishlardan tashqari - mexanik jarrohlik kesmasi bo'lib, toza chetlari va kuchli qon ketishi bilan tavsiflanadi, yaxshi bitish prognozi bilan ajralib turadi (Knapp, 1999). Parodont nuqsonining o'zidagi yaralarning bitish jarayonlariga kelsak, o'quvchidan tegishli adabiyotlarga murojaat qilish so'raladi (Bartold and Narayanan, 1998; Wikesjo' va Selvig, 1999; Somerman va boshqalar, 1999; Christgau va boshqalar, 2000). Jarohatlarning bitishi deb, organizmning jarohat yoki yallig'lanish natijasida shikastlangan to'qimaning avvalgi tuzilishi va funksiyasini tiklashga harakat qilish jarayoniga aytiladi. Bu o'rinda regeneratsiyani tiklanishdan farqlash kerak. Regeneratsiyada yo'qotilgan to'qima tuzilishi va funksiyasi jihatidan dastlabki to'qimaga aynan o'xshash bo'lgan yangi to'qima bilan almashinadi. Tiklanish jarayonida shikastlangan to'qima chandiq to'qima bilan almashtiriladi. Jarohatlarni davolashning ikkala shakli ham hujayra darajasida ko'plab fiziologik jarayonlarni muvofiqlashtirishni talab qiladi. Qon tarkibiy qismlari, eruvchan mediatorlar, hujayralar va hujayradan tashqari matriks jarohatlarning bitish jarayonida ishtirok etadi (Clark, 1996). Ko'pgina to'qimalarda yaralarning bitish vaqt ketma-ketligi o'xshash bo'lib, uchta tipik faza bilan tavsiflanadi:

1. yallig'lanish reaksiyasi,

2. to'qima shakllanishi,

3. gazlama modelining o'zgarishi. Bu uchta faza bir-birini istisno qilmaydi, balki vaqt o'tishi bilan kesishadi (Bartold va boshqalar, 1981; Vikeso va boshqalar, 1992; Clark, 1996; Vikeso va Selvig, 1999) Yara bitishining birinchi fazasi: yallig'lanish reaksiyasi (ekssudativ faza) Yallig'lanish javobi jarohatdan keyin darhol keladi va jarohatda taxminan 2-3 kun davom etadi. Jarohat o'рни fibrin va fibronektinga boy bo'lgan qon laxtasi bilan to'lgan. Laxta jarohatning yorilishga mustahkamligi va barqarorligini ta'minlaydi, o'sayotgan hujayralar uchun vaqtinchalik matritsa va o'sish omillari manbai bo'lib xizmat qiladi. Parodontal yaraning o'ziga xosligi shundaki, yaraning chetlari fibrin hisobiga qo'shimcha ravishda yuzaga yopishadi. Ushbu adgeziyaning barqarorligi, aftidan, to'qima yuzasi bo'ylab yangi biriktiruvchi to'qima hosil bo'lishi uchun muhimdir (Hiatt et al., 1968; Sigurdsson va boshqalar, 1995; Wikesjo' va Selvig, 1999). Odatdagi teri jarohatida polimorf yadroli granulotsitlar (PMN), so'ngra monotsitlar va limfotsitlar xemotaksis natijasida qon laxtasiga o'tadi. Ular nekrozga uchragan to'qimalarni, bakteriyalarni, yot jismlarni shikastlangan joydan fagotsitoz

yo'li bilan olib tashlaydi. Dastlabki 24-48 soat ichida keratinotsitlar jarohat chetlaridan jarohat sohasiga o'tib, yupqa epitelial qavat va uning ostida bazal membrana hosil qiladi. Bunda laxta plazmin bilan lizisga uchraydi. Laxta va hujayra tashqarisidagi matriks, yallig'lanish hujayralari mahsulotlarining lizisi natijasida hosil bo'lgan peptidlar hujayralarni jarohat joyiga tortuvchi kimyoterapevtik vositalar bo'lib xizmat qiladi. Jarohat bitishining ikkinchi bosqichi: granulyatsion to'qima hosil bo'lishi. Taxminan 3-5 kundan keyin fibrin laxtasi hosil bo'la boshlaydi va granulyatsion to'qima bilan almashinadi. Bu oraliq to'qima epiteliyning ortiqcha o'sib ketishiga yo'l qo'ymaydi va yangi qon tomirlar (angiogenez) hamda yangi biriktiruvchi to'qima hosil bo'lishi uchun stroma bilan ta'minlaydi. Yangi kapillyarlar atrofdagi ilgari mavjud bo'lgan qon tomirlardan endoteliy hujayralarining ajralib chiqishi hisobiga hosil bo'ladi. Angiogenez FGF (fibroblastlarning o'sish omili), TGF- (transformatsiyalovchi o'sish omili), VEGF (qon tomir endoteliysining o'sish omili) va angiogenin kabi o'sish omillari tomonidan boshqariladi. Bir sutkadan so'ng fibroblastlar jarohatga ko'chib o'ta boshlaydi va u yerda hujayradan tashqari matriksning yangi tarkibiy qismlarini faol sintezlovchi miofibroblastlarga aylanadi (Desmouliere and Gabbiani, 1996). Teridagi jarohatda bitishning dastlabki bosqichlarida asosan III turdagi kollagen hosil bo'ladi, I turdagi kollagen esa kechroq hosil bo'ladi (Epstein, 1974; Clore et al., 1979; Prokop va boshqalar, 1979; Eckes va boshqalar, 1996). Ba'zi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, periodontal yarada dastlab I turdagi kollagen, keyin esa III turdagi kollagen hosil bo'ladi (Christgau et al., 2000; Christgau va boshqalar, 2001). Bu jarayonlar ko'plab o'sish omillari (masalan, trombotsitar o'sish omili PDGF, transformatsiyalovchi o'sish omili -TGF-), sitokinlar va limfokinlar tomonidan boshqariladi. Teri jarohati yoki shilliq qavat jarohatining bu bosqichida miofibroblastlar jarohatning kichrayishiga sabab bo'lib, katta jarohatlarni dastlabki o'lchamidan taxminan 5-10% gacha qisqartiradi (Bartold va Narayanan, 1998). Jarohatning bunday qisqarishi suyakka mahkam yopishgan to'qimalarda aniqlanmaydi (KRÜGER, E., 1986). Jarohat bitishining uchinchi fazasi: to'qima remodellanishi. Qayta shakllanish davrida yangi hosil bo'lgan granulyatsion to'qima yetiladi, ya'ni kapillyarlar va miofibroblastlarning ko'p qismi yo'qoladi. Uning biriktiruvchi to'qimasi qayta tiklanadi va fibroz chandiqa aylanadi. Bu faza endotelial hujayralar va miofibroblastlarning apoptozi bilan birga davom etib boradi. Proteoglikanlar va kollagenlar bir-biriga mos ravishda hosil bo'ladi. Kollagen sintezi 7-14 kundan keyin maksimal darajaga yetadi, garchi u to'qimalarning normal uzilish kuchi tiklanmaguncha haftalar va oylar davomida davom etadi. Birlamchi va ikkilamchi taranglik bilan bitish. Agar jarohat chetlari zo'riqishsiz moslashsa va yangi to'qimalarning minimal shakllanishi bilan birga bitib ketsa, birlamchi taranglik bilan bitish sodir bo'ladi. Birlamchi bitish kesishdan keyingi jarrohlik jarohatlarining odatiy holati bo'lib, aksariyat jarrohlik yondashuvlarida shunday natijaga erishish kerak. Jarohatning tekislangan qirralari moslashgandan so'ng, tor yoriq ekssudatsiya bilan to'ldiriladi. Ajralib chiqayotgan fibrin jarohat chetlarini

yopishtiradi. Jarohat chetlari orasidagi tor bo'shliq proliferatsiyalanuvchi hujayralar va keyinchalik kollagen tolalar to'ri bilan almashinadigan granulyatsion to'qima hosil qiluvchi g'unchalashgan kapillyarlar bilan to'lgan bo'ladi. Teri va shilliq qavat jarohatining birlamchi bitishi natijasida juda nozik, deyarli ko'rinmas chandiq hosil bo'ladi (Knapp, 1999). Suyak jarohatlarida o'sgan biriktiruvchi to'qima o'rnini avval suyak atrofidagi qirralardan o'sib chiqqan qadoqqa o'xshash suyak to'qimasi egallaydi. Keyingi qayta modellashtirish jarayoni dastlabki to'qima suyakni plastinkasimon suyakka aylantiradi (KRÜGER, E., 1986). Ikkilamchi kuchlanish bilan bitish chetlari yaxshi moslashmagan katta jarohatlarda sodir bo'ladi. Jarohatning bitishi yangi to'qima hosil bo'lishi va jarohatning qisqarishi hisobiga amalga oshadi. Parodontologik jarrohlikda tashqi gingivektomiya jarohatlarning ochiq bitishiga misol bo'la oladi. Jarohatning kattaligi tufayli ikkilamchi tortish bilan bitishi ko'proq vaqt talab qiladi. Biroq, buning asosida yotgan tiklanish jarayonlari birlamchi taranglik bilan bitishdan faqat miqdoriy jihatdan farq qiladi. Keng ochilgan jarohat granulyatsion to'qima bilan to'lgan. Bu faza jarohatning qisqarishi tufayli sezilarli darajada qisqaradi (Knapp, 1999).

14.6.2. JAROHATNI DAVOLASHNING UMUMIY JIHATLARI

Jarohatni yopish Parodontning aksariyat jarrohlik usullarining yakuniy maqsadi jarohatni birlamchi yopishdir. Qirqmadagi operatsiyadan so'ng jarohat chetlari bir-biriga va ildiz yuzalariga taranglashmagan holda moslashtirilishi kerak. Birlamchi bitishning dastlabki sharti lunj, og'iz va tishlararo suyakning to'liq yopilishi bo'lib, bu yuzaki suyakning operatsiyadan keyingi rezorbsiyasini minimal darajagacha cheklaydi. Shu sababli, zarurat tug'ilganda, jarohat chetlarini shunday kesish kerakki, bunda suyak chetlarini va suyakning proksimal qismi oralig'ini to'g'ri yopish mumkin bo'lsin. Agar jarohatni zich va to'liq yopish uchun yumshoq to'qimalar yetarli bo'lmasa, jarohat chetlari qayta o'ralishi va laxtaklar koronal ravishda qayta joylashtirilishi kerak (Wennstro'm et al., 1997). Quroqning chetlari choklar bilan to'g'ri holatda mahkamlanadi. Jarrohlik choki jarohatning ajralgan qirralarini vaqtincha birlashtirish uchun mo'ljallangan va jarohatga ta'sir qiluvchi kuchga bardosh berishi kerak. To'qimaning bitishiga qarab, chokning funksiyasi vaqtincha cheklangan. Jarrohlik chokiga nisbatan asosiy tamoyil jarohatlarning to'siqsiz bitishi uchun optimal sharoitlarni yaratish va to'qimalarning shikastlanishini minimallashtirishdir (Knapp, 1999). Tikuv materiallari quyidagi talablarga javob berishi kerak: • yetarli darajada uzilish kuchiga ega bo'lishi • fitil effektining yo'qligi • yaxshi biomoslashuvchanlik • kam karash to'planishi • to'qimalarning minimal shikastlanishi • materialning bo'kmasligi • tugunning xavfsiz joylashuvi • begona oqsillar keltirib chiqaradigan immun reaksiyalarning yo'qligi Mavjud tikuv materiallarining katta xilma-xilligiga qaramay, ushbu talablarning barchasiga javob beradigan mukammal material hali ham mavjud emas.

Rezorbsiyalanuvchi materiallarni jarohat yopilgandan so'ng yechib bo'lmaydigan choklar bilan cheklash kerak. Parodontologik jarrohlikda faqat atravmatik va sintetik chok materiallari qo'llaniladi - qalinligi 5-0 dan 8-0 gacha bo'lgani ma'qul. Politetraftoretlen (PTFE) va polipropilendan tayyorlangan tikuv materiallari afzalroqdir, chunki ular juda yaxshi biyoslashuvchan va fitil effekti yo'q. PTFE tikuv materiallari bilan taqqoslaganda, polipropilen choklari qoplamaning juda minimal yopishqoqligi bilan ajralib turadi (Cortellini and Tonetti, 2001; Wachtel va boshqalar, 2003). Kesim uchi bilan aylanalarining 3/8 qismini chizuvchi egilgan igna parodontal jarrohlikdagi ko'pchilik ko'rsatmalar uchun afzalroqdir (1a va 2a-rasmlar). Interproksimal choklarni qo'yishni osonlashtirish uchun ingichka tikuv material (6-0, 7-0) va yetarlicha uzun igna (15 mm) kombinatsiyasini tanlash kerak (1-rasm). Bir tolali sintetik tikuv materialining yuqori elastikligi va silliq yuzasi uchinchi tugun bilan ehtiyotkorlik bilan bog'lash texnikasini talab qiladi. Kamdan kam hollarda shimiluvchan chok materiallari kerak bo'lganda faqat sintetik materiallar ishlatiladi. Poliglikol kislota yoki poliglikol va polikislota sopolimerlaridan tashkil topgan biorezorbsiyalangan poliefirlar afzalroqdir, chunki ular har qanday ferment reaksiyalaridan qat'i nazar, uglerod dioksidi va suvgacha gidroliz orqali to'liq parchalanadi (Hutmacher va HÜRZELER, 1995). Kollagendan tayyorlangan chok materiallari (masalan, ketgut) endi klinikada qo'llanilmaydi. Polifil iplarning muammosi - ularning g'adir-budur yuzasidir, bu esa qatlamning kuchli to'planishiga olib keladi. Choklarni qo'yish texnikasi Periodontal jarrohlikda choklarni qo'yishning eng muhim texnikasi yakka tugunli choklar, vertikal va gorizontal matras choklari, shuningdek, kesishgan choklardir. Yagona tugunli choklar Choklarni qo'yishning ushbu texnikasi jarohatning ikkala chetida teng taqsimlangan cho'zuvchi kuchlar bilan jarohatning proksimal oraliq zich yopilishiga yordam beradi va laxtaklarni dastlabki holatida immobilizatsiya qilishga xizmat qiladi. Bunday chok jarohat chetlarini koronar holatda mahkamlash uchun mos kelmaydi. Tilni ta'sirlantirmaslik uchun tugunlarni lunj tomonga qo'yish kerak. Buning uchun igna tashqi tomondan lunj laxtakchasidan, tishlararo sohadan va ichki tomondan og'iz laxtakchasidan o'tkaziladi. Parcha to'qimalarining haddan tashqari yirtilishiga yo'l qo'ymaslik muhim. To'shak choklari Gorizontal va vertikal to'shak choklari jarohat chetlarida to'g'ridan-to'g'ri yirtilishni keltirib chiqarmasdan, laxtakning ichki yuzalarining keng moslashuvini ta'minlaydi. Regenerativ va augmentativ muolajalarda chok qo'yishning afzal usuli gorizontal matras choki hisoblanadi. U laxtaklarni jarohat chetlarini yormasdan, ilgarilanma toj holatida ushlab turadi. Buning uchun igna tashqi yuzadan lunj laxtakchasi orqali (paramediana so'rg'ich uchigacha va suyak qirrasiga sathidan pastga), proksimal oraliq sohasi orqali va ichki yuzadan og'iz laxtakchasi orqali kiritiladi. Keyin ip lunj tomoniga qaytariladi, igna shaxmat tartibida gorizontal yo'nalishda og'iz va lunj laxtaklaridan o'tkaziladi. Tugunni bog'lashda ipni suyak qirrasiga ko'ndalangiga tortib, laxtak chetlarini koronal yo'nalishda siljtiladi. Shundan so'ng, to'shak choki bilan

kengaytirilgan so'rg'ichlarning uchlari juda nozik tugunli choklar yoki qo'shimcha to'shak choklari bilan tortilmasdan moslashtirilishi mumkin. Ikki xil sathda chok qo'yishning ushbu usuliga muqobil sifatida modifikatsiyalangan matras chokidan foydalanish mumkin. Bu holda vertikal matras choki qo'yilgandan so'ng ip tishlararo soha orqali to'qimaga koronal kiritiladi, og'iz yuzasidagi ip halqasi orqali o'tkaziladi, so'ngra lunj tomondagi boshlang'ich nuqtaga qaytariladi va bog'lanadi. Shunday qilib, yaraning chetlari suyak yuzasiga taqalib turadi. Biroq, gorizonta matras va qo'shimcha tishlararo yakka ipning ancha mashaqqatli kombinatsiyasi modifikatsiyalangan matras ipiga qaraganda afzalroqdir, chunki ikkinchisi jarohat chetlarining inversiyasini keltirib chiqarishga moyil. Krestsimon choklarda chok materiali qiyqimlarning tashqi yuzasiga qo'yiladi. Demak, ular laxtak chetlari suyak yuzasiga yopishib turishi kerak bo'lganda ishlatiladi. Ushbu chok qo'yish texnikasiga keyingi ko'rsatma, erkin milk transplantati yoki biriktiruvchi to'qima transplantati holatini transplantatlar orqali chok qo'ymasdan mahkamlash zarur bo'lganda beriladi. Buning uchun choklarni qo'shni suyak usti pardasi orqali o'tkazib, ishonchli mahkamlashni ta'minlash kerak. So'nggi yillarda tobora ko'proq mualliflar minimal invaziv mikrojarrohlik yondashuvi va chok qo'yish texnikasini taklif qilmoqdalar (Shanelec and Tibbetts, 1996; Tibbetts va Shanelec, 1998; Cortellini va Tonetti, 2001; Wachtel et al., 2003). jarohatni birlamchi yopish muvaffaqiyatini oshirish va operatsiyadan keyingi jarohat nomuvofiqligi xavfini minimallashtirish uchun. Maxsus mikrojarrohlik asboblari, optik kattalashtirish qurilmalari kombinatsiyasi.

Natijada regenerativ va estetik tiklanish natijalari sezilarli darajada yaxshilanadi (Cortellini and Tonetti, 2001; Wachtel va boshqalar, 2003). Parodontal bog'lamlar Bugungi kunda deyarli barcha jarrohlik usullari jarohatni birlamchi davolashga qaratilganligi sababli, parodontal bog'lamlar juda kam qo'llaniladi. Hozirgi vaqtda parodontal bog'lamlar faqat quyidagi hollarda ko'rsatiladi: • tashqi gingivektomiya, bunda yaraning keng ochiq sohasi ikkilamchi tortilish bilan bitishi kerak • apikal-repozitsiya qilingan laxtakni mahkamlash • operatsiyadan keyingi qon ketishini kutish kerak bo'lgan holatlar Parodontal bog'lamlar quyidagi funksiyalarni bajarishi kerak (Wennstro'm et al., 1997; MÜLLER, 2001): • jarohat sohasini mexanik, kimyoviy va termik himoya qilish • yumshoq to'qimalarni pastki suyak yuzasiga zich moslashtirish (ayniqsa, apikal laxtakning holatini ta'minlash uchun) bemorning qulayligini oshirish operatsiyadan keyingi qon ketishining oldini olish Buning uchun parodontal bog'lam quyidagi talablarga javob berishi kerak: bog'lamning yumshoq shakli, oqilona qotish muddati, qotgandan keyin yetarlicha qattqlik, silliq yuza jarohatning bitish jarayoniga ta'sir qilmasligi, ortiqcha karash hosil bo'lishining oldini olish uchun mikroblarga qarshi xususiyatlar (masalan, xlorgeksidin kukunini qo'shish). Shuningdek, evgenolsiz quyidagi bog'lamlar mavjud: PeriPac: so'lak bilan aloqadan so'ng to'liq qotib qoladigan kalsiy sulfat asosidagi bog'lam. CoePac: elastik bo'lib qoladigan sintetik

bog'lov materiali. Barricaid: yorug'likda qotuvchi sintetik bog'lov materiali. Aralash materialning yupqa valigi milkdan tish koronkalariga va tishlararo sohalarga bosiladi. Yaraning hosil bo'lishi va bog'lamning siljishining oldini olish uchun materialning laxtak va suyak yoki ildizning pastki yuzalari orasida siqilib qolmasligiga, shuningdek, alveolalar va yuganchalarning shilliq qavati sohasiga tushmasligiga e'tibor berish kerak. Parodontal bog'lamlar odatda tuzalgandan keyin 4-7 kun o'tgach olib tashlanadi (Plagmann, 1998). Barcha parodontal bog'lamlarga xos bo'lgan asosiy muammo - bu bog'lov materiali ostidagi infeksiyalarning oldini olishdir. Mikroblarga qarshi moddalar (masalan, xlorgeksidin kukuni) qo'shilishi mumkin bo'lsa-da, in vitro tadqiqotlari mikroblarga qarshi xususiyatlar faqat qisqa muddatli ta'sirga ega ekanligini ko'rsatdi. Tarkibida mikroblarga qarshi moddalar bo'lgan og'iz chayish eritmalari bog'lov materiali ostida karash to'planishining oldini ololmaydi. Klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, parodontal bog'lamlar odatda talab qilinmaydi va kirish laxtaklaridan foydalangan holda muolajalarda, ayniqsa jarohatning birlamchi bitishiga erishilganda, ulardan voz kechish kerak (O'Neil, 1975; Haugen va boshqalar, 1977; Wennstro'm va boshqalar, 1997).

14.6.3. OPERATSIYADAN KEYINGI PARVARISHNING UMUMIY JIHATLARI

Bemorlarni operatsiyadan keyingi parvarishi Jarohat yopilgandan so'ng yumshoq va qattiq to'qimalar orasida tromb hosil bo'lmasligi uchun shilliq-suyak usti parda laxtaklari 1-2 daqiqa davomida nam doka tamponlar bilan suyakka bosib turiladi. Nihoyat, jarohat sohasi va bemorning yuzi tozalanadi. Og'iz burchaklarida og'riq bo'lmasligi uchun lablarga krem (vazelin) surtish kerak. Ma'lum darajada har bir jarrohlik amaliyoti bemorda jismoniy va ayniqsa, hissiy zo'riqishlarni keltirib chiqaradi. Qon aylanishi buzilgan bemorlarni asta-sekin va bosqichma-bosqich vertikal holatga qaytarish kerak. Jarroh yoki hamshira bemorga operatsiyadan keyin o'zini qanday tutish kerakligini tushuntirishi kerak:

Sovutish. Operatsiyadan keyingi shishni kamaytirish uchun operatsiya sohasini yaxshilab sovutish, lunjga sovuq kompress qo'yish kerak. Agar sovuq kompresslar stomatologiya xonasida iste'molga tayyor holda saqlansa, ularni jarrohlik amaliyotidan so'ng darhol bemorga berish mumkin. Bemor bir necha soat davomida doimo sovib turishi kerak. Reaktiv giperemiyaga yo'l qo'ymaslik uchun faqat mo'tadil salqinlikni qo'llash muhim. Buning uchun sovuq kompressni bir-ikki qavat qog'oz sochiqqa yoki yupqa paxta sochiqqa o'rab qo'yish kerak. Bemorga operatsiyadan keyingi shish operatsiyadan keyingi ikkinchi kungacha kuchayib, keyin yana kamayishini aytish kerak. Operatsiyadan keyin mashinani boshqarish Mahalliy stomatologik anesteziyaning transport vositasini boshqarish qobiliyatiga ta'siri adabiyotlarda munozarali masala

hisoblanadi (Hahn, 1981; Riepert va boshqalar, 1993; Riepert va boshqalar, 1995; Haffner va Graw, 2003).

Aksariyat tadqiqotlar sog'lom odamlarda o'tkazilgan bo'lsa-da, Lege Artis tomonidan qo'llaniladigan mahalliy anesteziyaning nozik koordinatsiya, reaksiya tezligi va konsentratsiya kuchiga sezilarli ta'sirini ko'rsata olmadi (Riepert et al., 1995). Biroq, shuni hisobga olish kerakki, stomatologik davolanishdan so'ng bemorning avtomobilni boshqarish qobiliyatiga hissiy komponentlar (masalan, davolanish oxirida vegetativ stressning pasayishi), shuningdek, jarrohlik aralashuvining turi va hajmi sezilarli ta'sir ko'rsatadi (Frenkel, 1989; Riepert va boshqalar, 1993; Riepert va boshqalar, 1995). Bundan tashqari, kasallikning klinik ko'rinishi, shuningdek, dori (masalan, premedikatsiya) avtomobilni boshqarish qobiliyatiga ta'sir qilishi mumkin. Jarrohlik aralashuvlaridan so'ng, anesteziya tugaganidan keyin jarohatdagi og'riq va shish paydo bo'lishi avtomobilni boshqarish qobiliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bundan tashqari, jarrohlik paytida bemor gorizontal holatda bo'lganidan keyin vazo-vaginal mexanizmlar va gipoglikemiya yo'l-transport hodisalari xavfini oshirishi mumkin (Riepert et al., 1995). Nihoyat, stomatolog bemor yana qachon rulga o'tirishi mumkinligini hal qilishi kerak. Sud-tibbiy ekspertiza sabablariga ko'ra, bemorni har doim mahalliy og'riqsizlantirish ostida stomatologik davolanishdan keyingi birinchi soat ichida rulga o'tirmaslikni ogohlantirish kerak (Riepert et al., 1995; Haffner va Graw, 2003). Agar stressli jarrohlik aralashuvi rejalashtirilgan bo'lsa, bemorga davolanishdan oldin va keyin avtomobil haydashni taqiqlash kerak. Buning o'rniga bemorga boshqa odam hamrohlik qilishi yoki taksi xizmatidan foydalanishi kerak (Frenkel, 1989; Riepert va boshqalar, 1993; Riepert va boshqalar, 1995). Agar jarrohlik amaliyoti analgosedatsiya yoki umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkazilgan bo'lsa, operatsiyadan keyingi dastlabki 24 soat ichida bemorning ko'chaga yolg'iz chiqishiga ruxsat berilmaydi. Ovqatlanish Bemor jarohat olmasligi uchun anesteziya ta'siri to'liq to'xtamaguncha ovqatlanishdan o'zini tiyishi kerak. Operatsiya kuni yangi jarohatga mexanik shikast yetkazmaslik va natijada to'qimalarning ajralish xavfini oldini olish uchun bemor och qolishi yoki faqat yumshoq ovqat iste'mol qilishi kerak. Bundan tashqari, birinchi kuni bemor nikotin, alkogol, kofe, qora choy, meva sharbatlari, un, sut, tuxum, shakarli ovqatlarni iste'mol qilmasligi kerak. Choklarni olib tashlashdan oldingi keyingi kunlarda ovqatni jarohat bor tomonda chaynamay, balki maydalash kerak. Bemor choklarning ajralishiga yo'l qo'ymaslik uchun til bilan muolaja qilishdan saqlanishi kerak. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasi. Choklarni olib tashlashdan oldin (yoki hatto regenerativ muolajalar yoki yumshoq to'qimalarni ko'chirib o'tkazishdan keyin ham) og'iz bo'shlig'ini mexanik tozalashdan qochish kerak. Operatsiya qilingan joyda tishlarni cho'tka va ip bilan tozalash o'rniga bemor og'iz bo'shlig'ini chayish uchun antiseptik eritmadan (masalan, xlorgeksidin) foydalanishi kerak. Operatsiyadan keyingi qon ketishi. Qon ivishini barqarorlashtirish va operatsiyadan keyingi qon ketishining

oldini olish uchun bemor operatsiya kuni og‘iz bo‘shlig‘ini chayqamasligi va jarohatni so‘rmasligi kerak. Dastlabki soatlarda bemorlar ozmi-ko‘pmi vertikal holatda dam olishlari kerak. Operatsiyadan keyingi dastlabki to‘rt kun davomida sport va boshqa murakkab jismoniy mashqlar bilan shug‘ullanmaslik kerak. Operatsiyadan keyin qon ketganda bemorlar steril doka gubkalarni yoki dazmollangan toza paxta ro‘molchani ehtiyotlik bilan 30 daqiqa davomida tishlab olishlari kerak. Agar qon ketishini bu choralar bilan to‘xtatib bo‘lmasa, bemor o‘z stomatologi yoki boshqa har qanday shoshilinch yordam xizmati bilan maslahatlashishi kerak. Bemorlar ko‘pincha davolanishdan so‘ng barcha ko‘rsatmalarni darhol eslab qololmasliklari sababli, operatsiyadan keyingi xatti-harakatlar bo‘yicha qo‘shimcha yozma ko‘rsatmalar berish tavsiya etiladi. Og‘riqsizlantirish. Og‘riq bo‘sag‘asi subyektiv bo‘lib, turli odamlarda juda farq qilishi mumkin bo‘lsa-da, parodont operatsiyasidan keyingi og‘riq odatda juda zaif bo‘lib, operatsiyadan keyingi dastlabki kunlar bilan cheklanadi. Bu, ayniqsa, mikroinvaziv usulda operatsiya qilinayotgan bo‘lsa, dolzarbdir. Sotuvda mavjud ibuprofen yoki atsetaminofen preparatlari yordamida operatsiyadan keyingi og‘riqdan osongina qutulish mumkin. Anesteziya ta’siri tugashidan oldin analgetiklarni qabul qilishni boshlash muhim. Shunday qilib, og‘riq kuchayadi, bu esa ko‘proq analgetiklarni qabul qilishni talab qiladi. Bemorlarga dastlabki ikki-uch kundan so‘ng paydo bo‘lgan og‘riq operatsiyadan keyingi infeksiyani ko‘rsatishi mumkinligi va zudlik bilan tibbiy yordam ko‘rsatish zarurligi tushuntiriladi. Infeksiyalar profilaktikasi. Operatsiyadan keyingi tish karashining shakllanishini nazorat qilish parodontal jarrohlikning uzoq muddatli muvaffaqiyati uchun eng muhim parametrlardan biridir (Cortellini et al., 1994; Wennstro‘m va boshqalar, 1997).

Antiseptiklar.

Davolanishning birinchi kunida jarrohlik hududida og‘iz bo‘shlig‘ining mexanik gigiyenasini amalga oshirish mumkin emasligi sababli, og‘iz bo‘shlig‘ining antibakterial chayish vositalari yordamida tish karashining to‘planishi va infeksiya xavfining oldini olish kerak.

Bu maqsadda 0,1 dan 0,2% gacha xlorgeksidin eritmasi eng samarali bo‘lib chiqdi: bemorlar kuniga ikki marta 10 ml 0,2% eritma yoki 15 ml 0,1 dan 0,12% eritma bilan 1 daqiqa davomida chayqashlari kerak (Loe and Schiott, 1970). Sintetik kationli detergent bo‘lgan bisbiguanid xlorgeksidin diglyukonat grammusbat va grammanfiy mikroorganizmlarga qarshi keng antimikrob spektrga ega. Bu og‘iz ichidagi blyashkalar hosil bo‘lishini bostirish uchun eng yaxshi o‘rganilgan va samarali antiseptiklardan biridir (Addy va Moran, 1997). Ko‘plab tadqiqotlar xlorgeksidinning parodont jarrohligidan keyingi ikkilamchi infeksiyalarning oldini olish uchun muhimligini ko‘rsatdi (Addy, 1986; Addy va Moran, 1997). Xlorgeksidinning alohida samaradorligi uning tarkibidagi moddalarning ko‘pligi bilan bog‘liq. Xlorgeksidinning kation

molekulasi anion sulfat, fosfat va karboksilat guruhlari bilan bog'lanadi. Shunday qilib, u og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va pellikulalarning anion glikoproteinlari va fosfoproteinlari bilan o'zaro ta'sirlashadi. U yerdan keyingi 8-12 soat ichida yana faol shaklda ajralib chiqadi (Jones, 1997). Shu sababli bemorlar og'iz bo'shlig'ini suv yoki shunga o'xshash moddalar bilan chaygandan so'ng chayqamasliklari kerak. Xlorgeksidin og'izdagi barcha bakteriyalarning metabolizmiga ta'sir qilib, ularning hujayra membranalarini o'zgartiradi. Sotuvdagi xlorgeksidin eritmalarining aksariyati spirtli eritmalaridir. Suvli preparatlarni ichkilikbozlarga buyurish kerak. Bemorlar xlorgeksidinni uzoq vaqt qabul qilishning mahalliy nojo'ya ta'sirlari haqida bilishlari kerak. Bu tishlar, plombalar va tilning qaytar to'q rangga kirishi, tosh hosil bo'lishining kuchayishi, ta'm bilishning sezilarli darajada buzilishi, shuningdek, shilliq qavatning og'riqli eroziyalaridir. Keyingilari kamdan-kam uchraydi va konsentratsiyaga bog'liq. Odatda, konsentratsiyani (masalan, 0,2% dan 0,1% gacha) va chayish tezligini kamaytirish orqali yengillikka erishish mumkin. Operatsiyadan keyingi karashni bostirish uchun xlorgeksidin 0,1-0,2% li tayyor eritmalar ko'rinishida qo'llaniladi. Mahalliy qo'llash uchun 1% li gellar ko'rinishida ham mavjud. Aksincha, blyashka hosil bo'lishini ingibirlash effektidan tashqari, xlorgeksidinning o'zi xo'jayin to'qimalariga kimyoviy ta'sir ko'rsatish orqali yaralarning erta bitishini kechiktirishi mumkin, bu konsentratsiyaga bog'liq (Bassetti va Kallenberger, 1980; Shahan va boshqalar, 1993; Addy va Renton-Harper, 1997). Xlorgeksidin operatsiyadan keyingi davrda og'izni chayish uchun eng samarali vosita bo'lib, karash hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi. Fenol hosilalari (masalan, triklozan), to'rtlamchi ammoniyli birikmalar (masalan, dekvaliniy xlorid, benzalkoniy xlorid), metall ionlari (masalan, amin va qalay ftorid), polividon yod va geksitidin kabi boshqa tijoratda mavjud bo'lgan og'iz bo'shlig'i antiseptik chayish vositalarining karash hosil bo'lishini bostirish ta'siri ularning xlorgeksidining nisbatan mikroblarga qarshi ta'siri va pastroq substantivligi tufayli yetarli emas (Plagmann, 1998). Biroq, agar xlorgeksidin ta'sirida kelib chiqadigan ta'm sezish buzilishi kasbiy sabablarga ko'ra (masalan, oshpazlar uchun) bemor uchun maqbul bo'lmasa, ushbu antiseptik vositalardan birini qo'llash kerak. Antibiotiklar. Regenerativ va kuchaytiruvchi aralashuvlardan tashqari, parodontal jarrohlikdan so'ng tizimli sog'lom bemorlarga odatiy operatsiyadan keyingi antibiotik profilaktikasi talab qilinmaydi. Bu, ayniqsa, agar parodontal infeksiya operatsiyadan oldin davolangan bo'lsa, dolzarbdir. Agar umumiy tizimli xavf omillari (masalan, endokardit xavfi, immunitetni bostirish) mavjud bo'lsa, operatsiyadan oldingi adekvat antibiotikoprofilaktika, albatta, tavsiyalarga muvofiq keng spektrli antibiotiklarni (masalan, amoksitsillin yoki klindamitsin) qo'llash bilan amalga oshirilishi kerak. - Amerika kardiologiya assotsiatsiyasi tavsiyalari. Jarrohlik aralashuviga qo'shimcha ravishda antibakterial terapiya faqat umumiy alomatlar (masalan, isitma, limfa tugunlarining kattalashishi) bo'lgan infeksiyon jarayonlarni (masalan, abscesslarni) o'tkir davolashda, shuningdek, agressiv parodontit va progressiv surunkali periodontitni

davolashda ko'rsatilgan (MÜLLER, 2001; Beikler et al., 2003). Periopatogenlarning spektri turli odamlarda juda farq qilishi sababli, adekvat antibiotiklarni tanlash operatsiyadan oldingi milk osti karash namunalarining mikrobiologik tahliliga asoslanishi kerak (Slots, Jorgensen, 2002; Beykler va boshqalar, 2003). Agar individual bakterial spektr noma'lum bo'lsa, tizimli qo'llanilganda milk egatida in vitro minimal ingibirlovchi konsentratsiyadan (MIC90) yuqori samarali konsentratsiyaga erishadigan antibiotiklarga afzallik berish kerak (Beikler et al., 2003). Dentinning o'ta sezuvchanligi. Aksariyat bemorlar parodontdagi jarrohlik amaliyotidan keyingi dastlabki hafta va oylarda yoki hatto tish toshini bir necha bor jarrohliksiz olib tashlashdan keyin ham dentinning yuqori sezuvchanligidan aziyat chekishadi.

Bu jarayon tarkibida desensibilizatsiyalovchi moddalar, masalan, kalsiy gidroksid, kaliy nitrat, kumush nitrat, stronsiy xlorid, ftoridlar va gidroksilapatit bo'lgan maxsus tish pastalari yoki chayish vositalari bilan qo'llab-quvvatlanishi mumkin. Bundan tashqari, ildiz dentinining yuqori sezuvchanligini zamonaviy adgezivlar yordamida sezilarli darajada kamaytirish mumkin (Plagmann, 1998). Kirish lahtaki jarrohligi. Qirqimga ochiq ishlov berishning turli usullarining maqsadi ildiz va suyakning zararlangan yuzalariga kirish imkonini berish bo'lib, bu bevosita kuzatuv ostida yallig'lanish sabablarini bartaraf etish imkonini beradi (Wennstro'm et al., 1997; Plagmann, 1998). Jarohatlarni davolash. Jarrohlik texnikasidan qat'i nazar, jarohatning birlamchi bitishi lunj, til va tishlararo suyaklarni yumshoq to'qimalar bilan to'liq yopish bilan amalga oshirilishi kerak. Jarohat chetlarini adekvat yaqinlashtirish uchun ba'zan bazal suyak usti bo'shatuvchi kesma yoki bazal parchalangan laxtakni shakllantirish yordamida yonoq laxtaklarining toj qismini repozitsiya qilishga erishish kerak (Wennstro'm et al., 1997), (MÜLLER, 2001). Odatda, jarohatni tikish yuqorida ta'riflanganidek, so'rilmaydigan sintetik chok materiali 5-0-7-0 dan foydalangan holda bitta tishlararo choklar bilan amalga oshiriladi. Gorizontal matras choklari koronar laxtakni barqarorlashtirish uchun zarur. Bo'shatuvchi vertikal kesimlar ingichka tugunli yakka choklar (7-0 yoki 6-0) bilan tikiladi. Aksariyat hollarda parodontal bog'lam qo'ymaslik kerak. Operatsiyadan keyingi infeksiyalar profilaktikasi. Og'iz bo'shlig'ining mexanik gigiyenasi operatsiyadan keyingi dastlabki ikki hafta davomida operatsion tishlar bilan cheklanadi. Operatsiya qilinadigan joylar ximiyaviy karashni yo'qotish yo'li bilan tozalab turiladi, buning uchun og'iz xlorgeksidinining 0,1-0,2% li eritmasi bilan 1-2 minutdan kuniga ikki mahal chayiladi. Qo'shimcha antibakterial terapiya faqat tizimli xavf omillari mavjud bo'lganda yoki agressiv parodontit yoki progressiv surunkali periodontitni davolash uchun ko'rsatilgan (MÜLLER, 2001; Beykler va boshqalar, 2003). Choklarni olish. Odatda choklar 7 kundan keyin olinadi. Choklar olib tashlanganidan taxminan bir hafta o'tgach, bemor jarrohlik amaliyoti o'tkaziladigan joylarda og'iz bo'shlig'ini mexanik tozalashni ehtiyotkorlik bilan davom ettirishi mumkin. Stomatologiya kabinetida kuzatish. Operatsiyadan keyingi

tekshiruvlar dastlabki ikki hafta davomida haftada kamida bir marta o'tkazilishi kerak. Bu xlorgeksidin shimdirilgan paxta sharchalar yordamida bitish jarayonini kuzatish va operatsiya joyini tozalash uchun zarur. So'ngra milk egati 0,2% li xlorgeksidin eritmasi bilan yuviladi va nihoyat operatsiya joyiga 1% li xlorgeksidin geli surtiladi. 2-3 oydan so'ng qayta baholashdan oldin bemorlar har oyda ko'rikdan o'tishlari kerak. Shundan so'ng, tuzalish natijasini saqlab qolish uchun individual davolanish ehtiyojlariga muvofiq vaqt oralig'ida qo'llab-quvvatlovchi parodontal terapiya o'tkaziladi (Lang et al., 1997; Plagmann, 1998). Parodontning regenerativ jarrohligi. Parodont regeneratsiyasining maqsadi yallig'lanish jarayoni natijasida yo'qolgan barcha parodont to'qimalarini tiklash, ya'ni yangi ildiz sementi, yangi alveolyar suyak va yangi parodontal boylam hosil qilishdir (Christgau, 2001). Periodont regeneratsiyasi yuzaga kelishining muhim shart-sharoitlari quyidagilardir: qoldiq periodontal bog'lamda regeneratsiyaga hissa qo'shadigan tabaqalashmagan o'tmishdosh hujayralarning mavjudligi; ildizning biyomoslashuvchan yuzasini tiklash; bitish jarayonida ildiz yuzasidan milk epiteliysini tanlab olib tashlash.

Trombni barqarorlashtirish Hozirgi vaqtda parodontni tiklashning ilmiy jihatdan maqbul va klinik jihatdan qulay usullari quyidagilardir: okklyuzion membranalaridan foydalangan holda boshqariladigan to'qimalar regeneratsiyasi (GTR); emal matritsasi oqsillarini qo'llash. Ikkala usulni ham nuqsonlarni to'ldirish uchun materiallar, masalan, suyak yoki suyak o'rnini bosuvchi moddalar bilan qo'shimcha ravishda uyg'unlashtirish mumkin (Christgau, 2001). Jarohatlarni davolash. Barcha regenerativ muolajalarda membranalarining birlamchi va to'liq qoplanishini osonlashtirish uchun barcha yumshoq to'qimalarni maksimal darajada saqlab qolish va/yoki qo'shimcha ravishda ishlatiladigan suyak yoki suyak o'rnini bosuvchi vositalarni qo'llash zarur. Buning uchun qat'iy tomir ichi kesmasi zarur.

Tishlararo oraliq kengligiga kelsak, so'rg'ichlarni saqlab qolish usuli (Takei et al., 1985; Cortellini va boshqalar, 1995; Kortellini va Tonetti, 2000; Cortellini va Tonetti, 2001; Wachtel et al., 2003) operatsiyadan keyingi so'rg'ichlar ajralishi xavfini kamaytirish uchun iloji boricha qo'llanilishi kerak. Bukkal laxtakning kengaygan oldingi chekkasi membranani qoplab turgan birlamchi jarohatning yopilishiga yordam beradi. Bunga suyak usti pardasini chiqarish uchun bazal kesish yoki bazal parchalangan laxtakni shakllantirish orqali erishish mumkin. Operatsiyadan keyingi jarohatning qatlamlarga ajralishini oldini olish uchun lunj va til laxtaklarini tortmasdan moslashtirish zarur. Chuqur gorizontal matras choki (5-0) toj laxtakning holatini barqarorlashtiradi, jarohat chetlaridan uzoqda umumiy taranglikni ushlab turadi. Quroqlarni koronkaga shunday ko'chirish kerakki, jarohatning proksimal oraliq qirralarini bir-ikkita qo'shimcha yakka choklar (6-0 yoki 7-0) yordamida taranglamasdan moslashtirish mumkin bo'lsin. Shu maqsadda polipropilen yoki politetraftoretildan tayyorlangan yuqori darajadagi biyomuvofiqlikka ega bo'lgan

monotola va tikuv materialidan foydalanish kerak, chunki infeksiya xavfi yuqori bo'lib, ehtimol uzoqroq ushlab turish vaqti talab etiladi. Jarohatlarni birlamchi yopish mutlaqo zarur bo'lganligi sababli, parodontal bog'lamlar uchun ko'rsatmalar yo'q. Parodontning regenerativ jarrohligining muvaffaqiyatiga mexanik zo'riqlashlardan himoya qilish va infeksiyalarning samarali oldini olish katta ta'sir ko'rsatadi. Mexanik ta'sirdan himoyalash. Bemorlar tiklovchi operatsiyadan keyin sezgir bitish jarayonlari haqida bilishlari kerak. Operatsiyadan keyingi dastlabki 6 hafta davomida jarohat sohasining mexanik buzilishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Shu sababli ularga operatsiya qilingan tomonni chaynashga yoki operatsiya qilingan joyni mexanik tozalashga ruxsat berilmaydi. Bundan tashqari, choklar yirtilmasligi uchun lablar va yonoqlarni tortish yoki til bilan choklarni manipulyatsiya qilish kerak emas. Operatsiyadan keyingi infeksiyalar profilaktikasi. Og'iz bo'shlig'ining mexanik gigiyenasi operatsiyadan keyingi dastlabki olti hafta davomida operatsiya qilinmagan tishlar bilan cheklanganligi sababli, bemorlar kuniga ikki marta 0,1-0,2% xlorgeksidin eritmasi bilan 1-2 daqiqa davomida og'izlarini chayqashlari kerak. Buni operatsiyani rejalashtirishdan oldin bemorlarga tushuntirish kerak. Dastlabki olti hafta davomida jarohatlarning bitish muammolarini (masalan, infeksiyalar, membranalarining ochilishi) erta aniqlash va jarohat sohasini professional tozalashni osonlashtirish uchun haftada kamida bir marta nazorat tekshiruvlarini o'tkazish zarur. Tozalash jarayoni quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- xlorgeksidin eritmasi shimdirilgan paxta sharchalar yordamida karash va fibrin qatlamlarini ehtiyotkorlik bilan olib tashlash
- milk egatini 0,2% xlorgeksidin eritmasi bilan o'tmas kanyula yordamida yuvish
- yakuniy 1% xlorgeksidin gelini surtish.

Bemor keyingi 1-2 soat davomida gelning ma'lum bir depo ta'sirini saqlab qolish uchun oziq-ovqat va ichimliklardan voz kechishi kerak. Operatsiyadan olti hafta o'tgach, to'qimalar yana professional tish tozalash imkonini beradigan darajada yetuk bo'ladi. Shundan so'ng bemorlar tishlarni yumshoq mexanik tozalashni davom ettirishlari mumkin. 12 oydan so'ng qayta baholashdan oldin, keyingi kuzatuvlar dastlabki 3 oy davomida har 2-4 haftada, keyin esa har 3 oyda o'tkazilishi kerak. Muntazam ravishda va qisqa vaqt oralig'ida amalga oshiriladigan qo'llab-quvvatlovchi parodontal terapiya yangi birikish o'sishini uzoq muddatli saqlab qolishning ajralmas shartidir (Cortellini et al., 1994).

Regeneratsiya natijasi kamida 3-6 oydan keyin klinik zondlash va kamida 6-12 oydan keyin rentgenogrammlar bilan baholanishi kerak. GTR terapiyasida antibiotiklarni buyurish zarurligi to'g'risida qarama-qarshi fikrlar mavjud (Ciancio, et al., 1990; Demolon va boshqalar, 1993; Machtei va boshqalar, 1994; Nowzari va boshqalar, 1995; Kleinfelder va Lange, 1996; Slots et al., 1999). E-PTFE membranalar bilan GTR terapiyasidan keyin 8 kun davomida amoksitsillin qabul qilgan bemorlar antibiotiklar qabul qilmagan nazorat guruhiga nisbatan 6 oydan keyin birikishning sezilarli darajada yaxshi o'sishini ko'rsatdilar (Nowzari et al., 1995). Antibiotiklar guruhi 6 haftadan keyin membranalarda ancha kam bakteriyalarni aniqladi. Boshqa bir

tadqiqotda (Mombelli et al., 1996) antibiotiklarning qo'shimcha tizimli kiritilishidan keyin regeneratsiyaning yaxshiroq natijalari aniqlangan, ammo membranalarining bakterial ifloslanishining to'liq oldini olishning iloji bo'lmagan. 25% metronidazol gelini qo'shimcha ravishda mahalliy qo'llash, aftidan, tiklanishning dastlabki bosqichida e-PTFE membranalariga bakterial yukni sezilarli darajada kamaytirdi va regeneratsiya natijalarini yaxshiladi (Sander et al., 1994; Frandsen va boshqalar, 1994). Boshqa tomondan, polimer kislotali membrana bilan ishlov berilgan suyak ichi nuqsonlarini o'rganish (Kleinfelder and Lange, 1996) antibiotiklarni tizimli yuborishdan keyin sezilarli darajada yaxshi ta'sir ko'rsata olmadi. Klinik va gistologik jihatdan yumshoq to'qimalarning yaxshi bitishi tufayli emal matriksi oqsillari qo'llanilgandan so'ng antibiotiklarni odatiy yuborish shart emas. Choklarni olish. Parodontal jarrohlikning boshqa usullari singari, choklar odatda regenerativ muolajalardan 7 kun o'tgach olib tashlanadi. Shunga qaramay, agar jarohatning ajralish xavfi bo'lsa, GTR terapiyasidan keyin choklarni 6 haftagacha joyida qoldirish mumkin. Bunda chok materiali kanalida g'ubor va yiring to'planishining oldini olish uchun yuqori darajadagi biyumvofiqlikka ega bo'lgan monotola va chok materialidan (masalan, polipropilen, politetraftoretillen) foydalanish muhimdir. Chekish. Chekish regeneratsiya natijasiga salbiy ta'sir ko'rsatishi haqida keng ilmiy dalillar mavjud (Tonetti et al., 1995; Cortellini va boshqalar, 1996; Falk et al., 1997; Trombelli va boshqalar, 1997; Mayfield va boshqalar, 1998).; AAP pozitsiyasi bayon etilgan hujjat, 1999 y.). Ashaddiy chekuvchilarning retrospektiv tahlili shuni ko'rsatdiki, GTR terapiyasidan so'ng suyak ichi nuqsonlarida chekmaydiganlarga nisbatan bog'liqlikning sezilarli darajada kamroq o'sishi kuzatilgan (Tonetti et al., 1995, Trombelli et al., 1997). Erkin milk biriktiruvchi to'qima transplantatlari yordamida parodontning plastik jarrohligi. Jarohatlarga yoki subepitelial transplantatlarga ishlov berish Biriktiruvchi to'qima subepitelial transplantatining tanglay donorlik joyi kesishgan holda ushlab turuvchi choklar bilan yopiladi. Ular jarohat chetlarini tortib olmasdan suyakka bosib turadi. Eng yaxshisi, dastlabki 1-2 kun davomida biriktiruvchi to'qima subepitelial transplantatlari yoki erkin milk transplantatlarining donor qismlaridagi tanglay yarasi oldindan tayyorlangan stent bilan yopiladi. Stent gemostazga yordam beradi va operatsiyadan keyingi noqulaylikni kamaytiradi, til va ovqatlanish paytida jarohatning ta'sirlanishini oldini oladi. Muguzlangan milkni erkin milk transplantati bilan kattalashtirishda transplantatni shunday kesish kerakki, u retsipyentga kirsin, retsipyentning taxminan 1 mm maydoni ochiq qolsin. Transplantat toj qirrasi bo'ylab yondosh milkda yakka choklar bilan mahkamlanadi. Yondosh suyak usti pardasiga qo'yiladigan qo'shimcha kesishgan choklar transplantatni retsipyent yotog'iga bosib turadi. Transplantatga choklar qo'yilgandan so'ng, taxminan 2 daqiqa davomida transplantat va retsipyent yotog'i o'rtasidagi qon va ekssudatni olib tashlash uchun bosim o'tkaziladi. Transplantatning siljishi va yo'qolishining oldini olish uchun parodontal bog'lamlardan voz kechish kerak. Milk retsessiyasini subepitelial biriktiruvchi to'qimali transplantat yordamida

davolashda transplantat oyoqchadagi koronar yoki lateral laxtakning muguzlangan to'qimasi bilan qoplanishi kerak, bu esa tez revaskulyarizatsiyaga yordam beradi (Wennstro'm and Pini-Prato, 1997). Transplantat va yopuvchi kesuvchi laxtakni immobilizatsiya qilish 6-0-8-0 monotolali polipropilen chok materialidan foydalangan holda yakka choklar va matras choklari yordamida amalga oshiriladi. Parodontal bog'lamlardan saqlanish kerak. Mexanik ta'sirdan himoyalash. Bemorlarga transplantatlarning siljishini oldini olish uchun operatsiya qilingan joylarni chaynashga ruxsat berilmaydi. Bundan tashqari, yondosh lablar va yonoqlarni cho'zish mumkin emas.

Infeksiyalar profilaktikasi. Tishlarni mexanik tozalash o'rniga bemorlar 4 hafta davomida 0,1-0,2% xlorgeksidin eritmasi bilan 1-2 daqiqa davomida kuniga 2 marta chayiladi. Erkin milk transplantatini olib tashlash natijasida yuzaga kelgan ochiq jarohat dastlabki 140 hafta ichida achishtiruvchi og'riq/noqulaylik hissini keltirib chiqarishi mumkin. Bu vaqtda bemorlar achchiq ovqat yemasliklari kerak. Og'izni dekspantenol (masalan, bepanten) eritmasi bilan chayish yengillik olib kelishi va yaralarning bitish jarayonini tezlashtirishi mumkin. Choklar 7 kundan keyin olinadi.

Jarrohlik aralashuvlarining samaradorligi patologiyaning shakli, zararlanish darajasi, milk qirrasining tabiati, alveolyar o'siqning rezorbsiyasi, ildiz bifurkatsiyasi sohasidagi o'zgarishlar, tish ildizining ochilish darajasi va bemorning umumiy ahvolini hisobga olgan holda ularni qo'llash uchun ko'rsatmalarni aniqlashga bog'liq. Operatsiyadan so'ng bemorlar dispanser nazoratiga olinadi, bu umumiy (qon, siydik va boshqa ko'rsatmalar bo'yicha tahlillar) va mahalliy holatni (milk cheti shilliq qavatining holati, parodontal cho'ntaklarning mavjudligi yoki yo'qligi, parodontal indekslar, tishlarning harakatchanligi, kapillyarlarning barqarorligi, rentgenografiya, reoparodontografiya, osteometriya, mahalliy umumiy nospetsifik himoya holati) kuzatishdan iborat bo'lib, bu jarayonning dinamikasini baholashga imkon beradi. Parodont to'qimalarining holati mezon bo'lib xizmat qiladi: yaxshilanish, barqarorlashish, yomonlashish, o'zgarishlarsiz. Dispanser ko'rigining takroriyligi jarayonning bosqichi va davomiyligiga, fon patologiyasining tabiatiga, organizmning immunologik reaktivligiga qarab belgilanadi. Operatsiyadan keyingi ko'rik va tekshiruvlar 1, 3, 6, 9 va 12 oyda bir marta, keyin esa yiliga bir marta o'tkaziladi. To'g'ri tashxis qo'yish va usulni tanlash, bemorni jarrohlik davolashga puxta tayyorlash, adekvat rehabilitatsiya parodontdagi jarayonning uzoq muddatli remissiyasini kafolatlaydi.

Nazorat savollari

1. Epiteliy tish-milk birikishida qanday vazifalarni bajaradi?
2. Parodontning asosiy funksiyalari.

3. Parodontit rivojlanishining asosiy sabablari.
4. Rodontologiyada qanday qo‘shimcha tekshirish usullari qo‘llaniladi?
5. Parodontda jarrohlik aralashuvi usulini tanlash mezon.
6. Ochiq kyuretaj qanday hollarda ko‘rsatiladi?
7. Qanday hollarda gingivotomiya usuli ko‘rsatilgan va u nimalardan iborat?
8. Gingivektomiya modifikatsiyalari va uni o‘tkazishga ko‘rsatmalar.
9. Kriodestruksiya, lazerli koagulyatsiya va pezoxirurgiyani o‘tkazish xususiyatlari qanday?
10. Nikel-titandan tayyorlangan krioapplikatorlar yordamida kriodestruksiya o‘tkazish prinsipi nimaga asoslangan?
11. Parodontal jarrohlikda laxtakli operatsiyalar. O‘tkazish bosqichlari, turlari, ko‘rsatmalar.
12. Ikkilamchi bitish operatsiyasi nimalarni o‘z ichiga oladi?
13. Eng ko‘p qo‘llaniladigan gingivoplastika usullari.
14. Yuqori lab yuganchasi plastikasi variantlari.
15. Vestibuloplastika o‘tkazishga ko‘rsatmalar.
16. Vestibuloplastikaning asosiy usullari, ularning farqlari.
17. Osteogingoplastika o‘tkazishga ko‘rsatma va qarshi ko‘rsatmalar.
18. Bug‘-dont jarrohlida qo‘llaniladigan osteoplastik materiallar.
19. Mukogingovosteoplastikaning asosiy tamoyillari nimalardan iborat?
20. To‘qimalarning yo‘naltirilgan regeneratsiyasini o‘tkazishning o‘ziga xos xususiyatlari nimada?
21. Parodontal jarrohlikda to‘qimalarning yo‘naltirilgan regeneratsiyasi uchun membranalarning tasnifi.
22. Suyak transplantatlariga qanday asosiy klinik talablar qo‘yiladi? Transplantat turlari.
23. Tarkibida fibrin ko‘p bo‘lgan trombotsitlarni tayyorlash va qo‘llashning o‘ziga xos xususiyatlari nimalardan iborat?

TEST TOPSHIRIQLARI

Bitta to‘g‘ri javobni tanlang.

1. ALVEOLANING SUYAK TO‘QIMASI DESTRUKSİYALANGANDA TISHNI OLIB TASHLASH KO‘RSATILGAN.

- A) ildiz uzunligining 1/4 qismi
- B) ildiz uzunligining 3/4 qismidan ortiq

B) ildiz uzunligining 1/2 qismiga

2. PARODONT KASALLIKLARINI XIRURGIK DAVOLASHGA MAHALLIY QARSHI KO‘RSATMA HISOBLANADI.

- A) olinadigan protezlarning mavjudligi
- B) parodontal cho‘ntaklarning mavjudligi
- V) og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasining past darajasi

3. OPERATSIYADAN OLDINGI TAYYORGARLIKNING MAJBURIY ELEMENTI

- A) tish usti qatlamlarini olib tashlash
- B) ekzostozlarni olib tashlash
- V) parodontal cho‘ntaklar kyuretaji

4. GINGIVOTOMIYA OPERATSIYASI

- A) parodontal cho‘ntakni kesish, granulyatsiya va toshlarni olib tashlash
- B) milkn parodontal cho‘ntak chuqurligida kesib olish
- V) shilliq-suyak usti pardasi laxtaklarining ko‘chishi

5. PARODONTITNING O‘RTA VA OG‘IR DARAJASIDA ABSSEDIRLASH FAZASIDA O‘TKAZILADI.

- A) kyuretaj
- B) gingivektomiya
- V) gingivotomiya

6. GIPERTROFIK GINGIVITDA.

- A) gingivektomiya
- B) gingivotomiya

V) laxtak operatsiyasi

7. YO‘QLIGI KYURETAJ O‘TKAZISHGA QARSHI KO‘RSATMA HISOBLANADI.

A) parodontal cho‘ntak

B) milk osti tish qatlamlari

V) parodontal absess

8. KURETAJ PARODONTITNING YENGIL VA O‘RTA DARAJASIDA VA PARODONTAL CHO‘NTAKNING CHUQURLIGIDA QO‘LLANILADI. A) 4 mm gacha.

B) 4-5 mm.

V) 5 mm dan ortiq

9. QISQICHLI OPERATSIYALAR JUFT DONTAL CHO‘NTAKLAR CHUQURLIGIDA AMALGA OSHIRILADI.

A) 4 mm gacha

B) 4-5 mm.

V) 5 mm dan ortiq

10. VIDMAN-NEYMAN-TSESHCHINSKIY OPERATSIYASI USULLARGA KIRADI.

A) kyuretaj

B) laxtak operatsiyalari

V) Frenuloplastika

11. FRENULOPLASTIKA - BU BO‘YICHA PLASTIK OPERATSIYALARNING BIR TURI.

A) alveolyar o‘simtada

B) lab yuganchasida

V) og‘iz bo‘shlig‘i dahlizi

12. FRENULO- VA VESTIBULOPLASTIKA O‘TKAZILADI.

A) laxtak operatsiyasidan oldin yoki uning vaqtida

B) laxtak operatsiyasidan bir oy o'tgach

V) laxtak operatsiyasidan bir hafta o'tgach

13. QIYMOQ OPERATSIYASIDA OPERATSIYA HAJMI KAMAYTIRILADI.

A) bir tish bilan

B) 6-7 ta tish

B) 14-16 ta tish

14. GINGIVOPLASTIKA - BU

A) milk chetini to'g'rilash

B) suyak cho'ntagini to'ldirish

V) til yuganchasining plastikasi

15. GRUPPA VA VARREN BO'YICHA GINGIVOPLASTIKA:

A) Milkning gorizontal cho'kishi

B) milkning vertikal cho'kishi

V) tilning qisqa yuganchasida

16. VESTIBULOPLASTIKA - BU

A) tashqi kortikal plastinkaning siljishi

B) yuqori lab yuganchasining uzayishi

V) og'iz bo'shlig'i dahlizining shakllanishi

17. OSTEOGINGIVOPLASTIKADA SUYAK TO'QIMASINI TIKLASH UCHUN

A) liofillangan suyak va tog'ay

B) qon preparatlari (fibrin kukuni, bioplastmassa)

V) liofilizatsiyalangan suyak, tog'ay va qon preparatlari (fibrin kukuni, bioplastmassa)

18. TO'QIMALARNING YO'NALTIRILGAN REGENERATSIYASI UCHUN MEMBRANALAR.

A. Alveolar suyak to'qimasini tiklaydi.

B) ildiz yuzasi bo'ylab epiteliyning o'sishini oldini oladi

V) suyak cho'ntagi chetining so'rilishini kuchaytiradi.

19. SUYAK NUQSONINI TO‘LDIRISH UCHUN ENG YAXSHI MATERIAL

- A) autogen suyak
- B) gomologik suyak
- V) ksenogen suyak

20. YO‘NALTIRILGAN TO‘QIMA REGENERATSIYASIDAN ENG YAXSHI SAMARA

- A) bir devorli suyak cho‘ntagi
- B) ikki devorli suyak cho‘ntagi
- V) uch devorli suyak cho‘ntagi

VAZIYATLI MASALALAR

3adacha 1. Bemor M., 24 yoshda, 36 sohada milk og‘rig‘idan shikoyat qilib kelgan. Ikki yil oldin tishni saqlab qolish maqsadida metall qoplama bilan qoplangan.

O b y e k t i v o: milk so‘rg‘ichlari shu sohada dimlanib giperemiyalangan, sianoz bilan, zondlanganda qonaydi. 36 sohada parodontal cho‘ntak 5 mm bo‘lib, biroz yiringli ekssudat mavjud. Toj (metall) milklar ostiga chuqur kirib boradi. Gorizontal perkussiya og‘riqli. 36-rentgenogramma ma‘lumotlari: tishlararo to‘siqning 1/2 qismida destruksiya, "shlyapa" ko‘rinishidagi metall qoplama. Boshqa bo‘limlardagi suyak o‘zgarmagan. 1. Tashxis qo‘ying.

2. Kasallik sababini ko‘rsating.

3. Davolash rejasini tuzing.

3adacha 2. Bemor A., 55 yoshda, yuqori jag‘ning oldingi qismida tishlarning ajralishi, estetik nuqson bilan murojaat qildi.

O b y e k t i v o: yuqori va pastki jag‘ milki ko‘kimtir-to‘q qizil rangda, yumshoq, milk so‘rg‘ichlari kattalashgan. Parodontal cho‘ntaklar chuqurligi 3 mm. Tishlar mustahkam. Yuqori jag‘ kurak tishlari sathida tishlar bo‘yinchasi 2 mm ga ochilib qolgan. 1.1 va 2.1 tishlar sohasidagi diastema 4 mm gacha. Oldingi yuqori qismida tishlarning yelpig‘ichsimon ajralishi mavjud. Prikus chuqur.

1. Obyektiv tadqiqotning qanday ma‘lumotlarini aniqlashtirish va to‘ldirish zarurligini ko‘rsating?

2. Tashxis qo‘yish uchun qanday qo‘shimcha tekshirish usullarini o‘tkazish kerakligini ayting?

3. Davolash rejasini tuzing. 3adacha

3. Bemor G., 42 yoshda, vaqti-vaqti bilan milk chetidan yiring oqishi, tish bo'yinlarining ochilishi, tishlarni tozalash va ovqatlanish paytida milkdan qon ketishidan shikoyat qildi.

A m n y e z: o'zini 2-yilcha kasal deb hisoblaydi. Vaqti-vaqti bilan u stomatologga murojaat qildi, u ma raslavin bilan applikatsiyalarni buyurdi. Biroz yaxshilanganini qayd etdi. Yarim yil oldin pastki yon tishlarning harakatchanligi paydo bo'ldi. Ichki a'zolar patologiyasini inkor etadi.

O b y e k t i v : yuqori va pastki jag'ning milk so'rg'ichlari dimlangan-giperemiyalangan, shishgan, bo'shashgan, tishlardan ko'chgan, 4-5 mm chuqurlikdagi parodontal cho'ntaklar mavjud. Tish toshining to'planishi - milk usti va milk osti, Shiller Pisarev sinamasi yuqori va pastki jag'ning milk so'rg'ichlarining to'q jigarrang rangini beradi, RMA indeksi = 65%, Fedorov-Volodkina gigiyena indeksi - 1,8.

1. Tashxis qo'ying.
2. Bu kasallikning taxminiy sabablarini ayting.
3. Tashxis qo'yish uchun qanday qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish kerakligini ayting.
4. Davolash rejasini tuzing, davolash muolajalarini o'tkazish tartibini belgilang.

3. Adacha 4. Bemor A., 16 yoshda, tishlarni yuvishda milklarning qonashi, milklarning o'sib ketishi shikoyatlari bilan murojaat qildi. Shikoyatlar bir yil oldin paydo bo'lgan.

O b y e k t i v o: pastki va yuqori jag' oldingi tishlari sohasida milk so'rg'ichlari turg'un-giperemiyalangan (tish tojlarini 1/2 ga qoplagan), tishlardan ko'chgan, zondlanganda qonaydi; chuqurligi 4-5 mm bo'lgan soxta cho'ntaklar mavjud. Prikus chuqur, milk usti tish toshlari ko'p miqdorda mavjud.

1. Tashxis qo'ying.
2. O'tkazilishi lozim bo'lgan tadqiqotlarni aniqlang?
3. Bu kasallikning taxminiy sabablarini ayting.
4. Bajarilishi kerak bo'lgan muolajalarni ko'rsating.

TEST TOPSHIRIQLARI JAVOBLARI

VAZIYATLI MASALALARNING JAVOBLARI

3adacha 1.

1. Surunkali chegaralangan parodontit.

2. Koronkani noto‘g‘ri tayyorlash.

3. Tojni yechish. Yallig‘lanishga qarshi davolash. Osteoplastik material bilan to‘ldirilgan cho‘ntak kyuretaji.

3adacha 2.

1. Yuqori jag‘ning og‘iz bo‘shlig‘i dahlizi shilliq qavatini ko‘zdan kechirish lab yuganchasi va dahlizning birikish patologiyasini aniqlash uchun zarur.

2. Suyakdagi o‘zgarishlarni aniqlash uchun rentgenologik tekshirish.

3. Superkontaktlar va tishlov patologiyasini tashxislash uchun ortoped maslahati. Yallig‘lanishga qarshi davolash. Yuqori lab yuganchasini plastika qilish yoki og‘iz bo‘shlig‘i dahlizini chuqurlashtirish.

3. Adacha.

1. O‘rtacha og‘irlikdagi surunkali tarqalgan parodontit.

2. Og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasining past darajasi.

3. Ortopantomografiya. Surunkali tarqalgan parodontit o‘rtacha og‘irlikda.

4. Tish karashlarini olib tashlash. Yallig‘lanishga qarshi davolash. Zarur bo‘lganda qo‘zg‘aluvchan tishlarni shinalash. Quroqli operatsiyalarni o‘tkazish.

3. Adacha

1. Surunkali gipertrofik gingivit.

2. Kasbiy gigiyena. Og‘iz bo‘shlig‘i shaxsiy gigiyenasi qoidalarini o‘rgatish.

3. Yallig‘lanishga qarshi davolash.

4. Ortoped maslahati va davolash.

5. Konservativ davodan samara bo‘lmaganda - gingivektomiya.

Xulosa

Ushbu bobda parodont kasalliklarini xirurgik davolash usullari batafsil yoritilib, turli operativ aralashuvlarning (kuretaj, flap operatsiyalari, gingivektomiya, regenerativ usullar) qo‘llash ko‘rsatmalari, bajarilish xususiyatlari va klinik samaradorligi tahlil qilindi.

Xirurgik davolash parodontal to'qimalarda chuqur patologik o'zgarishlarni bartaraf etish, parodontal cho'ntaklarni yo'qotish hamda suyak va yumshoq to'qimalarning tiklanishini ta'minlashda muhim ahamiyat kasb etadi.

Shu bilan birga, davolash samaradorligini oshirish uchun xirurgik aralashuvlar individual yondashuv asosida, konservativ bosqich bilan uyg'un holda amalga oshirilishi, zamonaviy regenerativ texnologiyalarni qo'llash hamda operatsiyadan keyingi to'g'ri parvarish va muntazam nazoratni ta'minlash zarur.

15 – BOB PARODONTNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASHNING FIZIOTERAPEVTIK USULLARI

Parodontning yallig'lanish kasalliklarini kompleks davolashda fizioterapevtik usullar muhim rol o'ynaydi, chunki ular yallig'lanish mexanizmlariga bevosita ta'sir qilish, to'qimalarda mikrosirkulyatsiyani yaxshilash, regeneratsiyani rag'batlantirish va shu bilan birga og'riq sindromini kamaytirish qobiliyatiga ega. Ushbu usullar yallig'lanishga qarshi va gigiyenik terapiyaga qo'shimcha sifatida qo'llaniladi, bu esa milkning tez tiklanishiga, parodontal to'qimalarning holatini yaxshilashga va kasallikning qaytalanish xavfini kamaytirishga yordam beradi.

Elektroforez

Elektroforez doimiy elektr toki yordamida to'qimalarga dori vositalarini mahalliy yuborish usulidir. Parodontologiyada elektroforezni qo'llash yallig'lanishga qarshi vositalarni, masalan, gidrokortizon yoki kaliy yodidni umumiy qon oqimini chetlab o'tib, to'g'ridan-to'g'ri yallig'lanish o'chog'iga yetkazish imkonini beradi. Elektr toki hujayra membranalarining o'tkazuvchanligini oshirishga, to'qimalarda metabolizmni yaxshilashga, ekssudatning so'rilish jarayonlarini tezlashtirishga va shishni kamaytirishga yordam beradi. Bunday muolajalar natijasida sezilarli og'riqsizlantirish, giperemiyaning pasayishi va mikrosirkulyatsiyaning yaxshilanishi kuzatiladi.

Ko'rsatkichlar:

- SGP ning o‘rtacha og‘ir darajasi.
- Yengil va o‘rtacha og‘ir gingivit.
- Davolanishni tezlashtirish uchun kyuretaj yoki granulyatsiya to‘qimasini olib tashlashdan so‘ng.

Elektroforez uchun preparatlar:

- Metiluratsil 10%, sangviritrin 0,2%, xlorgeksidin biglyukonat 0,05%, A, E, C vitaminlari.

Qo‘llash xususiyatlari:

- Muolaja davomiyligi 10-15 daqiqa.
- 5-10 muolaja kursi kunora

Ultratovush terapiyasi va fonoforez

Ultratovush terapiyasi to‘qimalarning yumshoq qizishiga va hujayra jarayonlarining kuchayishiga olib keladigan yuqori chastotali mexanik tebranishlarga asoslangan. Stomatologiyada ultratovush ko‘pincha dori vositalari bilan birgalikda qo‘llaniladi - bu usul fonoforez deb ataladi. Hidrokortizon yoki lidokain bilan fonoforezni qo‘llash nafaqat preparatning milk to‘qimalariga kirishini yaxshilaydi, balki mahalliy almashinuv faolligini oshiradi, yallig‘lanish ekssudatining so‘rilishini rag‘batlantiradi, shish va og‘riq sindromini kamaytiradi. **Tavsifi:**

Dori vositalarini milk to‘qimalariga va parodontal cho‘ntaklarga kirishi uchun 0,8-3 MGs ultratovush tebranishidan foydalaniladi. Muolajalar har bir tish bo‘limi uchun 3-5 daqiqadan o‘tkaziladi, kurs 10-12 seansni tashkil etadi.

Harakat mexanizmi:

- To‘qimalarni mikromassaj qilish, mikrosirkulyatsiyani yaxshilash.
- Membranalar o‘tkazuvchanligini oshirish va dori vositalari transportini kuchaytirish.

- Yallig‘lanishga qarshi va og‘riq qoldiruvchi ta’siri.

Ko‘rsatkichlar:

- Yengil va o‘rta og‘ir darajali SGP.
- Kyuretajdan so‘ng yallig‘lanishni bartaraf etish.

Qo‘llash xususiyatlari:

- Antiseptiklar (xlorgeksidin biglyukonat, sangviritrin) yoki regeneratsiyalovchi preparatlar (metiluratsil, vitaminlar) bilan applikatsiyalar.
- Ekspozitsiya har bir uchastkaga 3-5 min.

5-7 muolajalar kursi

Magnitoterapiya

Magnitoterapiya past chastotali doimiy yoki impulsli magnit maydoni (1-50 mTl) bilan parodont to‘qimalariga ta’sir etishdan iborat. Magnit maydoni mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi, almashinuv jarayonlarini faollashtiradi, to‘qimalarning tez bitishiga yordam beradi, osteogenez va fibroblastik faollikni rag‘batlantiradi va yallig‘lanish reaksiyasini kamaytiradi. Magnitoterapiya, ayniqsa, boshqa fizioterapevtik usullar bilan birgalikda samarali bo‘lib, ularning ta’sirini kuchaytiradi.

Ko‘rsatkichlar:

- O‘rta va og‘ir darajali parodontit.
- Kyuretaj va jarrohlik muolajalaridan keyingi tiklanish bosqichi.

Qo‘llash xususiyatlari:

Kurs 10-12 muolaja, ekspozitsiya har bir sohaga 10-15 daqiqa

Lazer terapiyasi

Tavsif: To‘lqin uzunligi 630-980 nm bo‘lgan past intensivlikli lazer (soft-laser) qo‘llaniladi. Ta’sir yallig‘langan milklarga, parodontal cho‘ntaklarga va og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatiga qaratilgan. Past intensiv lazer terapiyasi milkdagi regenerativ jarayonlarni stimullaydi, og‘riqni qoldirish va yallig‘lanishni kamaytirish uchun qo‘llaniladi. Lazer nurlanishi hujayralardagi mitoxondrial jarayonlarni faollashtiradi, bu esa kollagen sintezining ko‘payishiga va yumshoq to‘qimalar regeneratsiyasining tezlashishiga olib keladi. Bundan tashqari, lazer bakteriotsid ta’sir ko‘rsatib, parodontal cho‘ntaklardagi patogen mikroorganizmlar sonini kamaytiradi.

Harakat mexanizmi:

- Og‘riq qoldiruvchi va yallig‘lanishga qarshi ta’siri.
- Mikrosirkulyatsiya va to‘qima metabolizmini stimullash.
- Osteoblastik va fibroblastik reparatsiyaning faollashuvi.
- Epiteliy va biriktiruvchi to‘qima regeneratsiyasining kuchayishi.

Ko‘rsatkichlar:

- Surunkali generallashgan parodontitning o‘rta va og‘ir darajasi.
- Gingivit va parodontitning avj olish bosqichi.
- Davolanishni tezlashtirish uchun jarrohlik va kyuretaj aralashuvlaridan so‘ng.

Qo‘llash xususiyatlari:

- Milk qirralari va parodontal cho‘ntaklarga har bir sohaga 1-2 daqiqa davomida mahalliy skanerlovchi ta’sir ko‘rsatish.
- 5-10 muolaja kunora o‘tkaziladi.

Harakat mexanizmi:

- Antiseptik ta’sir, grammusbat va grammanfiy mikroorganizmlarni yo‘qotish.
- Yallig‘lanish reaksiyasi va shishning kamayishi.
- To‘qimalarda trofikani va kislorod almashinuvini stimullash.

Ko‘rsatkichlar:

- Yengil va o‘rta darajali parodontit.
- Parodontdagi surunkali yallig‘lanish jarayonlari.

Qo‘llash xususiyatlari:

- 5-7 muolaja kursi, ekspozitsiya 2-3 min.
- Ko‘pincha antiseptiklar bilan chayish yoki regeneratsiyalovchi preparatlar yuborish bilan birga qo‘llaniladi.

Vektor terapiya

Vector-terapiya parodont kasalliklarini kompleks davolashning zamonaviy apparatli usuli hisoblanadi. U to‘qimalarning minimal shikastlanishi bilan tish yuzasidagi va parodontal cho‘ntaklardagi bakterial karash, tish toshlari va yumshoq karashlarni og‘riqsiz olib tashlashni ta‘minlaydi. Usul tebranish ta‘siri va vakuum aspiratsiyasiga asoslangan bo‘lib, bu milk va tish emali uchun maksimal xavfsizlikni ta‘minlaydi. Vektor terapiya, shuningdek, parodontda mikrosirkulyatsiyani yaxshilashga va yallig‘lanishni kamaytirishga yordam beradi, muolajalardan keyingi tiklanish davrini qisqartiradi. Odatda 1-2 seans o‘tkaziladi, har bir seansning davomiyligi patologik o‘zgarishlarning ifodalanishiga qarab 15-30 daqiqani tashkil etadi.

Oksigenoterapiya (ozonoterapiya va mahalliy oksigenatsiya)

Ozonoterapiya

Tavsifi: Ozonoterapiya zararlangan parodont to‘qimalariga gaz yoki ozonlangan gel ko‘rinishidagi faol kislorod (ozon) ning mahalliy ta‘sirini o‘z ichiga oladi. Ozon kuchli antiseptik va yallig‘lanishga qarshi xususiyatlarga ega, patogen mikroflorani yo‘q qiladi va to‘qimalar regeneratsiyasini stimullaydi. Usul o‘tkir va surunkali yallig‘lanishni davolashda, shuningdek, jarrohlik aralashuvlariga tayyorgarlik ko‘rishda samarali hisoblanadi. Yallig‘langan milk to‘qimalari va parodontal cho‘ntaklarga mahalliy ta‘sir ko‘rsatish uchun ozon yoki kislorod aralashmalaridan foydalanish.

Harakat mexanizmi:

- Antiseptik ta'sir, grammusbat va grammanfiy mikroorganizmlarni yo'qotish.
- Yallig'lanish reaksiyasi va shishning kamayishi.
- To'qimalarda trofikani va kislorod almashinuvini stimullash.

Ko'rsatkichlar:

- Yengil va o'rta darajali parodontit.
- Parodontdagi surunkali yallig'lanish jarayonlari.

Qo'llash xususiyatlari:

- 5-7 muolaja kursi, ekspozitsiya 2-3 min.
- Ko'pincha antiseptiklar bilan chayish yoki regeneratsiyalovchi preparatlar yuborish bilan birga qo'llaniladi.

Standart ekspozitsiya 5-10 daqiqa, kurs 5-7 muolajani o'z ichiga oladi.

Plazma terapiyasi

Parodont yallig'lanish kasalliklarini davolashda plazmoterapiya (PRF/PRP)

Plazmoterapiya - bu to'qimalarning bitishi va tiklanishini stimullash uchun trombotsitlar va o'sish omillari bilan boyitilgan autologik qon plazmasini qo'llash usulidir. Stomatologiya va parodontologiyada ko'pincha ikki shakli qo'llaniladi: PRP (Platelet-Rich Plasma) va PRF (Platelet-Rich Fibrin). Ikkala usul ham bemorning o'z biologik materialidan foydalanishga asoslangan bo'lib, bu immunitet reaksiyalari yoki allergiya xavfini istisno qiladi.

Ta'sir mexanizmi

Qonni sentrifugalashdan so'ng trombotsitlar konsentratsiyasi yuqori bo'lgan plazma ajratib olinadi. Trombotsitlar tarkibida bir nechta asosiy funksiyalarni bajaradigan o'sish omillariga (PDGF, TGF- β , VEGF va boshqalar) boy granular mavjud:

1. Hujayra proliferatsiyasi va migratsiyasini stimullash

- O'sish omillari fibroblastlar, endotelial hujayralar va o'zak hujayralarni faollashtirib, milk biriktiruvchi to'qimasining tiklanishini va kollagenogenezni tezlashtiradi.

2. Antibakterial va yallig'lanishga qarshi ta'sir

- PRF/PRP yallig'lanish jarayonining og'irlik darajasini pasaytiradi, shish va giperemiyani kamaytiradi.

3. Mikrosirkulyatsiya va angiogenezni yaxshilash

- VEGF yangi tomirlarning o'sishini stimullaydi, bu esa to'qimalarni kislorod va ozuqa moddalari bilan yetarli darajada ta'minlaydi.

4. Bitish uchun matritsani shakllantirish

- PRF tarkibida fibrin to'ri mavjud bo'lib, u hujayralar migratsiyasi va o'sish omillarining bir tekis taqsimlanishi uchun asos bo'lib xizmat qiladi.

Parodontologiyada qo'llanilishi

Plazma terapiyasi **surunkali parodontitda** ham, **jarrohlik aralashuvlarida** ham qo'llaniladi:

- **PRF/PRPni parodontal cho'ntaklarga kiritish.**
Milkni tezda tiklaydi, yallig'lanishni kamaytiradi va qon ketishini kamaytiradi.
- **Tish olingandan keyin tish katakchalarida foydalanish.**
Bitish muddatini qisqartiradi, asoratlarning xavfini kamaytiradi va alveolyar suyakning tiklanishiga yordam beradi.
- **Yo'naltirilgan to'qima regeneratsiyasi bilan kombinatsiyalash.**
PRF suyak to'qimasini qo'llab-quvvatlovchi va alveolyar o'simta regeneratsiyasini rag'batlantiruvchi membrana sifatida xizmat qilishi mumkin.

Bajarish texnikasi

1. Bemordan qon olish (odatda 10-20 ml).
2. PRF/PRP ajratib olish uchun sentrifugalash.

3. Olingan materialni zararlangan joylarga (parodontal cho‘ntaklar, chuqurchalar, suyak nuqsonlari) kiritish.
4. PRFda ko‘pincha **membrana** shakllantiriladi, u o‘sish omillarining uzoq muddatli ajralishi uchun nuqsonga joylashtiriladi.

Imtiyozlar

- **bemorning shaxsiy biologik to‘qimasidan** foydalaniladi - asoratlar xavfi minimal.
- Yumshoq va qattiq to‘qimalarning bitish muddatini qisqartiradi.
- Parodontal to‘qimalarning takroriy yallig‘lanishga chidamliligini oshirish orqali regeneratsiya sifatini yaxshilaydi.
- Boshqa davolash usullari (masalan, lazer terapiyasi, vektor terapiyasi) bilan birgalikda qo‘llanilishi mumkin.

Cheklovlar va ko‘rsatmalar

- Qarshi ko‘rsatmalar: og‘ir tizimli kasalliklar (gemofiliya, og‘ir infeksiyalar, onkologiya, qondagi o‘tkir yallig‘lanish jarayonlari).
- Ko‘rsatma: o‘rta va og‘ir darajadagi surunkali parodontit, implantatsiyaga tayyorgarlik, suyak va yumshoq to‘qimalarning yo‘naltirilgan regeneratsiyasi.

Samaradorlik

Klinik tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, parodontologiyada PRF/PRP dan foydalanish quyidagilarga olib keladi:

- parodontal cho‘ntaklar chuqurligining qisqarishi,
- milklardan qon ketishining kamayishi,
- jarrohlik aralashuvlaridan keyin bitishning tezlashishi,
- shikastlanish o‘chog‘idagi suyak va yumshoq to‘qimalarning sifatini yaxshilash.

Fotodinamik terapiya

Fotodinamik terapiya parodontning yallig‘lanish kasalliklarini davolashning zamonaviy noinvaziv usuli bo‘lib, fotosensibilizator va ma‘lum to‘lqin uzunligidagi yorug‘lik manbai yordamida patogen mikroflorani tanlab yo‘q qilishga asoslangan. Usul surunkali gingivit va parodontitni kompleks davolashda, ayniqsa, yuqori bakterial yuk va mikroorganizmlarning an‘anaviy dori-darmon terapiyasiga chidamliligi bilan kechadigan holatlarda keng qo‘llaniladi.

Fotodinamik terapiyaning muhim xususiyati uning selektivligidir: kislorodning faol shakllarining halokatli ta‘siri asosan mikroob hujayralariga qaratilgan, sog‘lom parodont to‘qimalari esa shikastlanmaydi. Bu usulni parodontitning surunkali shakllari bilan og‘rigan bemorlarni davolashda, shuningdek, milk va alveolyar suyakning shikastlanish xavfini tug‘dirmasdan ko‘p marta qo‘llash zarur bo‘lganda, ayniqsa qimmatli qiladi.

Parodontologiya amaliyotida fotodinamik terapiya mustaqil yordamchi usul sifatida va tish ildizlariga mexanik ishlov berish (Scaling and Root Planing, RSD, Vector-terapiya) bilan birgalikda qo‘llaniladi. Tish karashlari va nekrozga uchragan to‘qimalar olib tashlangandan so‘ng, fotosensibilizator parodontal cho‘ntaklarga kiritiladi, u yerda uning bir tekis taqsimlanishi va bakterial bioplyonkaga kirishi uchun ma‘lum bir ekspozitsiya ushlab turiladi. Keyin yorug‘lik bilan nurlantirish o‘tkaziladi, odatda har bir maydonga 5-10 daqiqa davomida, bu anaerob mikroflora miqdorining sezilarli darajada kamayishiga olib keladi.

Fotodinamik terapiyaning klinik samarasi yallig‘lanish reaksiyasining kechishini kamaytirish, milkdan qon ketishini kamaytirish, parodontal cho‘ntaklar chuqurligini kamaytirish va shilliq qavat holatini yaxshilashda namoyon bo‘ladi. Bundan tashqari, anaerob bakteriyalar faoliyati bilan bog‘liq bo‘lgan og‘izdan yoqimsiz hidning pasayishi qayd etiladi. Antibiotikoterapiyadan farqli o‘laroq, fotodinamik terapiya mikroorganizmlarning dori-darmonlarga chidamliligini shakllantirmaydi, bu surunkali yallig‘lanish jarayonlarini uzoq muddatli davolashda uning muhim afzalligi hisoblanadi.

Fotodinamik terapiyaning parodont to‘qimalaridagi regenerativ jarayonlarga ta‘siri alohida e‘tiborga loyiq. Bakterial yukning kamayishi va yallig‘lanishning to‘xtashi epitelial birikishning tiklanishi va fibroblastlarning faollashishi uchun qulay sharoit

yaratadi. Regenerativ terapiya usullari, shu jumladan PRF yoki PRPni qo'llash bilan birgalikda, fotodinamik terapiya yanada barqaror va uzoq muddatli klinik ta'sirga yordam beradi.

Fotodinamik terapiya bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinadi, og'riq sezgisi bilan kechmaydi va uzoq tiklanish davrini talab qilmaydi. Odatda davolash kursi yallig'lanish jarayonining og'irlik darajasi va kasallikning klinik ko'rinishiga qarab bittadan uchtagacha muolajalarni o'z ichiga oladi. Usul kasallikning zo'rayish bosqichida ham, remissiya bosqichida ham retsidivlarning oldini olish uchun qo'llanilishi mumkin. Metodika, ayniqsa, yuqori bakterial yuklamali surunkali parodontit shakllarida samarali hisoblanadi. Seans patologiya bo'lgan joyga 5-10 daqiqa davomida o'tkaziladi, kurs zararlanish darajasiga qarab 1-3 muolajani o'z ichiga oladi.

Balchiq bilan davolash va parafinoterapiya

Tavsif:

Milkka parafin yoki shifobaxsh balchiq bilan mahalliy issiqlik ta'siri.

Harakat mexanizmi:

- Issiqlik effekti tomirlarni kengaytiradi, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi.
- Yallig'lanishni kamaytiradi va regeneratsiyani stimullaydi.

Ko'rsatkichlar:

- Parodontit xurujidan keyingi tiklanish bosqichi.
- O'rta va yengil darajadagi og'irlik.

Qo'llash xususiyatlari:

5-10 muolaja kursi, 15-20 daqiqa ekspozitsiya

Ultrabinafsha (UB) nurlanish

Tavsif:

Milk shilliq qavatiga ultrabinafsha nurning (to'liq uzunligi 254-365 nm) mahalliy ta'siri.

Harakat mexanizmi:

- Mikroblarga qarshi va antiseptik ta'siri.
- D vitamini sintezi va immun faolligini stimullash.
- To'qimalar regeneratsiyasini yaxshilash.

Ko'rsatkichlar:

- Yengil va o'rta darajali gingivit.
- Surunkali parodontit xurujlarining oldini olish.

Qo'llash xususiyatlari:

- Davomiyligi har bir sohaga 1-2 min.
- 5-10 muolaja kursi.

Suv va havo muolajalari (irrigatorlar, vannalar, chayqashlar)**Tavsif:**

Milk qirralari va parodontal cho'ntaklarni tozalash uchun antiseptik eritmalar bilan suv yoki havo oqimidan foydalanish.

Harakat mexanizmi:

- Karash va bakteriyalarni mexanik usulda ketkazish.
- Dori vositalarining kirishini yengillashtirish.
- Qayta yallig'lanish xavfini kamaytirish.

Ko'rsatkichlar:

- Barcha og'irlik darajalari, ayniqsa professional gigiyenadan keyin.

Qo'llash xususiyatlari:

- Uyda kuniga 1-2 marta takrorlanadi.
- Antiseptiklardan foydalanish: xlorgeksidin biglyukonat, sangviritrin, o'simlik damlamalari.

Nazorat savollari

1. Parodont kasalliklarini davolashda fizioterapiyaning asosiy maqsadi nimadan iborat?
2. Fizioterapevtik usullar parodontal to'qimalarga qanday ta'sir ko'rsatadi?
3. Ultratovush terapiyasining parodontologiyadagi qo'llanilish xususiyatlari qanday?
4. Lazer terapiyasining biologik ta'sir mexanizmi nimaga asoslangan?
5. Darsonvalizatsiya usulining parodont kasalliklaridagi roli nimada?
6. Elektroforez yordamida qanday dorilar yuborilishi mumkin va uning afzalligi nimada?
7. Magnitoterapiyaning yallig'lanishga qarshi ta'siri qanday amalga oshadi?
8. Fizioterapiya usullarini qo'llashda qarshi ko'rsatmalar qaysilar?

1. Parodontning yallig'lanish kasalliklarida fizioterapiyaning asosiy maqsadi nima?

- A) Tish toshlarini olib tashlash
- B) Suyak to'qimasini almashtirish
- C) Yallig'lanishni kuchaytirish
- D) Yallig'lanishni kamaytirish va regeneratsiyani rag'batlantirish*
- E) Tish qatorini tekislash

2. Ultratovush terapiyasining asosiy ta'sir mexanizmi qanday?

- A) Kimyoviy ta'sir
- B) Mexanik vibratsiya va mikromassaj*
- C) Ionlashtiruvchi nurlanish
- D) Sovitish ta'siri
- E) Oqartiruvchi ta'sir

3. Lazer terapiyasining asosiy biologik ta'siri nimadan iborat?

- A) Faqat isitish
- B) Mexanik tozalash
- C) Biostimulyatsiya va yallig'lanishga qarshi ta'sir*
- D) Emalni eritish
- E) Oqartirish

4. Darsonvalizatsiya qaysi fizik omil asosida amalga oshiriladi?

- A) Doimiy tok
- B) Past chastotali tok
- C) Yuqori chastotali impulsli tok*
- D) Infraqizil nur
- E) Ultrabinafsha nur

5. Elektroforezning asosiy afzalligi nimada?

- A) Dorini og'iz orqali berish
- B) Faqat umumiy ta'sir ko'rsatish
- C) Dorini to'qimalarga mahalliy va chuqur yetkazish*
- D) Oqartirish ta'siri
- E) Tish toshini eritish

6. Magnitoterapiyaning asosiy ta'siri qanday?

- A) Bakteriyalarni ko'paytiradi
- B) Faqat isitadi
- C) Yallig'lanishga qarshi va regeneratsiyani kuchaytiradi*
- D) Oqartiradi
- E) Emalni mustahkamlaydi

7. Fizioterapiyaga qarshi ko'rsatma qaysi holatda kuzatiladi?

- A) Surunkali gingivit
- B) Remissiya davri
- C) Yengil parodontit
- D) O'tkir yiringli yallig'lanish jarayoni*
- E) Profilaktika maqsadida

8. Fizioterapiya samaradorligi nimaga bog'liq?

- A) Faqat apparat turiga
- B) Faqat bemorning yoshiga
- C) To'g'ri tanlangan usul va kompleks davolashga*
- D) Faqat shifokor tajribasiga
- E) Faqat davolash davomiyligiga

Xulosa

Ushbu bobda parodontning yallig'lanish kasalliklarini davolashda qo'llaniladigan fizioterapevtik usullar keng yoritildi. Fizioterapiya zamonaviy parodontologiyada kompleks davolashning muhim qismi bo'lib, u yallig'lanishni

kamaytirish, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilash, regeneratsiya jarayonlarini faollashtirish va og‘riqni kamaytirishga xizmat qiladi.

Bob davomida ultratovush terapiyasi, lazer terapiyasi, darsonvalizatsiya, elektroforez, magnitoterapiya kabi usullarning ta’sir mexanizmlari, ko‘rsatmalari va qo‘llash usullari ko‘rib chiqildi. Shuningdek, ularning samaradorligi va klinik amaliyotdagi ahamiyati asoslab berildi.

Shunday qilib, fizioterapevtik usullarni kompleks va individual yondashuv asosida qo‘llash parodont to‘qimalarida kechayotgan patologik jarayonlarni samarali nazorat qilish, regeneratsiya jarayonlarini tezlashtirish hamda davolash natijalarining barqarorligini ta’minlashda muhim ahamiyat kasb etadi.

Glossariy

- **Alveola / Tish alveolasi** (lotincha: alveolus – chuqurcha) – tish yoki tish ildizi joylashadigan suyakdagi chuqurcha. Pastki jag‘da – alveolyar chet, yuqori jag‘da – alveolyar o‘simta.
- **Alveolit** – tish olinishi keyin yuzaga keladigan asorat; tish katakchasini himoya qiluvchi qon laxtasining yo‘qolishi va devorlarning nekrotik shikastlanishi.
- **Alveolotomiya** – kasallik o‘chog‘i mavjud bo‘lganda tish chuqurchasini ochish va kesish.
- **Alveolektomiya** – tish chuqurchasining bo‘rtib chiqqan, o‘tkir devorlarini kesib olish jarrohligi.
- **Amputatsiya** – tana yoki a’zoning zararlangan qismini kesib olish (tish ildizi yoki toji ham).
- **Analgiya / Analgeziya** – og‘riq sezgisining yo‘qligi; analgetiklar – og‘riq qoldiruvchi dorilar.
- **Analeptiklar** – rag‘batlantiruvchi dorilar, masalan, nafas olishni kuchaytiruvchi yoki qon bosimini oshiruvchi.
- **Anamnez** – bemor tarixini so‘rov orqali o‘rganish; kasallik, hayot, allergiya, kasbiy anamnez.
- **Anastomoz** – kovak tuzilmalarning tabiiy birikishi (vaskulyar yoki nerv).
- **Anafilaksiya** – tezkor va kuchli allergik reaksiyasi.
- **Anafilaktogen** – anafilaksiyani keltirib chiqaruvchi modda.
- **Anaeroblar** – faqat havosiz muhitda yashovchi mikroorganizmlar.
- **Anesteziya / Anesteziologiya** – sezuvchanlikni o‘chirish (mahalliy yoki umumiy).

- **Antibiotiklar** – patogen mikroorganizmlarning rivojlanishini to‘xtatuvchi dorilar.
- **Antigistaminlar** – gistamin ta’sirini to‘svchi dorilar.
- **Antiseptika / Aseptika** – infektsiya tarqalishini oldini olish choralari.

B

- **Biofilm / Mikrobiota** – tish yuzasida yashovchi mikroorganizmlar majmui.
- **Bakterial plaka** – tish yuzasida hosil bo‘lgan yopishqoq bakterial qatlam.

C

- **Cementoblast** – sement hosil qiluvchi hujayra.
- **Curettage / Kuretaj** – parodont cho‘ntaklaridan yallig‘langan to‘qimalarni olib tashlash.
- **Clinical attachment level (CAL)** – parodont to‘qimalarining tish yuzasiga bog‘langan uzunligini o‘lchash indeksi.

D

- **Deskvamativ gingivit** – tish go‘shining yuqori qatlamlari o‘lishi bilan yallig‘lanishi.
- **Diastema** – tishlar orasidagi bo‘shliq.
- **Dentikl** – dentina o‘xshash patologik tuzilma.
- **Dentin** – tishning asosi; ohak tuzlari bilan to‘yingan.
- **Dentin kanalchalari** – dentinni pulpasiga bog‘laydigan mikroskopik kanallar.
- **Depulpatsiya** – tish pulpasini qisman yoki to‘liq olib tashlash.
- **Desensibilizatsiya** – antigenga yuqori sezuvchanlikni kamaytirish.
- **Diatermokoagulyatsiya** – elektr ta’siri bilan to‘qimalarni qisqartirish.
- **Diffuziya** – moddalar qo‘shni joylarga tarqalishi.

E

- **Ekskavator** – kariyesli dentinni olib tashlash asbobi.
- **Ekssudat / Ekssudatsiya** – qon plazmasi va shaklli elementlarining to‘qimaga chiqishi.
- **Elektroodontodiagnostika** – tish pulpasi va periodont holatini kichik tok bilan tekshirish.
- **Endodontiya** – tish ichki bo‘shliqlarini davolash fanlari.
- **Ekstirpatsiya** – patologik o‘choqni zararlangan a‘zo bilan birga olib tashlash.

F

- **Fibrozo gingivit** – zich, giperplastik tish go‘shiti yallig‘lanishi.
- **Frenectomy** – lab yoki til frenulumi jarrohlik bilan qisqartirilishi.

G

- **Gingivit** – tish go'shti yallig'lanishi.
- **Gingivoplasty** – tish go'shtini shakllantirish jarrohligi.
- **Gingival index (GI)** – yallig'lanish darajasini baholash indeksi.
- **Granulyoma / Granuloma** – periodontning apikal qismidagi mahsuldor yallig'lanish.
- **Granulyatsion to'qima** – yarada hosil bo'ladigan pushti rangli mayda donador to'qima.

H

- **Giperemiya** – qon miqdorining ko'payishi.
- **Gipertrofiya** – hujayra massasining ko'payishi, organ yoki uning qismining kattalashishi.

I

- **Izolyatsiya** – jarohat yoki karioz bo'shliqni atrofdan ajratish.
- **Impregnatsiya** – tish qattiq to'qimalarini metall tuzlari eritmasi bilan singdirish.
- **Innervatsiya** – to'qima va a'zolari nerv tolalari bilan ta'minlash.
- **Intoksikatsiya** – zaharlanish jarayoni.
- **Insiziv** – kesuvchi tishlarga tegishli.
- **Ignasiz inyektor / Inyeksiya** – dorilarni teri orqali yuborish.
- **Irrigatsiya / Irrigator** – yarani yoki tish bo'shliqni sug'orish.

K

- **Kalsifikatsiya / Kalsifikat** – to'qimalarda kalsiy tuzlarining cho'kish jarayoni.
- **Kanyulya** – dori yuborish uchun nay yoki igna.
- **Kapillyarlar** – eng nozik qon tomirlari.
- **Kariyes** – tish qattiq to'qimalarining yemirilishi.
- **Koagulyatsiya** – qon yoki to'qimalarning ivishi.
- **Kokklar** – sharsimon mikroorganizmlar.
- **Konkrement** – so'lak bezlari yoki yo'llaridagi toshlar.
- **Konservativ davolash** – jarrohlik ishlatilmaydigan davolash.
- **Kofferdam** – tishni himoya qiluvchi moslama.
- **Kriota'sir / Kriodestruksiya** – patologik o'choqni past harorat bilan yo'q qilish.

L

- **Ligamentli / Intraligamentar anesteziya** – bog'lam ichiga og'riqsizlantirish.

M

- **Milk so'rgichlari** – chaqaloqlarda tish atrofidagi kichik so'rg'ichlar.
- **Membrane** – regeneratsiyada suyak yoki yumshoq to'qima himoyasi.

O

- **Osteoblast / Osteoklast** – suyak hosil qiluvchi va resorbsiyalovchi hujayralar.
- **Occlusal splint** – tishlarning noto‘g‘ri o‘rnatilishini kamaytiruvchi plastinka.
- **Ortopantomografiya** – jag‘ suyaklari rentgen tasviri.

P

- **Periodontit** – tish atrofidagi to‘qimalarning yallig‘lanishi.
- **Plaque index (PI)** – tish yuzasidagi plaka miqdori indeksi.
- **Pocket / Cho‘ntak** – tish va tish go‘shti oralig‘idagi chuqur yoriq.
- **Proliferatsiya** – hujayra va to‘qimalarning ko‘payishi.
- **Premolyarlar / Premolyarizatsiya** – kichik chaynov tishlari va ularni saqlab qoluvchi jarrohlik operatsiyasi.
- **Pontic** – yo‘q tish o‘rnini to‘ldiruvchi sun‘iy tish.
- **Pulpit / Tish pulpasi** – tish ichidagi yumshoq, nerv va tomirlarga boy to‘qima, yallig‘lanishi.
- **Tish restavratsiyasi** – buzilgan emalni tiklash.

S

- **Scaling** – tish yuzasi va cho‘ntaklarni tozalash.
- **Subgingival plaka** – tish go‘shtining pastki qismidagi plaka.
- **Seroz yallig‘lanish** – qon zardobi hujayralararo bo‘shliqdan chiqishi.
- **Stomatologik bor / Drillbor** – tish qattiq to‘qimalarini kesuvchi asbob.

T

- **Traumatik okklyuziya** – tishlarning ortiqcha yuk yoki noto‘g‘ri joylashuvi.
- **Temporary crown / Tish toji** – vaqtincha o‘rnatiladigan sun‘iy tish.
- **Turunda** – tor jarohat bo‘shlig‘i uchun doka ruloni.

V

- **Vazodilatatsiya / Vazokonstriksiya** – tomir diametrining kengayishi yoki torayishi.
- **Vakuum-kuretaj** – granulyatsion patologik to‘qimani olib tashlash.
- **Vital** – hayotga to‘la, hayotiy.

Y

- **Yiring / Yiring oqishi** – pus va yallig‘lanish mahsuloti.

Z

- **Zirconia crown** – estetik va mustahkam sun‘iy tish toj materiali.
- **Zondlash / Tish shifokorlik zondi** – tor kanal yoki bo‘shliq chuqurligini aniqlash.

Adabiyotlar

1. **Beknazarov B.B., Usmonova S.R., Muxamedova N.H., Usmonov A.F.** Periodontal disease and its relationship with metabolic syndrome: a detailed review // *Innovations in Science and Technologies*. – 2024.
2. **Daminova N.R., Azizova Sh.Sh., Sadikova I.E., Xodjaeva F.X.** Periodontitni davolashda zamonaviy usullar // *PBIM*. – 2022.
3. **Djumaev A.A., Islamova N.B.** Periodontitis – Symptoms and Treatment // *European International Journal of Multidisciplinary Research and Management Studies*. – 2025.
4. **Dusmuxamedov D.M., Sadikova X.K. va hammualliflar.** “Parodontal xirurgiya” O‘quv uslubiy qo‘llanma. – Toshkent. TTA bosmaxonasi. 2019.
5. **Dusmuxamedov M.Z., Sadikova X.K., Dusmuxamedov D.M., Yuldashev A.A., Shomurodov Ts.E.** Parodontologiya: o‘quv qo‘llanma. Toshkent: Lesson Press, 2021.
6. **Bahora H., Mansurova.** Zabolevaniya parodonta: aktualnye voprosy diagnostiki i lecheniya // *Modern Science And Research*. – 2024.
7. **Suvonov K.J. va soavt.** Parodontologiya 3. Uchebnik. Toshkent. – 2025. 145 s.
8. **Arutyunov S.D.** Parodontologiya: rukovodstvo dlya vrachei. — M.: GEOTAR-Media, 2020. — 384 s.
9. **Bazhenov V.Yu., Tyurina T.V.** Zabolevaniya parodonta: sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu. — M.: MEDpress-inform, 2019. — 272 s.
10. **Barer G.M., Volkov E.A., Borovskiy E.V.** Terapevticheskaya stomatologiya. Bolezni parodonta. — M.: GEOTAR-Media, 2021. — 256 s.
11. **Vorobyov N.V., Mironov A.A., Kuznetsova E.V.** Parodontologiya: klinika, diagnostika, lechenie. — SPb.: B.i., 2018. — 304 s.
12. **Grigoryeva I.P., Sidorov P.N.** Osnovy parodontologii. — M.: GEOTAR-Media, 2020. — 320 s.
13. **Grudyanov A.I.** Zabolevaniya parodonta. — M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2019. — 336 s.
14. **Dmitrieva L.A., Maksimovskiy Yu.M.** Parodontologiya: natsionalnoe rukovodstvo. — M.: GEOTAR-Media, 2022. — 752 s.
15. **Ershova N.V.** Diagnostika i lechenie parodontita. — M.: Prakticheskaya meditsina, 2021. — 208 s.
16. **Ivanov V.S.** Parodontologiya. — SPb.: SpetsLit, 2018. — 304 s.
17. **Ilyin V.I., Petrova S.A.** Klinicheskaya parodontologiya i profilaktika. — SPb.: SpetsLit, 2019. — 288 s.
18. **Kalashnikov M.V., Zotova T.Yu.** Parodontologiya: natsionalnoe rukovodstvo. — M.: GEOTAR-Media, 2022. — 800 s.
19. **Kozlov V.A., Rabinovich I.M.** Vospalitelnye zabolevaniya parodonta. — M.: MIA, 2020. — 280 s.
20. **Leontiev V.K., Pakhomov G.N.** Bolezni parodonta. — M.: Prakticheskaya meditsina, 2019. — 312 s.

21. **21. Litvinova A.D.** Immunologicheskie mekhanizmy v parodontologii. — M.: Nauka, 2020. — 256 s.
22. **22. Nesterov N.N., Dmitriev S.G.** Parodontalnye infektsii: teoriya i praktika. — M.: MIA, 2021. — 344 s.
23. **23. Orekhova L.Yu.** Klinicheskaya parodontologiya. — SPb.: SpetsLit, 2021. — 368 s.
24. **24. Solov'yeva A.M.** Sovremennye metody diagnostiki zabolevaniy parodonta. — M.: GEOTAR-Media, 2023. — 240 s.
25. **25. Pavlova O.V.** Sovremennye metodiki lecheniya parodontita. — SPb.: Piter, 2018. — 224 s.
26. **26. Frolov D.O.** Issledovatel'skie metody v parodontologii. — M.: MEDpress-inform, 2023. — 280 s.
27. **27. Shishkina L.N.** Parodontologiya: uchebnoe posobie. — M.: MIA, 2019. — 304 s.
28. **28. Shcherbakova E.P.** Sovremennye podkhody k lecheniyu parodontal'nykh zabolevaniy. — SPb.: Piter, 2020. — 256 s.
29. **29. Yakovlev S.V., Kapustina M.A.** Parodontologiya i profilaktika zabolevaniy parodonta. — M.: GEOTAR-Media, 2021. — 320 s.
30. **30. Yuryev V.G.** Osnovy diagnostiki parodontita i gingivita. — M.: Prakticheskaya meditsina, 2022. — 272 s.
31. **31. Kharitonov A.I.** Kliniko-paraklinicheskie aspekty parodontologii. — SPb.: SpetsLit, 2023. — 288 s.
32. **32. Filatov P.D.** Immunnye mekhanizmy pri zabolevaniyakh parodonta. — M.: Nauka, 2020. — 240 s.
33. **33. Ainamo J., Bay I., et al.** Development of the Gingival Index, Plaque Index and Retention Index Systems. International Dental Journal. — 1982.
34. **34. Carranza F.A., Newman M.G., Takei H., et al.** Carranza's Clinical Periodontology. — Elsevier, 14th ed., 2020.
35. **35. Carranza F.A., Newman M.G., Takei H., Klokkevold P.R.** Carranza's Essentials of Periodontology and Oral Implantology. — Elsevier, 2021.
36. **36. Caton J.G., Armitage G., Berglundh T., et al.** A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions — Journal of Periodontology. — 2018.
37. **37. Cobb C.M.** Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective. Journal of Clinical Periodontology.
38. **38. Darby I.B., Walsh L.J. (eds.)** Periodontology at a Glance. — Wiley-Blackwell, 2015.
39. **39. Jepsen S., Caton J.G.** Periodontology: Challenges, Controversies and Advances. — Springer, 2017.
40. **40. Haffajee A.D., Socransky S.S.** Relationship of bacteria to periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology.
41. **41. Haase E.M.** Fundamentals of Periodontology. — Springer, 2018.
42. **42. Hupp J.R., Ellis E. III, Tucker M.R.** Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. — Elsevier, 7th ed., 2021.
43. **43. Heitz-Mayfield L.J.A., Lang N.P.** Surgical and nonsurgical periodontal therapy. Periodontology 2000.

- 44.**44. Genco R.J., Van Dyke T.E.** Inflammation and Oral Diseases: A Challenge for the 21st Century. — Quintessence, 2019.
- 45.**45. Lang N.P., Lindhe J.** Clinical Periodontology and Implant Dentistry. — Wiley-Blackwell, 6th ed., 2015.
- 46.**46. Lindhe J., Karring T., Lang N.P.** Clinical Periodontology and Implant Dentistry (Student ed.). — Wiley-Blackwell, 2015.
- 47.**47. Marx R.E., Stern D.** Oral and Maxillofacial Pathology: A Rationale for Diagnosis and Treatment. — Quintessence, 2018.
- 48.**48. Mealey B.L., Oates T.W.** Diabetes mellitus and periodontal diseases. Journal of Periodontology.
- 49.**49. Nanci A., Bosshardt D.D.** Structure of Dental Tissues and Periodontium. — Elsevier, 2022.
- 50.**50. Newman M.G., Takei H., Klokkevold P.R., Carranza F.A.** Carranza's Essentials of Periodontology and Oral Implantology. — Elsevier, 2021.
- 51.**51. Palmer R.M., Floyd P. (eds.)** Periodontology. — Springer, 2021.
- 52.**52. Polson A.M., Caton J.G., Watkins B.A.** Principles of Periodontology. — Williams & Wilkins, 1998.
- 53.**53. Preshaw P.M., et al.** Contemporary educational methods in periodontology. Journal of Clinical Periodontology. 2024.
- 54.**54. Quirynen M., Teughels W.** From restoration to regeneration: periodontal perspectives. Periodontology 2000.
- 55.**55. Sanz M., Herrera D., et al.** Treatment of Stage I–III Periodontitis — EFP S3 Level Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Periodontology.
- 56.**56. Slot J.** Periodontology: past, present, perspectives. Periodontology 2000. 2013.
- 57.**57. Tonetti M.S., Greenwell H., Kornman K.S.** Staging and grading of periodontitis. Journal of Periodontology. 2018.
- 58.**58. Wiley G.L., Carranza F.A.** Periodontal Diagnosis and Treatment Planning. — Saunders, 2017.
- 59.**59. Wilson T.G., Kornman K.S.** Advanced Periodontal Therapy. — Mosby, 2018.
- 60.**60. Zucchelli G., Mounssif I.** Periodontal Plastic Surgery — Periodontology 2000.
- 61.**61. Zvetcov V. (ed.)** Essential Periodontology. — Informa Healthcare, 2017.