

ҲОЖИЕВ ХУРШИД ҲАМИДОВИЧ

**СУРУНКАЛИ АПИКАЛ ПЕРИОДОНТИТЛАРНИ ЭНДОДОНТИК
ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**
монография

Бухоро – 2024

УЎК 616-093

52.54

Н 87

Ҳожиёв Х.Ҳ.

Сурункали апикал периодонтитларни эндодонтик даволашни такомиллаштириш [Матн]: монография / Х.Ҳ.Ҳожиёв – Бухоро : “Sadriddin Salim Buxoriy” Durdona nashriyoti, 2023. – 120 б.

КБК 54.5

Муаллиф:

Ҳожиёв Хуршид - Бухоро давлат тиббиёт институти
Ҳамидович Терапевтик стоматология кафедраси PhD

Такризчилар:

Шукурова Умида - Тошкент давлат стоматология институти
Абдурасуловна Терапевтик стоматология пропедевтикаси
кафедраси мудири DSc,

Саидов Акбар - Бухоро давлат тиббиёт институти Ортопедик
Ахадович стоматология ва кафедраси профессори, DSc.

Монография Абу Али ин Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт
институти Илмий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган
(.....)

ISBN 978-9943-6191-7-3

КИРИШ

Стоматологик касалликлар жумладан сурункали апикал периодонтит тишлар кариесининг энг кўп учрайдиган асорати ҳисобланиб, 34-47 ёшли беморлар гуруҳида 50% гача мурожаатларни ташкил қилади. Сурункали апикал периодонтитнинг 50 ёшдан катта инсонларнинг периодонтитида яллиғланиш жараёни 50% дан ортиқ ҳолатларда тишлар олиб ташланишига сабаб бўлади. Ҳозирги кунда стоматология амалиётида резорцин-формалин ва рухоксидэвгенол пасталардан фойдаланиб олиб борилган эндодонтик даволашдан кейин тишлар рентгенологик текширилганида 80% ҳолатда периапикал деструктив ўзгаришлар ва 50% ҳолатда – сифатсиз пломбаланган илдиз каналларидаги патологик ўзгаришлар ва уларнинг самарали даволаш усуллари ечимини кутаётган долзарб муаммолардан биридир. Илдиз каналларини “бир паста билан” пломбалаш усули ҳамда ўтиш қийин бўлган илдиз каналларида резорцин-формалин усули уларнинг сифатли obturациясини кафолатламайди ва сурункали инфекциянинг периапикал ўчоқлари ривожланишига олиб келиши мумкин. Бу микроб контаминацияси ҳамда улар ҳаёт фаолияти маҳсулотларининг атрофдаги тўқималарга таъсирини олдини олиш имконини берувчи сифатли эндодонтик даволашнинг муҳимлигини кўрсатади. Инсон организми учун энг катта хавфни сурункали апикал периодонтитнинг деструктив шакллари яратади, чунки периодонт тўқималарининг узок муддат яллиғланиши тишлар йўқотилиши ва одонтоген инфекция ўчоқлари шакллланишининг энг кўп учрайдиган сабаби ҳисобланади, улар жағ-юз соҳасида яллиғланиш касалликлари юзага келишига шароит яратиши мумкин. Сурункали апикал периодонтитларни даволаш профилактика усулларини таклиф этиш ҳамда даволаш самарадорлигини баҳолаш усулларини ишлаб чиқишни такомиллаштириш алоҳида аҳамият касб этади.

I БОБ. СУРУНКАЛИ АПИКАЛ ПЕРИОДОНТИТЛАР ЭТИОЛОГИЯСИ, ПАТОГЕНЕЗИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНИ

Сурункали апикал периодонтитни даволаш муаммоси ҳозирги стоматологиянинг муҳим ва тўлиқ ҳал этилмаган вазифаларидан бири ҳисобланади. Шунинг учун мазкур касаллик ривожланишининг эндодонтик механизмларини эътиборга олиб, уни даволашнинг янги усулларини доимий қидириш ва мавжуд усулларини такомиллаштириш стоматологияда алоҳида муҳим аҳамият касб этади.

Сурункали апикал периодонтит (САП) мавжуд беморлар стоматология клиникасига ташриф буюрувчилар умумий сонидан 30% - 35% ни ташкил этади (Тарасенко С.В., 2015; Севбитов А.В., 2016). САП организмнинг сурункали интоксикацияси ҳамда сенсibilизациясини чақириб, ревматизм ва гломерулонефрит каби умумий соматик касалликларнинг сабаби ҳисобланиб, организм учун катта хавф уйғотади, шунингдек тишлар йўқотилишига олиб келиши мумкин. Периодонтитни даволаш апикал соҳасида тиш бўшлиғини очиш, хемомеханика, илдиз каналини антисептик қайта ишлаш ва унинг obturацияси йўли билан яллиғланишни бартараф этишдан иборат (Шайымбетова А.Р., 2017). САП даволаш муассасаларига мурожаатлар частотаси бўйича тишлар кариеси ҳамда пулпитдан кейин учинчи ўринни эгаллайди (Тарасенко С.В., 2015; Севбитов А.В., 2016; Тарасенко С.В., 2016; Шайымбетова А.Р., 2017). Терапевтик стоматология клиникасига мурожаат қилганлар орасда САП нинг турли шаклларига эга беморлар 30-40% ни ташкил этади (Радышевская Т.Н., 2016; Тарасенко С.В., 2016; N.N. Dessaune., 2018).

САП энг кўп меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахсларда кузатилади, у тишлар кариеси асоратлари натижасида ривожланади (Куратов И.А., 2015; Тарасенко С.В., 2015; Розэнбаум А.Ю., 2017). Демьяненко С.А. ва ҳаммаул. (Тофан Ю.В., 2017) маълумотларига кўра САП ривожланишига

олиб келувчи, асоратли кариеснинг частотаси 34 – 47 ёшли шахсларда 50% га етади (J.K. Nuh., 2016). Бунда уларнинг катта қисми – меҳнатга лаёқатли ёшдаги беморлар ҳисобланади (Аксенова Т.В., 2014).

Энг кўп, деярли 75% ҳолатда, САП анамнезида пулпит ёки периодонтит юзасидан консерватив даволанган беморларда ривожланади (Иорданишвили А.К., 2017). Бир нечта тизимли текширувлар семизлик ва пародонтал касаллик ўртасидаги боғлиқликни таклиф қилди ва бу пародонтит ривожланиши учун хавф омили сифатида аниқланди.

Сўнгги пайтларда семириш пародонтал тўқималарда оксидловчи стрессни кучайтириши ва уларнинг йўқ қилинишига олиб келиши кўрсатилди. Бутун дунё бўйлаб семиришнинг тарқалиши кескин ўсиб бормоқда ва унинг пародонтит билан боғлиқлиги ушбу соғлиқни сақлаш муаммоларини олдини олиш учун тиббиёт ходимларининг эътиборини талаб қилади.

Пародонтит билан боғлиқ омиллардан бири ирсиятдир, бу баъзи одамларни касалликка бошқаларга қараганда кўпроқ мойил қилади. Генетик омилларнинг атроф-муҳит ва демографик омиллар билан мураккаб ўзаро таъсири турли ирқий ва этник популяциялар ўртасидаги кенг фарқларни намоиш қилиш учун фараз қилинган (Замулин Д.О., 2017). Доимий далиллар тўплами юрак-қон томир касалликлари ва пародонтал касалликлар ўртасидаги боғлиқликни тушунтиради. Тизимли текширув шуни кўрсатдики, пародонтит юрак-қон томир касалликлари учун хавф омилидир ва бу ассоциация диабет, чекиш ва ижтимоий-иқтисодий ҳолат каби бошқа хавф омилларидан мустақилдир (Самохина В.И., 2014). Саккизта истиқболли ва битта ретроспектив тадқиқотнинг мета-таҳлилида пародонтал касаллик юрак-қон томир касалликлари хавфини 19% га ошириши ва нисбий хавфнинг бу ўсиши 65 ёшли одамларда 44% га этиши аниқланди. ва устидан. 3611 та тадқиқотнинг яна бир тизимли таҳлили ва мета-таҳлили (бешта коҳорт ва олтита кесма тадқиқотлар) тизимли бактериал белгиларнинг кўпайиши билан

пародонтал касаллик юрак касаллиги билан боғлиқлигини аниқлади. (Атежанов Д.О., 2017; Замулин Д.О., 2017). Худди шундай, 29 та тадқиқотнинг мета-таҳлили (22 та ҳолатни назорат қилиш ва кесма тадқиқотлари ва 7 та кохорт тадқиқоти) бирлаштирилган коэффициентлар нисбати 2,35 ва бирлаштирилган нисбий хавф 1,34 ни ташкил этди, бу эса пародонтал касалликка чалинган одамларда катта хавф ва юқорирок эканлигини кўрсатади. Пародонтал касаллик бўлмаганларга қараганда юрак хасталиги ривожланиш эҳтимоли. 38 Пародонтал касалликнинг инсулт ва периферик артерия касалликлари билан боғлиқлиги коронар юрак касаллигидан ҳам кучлироқдир (Кукушкин В.Л., 2017).

Ёш катталашиши билан пародонтал касаллик хавфи ортади, шунинг учун кекса одамлар орасида пародонтал касалликнинг юқори тарқалиши кузатилади. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ёш - пародонтал касаллик билан боғлиқ ва клиник АЛ 60-69 ёшдаги одамларда 40-50 ёшли катталар гуруҳига қараганда анча юқори (Радышевская Т.Н., 2016; Тарасенко С.В., 2016). Пародонтал касалликлари тузилишида сурункали пародонтитни деструктив шакллариининг тарқалганлиги 9% дан 21% гача ташкил этади (Gbadebo S.O., 2014).

Далиллардан кўриниб турибдики, стресс сўлак секрецияси оқимини камайтиради, бу эса ўз навбатида тиш бляшка шаклланишини кучайтириши мумкин. ПАИ ва бошқалар стресс белгилари (кортизол, Сўлак КГА, б-эндорфин ва а-амилаз), тишларнинг йўқолиши, клиник АЛ (5-8 мм) ва 5-8 мм ПД ўртасида ижобий боғлиқлик кузатилди. 31 300 га яқин эмпирик мақолаларнинг мета-таҳлили шуни кўрсатдики, стресс иммунитет тизими билан боғлиқ ва турли хил стрессли ҳодисаларга жавобан турли иммунологик ўзгаришлар юз беради (Ярмова Э.Н., 2015). Бу апикал яллиғланиш жараёни ривожланишига олиб келади.

Милкл ёриқ суяқлигида кортизолнинг юқори концентрацияси борлиги кўрсатилган ва улар пародонтал даволанишга ёмон жавоб беради. Академик стресс, шунингдек, ёмон оғиз гигиенаси ва интерлейкин-Л1

концентрациясининг ошиши билан милклар яллиғланишига олиб келади. (Ярмова Э.Н., 2015; Мозговая Л.А., 2013). Шунингдек эндодонтик даволашда периодонт шикастланиши аҳамиятга эга, бунда илдиз каналининг инфекцияли таркиби илдиз апикалси ташқарисига чиқади.

Нотўғри оғиз бўшлиғи гигиенаси пародонтал касаллик билан боғлиқ бўлиб, тишларни тўғри тозалаш ва оғиз бўшлиғи гигиенаси бўйича бошқа чора-тадбирларнинг этишмаслиги тиш ва тиш гўштида бактериал чўкма ва тиш бляшка тўпланишига ёрдам беради, бу эса пародонтал тўқималарда яллиғланиш ўзгаришларига замин яратиши мумкин (Metzger Z., 2013). Экстрадентал АП яллиғланиш жараёни атрофдаги тўқималардан ўтиши туфайли ривожланади (гайморит, остеомиелит ва бошқ.) (Metzger Z., 2013).

Ўзбекистонда САП бир қатор усулларда даволанади ва 14% ҳолатда сурункали инфекциянинг ривожланувчи периапикал ўчоқларининг манбаи илдиз канали пломбаланмаган тишлар ва 76,4% ҳолатда - каналлари қисман пломбаланган тишлар ҳисобланиши аниқланди (Боймуродов Ш.А., 2014). Нотўғри оғиз гигиенаси ва тиш бляшка тўпланишининг кўпайиши, кенг тарқалганлиги ва пародонтал касалликнинг кучайиши ўртасида аниқ боғлиқлик мавжуд.

Ахелссон ва бошқалар 15 йил давом этадиган истиқболли тадқиқот ўтказди ва тўғри оғиз гигиенасига риоя қилган ва мунтазам профессионал стоматологик парвариш билан шуғулланадиган субъектлар орасида пародонтал тузилманинг кейинги ёмонлашувини аниқламади (Шамсиев Р.А., 2018; Азаматович С.Р., 2019). Энг арзон ва аксарият стоматологик тиббиёт ташкилотларида илдиз каналлари учун 73,4% қўлланадиган пломба материаллари рухоксидэвгенол ҳамда резорцин-формалин паста ҳисобланади (Камилов Х.П., 2018; Юсупов С.С., 2017). " Пародонтал касалликлар ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда кенг тарқалган бўлиб, дунё аҳолисининг тахминан 20-50 фоизини қамраб олади. Ўсмирлар, катталар ва кекса одамларда пародонтал касалликнинг юқори тарқалиши уни соғлиқни сақлаш муаммосига айлантиради (Зойиров Т.Э.,

2016; Юсупалиева Д.Б., 2019). Чекиш, ёмон оғиз гигиенаси, диабет, доридармонлар, ёш, ирсий ва стресс каби бир қатор хавф омиллари пародонтал касалликлар билан боғлиқ. Кучли далиллар пародонтал касалликларнинг юрак-қон томир касалликлари, диабет ва ҳомиладорликнинг салбий оқибатлари каби тизимли касалликлар билан боғлиқлигини кўрсатади (Зойиров Т.Э., 2016). Пародонтал касаллик юрак-қон томир касалликлари хавфининг 19% га ошишига олиб келиши мумкин ва бу нисбий хавфнинг ўсиши 65 ва ундан катта ёшдаги одамларда 44% га этади. Пародонтал касалликнинг оғир шакли бўлган 2- тоифа диабетга чалинганлар 3 тага эга. Пародонтит бўлмаган ёки энгил шакли бўлган одамларга нисбатан ўлим хавфи 2 барабар юқори. Пародонтал терапия 2-тоифа диабет билан оғриган беморларда глюкомик назоратни яхшилаш учун кўрсатилди. Пародонтит она инфекцияси, эрта туғилиш, кам вазн ва преэклампси билан боғлиқ.

Сурункали апикал периодонтит ривожланишида этиология ва патогенези

Апикал периодонтит (АП) – бу илдиз каналининг ичида микроорганизмлар ёки бошқа қўзғатувчи омиллар мавжудлигига жавобан периапикал тўқималарнинг яллиғланиши. Пародонт касалликларнинг тарқалиши ва тарқалишининг камайиши унга боғлиқ бўлган тизимли касалликларни камайтириши ва уларнинг соғлиқни сақлаш тизимига молиявий таъсирини камайтириши мумкин. Умид қиламизки, шифокорлар, стоматологлар ва бошқа соғлиқни сақлаш соҳаси мутахассислари периодизимли алоқа ва хавф омиллари билан танишадилар ва ихтисослашган стоматологик ёки пародонтал ёрдамга мурожаат қилишлари керак.

Болаларда одатда сурункали периодонтит ўткир периодонтитдан сўнг ёки бирламчи сурункали периодонтит сифатида пулпа яллиғланиши ва некрози оқибатида, шу билан биргаликда айрим ҳолларда узоқ давом етган, периодонт тўқимасига таъсир кўрсатувчи механик микротравмалар

(баланд қилиб қўйилган пломба, тишлар орасида қалам, ручка ва бошқа предметларни тутиб туриш одати, нотўғри қўйилган ортодонтия мосламаларива х. к.) натижасида юзага келади. Бунда АП кўпинча меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахслар орасида учраб, ёш ҳамда кекса ёш тоифасидаги беморлар орасида ўсиш тенденциясига эга: 45-50% - 39-44 ёш ва 50 ёшдан катта беморларда 50% дан ортиқ. Кекса ва қари ёшли шахслар улушининг ортиши сурункали периодонтит турли шакллариининг учраш частотасини ортишига олиб келади (Адамчик А.А. 2016).

Инфекцияли сурункали периодонтитлар кўпчилик ҳолларда бирламчи сурункали периодонт яллиғланиши сифатида кечади. Сурункали периодонтитларда сут тишлари илдиз каналлари микробиологик текширилганда (4-8 яшар болаларда) 70% *Streptococcus Salivarius*, 23% *Stafilacoccus Albus* топилган.

Стоматологияда САП мавжуд беморларни даволаш муаммоси етакчи ўринларни эгаллайди. САП – замонавий стоматологияда энг кенг тарқалган касалликлардан бири ва пасайиш тенденциясига эга эмас. САП даволаш муассасаларига мурожаатлар частотаси бўйича тишлар кариеси ҳамда пулпитдан сўнг учинчи ўринни эгаллайди. Терапевтик стоматология клиникасига мурожаат қилган, САП нинг турли шакллари аниқланган беморлар 30-40% ни ташкил этади.

Энг кўп САП меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахсларда тишлар кариесини асоратлари натижасида ривожланади. Демьяненко С.А. ва ҳаммуаллифларнинг маълумотларига кўра САП ривожланишига олиб келувчи асоратланган кариеснинг частотаси 34 – 47 ёшли шахсларда 50% га етади. Бунда уларнинг аксарият қисми – меҳнатга лаёқатли ёшдаги беморлар (Адамчик А.А. 2016).

Периодонтитлар пулпа ва тиш қаттиқ тўқималарининг ўзига хос анатомик, гистологик ва физиологик хусусиятларидан келиб чиқиб, сурункали периодонтитлар бир қатор ўзига хос клиник хусусиятлар билан

кечади:

1) Сут ва шаклланмаган доимий тишларда сурункали периодонтитлар унчалик чуқур бўлмаган кариес коваги мавжуд тишларда пульпа бўшлиғининг ёпик бўлиши билан кечади;

2) Сут тишларида асосан периодонтитнинг грануляцияланувчи тури кўпроқ юзага келади ва илдизларнинг патологик сўрилиши кузатилади;

3) Ёш болаларда кечадиган грануляцияланувчи сурункали периодонтит мавжуд тишлар атрофидаги милк тўқимасида, катта ёшдаги ўсмир болаларга нисбатан деярли барча ҳолларда оқма йўл борлиги кузатилади;

4) Кўпчилик ҳолларда сурункали периодонтит тиш илдизлари бифуркацияси соҳасида суяк тўқимасининг емирилишига олиб келади;

5) Сурункали периодонтитларда пульпа некрози ва ўсувчи соҳа тўқимасининг ўсиши шаклланмаган илдизларнинг ўсишини тўхташига сабаб бўлади;

6) Сут тиши илдизи атрофида пайдо бўлган грануляцияланувчи тўқима доимий тиш фолликуласига тарқалиб унинг меъёрдаги ривожини бузади;

7) Кўп илдизли тишлар илдизи атрофида ҳар хил яллиғланиш жараёнлари содир бўлиши мумкин (грануляцияланувчи, фиброз, гранулематоз);

Катта ёшдаги кишиларникидан фарқли ўлароқ сурункали грануляцияланувчи периодонтит болаларда, аксарият ҳолларда сурункали лимфаденит ва периост яллиғланиши билан кечади(Акимов Т.В. 2012).

Периодонт тўқимасининг бу хил ўткир яллиғланиши болаларда умумий ўткир пулпит жараёни натижасида юз бериши мумкин. Бу ҳол, айниқса ёш болаларда организмнинг баъзи бир сабабларга кўра кучсизланиши, қайсики касал тиш илдизлари тўлиқ шаклланмаганлиги оқибатида кузатилади. Каттароқ ёшдаги болаларда еса иммунологик ҳимоя

қобилияти сусайиши ва пульпа тўқимасининг антигенга (микробларга ва уларнинг токсинларига) нисбатан сезгирлигининг кескин ошиши асосида содир бўлиши мумкин. Кўрсатилган ҳолларда тиш юмшоқ тўқимаси тезда некрозга учрайди ва яллиғланиш жараёни периодонт тўқимасига ёйилади. Шаклланмаган кенг илдиз канали орқали микроблар ва уларнинг токсини периодонт тўқимасида апикал периодонтитни вужудга келтиради. Касалликнинг биринчи аломати оғриқ ҳисобланади.

Тезкор стоматологик ёрдам сўраб мурожаат қилган беморлар орасида ўткир ёки авж олаётган сурункали периодонтит билан хасталанган беморлар 75% ни ташкил этади. Ушбу касаллик учун хос бўлган оғриқ синдромидан ташқари, одонтоген инфекция ўчоғининг мавжудлиги оғиз суяқлигини патогенлар, бактериотоксинлар билан тўлиши ҳисобига тўқималар, оғиз бўшлиғи аъзолари ва бутун организм учун хавф уйғотади (Алетдинова С.М. 2013).

Кўплаб муаллифларнинг берган маълумотларига кўра, тишнинг чўққи атрофидаги тўқималарида яллиғланишнинг сурункали ўчоғи организмнинг аллергизациясига шароит яратади ва кўпинча умумий соматик касалликларни оғирлаштиради ва авж олдиради.

Бир масала қизиқиш уйғотади: сурункали апикал периодонтит (САП) ўчоқларининг мавжудлиги организмнинг ҳолати, инфекцияга қарши ихтисослашмаган ҳимоя ва иммунитет тизимида реактивликка, шу жумладан оғиз бўшлиғида маҳаллий гуморал ва ҳужайра реакцияларга қандай таъсир кўрсатади.

Тишнинг чўққи атрофидаги тўқималарида сурункали яллиғланиш жараёни ички аъзо ва тизимларда касалликларнинг ривожланиши ва қўллаб-қувватланишида катта аҳамиятга эга. Апикал периодонтитда биринчи мурожаат пайтида касалланган тиш пульпа коваги кенгайтирилиб очилади. Илдиз бўшлиғи чирий бошлаган нерв-томир тутамидан пульпаэкстрактор ёрдамида баратарф етилади ва охисталик

билан антисептик моддалар шимдирилган пахта турундалар ёрдамида ювилиб, тиш коваги очик ҳолда қолдирилади (Гилязетдинова Ю.А., Винниченко А.В., Винниченко Ю.А. 2009).

Яллиғланиш жараёни кучли клиник белгилар, айниқса заҳарланиш аломатлари билан кечган тақдирда беморга ичиш учун микробларга қарши таъсир кучига ега бўлган (антибиотик) дори-дармонлар буюрилади. Шу билан бир қаторда организм сезгирлигини кучсизлантирувчи дори-дармонларнинг ҳам тавсия қилиниши жараённинг тезда пасайишига ва бемор аҳволининг бирмунча тезроқ яхшиланишига олиб келади. Агар кўрсатилган ёрдам яллиғланиш жараёнининг пасайишига олиб келмаса, оғриқ тиш атрофидаги юмшоқ тўқималардаги ўзгариш кучайса, шиш катталашса, бундай ҳолда тиш-лунж ёки тиш-лаб бурмалари жаррохлик йўли билан кесилиб, йирингли экссудатга йўл очилади. Ана шундай оғир аҳволга тушиб қолган мактаб ёшигача бўлган болаларга касалхоналарга ётиб, даволаниш тавсия етилади(Гилязетдинова Ю.А., Винниченко А.В., Винниченко Ю.А. 2009).

Тишларнинг чўққи атрофидаги тўқималарда сурункали яллиғланиш ўчоқлари тизимли касалликларда қуйидаги йўллар билан ҳимоя реакцияларни бузиши мумкин: 1) ўчоқли инфекциянинг ўзи тизимли патология ривожланишининг хавф омили бўлади; 2) микроб биоплёнкалари грамманфий анаэроб флора тўпланадиган захира ҳамда организмга бактериал токсинлар туширадиган манба бўлиши мумкин; 3) сурункали яллиғланиш ўчоқлари мавжудлигига жавобан организмда яллиғланиш медиаторлари ишлаб чиқилиши кучаяди. Периодонтда СИЎ ўчоқлари ва нафас олиш тизимидаги касалликлар ўртасида боғлиқлик белгиланган. СИЎ ўчоқлари, айниқса заиф инсонларда ўпка касалликларининг кечишини оғирлаштирилиши қайд этилган. Шунингдек СИЎ ўчоқлари ҳамда сурункали обструктив бронхит ва бронхиал астма ривожланишининг юқори хавфи ўртасида боғлиқлик белгиланган. Адабиётларда сил микобактерияларининг одонтоген инфекция ўчоқларида кўпайиш эҳтимоли таърифланган (Гилязетдинова Ю.А., Винниченко А.В., Винниченко Ю.А. 2009).

Сўнги йилларда эпителий ҳужайралари ва туғма иммунитетда танувчи рецепторлар (ТР) фаоллашуви орқали бир қатор нормал микрофлора микроорганизмларининг периодонтал касаллик ривожланишидаги аҳамияти кўрсатилган. Сурункали яллиғланиш касалликларида эпителиал ҳужайралар ва табиий иммунитет ҳужайраларида микроб маҳсулотларнинг танувчи рецепторларни ҳосил қилишни қўзғатиши содир бўлади. Ушбу ҳужайраларнинг эпителиал соҳаларда тўпланиши организмнинг латент аллергик реакциясини, унинг клиник патологик кўринишига ўтказишга қодир “ихтисослашмаган аллергия омили” ҳисобланади. Ҳам апикал периодонтит ривожланишида, ҳам касалликнинг ўткир ва сурункали шакллари регрессида микроб омили билан бир қаторда организмнинг иммун тизими ҳам етакчи ролни бажаради (Боймурадов Ш.А., Юсупов Ш.Ш. 2014).

Организмда, хусусан ёндош касалликларда, ихтисослашган ва ихтисослашмаган ҳимоя омилларининг ўзгариши тиш атрофида кўп сонли сурункали яллиғланиш ўчоқларининг ривожланиш эҳтимолини анча оширади. Сурункали периодонтитнинг турли-туман кечиши кўп жиҳатдан унинг этиологик омиллари билан боғлиқ. СИЎ ўчоқлари ҳамда бир қатор инфекцияли, аллергик, аутоиммун табиатли касалликлар кечиши ўртасида боғлиқ кузатилади. Бундай беморларда деструктив чўққи атрофидаги ўчоқда ёки ўчоқларда регресс, ҳатто илдиз каналлари герметик obturацияланганида, жуда секинлашган ёки содир бўлмайди. Одатда, умумий касалликлар ривожланиши ёки уларнинг қўллаб-қувватланишининг хавф омили ҳисобланган периапикал ўчоқлари мавжуд тишларни олиб ташлаш тавсия этилади (Антанян А.А. 2017).

Периодонт касалликларини сурункали деструктив шакллари патогенези касалликнинг клиник ва рентгенологик суръатини, олиб борилаётган терапия таъсирини ҳамда узоқ муддатли натижаларни аниқлайди. Яллиғланиш жараёни патогенезининг асоси икки асосий омилларнинг уйғунлигини натижаси ҳисобланади: тўқимага у ёки

бошқа қўзғатувчининг таъсири ва тўқиманинг маҳаллий реакцияси. Реакция ўз навбатида организмнинг ҳолати, унинг маҳаллий ва умумий иммунитетига боғлиқ (Арутюнов С.Д., Царев В.Н., Носик А.С. 2012).

Инфекциянинг маҳаллий ўчоғи узок муддат мавжуд бўлиши организмнинг таъсирчанлиги – у ёки бошқа қўзғатувчининг таъсирига сезувчанлик ортиши билан кузатилади. Кўплаб муаллифлар, тиш чўққиси атрофидаги тўқималарида сурункали яллиғланиш ўчоғи организмнинг аллергиязациясини ҳосил қилишини таъкидлайди.

Шундай қилиб, периодонтда сурункали яллиғланиш ўчоғи организмнинг иммунологик ҳолатига салбий таъсир кўрсатади, кўпинча беморларда умумий соматик касалликларни чуқурлаштиради ва авж олдиради, шунингдек бошқа касалликларнинг сабабига айланади.

Оғиз бўшлиғи микрофлорасининг сурункали апикал периодонтитлар келиб чиқишидаги аҳамияти

Апикал периодонтитнинг ривожланишида асосий рол патоген микрофлорага тегишли. Апикал периодонтда яллиғланиш жараёни, ҳам пульпа некрози оқибатида ривожланади, ҳам тиш илдиз каналлари инфекцияли токсик таркибининг чўққи тешиги орқали тушиши билан боғлиқ. Эндотоксинлар (антигенлар), апикал периодонтга тушиб, ҳужайра, микроциркулятор, иммун даражаларда бир қатор реакциялар каскадининг ишга тушишига олиб келади, бунинг оқибати апикал периодонт ҳамда унга туташ суякнинг деструкцияси кузатилади. Инсон учун энг катта хавфни сурункали апикал периодонтитнинг деструктив шакллари уйғотади, улар одонтоген инфекциянинг потенциал ўчоқлари ҳисобланиб, организмнинг иммунологик ҳимоясини камайтиради. Эндодонтик патологиянинг турли шаклларида илдиз каналлар ажралмасидан 400 турдан ортиқ микроорганизмлар ажратилган ва ўрганилган (Бажиков С.С. 2017).

Илдиз каналининг таркибида *Candida* турдаги замбуруғлар, β -гемолитик стрептококклар, факультатив-анаэроблар, *Enterococcus faecalis* ва бошқалар кўп учрайди.

Илдиз канал таркибини тузилиши мураккаблиги туфайли патоген микроорганизмларнинг ўсиши ва кўпайиши ортади, уларнинг ускунавий ва дори-дармон билан қайта ишланиши қийинлашади. Клиник самарали ўтказилган эндодонтик даволашдан сўнг ҳам патоген микрофлора қолдиқлари сақланиш эҳтимоли мавжуд (Баяхметова А.А., Смагулова Е.Н. 2015).

Кўплаб клиник ҳолатларда сурункали грануляцияловчи периодонтит мавжуд бўлган беморларда ремиссия босқичида рентгенологик текширув вақтида тишларда деструктив характерга эга периапикал ўзгаришлар аниқланишини кўрсатади, улар илдиз каналнинг инфекцияланган таркибига эга.

Бунда энг кўп облигат анаэроблар – стрептококклар, энтерококклар, грамусбат таёқчалар, ичак таёқчалари, микрококклар, лактобациллар, стрептококклар, энтерококклар, *Candida* турли замбуруғлар, нейссериялар ва *Vellionella* турдаги бактериялар кўп учрайди.

Кўплаб муаллифлар томонидан сурункали апикал периодонтитнинг этиологиясида асосий рол *Candida* турдаги замбуруғлар билан бирга вегетацияланиши мумкин бўлган аэроблар ва факультатив-анаэроблар микроорганизмларга тегишли эканлиги кўрсатилган. Сурункали апикал периодонтитнинг қўзғатувчилари *Bifidobacterium spp*, *Corynebacterium spp*, *Enterococcus*, *Nesseria spp*, *Lactobacterium spp*, *Staphylococcus*, *Streptococcus spp* ва бошқа турдаги микроорганизмлар ҳисобланади (Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш. 2016).

Баяхметова ва ҳаммуаллифларнинг берган маълумотларига кўра, апикал периодонтитда илдиз каналларининг микроб пейзажида - *Streptococcus milleri*, *Streptococcus intermedius*. *Streptococcus tigurinus*,

Streptococcus vestibularis ва *Streptococcus bovis* патоген стрептококклар етакчилик қилади.

Шунингдек сурункали апикал периодонтитни қўзғатувчилари орасида *Candida* турдаги ачитқисимон замбуруғлар катта аҳамиятли ўрин тутди (*Candida albicans* турли) (Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш. 2016).

Патоген микроорганизмлар орасида қўлланаётган аксарият антисептикларга юқори бардошлилик *E. Faecalis* да мавжуд. Кўрсатилган қўзғатувчилар - *Enterococcus faecalis* ва *Candida* турдаги замбуруғларда юқори антимикроб резистентлик эндодонтик даволашда кам самарали бўлади, бу сурункали апикал периодонтитнинг узок вақт кечишига сабаб бўлади (Бердженхолц Г., Хорстед-Биндслев П., Рейт К. 2013).

Сурункали яллиғланишда *Clostridium spp* тур қўзғатувчилар орасида биринчи ўринда туради. Илдиз канали узок вақт инфекцияланганида анаэроб тур бактерияларнинг энг интенсив ўсиши кузатилади (70 – 90% атрофида), улар орасида айниқса фузобактериялар, пептострептококклар, порфиромонадлар ва превотеллалар (бактероидлар) устунлик қилади (Бердженхолц Г., Хорстед-Биндслев П., Рейт К. 2013).

Сурункали апикал периодонтитнинг этиологиясида факультатив-анаэроб, облигат-аэроб, микроаэрофил микроорганизмлардан ташкил топган бактериялар катта ўрин тутди, уларнинг улуши барча ажратилган бактериялар орасида 53,3% га тўғри келади. Апикал периодонтитни бирламчи даволашда патоген микрофлора, одатда, бир, камдан-кам ҳолатларда бир нечта қўзғатувчилар билан намоён бўлган. Сурункали апикал периодонтитда инфекция жараёнининг қўзғатувчилари кўп микдорда намоён бўлади, улар орасида порфинобактериялар, энтерококклар, стрептококклар, актиномицетлар ва бошқалар кўп аниқланади (Березин К.А. 2014).

Сурункали апикал периодонтит авж олиш жараёнларида бошқа анаэроблар билан пигмент ҳосил қилувчи превотеллалар ва орфиромонадалар катта рол ўйнайди. Периодонтитнинг деструктив шаклларида патоген микроорганизмларнинг ассоциациялари факультатив ва облигат анаэроб флора билан намоён бўлади: анаэроб стрептококклар, анаэроб стафилококклар, энтеробактериялар, бактероидлар, фузобактериялар, пропионобактериялар ва превотеллалар ҳамда *Candida* турли замбуруғлар (Березин К.А. 2014).

Илдиз канал таркиб самарасиз даволанганидан кейин апикал периодонтит ривожланишида асосий этиологик рол факультатив анаэробларга тегишли, улар бошқа жойлашувга эга инфекцияларни ҳамда одонтоген инфекция оғирлигини аниқлайди (Бир Р., Бауманн М.А., Ким С. 2012).

Пародонтал касаллик туфайли саратон хавфи ортиши Мичауд ва унинг ҳамкасблари томонидан исботланган. Тил саратони хавфи альвеоляр суякнинг ҳар бир миллиметр йўқолиши билан 5,23 баробар ортади. Фитспатрик ва Катс пародонтит ва оғиз бўшлиғи, қизилўнгач, ошқозон ва ошқозон ости бези саратони ўртасидаги боғлиқлик адабиётда ўпка ва простата саратонига қараганда кўпроқ аниқланганлигини кузатдилар (Бир Р., Бауманн М.А., Ким С. 2012). Кекса одамларда когнитив қобилятлари пасаяди, бу уларнинг хатти-ҳаракатларига, шу жумладан оғиз гигиенаси одатларига таъсир қилади. Пародонтал касаллик ва заиф когнитив функциялар ўртасидаги боғлиқлик ҳақида оддий далиллар мавжуд, чунки пародонтал яллиғланиш кекса одамларда идрокка таъсир қилиши кўрсатилган (Боймурадов Ш.А., Юсупов Ш.Ш. 2014).

ЖССТ умумий хавф омиллари ёндашувига асосланиши керак бўлган интеграциялашган соғлиқни сақлаш профилактика стратегияларидан

фойдаланишни тавсия қилади. Чекиш, стресс ва паст ижтимоий-иқтисодий ҳолат каби хавф омиллари пародонтал касаллик, шунингдек, бошқа тизимли сурункали касалликлар билан боғлиқ; шунинг учун сурункали тизимли касалликларнинг олдини олиш ташаббусларига оғиз бўшлиғи касалликларининг олдини олиш стратегияларини киритиш аҳоли даражасида касаллик юкини камайтириши мумкин (Беленова И.А., Красичкова О.А. 2013).

Микроорганизмларнинг ҳимояси, уларнинг кенг рН диапазонда мавжудлиги, озуқа субстратларнинг тўпланиши, алоҳида бактериялар метаболизмини қўллаб-қувватлаш ва назорат қилиш – буларнинг барчаси экзополимер матрикслар ҳисобига таъминланади.

Айтиш жоизки, атроф-муҳитнинг шикастловчи омиллари – рН ҳамда осмотик босим тебранишлари, ультрабинафша нурланиш, қуришдан микроорганизмларнинг қўшимча ҳимоясини биоплёнка таркибида бўлган микроорганизмлар таъминлайди, улар шунингдек капсулалар ҳосил қилиш ҳамда экстрацеллюляр полисахаридлар ажратишга қодир (Васильев А. Ю. 2018).

Биоплёнка таркибида микроорганизмлар резистентлигининг асосий механизмларидан бири биоплёнка қатламида анаэроб соҳалар шаклланиши ҳисобланади, бунинг натижасида аэроб микроорганизмлар юқори қатламларга кўчади, бу билан кислород утилизацияланади ҳамда пастки қатламларда жойлашган анаэроб микроорганизмларнинг ҳимоясини таъминлайди. Шунингдек, биоплёнка иммун тизим омилларининг патоген микроорганизмларга таъсирига тўсқинлик қилади (Ибрагимова М.Х., Юсупалиходжаева С.Х., Мухамедов И.М. 2016).

Сўнги тадқиқот натижаларининг кўрсатишича, илдиз канали таркибидаги микроорганизмлар шунингдек биоплёнкани шакллантиради. Илдиз канал таркибида шаклланувчи биоплёнкалар учун биоплёнкаларнинг барча ўзига хос хусусиятлари хос. Лекин

илдиз канал таркибидаги биоплёнкада микроорганизмларнинг ҳаёт фаолияти шунингдек суяк тўқимасининг деминераллашувига шароит яратади(Ибрагимова М.Х., Юсупалиходжаева С.Х., Мухамедов И.М. 2016).

Мозговой Л.А. ва ҳаммуаллифларнинг тадқиқотларига кўра сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шаклида микроорганизмлар кўпинча илдиз канал таркибида биоплёнка кўринишида мавжуд бўлади. Сурункали апикал периодонтитнинг деструктив шаклларида энтерококк штаммларининг плёнка ҳосил қилиш қобилияти сурункали апикал периодонтитнинг бошқа шаклларига қараганда, 6 марта юқори.

Муаллифларнинг фикрича, микроорганизмлар штаммларининг плёнка ҳосил қилиш қобилиятининг ошишида инфекцион-яллиғланиш жараёнларининг узоқ муддат мавжуд бўлиши алоҳида ўрин тутди. Илдиз канали таркибини санация қилишда биоплёнка таркибидаги микроорганизмларнинг антимикроб препаратларга юқори бардошлилиги билан уйғунликда макро ва микроилдиз каналлари тизимини ташкил бўлиши катта қийинчиликларга олиб келади.

Сурункали апикал периодонтитни диагностика қилиш ва даволашда рентгенологик текширув усуллари

Стоматология энг тез ривожланаётган тиббиёт мутахассисликларидан бири саналади. Унинг диагностика имкониятлари доимий такомиллашиб бормоқда. Аммо, шунга қарамасдан, оғирлашган кариесни диагностика қилиш ва даволаш, одонтоген синуситларнинг сабабларини аниқлаш, такрорий эндодонтик даволаш ҳамда илдизнинг апикал соҳасида резекция операцияларини олиб боришда хатоликлар кўп учрамоқда. Сурункали апикал периодонтит тишларнинг олиб ташланишига олиб келувчи энг кўп тарқалган касалликлардан бири. Тўғри қўйилган ташхис ҳамда монанд танланган даволаш усули тишлар

йўқотилишига олиб келувчи асоратларни олдини олиш имконини беради (Камилов Х.П., Зойиров Т.Э. 2012).

Сурункали апикал периодонтитга шубҳа бўлган беморларни текширишда субъектив (шикоятлар, анамнез) ва объектив (кўрик, перкуссия, палпация, дентал рентгенография) тадқиқотларининг таҳлили бирламчи ҳисобланади.

Периапикал тўқималарнинг ҳолатини, уларни мавжудлиги ва шикастланишининг ифодаланганлигини аниқлаш, тўғри дифференциал диагностикани олиб бориш, эндодонтик даволаш сифатини, илдиз каналлари obturацияланиш даражасини, касалликнинг динамикаси ва прогнозини баҳолаш – буларнинг барчасини замонавий визуализация усуллари ўрганиш имконини беради(Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А., Ковалева И.Г. 2014).

Периапикал яллиғланиш жараёнининг диагностикасида рентгенологик тадқиқот усуллари асосий ҳисобланади.

Амалий стоматологияда анъанавий рентгенология усуллари оғиз ичи дентал рентгенографияси ҳамда ортопантомография ҳисобланади.

Ҳозирги кунда энг муҳим, керакли ва талабгир тиббий аппаратлардан бири визиограф ҳисобланади. Замонавий стоматологияда диагностикани радиовизиография – компьютер рентгенисиз тасаввур қилиб бўлмайди.

Визиограф – бу юқори сезувчан узатгичлар ёрдамида узатиш ҳамда тишларнинг рентген тасвирини плёнкага босмасдан компьютер экранига чиқариш имконини берувчи, электрон стоматологик диагностика аппарат.

Визиограф – дентал рентген апаратининг замонавий аналоги, унинг ёрдамида тишларнинг рентген тасвирини реал вақтда монитор экранига проекциялаш мумкин. Визиографга муқобил бугунги кунда мавжуд эмас.

Ионлаштирувчи нурланишнинг самарали дозаси зивертларда (Зв) ўлчанади. СанҚваМда белгиланган инсон учун эҳтимоли бўлган максимал зарарсиз доза аниқланган, у 1000 мкЗв га тенг. Энг сўнги технологиялар

туфайли визиографдан организмга нур юкланиши, оддий рентген аппарати билан сурат олгандан кўра 10 марта кам.

Дозани экспозиция вақтини қисқартириш ҳисобига камайтиришга эришилди. Плёнкада сурат олиш учун вақт 0.5 – 1,2 сонияни ташкил этади. Шундай суратни визиограф узатгичи ёрдамида олиш учун 0.05 – 0,3 сония талаб этилади, бу 10 марта кам дегани. Натижада визиографдан фойдаланилганида беморга бериладиган нур юкланиши сезилмас минимумгача камаяди.

Кейин, унинг шубҳасиз устунлиги сифатида тасвирга олишнинг юқори тезлигини айтиш мумкин. Бу хусусияти туфайли на шифокорга, на беморга сурат босилишини узок вақт кутиш зарурияти бўлмайди, ахир кузатув деярли реал вақт режимида содир бўлади.

Тасвирни узатгичдан компьютерга юборилиши ҳисобига, ушбу аппаратнинг яна бир бошқа устунлигини ажратиб кўрсатиш мумкин, бу беморнинг картасини яратиш ҳамда унинг барча суратлари билан узок муддат сақлаш. Шунингдек, суратларни компьютер тармоғи орқали узатиш, шу билан бирга, зарурият бўлганида фотосуратларни кўп марта босиб чиқиш имконияти ҳам қулайлик яратади.

Бирламчи рентгенологик тадқиқотларга юз скелетининг бўлимларига туташ жағлар билан бирга барча тишларнинг батафсил тасвирини олиш имконини берувчи ортопантомография (ОПТГ) киритилиши мумкин (Майбородин И.В., Притчина И.В., Гаврилова И.К. 2014). Бугунги кунда, аксарият ҳолатларда ортопантомография бу қисқа вақт ичида сифатли тасвир олиш, кейинчалик график қайта ишлаш ва рақамли ташувчиларга ёзиш имконини берувчи рақамли тадқиқот усули. Тишларнинг қаттиқ тўқималарини ўрганишда ортопантомография яллиғланиш жараёни мавжудлиги ва унинг характерини, илдиз канали таркибини анатомик тузилишида ўзига хосликларни, тўқималарнинг бутунлигини баҳолаш, ўтказилган эндодонтик даволашдан қолган нуқсонларни аниқлаш ва янги

ҳосилаларни гумон қилиш имконини беради (Меджидов М.Н., Бобр И.С., Смагина О.Н. 2012).

Мўлжалли радиовизиографдан фойдаланиб рентгенологик тадқиқот бемор ҳолатининг оғирлигини, периапикал тўқималарда шикастланиш ва деструкция даражасини, шунингдек олиб бориладиган даволаш самарадорлигини баҳолаш учун ўтказилади. Беморни бирламчи текширувида ушбу усул илдиз каналининг ишчи узунлигини аниқлаш ҳамда даволаш жараёнида илдиз канали обтурациясини сифатини назорат қилиш имкониятини беради. Шунингдек илдизнинг бутун контури бўйлаб периодонтал ёриқнинг узлуксизлиги, четки ва перирадикуляр суякнинг ҳолати ўрганилади. Визиографик текширув (Orstavik бўйича PAI индекси) даволаш бошланишидан олдин ва эндодонтик даволашдан кейин узок муддатларда (1, 3 ва 6 ой) периапикал тўқималарда деструкция ўчоқларида ўзгаришлар даражасини баҳолаш имконини беради (Леонова Л.Е., Павлова Г.А. 2016).

Бугунги кунда монанд рентгенологик текширув сурункали апикал периодонтитни даволашни режалаштириш босқичидан бошлаб, узок муддатларда рентгенологик тадқиқотгача барча босқичларида зарур (Напольников Л.В., Славинский А.А. 2014).

Сурункали апикал периодонтитни эндодонтик даволаш муаммоси

Сўнги йилларда мамлакатимизда тишларни даволаш натижаларини прогноз қилиш имконини берувчи замонавий технологияларнинг жорий қилиниши туфайли тишларни эндодонтик даволаш самарадорлигининг ижобий ўсиш тенденцияси қайд этилмоқда.

Пародонтал касаллик юкининг камайиши даволаниш эҳтиёжларини камайтириши ва соғлиқни сақлаш тизимларига молиявий таъсирни камайтириши мумкин.

Периодонт касалликларнинг юқори даражада тарқалиши ҳам

жамиятда оғиз бўшлиғи касалликларини кузатиш тизимини йўлга қўйишни талаб қилади.

Периодонт касалликларнинг профилактика дастурлари бошқа сурункали касалликларнинг хажмини камайтириш учун умумий хавф ёндашувларидан фойдаланиши керак.

Тежамкор стратегиялар, шунингдек, соғлиқни сақлаш провайдерлари ўртасидаги фанлараро ҳамкорликни кучайтиради.

Тиббиёт ходимлари перио-тизимли алоқани яхши билишлари ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун ташхис қўйишлари ва беморларни ихтисослаштирилган стоматологик ёки пародонтал ёрдамга юборишлари керак.

Пародонтал касалликнинг асосий механизмлари ва хавф омилларини ўрганиш ва инновацион профилактика стратегияларини ишлаб чиқиш учун қўшимча тадқиқотлар талаб этилади. Пародонтал комплекс тишларни қўллаб-қувватловчи қаттиқ ва юмшоқ тўқималарни ўз ичига олади, улар цемент, суяк ва пародонтал лигаментдан (ПДЛ) иборат. Периодонтит, пародонтнинг кенг тарқалган касаллиги, бу тўқималарнинг яхлитлигига таҳдид солади ва қайтарилмас зарар келтиради (Некрылов Д.В., Шалаев О.Ю. 2017).

Бироқ клиника амалиётида кариес асоратларини муваффақиятсиз даволашлар сони камаймади. Маълумки, эндодонтик даволаш самарадорлигининг гарови қуйидаги “уч кит” ҳисобланади: илдиз каналларининг тизимини тозалаш, стерилизациялаш ва obturationлаш. Шунга қарамасдан, эндодонтик даволашнинг ҳар бир босқичида кўп сонли хатоликларга йўл қўйилади. Шундай қилиб, рентгенологик тадқиқот маълумотларига кўра, фақат 13,4% ҳолатда илдиз каналлари қониқарли пломбаланган. Аммо ҳатто сифатли obturation шароитида 5-8% ҳолатда периодонтда яллиғланиш кузатилади (Овчаренко О.С., Максимовский Ю.М. 2012).

Эндодонтияда бугунги кунда илдиз каналларини дори-дармон билан қайта ишлаш учун асосий ва кенг фойдаланиладиган эритмалар: 3,0-5,0-фоизли гипохлорит натрий эритмаси, 0,05-фоизли хлоргексидин биглюконатнинг спирт эритмаси, ЭДТА эритмаси, таркибида йод мавжуд препаратлар, водород пероксиди ва 1% хлорфиллипт эритмаси ҳисобланади.

САП нинг деструктив шакллари даволашда хлорфиллиптнинг 1% ли эритмасини қўллаш стрепто- ва стафилококklar муносабатида самарали эканлиги қайд этилган (Потего Н.К., Джафарова А.Д., Тюпенко Г.И. 2017).

Мамлакатимизда олиб борилган тадқиқотлар билан, сурункали инфекциянинг жадаллашувчи периапикал ўчоқларини манбаи 14,8% ҳолатда илдиз каналлари пломбаланмаган тишлар ва 76,4% ҳолатда – каналлари қисман пломбаланган тишлар ҳисобланиши қайд этилган. Резорцин-формалин ва рухосидэвгенол пасталардан фойдаланиб олиб борилган эндодонтик даволашдан кейин тишлар рентгенологик текширилганида, 80% ҳолатда периапикал деструктив ўзгаришлар ва 50% ҳолатда – сифатсиз пломбаланган илдиз каналлари аниқланди (Ajeti N., Pustina-Krasniqi T., Apostolska S., Xhajanka E. 2018).

Попова И.И. ўз ишида, илдиз каналларини пломбалаш сифати фақат 71,2% ҳолатда рентгенологик назорат қилинишини кўрсатади, бошқа муаллифларнинг маълумотларига кўра бу кўрсаткич 69,4% га тенг.

Аксарият стоматология тиббиёт ташкилотларида илдиз каналлари учун энг кўп тарқалган ва арзон пломбаловчи материал 73,4% ҳолатда рухосидэвгенол ва резорцин-формалин пасталар ҳисобланади. “Бир паста” билан илдиз каналларини пломбалаш усуллари ва ўтиш қийин бўлган илдиз каналларида резорцин-формалин усулнинг олиб борилиши уларнинг сифатли obturациясини кафолатламайди ва сурункали инфекциянинг периапикал ўчоқлари ривожланишига олиб келиши мумкин. Бу микроб контаминацияси ҳамда уларнинг ҳаёт фаолияти

маҳсулотларини ўраб турган тўқималарга таъсирини олдини олиш имконини берувчи сифатли эндодонтик даволашнинг муҳимлигини яна бир бор тасдиқлайди. Клиник қўллаш тажрибаси шуни кўрсатадики, илдиз каналларини кечиктириб пломбалаш усули сурункали апикал периодонтитни консерватив даволашда стоматологнинг имкониятларини сезиларли даражада кенгайтиради, эндодонтик даволашни хавфсизроқ, физиологик қилади ва натижани олдиндан башорат қилиш имконини беради(Ajeti N., Pustina-Krasniqi T., Apostolska S., Xhajanka E. 2018).

Пломбалаш материални тепа жағ синуси ёки пастки жағ нерв каналига киритиш билан боғлиқ асоратлар алоҳида ўрин тутди. Бундай ҳолатда, энг аввало, илдиз канали орқали ёки оператив нерв декомпрессияси ўтказилиши лозим. Ўзак ичи гипертензиясини бартараф этиш учун пешоб ҳайдовчи воситалар, эуфиллин тайинланади. Қон айланиши (трентал, никотин кислота препаратлари), нерв метаболизми қайта тикланади (В гуруҳ витаминлари, пирацетам), оғриқ бартараф этилади (оғриқ қолдирувчи, седатив, десенсибилизацияловчи воситалар). Шунингдек физиотерапевтик даволаниш, хусусан, тери орқали электронейростимуляция кўрсатилган.

Тўқималар муҳандислиги ва регенератив тиббиётнинг мақсади касаллик пайтида шикастланган тўқималарни тиклаш ва алмаштириш, физиологик функцияни тиклашдир. Пародонтал тўқималарга келсак, пародонтология соҳаси пародонтал регенерация усулларини беморни парвариш қилишда сезиларли ютуқларга эришди. Альвеоляр суяк ва милк юмшоқ тўқималарни тиклаш соҳаларида сезиларли ютуқларга эришилган бўлсада, бу муолажалар регенерация қилинган пародонтал лигаментнинг (ПДЛ) структуравий ва функционал жиҳатларини қайта тикланишида муаммолар кузатилади.

Очиқ адабиётларда депофорез (ДП) қўлланишининг частотаси катта рақамларда келтирилган – илдиз каналларини даволаш ҳолатларининг 15% дан 95% гача. Илдиз каналларининг терапиясида DP усулидан фойдаланиш

беморга “ҳиссий” босимни камайтириш имконини беради, айниқса дастлабки босқичларда, масалан, электродларни тайёрлаш ва ўрнатишда. Ушбу усулни оғиз очилиши чекланган беморларда қўллаш жуда истиқболли. Анъанавий усуллар билан таққослаганда DP усули анча кам ускуналардан фойдаланишни кўзда тутаяди, бу унинг амалий қўлланишини жуда енгиллаштиради. Ушбу усулнинг яна бир муҳим устунлиги илдиз каналлари тизимига механик таъсирнинг минималлиги ҳисобланади, бу тиш илдизларида ёриқлар ёки синишлар юзага келиш эҳтимолини анча камайтиради.

Пародонтит ҳомиладорликнинг салбий оқибатлари билан боғлиқ бўлиб, улар орасида она инфекцияси, эрта туғилиш, кам вазн, прееклампси ва микробиологик ва иммунологик омиллар асосий механизмлар билан боғлиқ. 52 - 55 Паст ижтимоий- иқтисодий аҳвол, чекиш ва сийдик йўллари инфекциялари эрта туғилиш билан боғлиқлиги аллақачон маълум; Бироқ, яқинда пародонтал касаллик ҳам эрта туғилиш ҳодисалари билан кучли боғлиқлиги аниқланди(Симакова Т.Г., Пожарицкая М.М., Спицына В.И. 2012).

Пародонтал касаллик ревматоид артрит билан оғриган беморларда кенг тарқалган ва бу касаллик ревматоид артритда аутоиммун жавобни бошлайди. Пародонтал касаллик ҳам, ревматоид артрит ҳам ўхшаш патоген механизмларга эга. Ревматоид артрит билан оғриган одамларда альвеоляр суякларнинг йўқ қилиниши ва тишларнинг йўқолиши юқори даражада тарқалган, бу ҳам пародонтал касалликнинг оқибати.

Пародонтал касаллик ва сурункали буйрак касаллиги ўртасида икки томонлама боғлиқлик мавжуд. Фишер ва Тейлор АҚШда 11955 нафар катталар иштирокидаги эпидемиологик тадқиқотда пародонтитни сурункали буйрак касаллиги учун хавф омили сифатида аниқладилар. Сурункали буйрак касаллиги билан касалланган одамларда. Иоаннидоу ва Швеция пародонтал касаллик ва сурункали буйрак касаллиги нинг турли босқичлари ўртасида доза-жавоб муносабатини кузатдилар ва улар

сурункали буйрак касаллиги бўлган одамларда ўртача пародонтитни ривожланиш эҳтимоли 30-60% га кўпроқ эканлигини аниқладилар. Кейинчалик, Иоаннидоу ва бошқаларнинг бошқа тадқиқотида, буйрак функцияси паст бўлган мексикалик америкаликларнинг нормал буйрак функцияси бўлган субъектларга нисбатан пародонтал касалликка чалиниш эҳтимоли икки барабар кўп эканлиги кўрсатилди. Худди шундай, Ивасаки ва бошқалар япониялик кекса одамларда пародонтит ва буйрак функциясининг пасайиши ўртасидаги боғлиқликни кўрсатди. 14 йиллик кузатув билан яқинда ўтказилган истиқболли когорт тадқиқотида Рикардо ва бошқалар. Пародонтит билан оғриган сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларда пародонтал касаллиги бўлмаган сурункали буйрак касаллиги беморларга нисбатан ўлим хавфи 35% га кўпроқ эканлигини аниқладилар (Ajeti N., Pustina-Krasniqi T., Apostolska S., Xhajanka E. 2018).

Пародонтал касаллик туфайли саратон хавфи ортиши Мичауд ва унинг ҳамкасблари томонидан исботланган. Тил саратони хавфи альвеоляр суякнинг ҳар бир миллиметр йўқолиши билан 5,23 баробар ортади. Фитспатрик ва Катс пародонтит ва оғиз бўшлиғи, қизилўнгач, ошқозон ва ошқозон ости бези саратони ўртасидаги боғлиқлик адабиётда ўпка ва простата саратонига қараганда кўпроқ аниқланганлигини кузатдилар.

Адабиётлар шуни кўрсатадики, диабетес меллитус пародонтал касалликларнинг тизимли хавф омилларидан бири бўлиб, касалликнинг бошланиши ва ривожланишида катта рол ўйнаши мумкин. Диабетес меллитус пародонтал бойламларнинг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, кейинчалик тишларнинг йўқолишига олиб келиши мумкин. Милк суяқликлари ва Сўлакда пародонтал касаллиги бўлган диабетга чалинган бўлмаган шахсларга нисбатан пародонтит билан оғриган диабетик беморларда турли хил цитокинлар, шу жумладан яллиғланиш воситачиларининг юқори концентрацияси мавжуд. Европа Пародонтология Федерацияси ва Америка Пародонтология

Академиясининг қўшма семинари ҳисоботида пародонтал касалликнинг оғирлиги ва диабетнинг салбий оқибатлари ўртасидаги боғлиқлик аниқланган ва пародонтал даволаш диабет билан оғриган беморларга антидиабетик дори бериш каби фойдали эканлиги аниқланган (Тайченачев А.Я., Овчаренко А.В. 2012).

Баъзи дорилар туфайли сўлак миқдори камайганида инфекциялар ва пародонтал касалликларга нисбатан заифлик кучаяди. Сўлак оқимини камайтирадиган ва оғизда қуруқликни келтириб чиқарадиган энг кенг тарқалган дорилар орасида трициклик антидепрессантлар, атропин, антигистамин ва бета блокаторлар мавжуд. Баъзи дорилар (фенитоин, циклоспорин ва нифедипин) милк тўқималарнинг ғайритабиий ўсишига олиб келиши мумкин, бу кўпинча кенгайган милк остидаги тиш бляшқасини мос равишда олиб ташлашни қийинлаштиради ва шу билан мавжуд пародонтал касалликни янада кучайтириши мумкин (Riccia D.N., Bizzini F., Perilli M.G. 2007).

Шунингдек энг самарали усул флюктуризация ҳисобланади. Флюктуризация оғриқ синдромини самарали тўхтатади, яллиғланиш ўчоғини ҳамда парчаланиш маҳсулотларининг эвакуациясини чеклайди. Даволаш курсида 3 – 5 муолажа белгиланади, импульсининг шакли – биполяр симметриявий, ток зичлиги – 1-2 мА/см², таъсир қиллиш вақти – 8-10 дақиқа, муолажа ҳар куни ўтказилади.

Клиникада микротўлқинли терапия ҳамда флюктуризациянинг уйғунликда қўлланиши ўзини яхши томондан намоён қилди, улар микротўлқинларнинг яллиғланишга қарши таъсири ҳамда флюктуризацияловчи тоқларнинг оғриқсизлантирувчи таъсирини ўзида бирлаштиради. Курсда 3 – 5 муолажа белгиланади, бунда бир куннинг ўзида ҳам СВЧ-терапия, ҳам флюктуризация ўтказилади.

Ўткир ва авж олган сурункали периодонтитда биринчи ташрифдаёқ илдиз каналлардан парчаланиш маҳсулотлари олиб ташланганидан сўнг,

гелий-неон лазер нурланиши билан пародонтга самарали трансканал таъсир ўтказилади. Бу яллиғланиш интенсивлигининг камайиши, микро- гемо- ва лимфоциркуляциянинг қайта тикланши, маҳаллий ҳимоя реакцияларининг фаоллашувига олиб келади. Ўткир сероз периодонтитда нурланишнинг тавсия этилган зичлиги 150 – 170 мВт/см² ни ташкил этади, ўткир йирингли шаклида – 180-200 мВт/см². Экспозиция – бир каналга 1-2 дақиқага тенг. Даволаш курсида – 3-5 муолажа. Шунингдек “сабабчи” тиш илдизининг учларини юқори проекцияси соҳасида вестибуляр томонда альвеоляр ўсиқни нурлантиришга ҳам йўл қўйилади.

Ўткир яллиғланиш ҳолатлари тўхтатилганидан сўнг, айниқса периодонтитнинг деструктив шаклларида периапикал тўқималарда трофика ва микроциркуляцияни меъёрлаштириш, суяк тўқимасида репаратив жараёнларни қўзғатиш лозим.

Биз, шунингдек трансканал апексфорец ҳамда флюктуризация усули ни уйғунликда қўллаш истикболли деб ҳисоблаймиз. Фикримизча, апексфорец нафақат мустақил даволаш усули бўла олади, балки уни флюктуризация усули билан бирга қўллаш комплекс эндодонтик даволашнинг ажралмас бир қисми бўлади, унинг асосий мақсади – бемор учун максимал самарадорлик, ишончлилиқ ва зарарсизликка эришиш.

Шундай қилиб, ҳозирги адабиётларда эндодонтикия бўйича мавжуд маълумотларни таҳлил қилиш асосида қуйидаги хулосаларга келиш мумкин:

1. Сурункали апикал периодонтитни даволаш муаммоси терапевтик стоматологияда муҳим, тўлиқ ҳал қилинмаган ва истикболли вазифалардан бири саналади.

2. Периодонтитнинг деструктив шакллари даволашда клиник тажрибада даволашнинг ижобий натижаларини турғунлигига эришиш учун жағ альвеоляр ёйларида периодонтит ҳамда суяк тўқимасининг репаратив регенерациясини оптималлаштириш заруриятини асослайди.

3. САП комплекс эндодонтик даволаш таркибига чўққи атрофида патологик жараённи патогенезининг асосий бўғимларига фаол таъсир

қилиш, яллиғланиш-деструктив ўчоқни бартараф қилиш ва тўқималарни регенерациясининг имконини берувчи физик омилларни киритиш муҳим аҳамиятга эга.

II БОБ. СУРИНКАЛИ АПИКАЛ ПЕРИОДОНТИТЛАРНИ ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Тадқиқот ишининг мақсад ва вазифаларига мувофиқ илмий иш қуйидаги йўналишларда олиб борилди:

1. Мураккаб тиш илдиз каналларига эга, сурункали апикал периодонтити ташҳиси қўйилган беморларни танлаб олиш.
2. Сурункали апикал периодонтитни трансканал апексфореуз ҳамда флюктуризация усулини уйғунликда қўллаган ҳолда эндодонтик даволаш самарадорлигини ошириш.
3. Олиб борилаётган даволаш самарадорлигини касалликни анъанавий даволаш натижалари билан қиёсий ўрганиш.

Беморларнинг клиник тавсифи

Тадқиқотлар 2019-2021-йилларда Бухоро тиббиёт институти қошидаги илмий-амалий стоматология марказида олиб борилди.

Сурункали апикал периодонтитнинг турли шакллари мавжуд 120 нафар бемор текширилди.

Текширилган 120 нафар бемордан 18 дан 55 ёшгача бўлган 81 нафар (67,5%) беморда сурункали апикал периодонтитнинг грануляцияловчи ва гранулематоз шакллари қайд этилди (108 та кўп илдизли тишларда). 81 нафар бемордан 31 нафарини (38,3%) эркаклар ва 50 нафарини (61,7%) аёллар ташкил этди (2.1-расм).

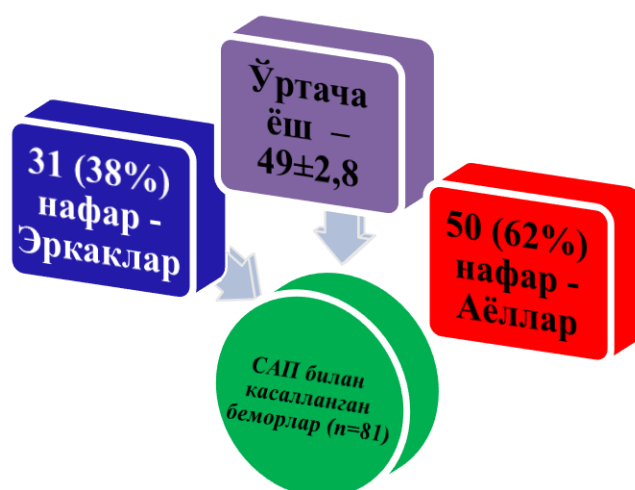
31 нафар эркакдан, 17 нафарида (54,8%) грануляцияловчи периодонтит ва 14 нафарида (45,2%) гранулематоз периодонтит аниқланди. 50 нафар аёлдан, 28 нафарида (56%) грануляцияловчи периодонтит ва 22 нафарида (44%) гранулематоз периодонтит қайд этилди(1-жадвал).

1-жадвал

Тадқиқотдаги беморларнинг ёш ва жинси бўйича мунособати, касаллик шакллариининг бўлиниши

№	Жинси ва ёш муносо­ба­ти	Грануляцияловчи периодонтит		Гранулематоз периодонтит	
		Эркак n=31 (38,3%)			
		абс	%	абс	%
1	18-39 ёш	8	9,8	6	7,6
2	40-59 ёш	9	11,1	8	9,8
№	Жинси ва ёш муносо­ба­ти	Аёл n=50 (61,7%)			
		абс	%	абс	%
		абс	%	абс	%
1	18-39 ёш	12	14,8	9	11,2
2	40-59 ёш	16	19,7	13	16,0

Барча беморларда қўлланаётган эндодонтик даволаш туридан қатъи назар икки марта – даволаш курсидан олдин ва кейин илдиз каналларининг бактериологик ифлосланиш даражаси ўрганилди, периодонт рентгенологик текширилди ва илдиз каналларини оғзида электроодонтодиагностика (ЭОД) олиб борилди.



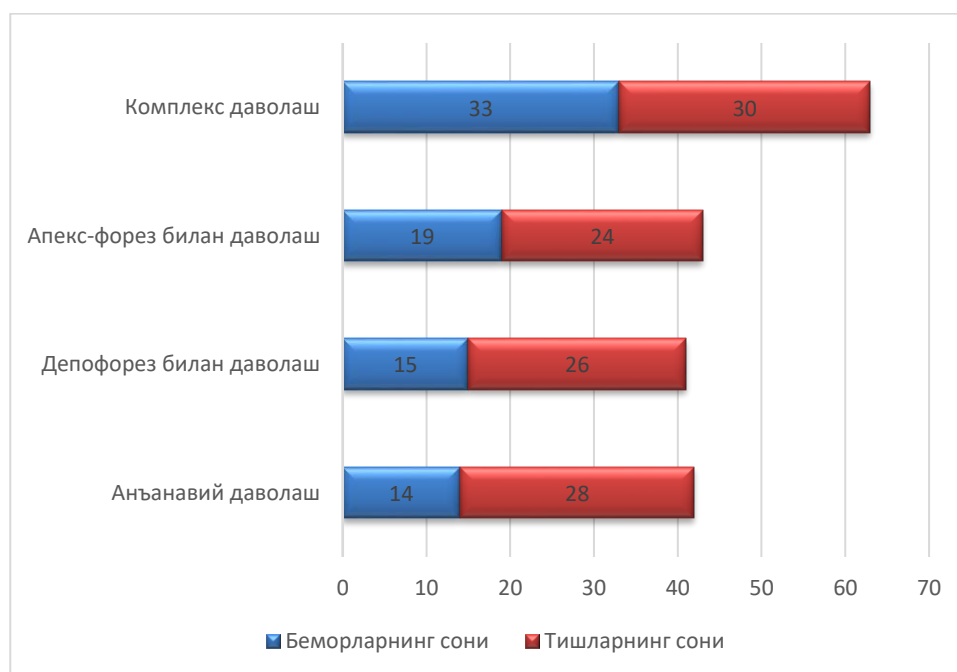
1-расм. Текширилган беморларнинг жинси бўйича тақсимланиши.

Текширилган беморларнинг тишларини эндодонтик даволаш тури бўйича тақсимланиши 2.2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Эндодонтик даволаш тури бўйича беморларнинг тақсимланиши ва сони

№	Даволаш тури (усули)	Беморларнинг сони n=81		P	Тишларнинг сони n=108	
		Abs	M±m,%		abs	M±m,%
1	Анъанавий даволаш	14	17,28±4,20	Хи-квадрат = 11,395; p = 0,010	28	25,93±4,22
2	Депозит билан даволаш	15	18,52±4,32		26	24,07±4,11
3	Апекс-форез билан даволаш	19	23,46±4,71		24	22,22±4,00
4	Апекс-форез ва флюктооризация усуллари билан уйғунликда даволаш	33	40,74±5,46		30	27,78±4,31
Жами		81	100,00±0,00		108	100,00±0,00



2-расм. Эндодонтик даволаш тури бўйича беморларнинг тақсимланиши ва сони

**Сурункали апикал периодонтитни мис-кальций гидроксиди
депофорези, кумуш-мис ўтказгичдан фойдаланиб апекс форез ҳамда
флюктуоризация усули билан уйғунликда қўллаб эндодонтик даволаш
усули**

Биринчи гуруҳ беморларининг тишлари анъанавий усулда даволанди, яъни тиш каналларининг эндодонтик қайта ишланиши Crown-Down усулиб бўйича олиб борилиб, каналлар антисептик – 1% хлорамин эритмаси, 2% гипохлорид натрий эритмаси билан ювилди. Чўққи тешиги тиш ўқи атрофида 45° дан ортиқ бўлмаган бурчакда бурғилаш орқали кенгайтирилди. Чўққи тешигининг даражаси илдиз нинаси ёрдамида аниқланди (нина бемор енгил суқилиш сезгунича илдиз каналига киритилади ва назорат рентгенограмма ўтказилиб, силерлар билан гуттаперчи совуқ ва иссиқ конденсация усуллари билан илдиз каналлари пломбаланади (депо- ва апекс-форездан фойдаланмасдан)). Ускуналар билан ўтилмаган тиш каналларида резорцин-формалин усули қўлланади.

Иккинчи гуруҳ беморларининг тишлари “Original II” (Германия) аппарати ёрдамида депофорез билан даволанди. Мис-кальций гидроксиди депофорезини ўтказиш усули қуйидагидан иборат бўлди. Дастлаб кариоз бўшлиқ некроэктомия килинди, тиш бўшлиғи очилиб эндодонтик йўл яратилди. Кафолатланган, турғун таъсирга эришиш учун 8-14 кун интервал билан учта депофорез сеанси етарли саналади. Дастлабки ташрифда илдиз каналларидан ўтилиб, узунлигининг тахминан 2/3 қисмига кенгайтирилди, кейин мис-кальций гидроксиди суспензияси билан ювилди. Тиш сўлакдан ҳимояланиб, қурилди. Бунда бемор каналдан препарат оқиб чиқмайдиган тарзда жойлаштирилиши лозим. Кейин каналнинг қайта ишланган қисмига канал тўлдиргич ёрдамида мис-кальций гидроксиди суспензияси юборилди. Шундан сўнг каналга 4-8 мм чуқурликка манфий нинали электрод (катод) киритилди, тиш бўшлиғи эса ёпишқоқ мум билан ёпилди. Мусбат пассив электрод (анод) қарама-қарши томонда лунж ортида, водопровод суви билан намланган пахта валиги ёрдамида

жойлаштирилди. Ток кучи тиш соҳасида енгил илиқлик ёки суқилиш ҳисси пайдо бўлгунча секин оширилди. Муолажани ўтказиш вақти 10 дақиқа. Муолажа якунига етганидан сўнг барча ускуналар олинди, каналларда мис-кальций гидроксиди суспензияси қолдирилиб, тиш бўшлиғи сунбий дентиндан тайёрланган боғлам билан герметик зич ёпилди.

Кейин 7-14 кун интервал билан депоионофорезнинг 2 ва 3 сеанси ўтказилди.

Сўнги муолажадан сўнг каналнинг қайта ишланган қисмини (узунлигининг 2/3 қисми) депофорез тўпламига кирувчи, таркибида мис ва ишқор бўлган махсус “Атацамит” цемент ёрдамида пломбаланди. Шу ташрифнинг ўзида доимий пломба қўйилди.

Учинчи гуруҳ беморларига апекс-форез олиб бориш учун тефлон билан ҳимоялланган бир томирли кумуш-мис электродидан фойдаланилди, у ўтиши бўйича олдиндан кенгайтирилган (илдиз узунлигининг 2/3 – 1/2 қисми, файлнинг 20 ўлчамигача), физиологик эритма билан намланган илдиз каналига киритилди. Кумуш-мис электроди анод бўлди. Иккинчи электрод ўнг қўлнинг билак қисмига ўрнатилди. Периапикал ўзгаришлар бўлмаганида кунига 5 дақиқа давомийликда 2 муолажа тайинланди, сурункали апикал периодонтитнинг деструктив шаклларида даволаш курси ҳар куни 5 дақиқадан ташкил топган 3 муолажадан иборат бўлди. Даволаш вақтида, муолажаларда ток кучи 1-0,5 мА доирасида ўзгарди. 1 муолажада электр токининг миқдори 2,5-5 мА х дақиқани ташкил этди.

Тўртинчи гуруҳ беморларида илдиз каналлари анъанавий ускунавий ва дори-дармон билан қайта ишланганидан кейин 7 кун ўтиб апексфорез ва флюктуоризация усуллари уйғунликда олиб борилди.

Флюктуоризация – бу синусоидал ўзгарувчан токни даволаш мақсадида 100 дан 2000 Гс гача доирада амплитуда ва частота бўйича тартибсиз ўзгартириб қўллаш.

Бу ток қуйидагича таъсир қилди:

➤ оғриқсизлантирди;

- алмашинув жараёнларини тезлаштирди;
- яллиғланишнинг йирингли ўчоғини “соғлом” тўқимадан ажратиш, яллиғланиш инфильтратининг тескари ривожланишига шароит яратди;

- регенерация жараёнларини кучайтирди.

Флюкторизация учун АСБ-2-1 оғриқ қолдириш аппарати қўлланди.

Флюкторизация техникаси ва усули:

1. Аппарат тайёрланди (потенциометрнинг нол рақамини аппарат панелида учбурчак бурчагига ўрнатилди).

2. Бемор муолажага тайёрланди (электродлар қўйилди), улар бўйлама ёки кўндаланг қўйилди, бемор эҳтимоли бўлган ҳислардан огоҳлантирилди.

3.Қуйидаги муолажалар ўтказилди:

- тармоқдан ток қўшилди (сигнал лампаси ёнади);
- зарур импульс тури берилди (4,5,6 тугмалардан бирини босиб);
- аппарат 1-2 дақиқа қиздирилди;
- ток беморда вибрация сезилгунча берилди.

4.Якунда:

- муолажа якунланганидан сўнг потенциометр нолга ўрнатилди;
- ток узилиб, электродлар олинди.

8-15 дақиқа давом этадиган муолажа кунора ўтказилди. Даволаш курси – 8 тагача муолажа. Ток зичлиги 1 мА/см² гача бўлган кичик дозада бемор электродлар остида ачиш, суқилиш ҳис қилди. Бунда ифодали оғриқсизлантирувчи таъсирга эришилади. Ўртача дозада ток зичлиги 1-2 мА/см² ни ташкил этди.

Бемор вибрация ва юза мушакларининг суст қисқаришини ҳис этди, бунда яллиғланишга қарши таъсир кузатилди. Кейин ток зичлиги 2 мА/см² гача оширилди, бемор чуқур тўқималарда хаотик силкиниш ва чайқалиш кучайганлигини ҳис этди. Катта доза патология ўчоғи чуқур жойлашганида яллиғланишга қарши, сўрувчи таъсир кўрсатди. Бир соатдан кейин шу

дозада апексфорезнинг такрорий сеанси ўтказилди. 14-куни яна тишларнинг апекс-форези ва периапикал соҳада флюктуоризация олиб борилди. Охир-оқибат тишларни уйғунлашган усулда даволаш курсида беморлар 3 та апекс-форез сенаси ва 7 та флюкторизация сеансини ўтади. Шундан сўнг тишларнинг ўтилган каналлари шу онда силерлар билан гуттаперчи совуқ ва иссиқ конденсация усуллари билан пломбаланди (АН-plus, кортизонол, виэдент ва бошқалар). Ускунавий ўтилмаган илдиз каналлари, очиқ қисми доирасида атачамит билан пломбаланди. Тиш тожлари пломба ва вкладкалар ёрдамида қайта тикланди.

Рентгенологик тадқиқот усуллари

Ўрганилаётган барча беморларда рентгенологик текширув олиб борилди. Биз қуйидаги рентгенологик тадқиқот усулларида фойдаландик:

1. Барча дастлабки беморларга унинг стоматологик ҳолатини аниқлаш, шунингдек белгиларсиз кечаётган сурункали одонтоген инфекция ўчоқларини аниқлаш учун ортопантомография ўтказилди.

2. Илдиз каналларининг ўтиш даражаси ва ишчи узунлигини аниқлаш, шунингдек илдиз каналлари обтурациясининг сифатини баҳолаш учун диагностика босқичида ҳамда бирламчи ва якуний эндодонтик даволаш жараёнида Бухоро давлат тиббиёт институти қошида илмий-амалий стоматология марказида дентал радиовизиография (TRIDENT портатив стоматологик рентген) қўлланди.

Олиб борилаётган даволаш самарадорлиги ҳамда динамикасини аниқлаш учун, даволаш бошланидан кейин 6 ва 12 ой муддатда такрорий рентгенологик тадқиқотлар билан назорат қилинди.

Сурункали апикал периодонтитни флюктуризация усули билан уйғунликда апекс-форез даволашнинг узок муддатли таъсирини микробиологик баҳоси ва клиник-рентгенологик тавсифи

Барча беморларда анъанавий даволаш ҳамда флюктуризация усули билан уйғунликда апекс-форез даволаш усули қўлланишидан олдин тиш илдиз каналларининг микрофлораси ўрганилди, илдиз каналларида рентгенологик тадқиқот ҳамда оғзида электроодонтодиагностика (ЭОД) ўтказилди. Рентгенограмма бўйича периодонтда деструктив ўзгаришлар мавжудлиги ёки мавжуд эмаслиги қайд этилди, ЭОД ёрдамида эса илдиз пулпасининг ҳолати аниқланди. Агар тишларнинг илдиз каналларида инфекцияланган пулппа қолдиқлари аниқланса (электр қўзғалувчанлик – 100 мкА дан паст), у девит ёрдамида девитализацияланди. Муолажалар ЭОД кўрсаткичлари 100 мкА дан юқори бўлганида пульпа қолдиқлари тўлиқ девитализация қилинганидан кейин тайинланди.

Тишларни эндодонтик даволашнинг энг яқин натижалари 7 дан 14 кунгача муддатларда беморларнинг шикоятлари ҳамда тиш ва уни ўраб турган тўқималарнинг ҳолатини объектив клиник текшириш асосида баҳоланди.

Даволашнинг 6 ва 12 ойдан сўнг узок муддатли натижалари беморларнинг шикоятлари, тиш ва уни ўраб турган тўқималарнинг ҳолатини объектив клиник текшириш, шунингдек рентгенологик тадқиқот асосида баҳоланди.

Рентгенологик тадқиқот натижаларини таҳлил қилиш ва таққослаш учун биз D.Qrstaviketal(1986)томонидан таклиф қилинган ва А.М. Соловьева (1999) томонидан модификацияланган РАІ периапикал индексдан фойдаландик. Периапикал индекс нафақат суяк тўқимасида сийракланишни аниқлаш, балки периапикал соҳада суяк трабекулаларининг тузилиши ва суяк-илик соҳаларини баҳолаш имконини берди (2-жадвал).

РАІ ёрдамида рентгенограмманинг таҳлили унинг юқори сифатини кўзда тутди, шубҳали ҳолатларда рентгенограммалар РАІ нинг юқори балли билан баҳоланди, кўп илдизли тишларнинг суратлари аниқланган қийматларнинг энг юқориси бўйича баҳоланди.

Даволашнинг илдиз каналларида микрофлорага таъсирини ўрганиш мақсадида бактериологик тадқиқот икки марта – эндодонтик даволаш курси бошланишидан олдин ва кейин ўтказилди (илдиз канали пломбаланишидан олдин). Бунинг учун стерил қоғоз абсорбер ёрдамида тишнинг илдиз каналидан материал олиниб, транспортировка учун Эймс яримсуяқ озуқа муҳитига жойлаштирилди. Кейинги бактериологик тадқиқот клиник анаэроб микробиологиянинг умумий эътироф этилган қоидаларига мувофиқ амалга оширилди: аэроб ва анаэроб шароитларда оғиз бўшлиғида бактерияларнинг культивацияси учун мўлжалланган муҳитларга микдоран секторал экиш амалга оширилди. Анаэроб шароитларда облигат- ва факультатив-анаэроб бактерияларнинг тоза културалари « Difco » фирмасининг Brain-HeartInfusion Инфузион асосида тайёрланган 5% гемагаридан фойдаланиб, гемин (5 мг/л) ва менадион (0,1 мг/л) қўшиб, экинларни 80% азот, 10% водород, 10% карбонат ангидрид газ аралашмасига эга кислородсиз, анаэроостатларга жойлаштирилиб олинди. Кислород қолдиқларининг редукцияси учун палладий катализатори қўлланилди. Морфологик, маданий ва биокимёвий белгилар комплекси ёрдамида ажратилган бактерияларнинг тури қайд этилди. Анаэроб бактериялар, стрептококклар, стафилококклар ва грамманфий бактерияларнинг тоза култураларини биокимёвий идентификацияси API (Франция) ва “Roche” (Германия) фирмаларининг тест-тизимлари ёрдамида олиб борилди.

Ифодали антибактериал таъсирни таъминловчи апекс-форез дозаларининг оптимал кўрсаткичини аниқлаш учун тишларнинг илдиз каналларидан олинган факультатив-анаэроб бактерияларнинг клиник штаммларидан фойдаланилди, айнан: *Staphylococcus epidermidis*,

Streptococcus sanguis, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus salivarius*, *Candida Krusei*, *Escherichia coli*, *Clostridium spp.* *Stafiolokoto'plangan*, стрептококк ва клостридийларни етиштириш учун 5% қон ағари, ичак таёқчаси – гўшт-пептон агардан, *Candida Krusei* учун – Сабуро муҳитидан фойдаланилди.

Амалдаги тавсияларга мувофиқ тадқиқот қуйидаги тарзда ўтказилди: Петри чашкаларида янги тайёрланган агар юзасига 1 млн. кл/мл (хираликнинг оптик стандарти бўйича) концентрацияда “газон” усули билан микроорганизмларнинг културалари экилди, улар агар юзасида стерил шпател ёрдамида равон тақсимланди. Кейин Петри чашкаси секторларга бўлинди. Бир секторга кумуш-мис электрод қўйилди, у плюс ток манбаига уланди, бошқаси – шунга ўхшаш электрод, минусга уланди. Агарга электродларнинг фақат фаол ишчи юзаси киритилди. Доимий ток манбаи сифатида Поток-1 ва Элфор-проф аппаратлари қўлланилди. Муолажалар электр токининг миқдори бўйича дозаланди (мА * дақиқа). Оптимал кўрсаткичларни аниқлаш учун 3 таъсир дозаси ўрганилди: 1,5 мА * дақиқа, 2,5 мА * дақиқа ва 5 мА * дақиқа. Муолажа якунига етганидан сўнг электродлар агардан олиниб, Петри чашкалар 80% азот, 10% водород, 10% карбонат ангидридга эга кислородсиз газ аралашмаси бўлган анаэроустатларга қўйилди. Кислород қолдиқларининг редукцияси учун палладий катализаторидан фойдаланилди. Натижалар 37°C анаэроустатда Петри чашкаларида 7 кун инкубациядан сўнг рўйхатга олинди. Ҳисоблар агарда электрод қолдирган тешик атрофида бактерия колонияларининг ўсишда кечиккан (миллиметрларда) соҳаларининг диаметрини ўлчаш йўли билан олиб борилди. Ўсишда кечикиш соҳасининг диаметрига боғлиқ равишда антибактериал таъсири суст (диаметр 5 мм дан кам бўлганида), ўрта (5-10 мм диаметрда) ва юқори (10 мм дан ортиқ диаметрда) сифатида баҳоланди.

3-жадвал

РАІ периапикал индекс (модификацияланган)

№	Периодонтал тешик	Кортикал пластинка	Суяк тўқимасининг сийракланиши	Илдиз чўққисининг
---	-------------------	--------------------	--------------------------------	-------------------

				ҳолати
0	Нормал	Нормал	Мавжуд эмас	Шаклланган, патологик ўзгармаган
1	Кенгайган	Сақланган	Мавжуд эмас	Шаклланган, патологик ўзгармаган
2	Кенгайган	Сақланган	Ғовакли суякни суяк-илик соҳасининг кенгайиши, ғовакли суяк тўсинларининг хаотик жойлашуви	Шаклланган, патологик ўзгармаган
3	Кенгайган	Илдиз чўққи соҳасида мавжуд эмас	Сийраклашиш соҳасида ғовакли суяк тўсинларининг сурати сақланган	Шаклланган, патологик ўзгармаган
4	Кенгайган	Илдиз чўққи соҳасида мавжуд эмас	Сираклашиш соҳасида суяк тўсинларининг сурати мавжуд эмас, нуқсон чегараси аниқ ифодаланган	Шаклланган, патологик ўзгармаган
5	Кенгайган	Илдиз чўққи соҳасида мавжуд эмас	Сийраклашиш соҳасида суяк тўсинларининг сурати мавжуд эмас, нуқсон чегараси аниқ ифодаланмаган, нуқсон периферияси бўйича — сийраклашиш соҳасида суяк-илик соҳасининг кенгайиши мавжуд	Шаклланган, патологик ўзгармаган
6	Кенгайган	Илдиз чўққи соҳасида мавжуд эмас	Сийраклашиш соҳасида суяк тўсинларининг сурати мавжуд эмас	Шаклланмаган ёки резорбцияланган

Апекс-форезнинг култивациялаш қийин бўлган патоген анаэроб бактерияларга таъсирини ўрганиш учун полимераз занжир реакцияга (ПЗР)

асосланган тест-тизим ёрдамида тадқиқотлар олиб борилди. Илдиз каналлари таркибининг микрофлораси ПЗР ёрдамида икки марта аниқланди: биринчи марта – доимий ток билан трансканал таъсир ўтказишдан олдин (антисептиклар билан суғоришсиз, илдиз каналини ўтиш бўйича механик қайта ишлагандан сўнг), иккинчи марта – электрмуолажалар курси якунига етганидан 2 ҳафта ўтиб. ПЗР “Генлаб” (Россия) фирмаси ишлаб чиқарган Мультидент-5 тести ёрдамида олиб борилди. ПЗР-дагностика учун илдиз каналларидан намуналарни олиш усули қуйидагидан иборат бўлди:

- стерил қоғоз эндодонтик штифтни (пойнт) илдиз каналга, унинг шиллик, эмал юзаси ёки тиш тожи билан контактини истисно қилган тарзда киритиш;
- қоғоз штифтни Erpendorf турдаги пробиркаларга кўчириш ҳамда лабораторияга етказиш.

Илдиз каналларидан стерил қоғоз пойнт ёрдамида олинган, ўрганилаётган материал намуналари ПЗР-диагностикани ўтказувчи Бухоро шаҳри шаҳар санитария-эпидемиология станцияси (ШахСЭС) лабораториясига етказилди. ДНК ажратиш учун клиник материалдан ДНК ажратиш учун реагентлар тўплами ёрдамида тезкор намуна тайёрлаш усулидан фойдаланилди (“Генлаб”).

Actinobacillusactinomycetemcomitans, Prevotellaintermedia, Bacteroidesforsythus, Treponemadenticola ва Porphyromonasgingivalis патоген бактериялар ДНК амплификацияси учун мултиплекс ПЗР усули қўлланди, у бир вақтнинг ўзида бир нечта кўзғатувчиларни идентификациялаш имконини беради. ПЗР Терцик МС-2 (ишлаб чиқарувчи – “ДНК-технология”, Москва) маркали амплификаторда ўтказилди. Реакция Матрица ҳароратини бошқариш режимида қуйидаги дастур бўйича кечди: 120 сония давомида 95°C да денатурация (1 цикл); 30 сония давомида 95°C да денатурация; 30 сония давомида 60°C да куйдириш; 40 сония давомида 72°C да синтез (33 цикл); 240 сония

давомида 72°C да якуний босқич синтези (1 цикл). Якуний ҳажми 25 мкл бўлган инкубация аралашмаси 19 мкл супермикс, 1 бирл/мкл полимераза, тишнинг илдиз каналларидан ажратилган 5 мкл ДНК дан ташкил топди. Реакция намунаси буғланишининг олдини олиш учун аралашма устига 25 мкл минерал мой қуйилди. Олинган ДНК-маҳсулотлари 1,6% агароз гелда электрофорез билан аниқланди.

III БОБ. СУРУНКАЛИ АПИКАЛ ПЕРИОДОНТИТНИ ЭНДОДОНТИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ҲАМДА ИЛМИЙ АСОСЛАШ

Юқорида айтиб ўтилганидек, ўтиш қийин бўлган тиш илдизи каналларида сурункали апикал периодонтитни даволаш усулларини такомиллаштириш ҳамда илмий асослаш ҳозирги стоматологиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Бунда муваффақиятсизликлар ва асоратларнинг асосий сабаблари илдиз каналдан ўтиш қисмининг етарли дезинфекцияланмаслиги билан боғлиқ. Ҳатто антибиотикларнинг канал ичига қўлланиши, у бир вақтлар энг самарали усул сифатида кўриб чиқилган, доим ҳам ижобий натижа бермайди. Бунда энг мураккаб вазифа илдиз канали кўп сонли тармоқларга бўлинадиган ва апикал дельтани ҳосил қиладиган, тиш илдизининг апикал қисмини тўлақонли қайта ишлаш саналади.

Ўтиш қийин бўлган тиш илдизи каналларида сурункали апикал периодонтитни даволашнинг мавжуд усуллари сифатини ошириш ва такомиллаштириш учун биз янги физик усуллардан фойдаланиб тишларни даволадик –апекс-форез усули флюктуоризация усули билан ҳам алоҳида, ҳам уйғунликда касалликни анъанавий даволаш усуллари билан қиёсий ўрганилди.

Сурункали апикал периодонтитни комплекс даволашда флюктуоризация усули билан уйғунликда апекс-форез усулини қўллаш самарадорлигини микробиологик баҳолаш

Олиб борилган микробиологик тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, турли даволаш усуллари бошладан аввал тишларнинг илдиз каналларидан олинган материалда облигат- ва факултатив-анаэроб бактериялар кўринишида хилма-хил микроб пейзажи аниқланди. Ўрганилаётган материалда энг кўп стрептококклар ва стафилококклар аниқланди: *Str.sanguis* – 52% беморларда, *Str.mutans* – 68% беморларда,

Str.salivarius – 52%, *St.epidermidis* – 41% беморларда. Бундан ташқари, 38% беморларнинг илдиз каналларида *Peptostreptococcus anaerobius*, 12% да - *Clostridium*spp, 14% да *Candida albicans* турдаги замбуруғлар аниқланди. Сийраклашиш соҳасида суяк шимғичли моддаларининг сурати мавжуд эмас.

Даволашдан олдин тишларнинг илдиз каналидан олинган анаэроб бактерия штамmlарини ўрганиши шуни кўрсатдики (3.1-жадвал), сурункали апикал периодонтитни анъанавий терапия билан даволашда факультатив-анаэроб бактерияларнинг барча штамmlарида ўсишдан кечикиш соҳалари 5,1 (3,7-5,0 мм) дан кам қисмни ташкил этди. Мис-калций гидроксиди билан депофорезда, ток кучи 1,5 мА х дақиқа қўланганида - 4,9 (3,5-4,8 мм). Антибактериал фаолликни баҳолашнинг мавжуд мезонларига мувофиқ тест-културалар ўсиши тормозлашинингбундай қийматлари анъанавий даволаш ҳамда 1,5 мА х дақиқа дозада депофорезнинг заиф антибактерияли таъсири сифатида баҳоланиши мумкин.

Депофорез вақтида электр токининг миқдори 2,5 мА х дақиқани ташкил этган ҳолатларда ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри мўтадил ифодаланган антибактерияли таъсирга мос бўлди.

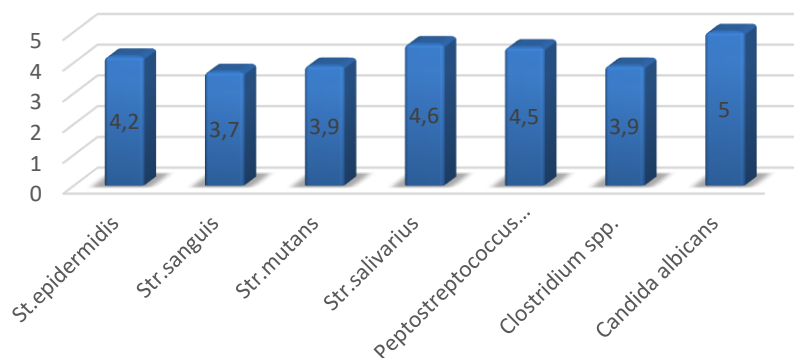
4-жадвал

Кўлланаётган эндодонтик даволаш турига боғлиқ равишда анаэроб бактерия колонияларини ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри (мм да) ($M \pm m$)

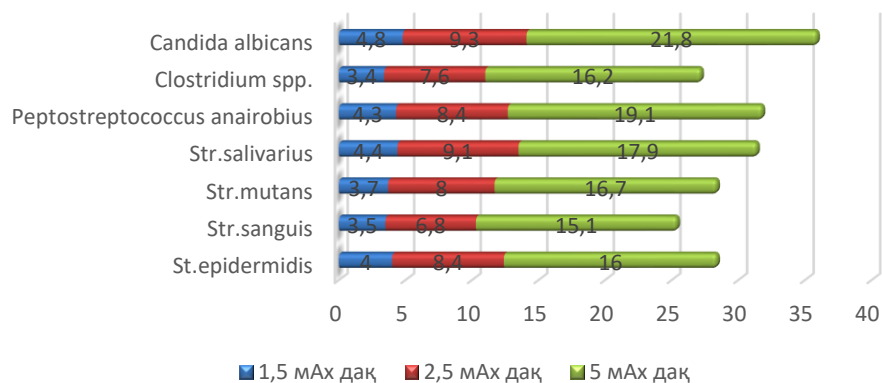
Бактерияларнинг штаммлари	Даволаш тури							
	Анъанавий даволаш	Депофорез			Апексфорез			Апекс- форез+флю ктори-зация усули
		Муолажа дозаси			Муолажа дозаси			
		1,5 мА ^х дақ	2,5 мА ^х дақ	5 мА ^х дақ	1,5 мА ^х дақ	2,5 мА ^х дақ	5 мА ^х дақ	
St.epidermidis	4,2±0,07	4,0±0,05***	8,4±0,05*	16,0±0,04*	4,2±0,04	8,6±0,05*	16,4±0,05*	18,4±0,04*
Str.sanguis	3,7±0,04	3,5±0,01	6,8±0,04*	15,1±0,02*	3,7±0,03	7,0±0,06*	15,4±0,03*	17,8±0,09*
Str.mutans	3,9±0,03	3,7±0,03	8,0±0,02*	16,7±0,04*	3,6±0,02*	8,3±0,04*	17,2±0,07*	19,1±0,06*
Str.salivarius	4,6±0,05	4,4±0,05**	9,1±0,02*	17,9±0,03*	4,6±0,04	9,3±0,05*	19,0±0,05*	21,3±0,08*
Peptostreptococcus anairobis	4,5±0,05	4,3±0,03**	8,4±0,03*	19,1±0,05*	4,4±0,05	8,6±0,02*	19,5±0,05*	22,3±0,08*
Clostridium spp.	3,9±0,06	3,4±0,03**	7,6±0,02*	16,2±0,05*	3,9±0,05	7,8±0,04*	16,6±0,05*	19,4±0,09*
Candida albicans	5,0±0,01	4,8±0,03	9,3±0,03*	21,8±0,07*	5,0±0,05	9,6±0,05*	22,1±0,05*	24,5±0,07*

Эслатма: фарқлар анъанавий даволашга нисбатан ишончли (* - $P < 0,001$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,05$).

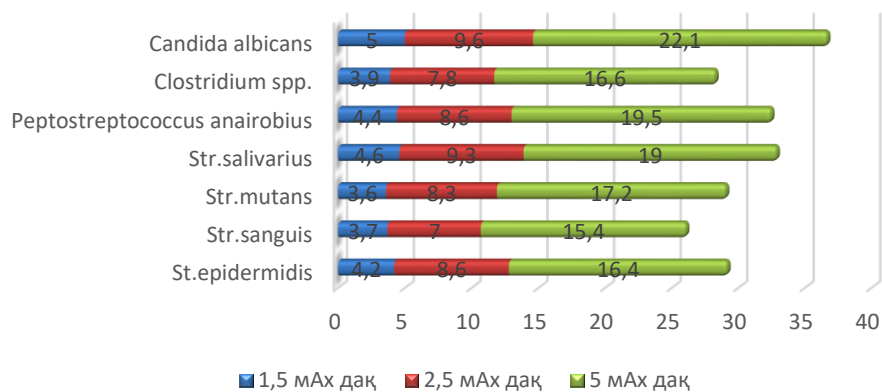
Анъанавий даволаш



Депозиторез



Апексфорез





4-расм. Даволаш турига боғлиқ равишда анаэроб бактерия колонияларини ўсиши, алоҳида кўриниши.

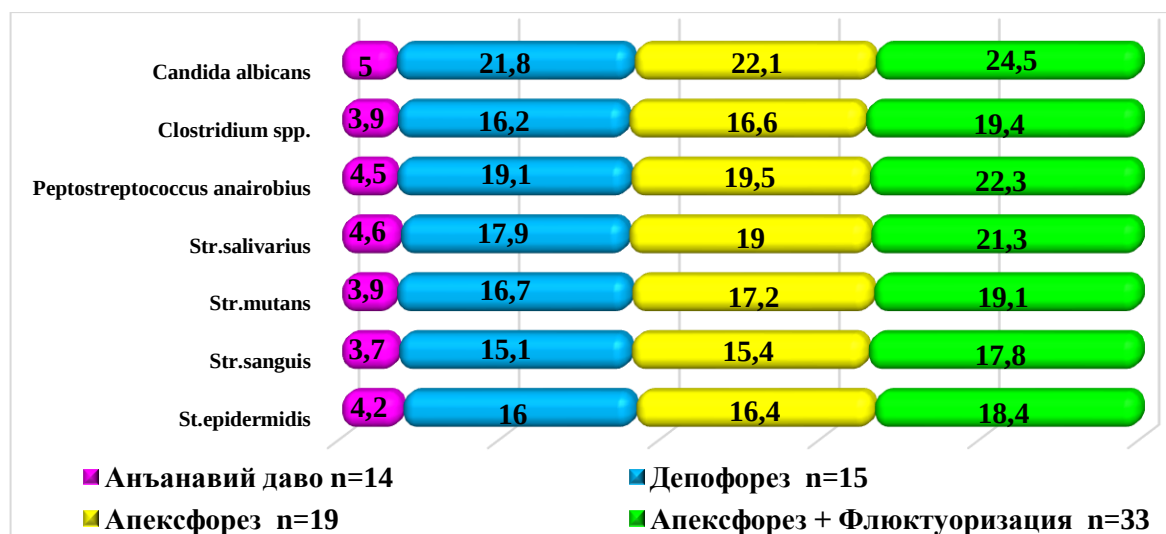
(ўсишдан кечикиш соҳалари - 6,8-9,3 мм). Энг кўп ифодаланган антибактерияли таъсир депофорез дозаси 5 мА х дақиқага тенглашган ҳолатларда юзага келди. Ўрганилаётган барча бактерия колониялари ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри 15,1 мм (15,1-21,8 мм) дан ортиқ бўлди. Шундан келиб чиқиб, депофорезнинг антибактерияли таъсир кўрсатувчи оптимал дозалари 2,5 – 5 мА х дақиқани ташкил этади.

Сурункали апикал периодонтитни кумуш-мис электродидан фойдаланиб апекс-форез усулида даволаш

Ўрганилаётган факултатив-анаэроб бактерияларни барча штаммларининг ўсишда кечикиш соҳаси 1,5 мА х дақиқа дозада 5,1 мм (3,9-5,0 мм) га тенг бўлди, бу апекс-форезнинг ушбу дозасини заиф антибактерияли таъсири сифатида баҳоланди.

Муолажа вақтида ток кучи 2,5 мА х дақиқагача оширилганида ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри 8,6-9,6 мм ни ташкил этди, бу мўтадил ифодаланган антибактерияли таъсирга мос келади. Энг кўп ифодаланган антибактерияли таъсир апекс-форезнинг 5 мА х дақиқа дозасида аниқланди, яъни ўрганилаётган бактериялар колониясида ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри 15,4 мм дан ортиқни (15,4-22,4 мм) ташкил қилди.

Шундай қилиб, антибактериял таъсир кўрсатувчи апекс-форезнинг оптимал дозаси шунингдек 2,5-5 мА х дақиқа саналади.



5-расм. Муолажа дозаси 5 мА х дақиқа бўлганида қўлланётган эндодонтик даволаш турига боғлиқ равишда анаэроб бактерия колонияларини ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри (мм).

Сурункали апикал периодонтитни апекс-форез ва флюктуоризация усулини қўллаб уйғунликда эндодонтик даволаш ҳолатида уларни алоҳида қўллаган ҳолат билан таққослаганда, янада кўп ифодаланган антибакерияли таъсири кузатилади. Шундай қилиб, апекс-форез ва флюктуоризация усуллари уйғунликда қўллаганда ўрганилаётган анаэроб бактерия штаммларини ўсишдан кечикиш соҳаларининг диаметри ўртача 20,4 мм (17,8-24,5 мм) га тенг бўлди, бу анъанавий даволашда олинadиган натижадан 4,8 марта юқори антиакерияли таъсир ҳисобланади. Бу мос равишда 4,2 мм, депофорез билан таққослаганда 1,6 марта (мос равишда 12,8 мм) ва апекс-форез билан таққослаганда 1,5 марта кўп (мос равишда 13,2 мм).

Шундай қилиб, кумуш-мис электроди билан апекс форез ва флюктуоризация усулини уйғунликда қўллаб сурункали апикал периодонтитни комбинацияли эндодонтик даволаш ушбу усулларни даволашда алоҳида қўллаш билан солиштирилганида, энг кўп ифодаланган антибактериал таъсирга эга.



6-расм. Қўлланаётган эндодонтик даволаш турига боғлиқ равишда ўрганилаётган анаэроб бактерия колонияларини ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри

Айтиб ўтиш жоизки, тишининг илдиз каналларида фақат бир шаклдаги бактерия текширилган 81 нафар сурункали грануляцияловчи периодонтит мавжуд бўлган бемордан фақат 6 нафарида (7,4%) аниқланди, аксарият ҳолатларда (92,6%) микробларнинг 2 тадан 6 тагача турини ўз ичига олувчи, кўзгатувчиларнинг ассоциациялари қайд этилди. Шундай қилиб, масалан, сурункали грануляцияловчи периодонтит мавжуд бўлган беморлардан олинган материалдан микрофлоранинг энг катта спектри ажратилди, сурункали гранулематоз периодонтит мавжуд беморларда эса моноинфекция умуман учрамади. Касалликнинг барча шаклларида беморларда даволашдан олдин *Streptococcus* ва *Candida* турдаги замбуруғлар аниқланди, бунда ассоциациялар таркибида стрептококк микрофлора устунлик қилди.

Шапиро-Уилк ($p < 0,05$ да) мезони ёрдамида таққосланаётган ҳар бир гуруҳда кўрсаткичларнинг нормал тақсимланиши баҳоланди. Тақсимланиши нормал *St.epidermidis* ($p = 0,017$), *Clostridium spp.* ($p = 0,029$)дан фарқ қилган кўрсаткичларни таққослаш учун Краскел-Уоллиснинг нопараметрик мезонидан фойдаланилди. Краскел-Уоллис мезонининг ҳисобланган қийматини кескин қиймат билан таққослаб, SPSSстатистика дастури

ёрдамида п аҳамият даражасини аниқлаб, кўрсаткичлар ўртасида фарқларнинг статистик аҳамияти баҳоланди.

Даволашдан олдин Краскел-Уоллис мезони ёрдамида таққосланаётган гуруҳларда фарқлар аниқланганида улар аҳамияти бўлди: *St.epidermidis* ($p = 0,981$), *Str.sanguis* ($p = 0,097$), *Str.mutans* ($p = 0,752$), *Str.salivarius* ($p = 0,702$), *Peptostreptococcus anairobis* ($p = 0,724$), *Clostridium spp.* ($p = 0,752$), *Candida albicans* ($p = 0,507$). Тиш илдиз каналларида эндодонтик таъсирнинг турли усуллари билан терапия олиб боришдан аввал микрофлоранинг миқдор ва сифат таркиби бўйича маълумотлар келтирилган.

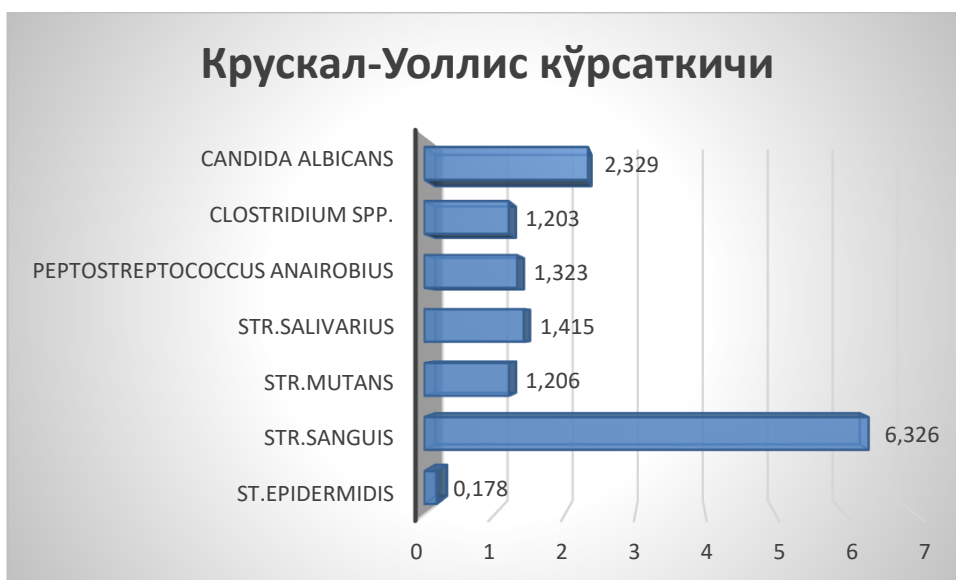
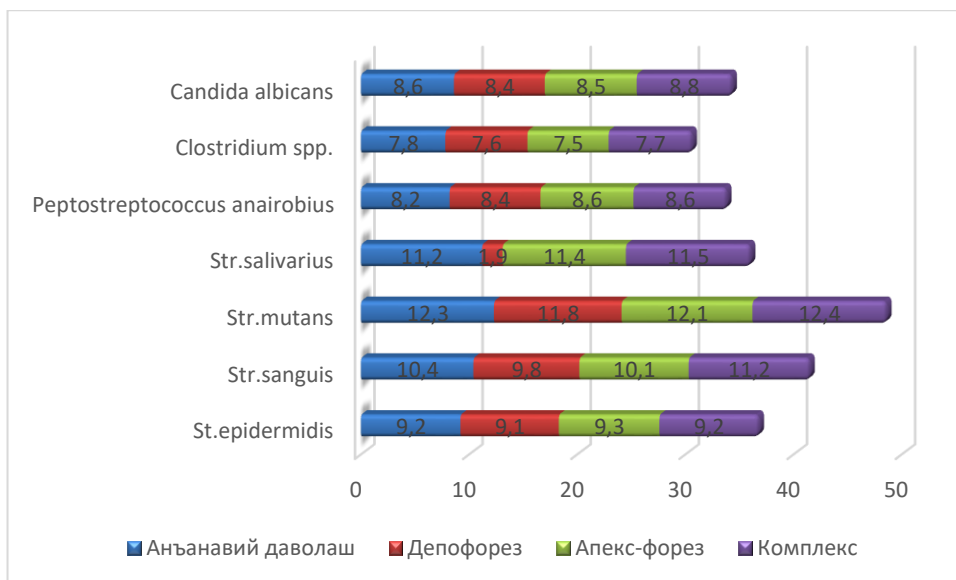
Эндодонтик таъсир ўтказишнинг хилма-хил турлари билан терапия ўтказилганидан сўнг тишлар илдиз каналида микрофлоранинг миқдор ва сифат таркиби бўйича маълумотлар таққосланганида қўлланган даволаш турига боғлиқ равишда микрофлора миқдорининг сезиларли даражада камайиши кузатилган. Сурункали апикал периодонтит аниқланган, анъанавий усулда даволанган беморларда илдиз каналнинг уруғланиши, гарчи камайиш тенденциясига эга бўлсада, бироқ аксарият ҳолатларда у ишончли фарқни юзага келтирмади ($P > 0,05$).

Мис-калций гидроксиди билан илдиз канали депофорези қўлланганида даволаш курсидан кейин микрофлора миқдори $7,6-9,8 \text{ Lg KOE/мл}$ дан $2,8-6,3 \text{ Lg KOE/мл}$ гача камайди, яъни деярли 2 баробар. Бунда тўлиқ деконтаминация (микроблар ўсиши кузатилмади) $57,8\%$ ҳолатда қайд этилди, қолган ҳолатларда – уруғланиш ишончли ($P < 0,05-0,01$) камайди.

**Турли усуллар билан даволашдан олдин сурункали ўткир
периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари мавжуд
беморларда тишлар илдиз каналларининг бактерияли уруғланиши
(LgKOE/мл да)**

Микроорганизмларнинг штаммлари	Даволаш тури					
	Анъанавий даволаш	Депопорез	Апекс-форез	Апекс-форез+ флюкторизация усули	Крускал-Уоллис χ^2 кўрсаткичи	P
St.epidermidis	9,2±0,38	9,1±0,40	9,3±0,44	9,2±0,37	0,178	0,981
Str.sanguis	10,4±0,39	9,8±0,34	10,1±0,39	11,2±0,46	6,326	0,097
Str.mutans	12,3±0,49	11,8±0,52	12,1±0,57	12,4±0,52	1,206	0,752
Str.salivarius	11,2±0,46	10,9±0,45	11,4±0,42	11,5±0,46	1,415	0,702
Peptostreptococcus anairobis	8,2±0,25	8,4±0,26	8,6±0,27	8,6±0,34	1,323	0,724
Clostridium spp.	7,8±0,23	7,6±0,25	7,5±0,28	7,7±0,22	1,203	0,752
Candida albicans	8,6±0,21	8,4±0,24	8,5±0,42	8,8±0,22	2,329	0,507

Кумуш-мис ўтказгичини қўллаб апекс-форез билан тишларнинг эндодонтик даволаниши барча турдаги микрофлоранинг 7,5-12,1 Lg КОЕ/мл дан 1,9-4,1 Lg КОЕ/млгача 3,3 баробар ишончли ($P < 0,05-0,01$) камайишига олиб келди, айниқса бу Str.sanguis, Str.mutans, Str.salivarius ва Clostridium spp. Га нисбатан яққол кўриниб турибди. Тўлиқ деконтаминация 66,8% беморларда кузатилди. Бошқача сўзлар билан айтганда, сурункали апикал периодонтитни апекс-форезни қўллаб даволаш илдиз каналнинг депопорезига қараганда, 1,3 марта кўпроқ антебактериал таъсир кўрсатади.



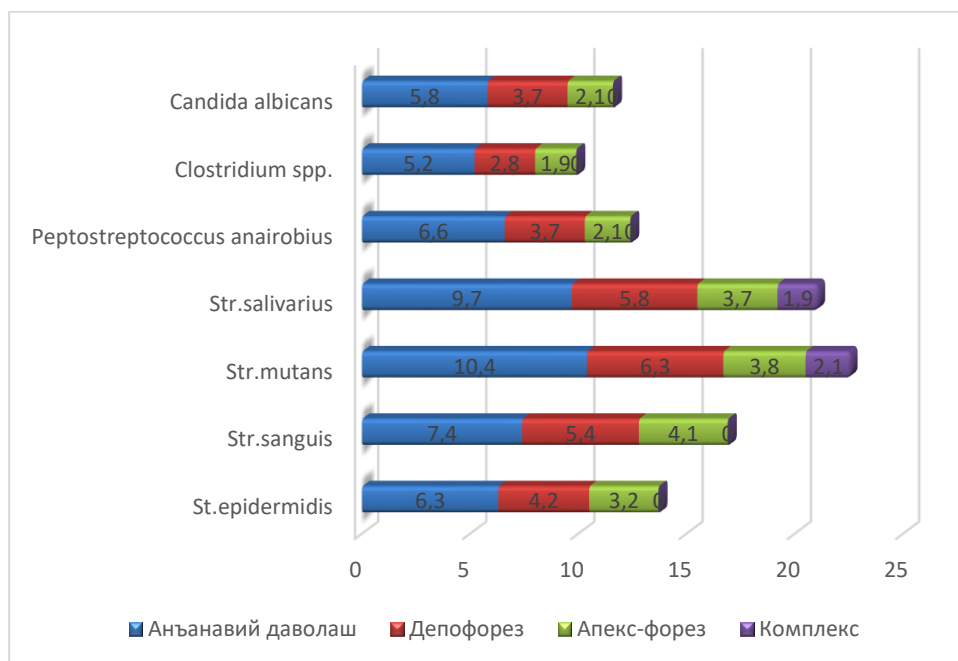
6-жадвал

Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари мавжуд беморларни турли усуллар билан даволашдан олдин ва кейин уларнинг тиш илдиз каналларида бактериялар уруғланиши (LgKOE/мл да)

Микроорганизм штамmlлари	Даволаш тури							
	Анъанавий даволаш		Депофорез		Апекс-форез		Апекс-форез+ флюкторизация усули	
	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин
St.epidermidis	9,2±0,38	6,3±0,28*	9,1±0,40	4,2±0,12*	9,3±0,44	3,2±0,14*	9,2±0,37	0,0±0,00*
Str.sanguis	10,4±0,39	7,4±0,23*	9,8±0,34	5,4±0,13*	10,1±0,39	4,1±0,11*	11,2±0,46	0,0±0,00*
Str.mutans	12,3±0,49	10,4±0,34**	11,8±0,52	6,3±0,29*	12,1±0,57	3,8±0,18*	12,4±0,52	2,1±0,08*
Str.salivarius	11,2±0,46	9,7±0,34***	10,9±0,45	5,8±0,23*	11,4±0,42	3,7±0,13*	11,5±0,46	1,9±0,06*
Peptostreptococcus anairobiu	8,2±0,25	6,6±0,22*	8,4±0,26	3,7±0,13*	8,6±0,27	2,1±0,07*	8,6±0,34	0,0±0,00*
Clostridium spp.	7,8±0,23	5,2±0,25*	7,6±0,25	2,8±0,13*	7,5±0,28	1,9±0,08*	7,7±0,22	0,0±0,00*
Candida albicans	8,6±0,21	5,8±0,19*	8,4±0,24	3,7±0,15*	8,5±0,42	2,1±0,09*	8,8±0,22	0,0±0,00*

Эслатма: даволашдан олдин ва кейинги кўрсаткичлар ўртасидаги фарқ ишончли (* - P<0,001; ** - P<0,01; *** - P<0,05).

Апекс-форез ҳамда флюктуризация усули уйғунликда қўлланганида депофорез (2,5 марта) ва апекс-форезга (1,5 марта) қараганда, тиш илдиз каналларида микрофлора микдорининг анча камайиши ($P < 0,001$) қайд этилган. Бунда аксарият ҳолатларда (71,5%) *St.epidermidis*, *Str.sanguis*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Clostridium spp.* ва *Candida albicans* нинг тўлиқ йўқолиши қайд этилди.

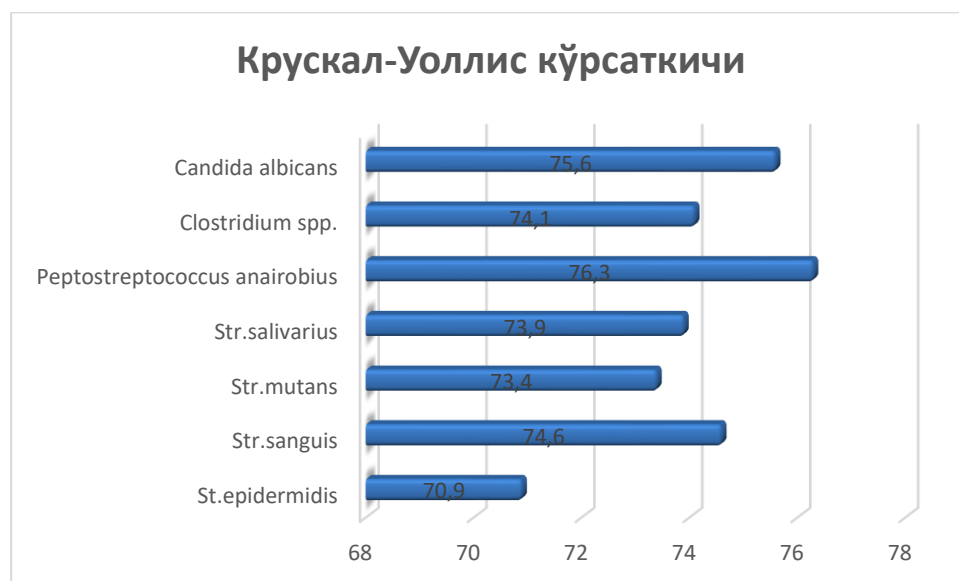


7-расм. САП мавжуд беморларни турли усуллар билан даволашдан олдин ва кейин тишлар илдиз каналининг *Candida albicans* штамм билан бактерияли уруғланиши (Lg КОЕ/мл)

Шундай қилиб, олинган маълумотлар периодонтитда энг кўп учрайдиган, шунингдек антимикроб таъсирларга энг чидамли факултатив-анаэроб микроблар муносабатида кумуш-мис ўтказгичли апекс-форез ва флюктуризация усули билан уйғунликда янги даволаш усулининг антибактерияли самарадорлигини тасдиқлади. Бунда апекс-форез ва флюктуризация усуллари алоҳида қўлланишидан кўра, уларнинг уйғунликда қўлланиши энг кўп ифодаланган (1,5-2,5 марта кўпроқ) антибактериал таъсирга эга бўлди.

**Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва
грануляцияловчи шакллари мавжуд беморларда турли усуллардан
даволангандан кейин тиш илдиз каналларининг бактериялар билан
уруғланиши (LgKOE/мл да)**

Микроорган изм штаммлари	Даволаш тури					
	Анъанавий даволаш	Депофор ез	Апекс- форез	Депофорез + апекс- форез+флю кторизация усули	Крускал- Уоллис кўрсатки чи	P
St.epidermidis	6,3±0,28	4,2±0,12	3,2±0,14	0,0±0,00	70,998	0,000
Str.sanguis	7,4±0,23	5,4±0,13	4,1±0,11	0,0±0,00	74,623	0,000
Str.mutans	10,4±0,34	6,3±0,29	3,8±0,18	2,1±0,08	73,423	0,000
Str.salivarius	9,7±0,34	5,8±0,23	3,7±0,13	1,9±0,06	73,906	0,000
Peptostreptococcus anairobis	6,6±0,22	3,7±0,13	2,1±0,07	0,0±0,00	76,350	0,000
Clostridium spp.	5,2±0,25	2,8±0,13	1,9±0,08	0,0±0,00	74,140	0,000
Candida albicans	5,8±0,19	3,7±0,15	2,1±0,09	0,0±0,00	75,588	0,000



**8-расм. Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва
грануляцияловчи шакллари мавжуд беморларда турли усуллардан**

даволангандан кейин тиш илдиз каналларининг бактериялар билан уруғланиши

Даволашдан кейин Краскел-Уоллис мезони ёрдамида таққосланаётган гуруҳлар ўртасида фарқ аниқланганида фарқлар *St.epidermidis* ($p=0,000$), *Str.sanguis* ($p=0,000$), *Str.mutans* ($p=0,000$), *Str.salivarius* ($p=0,000$), *Peptostreptococcus anairobis* ($p=0,000$), *Clostridium spp.* ($p=0,000$), *Candida albicans* ($p=0,000$)да кузатилди. Эндодонтик таъсир ўтказишнинг хилма-хил турлари билан терапиягача тишлар илдиз каналида микрофлоранинг миқдор ва сифат таркиби бўйича маълумотлар берилган.

IV БОБ. СУРУНКАЛИ АПИКАЛ ПЕРИОДОНТИТДА ФЛЮКТОРИЗАЦИЯ УСУЛИ БИЛАН УЙЎУНЛИКДА АПЕКС- ФОРЕЗДАН ФОЙДАЛАНИШНИНГ УЗОҚ МУДДАТЛИ ТАЪСИРИНИНГ КЛИНИК-РЕНТГЕНОЛОГИК ТАВСИФИ

Текширилган 120 нафар бемордан 18 дан 59 ёшгача бўлган 81 нафар (67,5%) беморда сурункали апикал периодонтитнинг грануляцияловчи ва гранулематоз шакллари қайд этилди (САП ҳар бир шаклидан 54 тадан кўп илдизли 108 та тишда). 81 нафар бемордан 31 нафарини (38,3%) эркаклар ва 50 нафарини (61,7%) аёллар ташкил этди.

31 нафар эркакдан 17 нафари (54,8%) грануляцияловчи периодонтит (26 та кўп илдизли тиш) ва 14 нафарида (45,2%) гранулематоз периодонтит (26 та кўп илдизли тишларда) аниқланди. 50 нафар аёлдан, 28 нафарида (56%) грануляцияловчи периодонтит (28 та кўп илдизли тишлар) ва 22 нафарида (44%) гранулематоз периодонтит (28 та кўп илдизли тишлар) қайд этилди.

Терапиянинг хилма-хил турларидан фойдаланиб сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари 6 ой даволаш натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, анъанавий даволанган $n=14$ нафар бемордан 4 нафар (28,5%) беморда 7-14-куни даволанган тиш соҳасида оғриқ ҳисси ва милк гиперемияси кўринишида асоратлар кузатилди. Илдиз канали депофорези қўлланиганида эса шунга ўхшаш асоратлар ҳам эркак, ҳам аёлларда $n=15$ нафар бемордан 3 нафар (20%) беморда қайд этилди, апекс-форезда $n=19$ нафар бемордан 1 нафар (5,2%) беморда, апекс-форез ҳамда флюктуризация усули уйғунликда қўлланиганида эса асоратлар $n=33$ нафар ҳам эркак, ҳам аёл бемордан бирортасида умуман аниқланмади. Асоратлар аниқланганида аналгетик ва яллиғланишга қарши воситалар (аналгин, аспирин, парацетамол) тайинланди.

9-расмда А. беморнинг ОПТГ си келтирилган, 28 ёш, 21-тишда белгиларсиз кечаётган грануляцияли периодонтит ташхиси қўйилган.



**9-расм. А. бемор ортопантомографияси, 28 ёш. 21-тишда САП
деструктив шакли**



**10-расм. Бемор С., 30 ёш, САП нинг грануляцияловчи шакли ташхиси,
анъанавий усулда даволашдан олдин ва 6 ойдан кейин**

Кейин ўрганилаётган барча беморларда дентал радиовизиография қўлланди, бунда периапикал соҳанинг суратларида периодонтал ёриқнинг вариантлари, деструкциянинг турли шакл ва ўлчамлари, илдиз каналларини ўтиш ва эгрилик даражаси визуализацияланди. Патологик ўчоқларда деструкция ўлчами 4 мм дан 8 мм гача кузатилди.

Сурункали апикал периодонтитнинг грануляцияловчи шакли мавжуд беморларни 6 ойдан сўнг такроран рентгенологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики (-жадвал), $n=17$ нафар эркакдан $n=3$ (17,6%) да анъанавий даволаш ўтказилди, ижобий рентгенологик суръат 2 нафар (11,7%) эркакда кузатилди, уларда мазкур усулда $n=26$ (48,1%) та тишдан $n=7$ (26,9%) таси даволанди, ижобий натижа $n=4$ (15,3%) та тишда кузатилди, $n=28$ нафар

аёлдан эса анъанавий даволаш $n=5$ (17,8%) нафарида олиб борилди, ижобий рентгенологик суръат 4 (14,2%) ҳолатда кузатилди, уларда $n=28$ та (51,9%) тишлардан $n=7$ таси (25,0%) мазкур усулда даволанди, ижобий натижа $n=4$ та (14,2%) тишда кузатилди.

Сурункали апикал периодонтитнинг грануламезоз шакли мавжуд беморларни 6 ойдан сўнг такроран рентгенологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики (4.1-жадвал), $n=14$ нафар эркакдан $n=2$ нафарида (14,2%) анъанавий даволаш ўтказилди, ижобий рентгенологик суръат 1 нафар (7,14%) эркакда кузатилди, уларда мазкур усулда $n=26$ (48,1%) та тишдан $n=7$ (26,9%) таси даволанди, ижобий натижа $n=4$ (15,3%) та тишда кузатилди ва $n=22$ нафар аёлдан эса анъанавий даволаш $n=4$ (18,1%) нафарида олиб борилди, ижобий рентгенологик суръат 3 (13,6%) ҳолатда кузатилди, уларда $n=28$ та (51,9%) тишлардан $n=7$ таси (25,0%) мазкур усулда даволанди, ижобий натижа $n=4$ та (14,2%) тишда кузатилди (4.2-расм).

Сурункали апикал периодонтитнинг грануляцияловчи шакли мавжуд беморларни 12 ойдан сўнг такроран рентгенологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики (4.2-жадвал), $n=17$ нафар эркакдан $n=3$ (17,6%) да анъанавий даволаш ўтказилди, ижобий рентгенологик суръат 1 нафар (5,8%) эркакда кузатилди, уларда мазкур усулда $n=26$ (48,1%) та тишдан $n=7$ (26,9%) таси даволанди, ижобий натижа $n=2$ (7,6%) та тишда кузатилди, $n=28$ нафар аёлдан эса анъанавий даволаш $n=5$ (17,8%) нафарида олиб борилди, ижобий рентгенологик суръат 3 (10,7%) ҳолатда кузатилди, уларда $n=28$ та (51,9%) тишлардан $n=7$ таси (25,0%) мазкур усулда даволанди, ижобий натижа $n=2$ та (7,1%) тишда кузатилди.

Сурункали апикал периодонтитнинг грануламезоз шакли мавжуд беморларни 12 ойдан сўнг такроран рентгенологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики (4.3-жадвал), $n=14$ нафар эркакдан $n=2$ (14,2%) да анъанавий даволаш ўтказилди, ижобий рентгенологик суръат 1 нафар (7,14%) эркакда кузатилди, уларда мазкур усулда $n=26$ (48,1%) та тишдан $n=7$ (26,9%) таси даволанди, ижобий натижа $n=4$ (15,3%) та тишда кузатилди ва $n=22$

нафар аёлдан эса анъанавий даволаш $n=4$ (18,1%) нафарида олиб борилди, ижобий рентгенологик суръат 3 (13,6%) ҳолатда кузатилди, уларда $n=28$ та (51,9%) тишлардан $n=7$ таси (25,0%) мазкур усулда даволанди, ижобий натижа $n=4$ та (14,2%) тишда кузатилди (4.3-расм).



11-расм. Бемор С., 30 ёш, САП нинг грануляцияловчи шакли, анъанавий даволангандан кейин 12 ой ўтиб.

САП нинг грануляцияловчи шакли депофорез билан даволанганда 6 ойдан кейин ушбу кўрсаткичлар шуни кўрсатдики (4.4-жадвал), $n=17$ нафар эркакдан мазкур даволаш усули $n=3$ нафарига (17,6%) қўлланди, ижобий рентгенологик суръатлар сони 2 нафар (11,7%) эркакда кузатилди, уларда мазкур усулда $n=26$ та (48,1%) тишдан $n=7$ таси (26,9%) даволанди, ижобий натижа $n=4$ та (15,3%) тишда кузатилди, $n=28$ нафар аёлдан эса депофорез билан даволаш $n=5$ нафарида (17,8%) олиб борилди, ижобий рентгенологик суръат 4 (14,2%) ҳолатда аниқланди, уларда мазкур усулда $n=28$ та (51,9%) тишдан $n=7$ та (25,0%) тиш даволанди, ижобий натижа $n=5$ та (17,8%) тишда кузатилди.

Сурункали апикал периодонтитнинг грануламетоз шакли мавжуд беморларни 6 ойдан сўнг такроран рентгенологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики, $n=14$ нафар эркакдан $n=2$ нафарига (14,2%) депофорез билан даволаш ўтказилди. Ижобий рентгенологик суръат 1 нафар (7,14%) эркакда кузатилди, уларда мазкур усулда $n=26$ (48,1%) та тишдан $n=6$ (23,0%) таси даволанди, ижобий натижа $n=4$ (15,3%) та тишда кузатилди. $n=22$ нафар аёлдан эса депофорез билан даволаш $n=5$ (22,7%) нафарида олиб борилди,

ижобий рентгенологик суръат 5 (22,7%) ҳолатда кузатилди, уларда $n=28$ та (51,9%) тишлардан $n=7$ (25,0%) таси мазкур усулда даволанди, ижобий натижа $n=5$ та (17,8%) тишда кузатилди (4.3-расм).

САП нинг грануляцияловчи шакли депофорез билан даволанганда 12 ойдан кейин ушбу кўрсаткичлар шуни кўрсатдики (3.7-жадвал), $n=17$ нафар эркакдан мазкур даволаш усули $n=3$ нафарига (17,6%) қўлланди, ижобий рентгенологик суръатлар сони 1 нафар (5,8%) эркакда кузатилди, уларда мазкур усулда $n=26$ та (48,1%) тишдан $n=7$ таси (26,9%) даволанди, ижобий натижа $n=2$ та (7,6%) тишда кузатилди, $n=28$ нафар аёлдан эса депофорез билан даволаш $n=5$ нафарида (17,8%) олиб борилди, ижобий рентгенологик суръат 3 (10,7%) ҳолатда аниқланди, уларда мазкур усулда $n=28$ та (51,9%) тишдан $n=7$ та (25,0%) тиш даволанди, ижобий натижа $n=3$ та (10,7%) тишда кузатилди.

Сурункали апикал периодонтитнинг грануламатоз шакли мавжуд беморларни 12 ойдан сўнг такроран рентгенологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики, $n=14$ нафар эркакдан $n=2$ нафарида (14,2%) депофорез билан даволаш ўтказилди. Ижобий рентгенологик суръат 1 нафар (7,14%) эркакда кузатилди, уларда мазкур усулда $n=26$ (48,1%) та тишдан $n=6$ (23,0%) таси даволанди, ижобий натижа $n=4$ (15,3%) та тишда кузатилди.

$n=22$ нафар аёлдан эса депофорез билан даволаш $n=5$ (22,7%) нафарида олиб борилди, ижобий рентгенологик суръат 5 (22,7%) ҳолатда кузатилди, уларда $n=28$ та (51,9%) тишлардан $n=7$ (25,0%) таси мазкур усулда даволанди, ижобий натижа ҳудди шундай $n=5$ та (17,8%) тишда кузатилди (4.4-расм).



Даволашгача

Даволашдан 6 ой кейин

Даволашдан 12 ой кейин

12 -расм. Бемор Ш., 33 ёш, депофорез билан даволангандан 6 ва 12 ой ўтиб, САП гранулематоз шакли

САП нинг грануляцияловчи шакли апексфорез билан даволанганда 6 ойдан кейин ушбу кўрсаткичлар шуни кўрсатдики (3.5-жадвал), $n=17$ нафар эркакдан $n=5$ нафар (29,4%) бемордан ижобий рентгенологик суръатлар сони 4тани (23,5%) ташкил этди, уларда мазкур усулда $n=26$ та (48,1%) тишдан $n=6$ таси (23,0%) даволанди, ижобий натижа $n=4$ та (15,3%) тишда кузатилди, $n=28$ нафар аёлдан эса апексфор билан даволаш $n=7$ нафарида (25,0%) олиб борилди, ижобий рентгенологик суръатлар сони ўзгаришсиз 7 (25,0%) ҳолатда қолди, уларда мазкур усулда $n=28$ та (51,9%) тишдан $n=6$ та (21,4%) тиш даволанди, ижобий натижа $n=4$ та (14,2%) тишда кузатилди (4.6-расм).

Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шакли мавжуд беморларни 6 ойдан сўнг такроран рентгенологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики (3.6-жадвал), $n=14$ нафар эркакдан $n=2$ нафарида (14,2%) апексфорбилан даволаш ўтказилди. Ижобий рентгенологик суръат 2 нафар (14,2%) эркакда кузатилди, уларда мазкур усулда $n=26$ (48,1%) та тишдан $n=6$ (23,0%) таси даволанди, ижобий натижа $n=4$ (15,3%) та тишда кузатилди. $n=22$ нафар аёлдан эса апексфорезбилан даволаш $n=5$ (22,7%) нафарида олиб борилди, ижобий рентгенологик суръат ўзгаришсиз 5 (22,7%) ҳолатда қолди, уларда $n=28$ та (51,9%) тишлардан $n=6$ таси (21,4%) мазкур усулда даволанди, ижобий натижа $n=6$ та (21,4%) тишда кузатилди.

СЎЧП нинг грануляцияловчи шакли апексфорез билан даволанганда 12 ойдан кейин ушбу кўрсаткичлар шуни кўрсатдики (3.7-жадвал), $n=17$ нафар эркакдан $n=5$ нафар (29,4%) бемордан ижобий рентгенологик суръатлар сони 3тани (17,6%) ташкил этди, уларда мазкур усулда $n=26$ та (48,1%) тишдан $n=6$ таси (23,0%) даволанди, ижобий натижа $n=3$ та (11,5%) тишда кузатилди, $n=28$ нафар аёлдан эса апексфорезбилан даволаш $n=7$ нафарида (25,0%) олиб борилди, ижобий рентгенологик суръат 6 (21,4%) ҳолатда аниқланди, уларда мазкур усулда $n=28$ та (51,9%) тишдан $n=6$ та (21,4%) тиш даволанди, ижобий натижа $n=3$ та (10,7%) тишда кузатилди (4.7-расм).

Сурункали апикал периодонтитнинг грануламезоз шакли мавжуд беморларни 12 ойдан сўнг такроран рентгенологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики, $n=14$ нафар эркакдан $n=2$ нафарида (14,2%) апексфорец билан даволаш ўтказилди. Ижобий рентгенологик суръат ўзгаришсиз қолиб 2 нафар (7,14%) эркакда кузатилди, уларда мазкур усулда $n=26$ (48,1%) та тишдан $n=6$ (23,0%) таси даволанди, ижобий натижа $n=4$ (15,3%) та тишда кузатилди. $n=22$ нафар аёлдан эса апексфорец билан даволаш $n=5$ (22,7%) нафарида олиб борилди, ижобий рентгенологик суръат ўзгаришсиз 5 (22,7%) ҳолатда қолди, уларда $n=28$ та (51,9%) тишлардан $n=6$ (21,4%) таси мазкур усулда даволанди, ижобий натижа ҳудди шундай $n=6$ та (21,4%) тишда кузатилди.

Анъанавий даволашдан ишончли ($P<0,05-0,001$) фарқ қилди.



**13-расм. Бемор Л., 40 ёш, апексфорец билан даволангандан 6 ой ўтиб
САП грануляцияловчи шакли**



**14-расм. Бемор Л., 40 ёш, апексфорез билан даволангандан 12 ой ўтиб
САП грануляцияловчи шакли**

Апекс-форез ва флюкторизация усуллари уйғунликда қўлланигандан 6 ой ўтиб САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд беморларда кўрсаткичлар шуни кўрсатдики, $n=17$ нафар бемордан, ижобий рентгенологик суръатлар сони $n=6$ (35,2%) бемордан, ўзгаришсиз 6 нафарида (35,2%) қолди, уларда мазкур усулда $n=26$ (48,1%) тишлардан $n=7$ таси (26,9%) даволанди, ижобий натижа шунингдек $n=7$ та (26,9%) тишларда кузатилди, САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд $n=28$ нафар аёлларда эса, апекс-форез ҳамда флюкторизация усули уйғунликда қўлланиб даволанган $n=11$ (39,2%) бемордан, ижобий рентгенологик суръатлар сони ўзгаришсиз 11 та (39,2%) ҳолатда қолди, уларда мазкур усулда $n=28$ та (51,9%) тишлардан $n=8$ таси (28,5%) даволанди, ижобий натижа ўзгаришсиз $n=8$ та (28,5%) тишларда сақланди.

Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шакли мавжуд беморларда апекс-форез ҳамда флюкторизация усули уйғунликда қўлланиб даволангандан 6 ой ўтиб беморларни такроран рентгенологик текшириш

натижалари шуни кўрсатдики, $n=14$ нафар эркадан даволаш $n=8$ нафарида (57,1%) олиб борилди.

Ижобий рентгенологик суръат ўзгаришсиз, 8 нафар (57,1%) беморда сақланди, уларда $n=26$ та (48,1%) та тишдан $n=7$ таси (26,9%) даволанди, ижобий натижа $n=7$ та (26,9%) тишда кузатилди.

Сурункали ўткир чўки периодонтитнинг гранулематоз шакли мавжуд $n=22$ нафар аёлдан, $n=8$ нафар (36,3%) аёлда апекс-форез ва флюктуризация усуллари уйғунликда қўлланиб даволангандан 6 ой ўтиб ижобий рентгенологик суръатлар сони ўзгаришсиз 8 та (36,3%) бўлиб қолди, уларда мазкур усулда $n=28$ та (51,9%) тишдан $n=8$ таси (28,5%) даволанди, ижобий натижа $n=8$ та (28,5%) тишда сақланиб қолди (4.7-расм, 4.8-расм).

САП грануляцияловчи шакли мавжуд беморларда апекс-форез ҳамда флюктуризация усули уйғунликда қўлланиб даволангандан 12 ой ўтиб беморларни такроран рентгенологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики (4.2-жадвал), $n=17$ нафар эркадан даволаш $n=6$ нафарида (35,2%) олиб борилди. Ижобий рентгенологик суръат ўзгаришсиз, 6 нафар (35,2%) беморда сақланди, уларда $n=26$ та (48,1%) та тишдан $n=7$ таси (26,9%) даволанди, ижобий натижа $n=7$ та (27,0%) тишда кузатилди, САП грануляцияловчи шакли мавжуд $n=28$ нафар аёлдан эса, $n=11$ нафар (39,2%) аёлда апекс-форез ва флюктуризация усуллари уйғунликда қўлланиб даволангандан кейин ижобий рентгенологик суръатлар сони ўзгаришсиз 11 та (39,2%) бўлиб қолди, уларда мазкур усулда $n=28$ та (51,9%) тишдан $n=8$ таси (28,5%) даволанди, ижобий натижа $n=8$ та (28,5%) тишда сақланиб қолди.

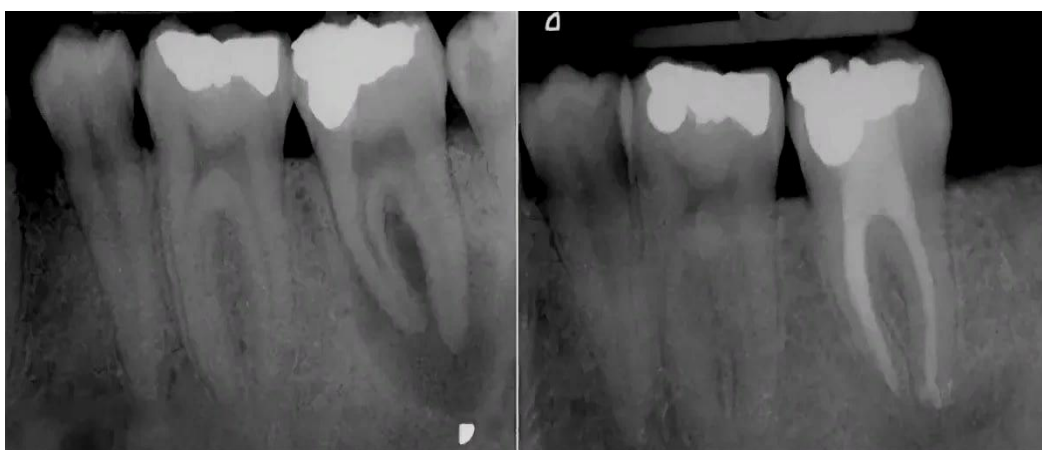
Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шакли мавжуд беморларда апекс-форез ҳамда флюктуризация услублари

Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шакли мавжуд беморларда апекс-форез ҳамда флюктуризация усули уйғунликда қўлланиб даволангандан 12 ой ўтиб беморларни такроран рентгенологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики, $n=14$ нафар эркакдан даволаш $n=8$ нафарида (57,1%) олиб борилди.

Ижобий рентгенологик суръат ўзгаришсиз, 8 нафар (57,1%) беморда сақланди, уларда $n=26$ та (48,1%) та тишдан $n=7$ таси (26,9%) даволанди, ижобий натижа $n=7$ та (26,9%) тишда кузатилди.

Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шакли мавжуд $n=22$ нафар аёлдан, $n=8$ нафар (36,3%) аёлда апекс-форез ва флюктуризация усуллари уйғунликда қўлланиб даволангандан 12 ой ўтиб ижобий рентгенологик суръатлар сони ўзгаришсиз 8 та (36,3%) бўлиб қолди, уларда мазкур усулда $n=28$ та (51,9%) тишдан $n=8$ таси (28,5%) даволанди, ижобий натижа $n=8$ та (28,5%) тишда сақланиб қолди (4.9-расм, 4.10-расм).

Ушбу кўрсаткичлар депо ва апекс-форез алоҳида қўлланиганида олинган шу маълумотлардан 1,3-2,2 баробар юқори.



14-расм. Бемор У., 34-ёш, апекс-форез ва флюктуризация усуллари уйғунликда қўлланиб даволангандан 6 ой ўтиб САП грануляцияланувчи шакли



15-расм. Бемор У., 34-ёш, апекс-форез ва флюктуризация усуллари уйғунликда қўлланиб даволангандан 12 ой ўтиб САП гранулематоз шакли

8-жадвал

Сурункали апикал периодонтитни турли усуллар билан даволашда ижобий рентгенологик динамика ҳолатларининг сони, 6 ой (абс.М±m, %)

Даволаш тури	Кузатувлар муддати, ой									
	6 ой (грануляцияловчи периодонтит) n=45				Р	6 ой (тишлар сони) n=54				Р
	Abs n=17 (эрк)	M±m, %	Abs n=28 (аёл)	M±m, %		Abs n=26 тишла р (эрк)	M± m,%	Abs n=28 тишла р (аёл)	M±m, %	
Анъанавий даволаш, n=8	2	11,7± 7,81	4	14,2± 6,61	Пирсоннинг Хи-квадрати= 4,932; р = 0,055	4	15,3 ±7,0 8	4	14,2± 6,61	Хи-квадрат = 8,200; р = 0,042
Депофорез билан даволаш, n=8	2	11,7± 7,81	4	14,2± 6,61		4	15,3 ±7,0 8	5	17,8± 7,24	
Апекс-форез билан даволаш,n=12	4	23,5± 10,29	7	25±8, 18		4	15,3 ±7,0 8	4	14,2± 7,75	

Апекс-форез ва флюкторизация усули билан уйғунликда даволаш, n=17	6	35,2± 11,59	11	39,2± 9,23	7	27,0 ±8,7 0	8	28,5± 8,54
---	---	----------------	----	---------------	---	-------------------	---	---------------

8-жадвалдан кўриш мумкинки, сурункали апикал периодонтитнинг грануляцияловчи шакллари турли усулларда даволашда рентгенологик динамика 6 ой кузатилганидан кейин, юқори яхшиланиш даражаси апексфорез ва флюкторизация усули билан уйғунликда даволашда қайд этилганлиги аниқланди, аёлларда 39,2% ва эркакларда 35,2%. Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шаклида тузалишнинг юқори даражаси эркакларда 57,1% ва аёлларда 36,3% ни ташкил этди. Уйғунликда даволашнинг яхшироқ натижалари САП нинг гранулематоз шаклига қараганда, сурункали апикал периодонтитнинг грануляцияловчи шакли мавжуд эркакларда даволанганида 21,9% га юқори бўлди.

Аёлларда шунингдек уйғунлашган усулда даволашда САП нинг гранулематоз шаклига қараганда, САП нинг грануляцияловчи шакли даволанишининг даражаси 2,9% га юқори бўлди.

Анъанавий даволаш ва депофорез билан даволашда, САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд беморларда рентгенологик динамикани кузатишнинг фоиз кўрсаткичи эркаклар (11,7%) ва аёлларда (14,2%) бир хил бўлди.

9-жадвал

**Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шакли турли
усулларда даволанганида ижобий рентгенологик динамика
ҳолатларининг сони, 6 ой (абс.М±m, %)**

Даволаш тури	Кузатувлар муддати, ой			
	6 ой (гранулематоз периодонтит) n=36	Р	6 ой (тишлар сони) n=54	Р

	Abs n=14 (эрк)	M±m, %	Abs n=22 (аёл)	M±m, %		Abs n=26 тишлар ар (эрк)	M±m, %	Abs n=28 тишлар (аёл)	M±m, %	
Анъанавий даволаш, n=6	1	7,14±6, 88	3	13,6±7 ,32	Пирсоннинг Хи-квадрати = 3,392; p = 0,141	4	15,3±7 ,08	4	14,2±6 ,61	Хи-квадрат = 10,273; p = 0,016
Депофорез билан даволаш, n=7	1	7,14±6, 88	5	22,7±8 ,93		4	15,3±7 ,08	5	17,8±7 ,24	
Апекс-форез билан даволаш, n=7	2	14,2±9, 35	5	22,7±8 ,93		4	15,3±7 ,08	6	21,4±7 ,75	
Апекс-форез ва флюктуризация усули билан уйғунликда даволаш, n=16	8	57,1±1 3,23	8	36,3±1 0,26		7	27,0±8 ,70	8	28,5±8 ,54	

Депофорез ва апексфорез билан даволашда САП нинг гранулематоз шакли мавжуд беморларда рентгенологик динамикани кузатувининг фоиз кўрсаткичи шунингдек аёлларда ҳам бир хил бўлди (22,7%).

Анъанавий даволаш ва depoфорез билан даволашда, САП нинг гранулематоз шакли мавжуд беморларда рентгенологик динамика кузатувининг фоиз кўрсаткичи эркакларда ҳам бир хил бўлди (7,14%).

10-жадвал

Сурункали апиал периодонтитнинг грануляцияловчи шакли турли усулларда даволанганида ижобий рентгенологик динамика ҳолатларининг сони, 6 ой (абс.М±m, %)

Даволаш тури	Кузатувлар муддати, ой									
	12 ой (грануляцияловчи периодонтит)				P	12 ой n=54 (тишлар сони)				P
	Abs n=17 (эрк)	M±m, %	Abs n=28 (аёл)	M±m, %		Abs n=26 тишлар р (эрк)	M±m, %	Abs n=28 тишлар р (аёл)	M±m, %	

Анъанавий даволаш, n=8	1	5,8±	3	10,7±	2	7,6±	2	7,1±	Пирсоннинг Хи-квадрати = 35,758; p = 0,000
Депофорез билан даволаш, n=8	1	5,8±	3	10,7±	2	7,6±	3	10,7±	
Апекс-форез билан даволаш, n=12	3	17,6±	6	21,4±	3	11,5±	3	10,7±	
Апекс-форез ва флюктуризация усули билан уйғунликда даволаш, n=17	6	35,2±	11	39,2±	7	27,0±	8	28,5±	

6 ой кузатувдан кейин тузалган тишлар сони эса эркакларда анъанавий даволашдан кейин, тишлар депофорез, шунингдек апексфорез билан даволашда бир хил бўлиб, 15,3% ни ташкил этди, аёлларда эса тузалган тишлар сони аёллар анъанавий ва апексфорез усулида даволанганидан кейин бир хил фоизни ташкил этди ва бу 14,2% га тенг бўлди.

11-жадвал

Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шакли турли усулларда даволанганида ижобий рентгенологик динамика ҳолатларининг сони, 12 ой (абс.М±m, %)

Даволаш тури	Кузатувлар муддати, ой								
	12 ой (гранулематоз периодонтит)				P	12 ой n=54 (тишлар сони)			
	Abs n=14 (эрк)	M±m, %	Abs n=22 (аёл)	M±m, %		Abs n=26 тишла р (эрк)	M±m, %	Abs n=28 тишла р (аёл)	M±m, %
Анъанавий даволаш, n=6	1	7,14±	3	13,6±		4	15,3±	4	14,2±
Депофорез билан даволаш, n=7	1	7,14±	5	22,7±		4	15,3	5	17,8±

						±			
Апекс-форез билан даволаш, n=7	2	14,2±	5	22,7±	4	15,3 ±	6	21,4±	
Апекс-форез ва флюктуризация усули билан уйғунликда даволаш, n=16	8	57,1±	8	36,3±	7	27,0 ±	8	28,5±	

Узоқ муддатларда (12 ой) рентгенологик тадқиқот натижаларининг таҳлили ва солиштирилиши, рентгенологик маълумотларнинг ижобий динамикаси САП нинг гранулематоз шакли мавжуд эркаклар (57,1%) ва САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд аёллар (39,2%) апексфорез ва флюктуризация усули билан уйғунликда даволанганида қайд этилганлигини кўрсатди. Уйғунликда даволашдан сўнг тишлар энг яхши даражада тузалган кўрсаткич 12-ойда САП нинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари мавжуд аёлларда (28,5%) бир хил бўлди.

Апексфорез билан даволагандан кейин 6-ойда ижобий динамика САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд аёлларда (25,0%) аниқланди ва даволашдан кейин ижобий рентгенологик динамиканинг энг паст кўрсаткичи САП нинг гранулематоз шакли мавжуд эркакларда (14,2%) аниқланди.

Депофорез билан даволашдан кейин 6 ой ўтиб рентгенологик динамика яхшиланишининг энг юқори фоизи САП нинг гранулематоз шакли мавжуд аёлларда (22,7%) кузатилди ва энг паст кўрсаткичи эса САП нинг гранулематоз шакли мавжуд эркакларда 7,1% аниқланди.

Анъанавий даволашдан кейин 12-ойда рентгенологик динамикада яхшиланиш эса САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд аёлларда (14,2%) кузатилди ва даволашдан кейин рентгенологик динамиканинг энг паст кўрсаткичи САП нинг гранулематоз шакли мавжуд эркакларда (7,14%) қайд этилди. Касалликнинг грануляцияловчи шакли мавжуд эркакларда. РАІ периапикал индекснинг динамикаси, САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд бўлган ва апексфорез ҳамда флюктуризация усуллари билан

уйғунликда даволанган беморларнинг ҳам 6 ой, ҳам 12 ойдан кейин 100% тузалганлигини кўрсатди.

12-жадвал

**Сурункали апикал периодонтитнинг грануляцияловчи шакли мавжуд эркаклар даволаш гуруҳларида
РАІ периапикал индекснинг динамикаси, (6, 12 ой)**

[illegible]

13-жадвал

Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шакли мавжуд эркаклар даволаш гуруҳларида РАІ периапикал индекснинг динамикаси, (6, 12 ой)

Беморлар гуруҳи	Кузатувлар муддати	Модификацияланган РАІ қиймати													
		0		1		2		3		4		5		6	
		abs	%	abs	%	Abs	%	Abs	%	Ab s	%	Abs	%	abs	%
Анъанавий даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	2	14,29	1	7,14	1	7,14	1	7,14	1	7,14	1	7,14
	6 ойдан кейин	0	0,00	1	7,14	1	7,14	1	7,14	1	7,14	0	0,00	1	7,14
	12 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	1	7,14	1	7,14	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Депозит билан даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	1	6,67	1	6,67	2	13,33	1	6,67	2	13,33	1	6,67
	6 ойдан кейин	0	0,00	1	6,67	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00	1	6,67
	12 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00	1	6,67
Апексфорез билан даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	1	5,26	0	0,00	0	0,00	1	5,26	1	5,26	1	5,26
	6 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26	1	5,26	1	5,26
	12 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26	1	5,26	1	5,26
Флюктуризация и уйғунликда қўллаб апексфорез билан даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	3	9,09	3	9,09	3	9,09	3	9,09	3	9,09	3	9,09
	6 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	12 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Шундай қилиб, касалликнинг гранулематоз шакли мавжуд эркакларда апексфорец ва флюкторизация усули билан уйғунликда даволангандан кейин РАІ периапикал индекснинг динамикаси (13-жадвал) 6 ва 12 ойдан кейин беморларнинг 100% тузалганлигини кўрсатди.

Шундай қилиб, касалликнинг грануляцияловчи шакли мавжуд аёлларда апексфорец ва флюкторизация усули билан уйғунликда даволангандан кейин РАІ периапикал индекснинг динамикаси (4.7-жадвал) 6 ва 12 ойдан кейин беморларнинг 100% тузалганлигини кўрсатди.

14-жадвал

Сурункали апикал периодонтитнинг грануляцияловчи шакли мавжуд аёллар даволаш гуруҳларида РАІ периапикал индекснинг динамикаси, (6, 12 ой)

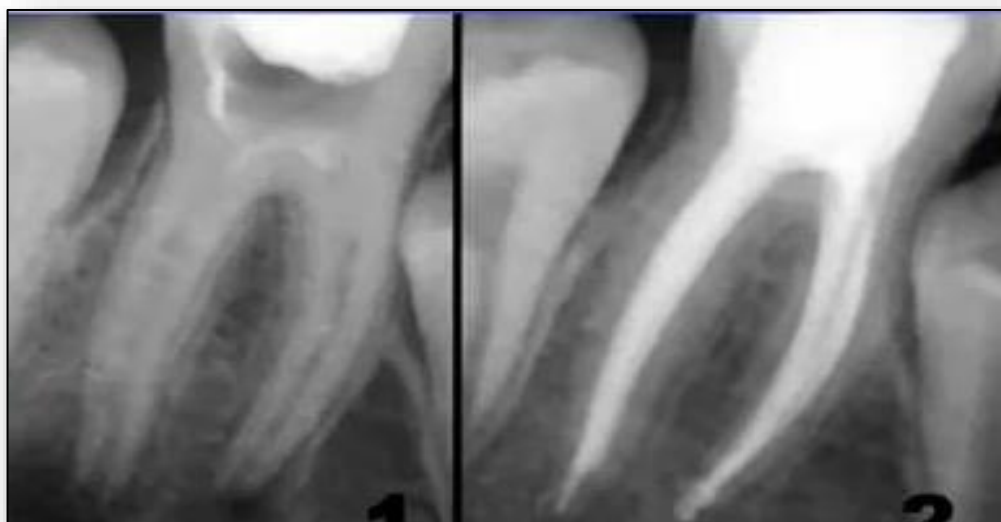
Беморлар гуруҳи	Кузатувлар муддати	Модификацияланган РАІ қиймати													
		0		1		2		3		4		5		6	
		abs	%	abs	%	Abs	%	Abs	%	Ab s	%	Abs	%	abs	%
Анъанавий даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	4	28,57	4	28,57	4	28,57	4	28,57	4	28,57	4	28,57
	6 ойдан кейин	0	0,00	4	28,57	3	21,43	4	28,57	3	21,43	4	28,57	4	28,57
	12 ойдан кейин	0	0,00	3	21,43	3	21,43	4	28,57	3	21,43	3	21,43	3	21,43
Депозит билан даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	2	13,33	2	13,33	3	20,00	2	13,33	2	13,33	3	20,00
	6 ойдан кейин	0	0,00	2	13,33	2	13,33	3	20,00	2	13,33	2	13,33	3	20,00
	12 ойдан кейин	0	0,00	1	6,67	1	6,67	2	13,33	1	6,67	0	0,00	2	13,33
Апексфорез билан даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	2	10,53	3	15,79	4	21,05	3	15,79	2	10,53	2	10,53
	6 ойдан кейин	0	0,00	1	5,26	1	5,26	2	10,53	1	5,26	0	0,00	2	10,53
	12 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26	0	0,00	1	5,26
Флюкторизация и уйғунликда қўллаб апексфорез билан даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	2	6,06	3	9,09	2	6,06	2	6,06	2	6,06	2	6,06
	6 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	12 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

**Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шакли мавжуд аёллар даволаш гуруҳларида РАІ
периапикал индекснинг динамикаси, (6, 12 ой)**

Беморлар гуруҳи	Кузатувлар муддати	Модификацияланган РАІ қиймати													
		0		1		2		3		4		5		6	
		abs	%	abs	%	Abs	%	Abs	%	Ab s	%	Abs	%	abs	%
Анъанавий даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	3	21,43	2	14,29	3	21,43	2	14,29	3	21,43	3	21,43
	6 ойдан кейин	0	0,00	3	21,43	2	14,29	3	21,43	2	14,29	3	21,43	3	21,43
	12 ойдан кейин	0	0,00	3	21,43	2	14,29	3	21,43	2	14,29	3	21,43	3	21,43
Депозит билан даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	3	20,00	2	13,33	3	20,00	2	13,33	2	13,33	3	20,00
	6 ойдан кейин	0	0,00	2	13,33	2	13,33	3	20,00	2	13,33	2	13,33	3	20,00
	12 ойдан кейин	0	0,00	1	6,67	1	6,67	2	13,33	1	6,67	0	0,00	2	13,33
Апексфорез билан даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	1	5,26	2	10,53	2	10,53	1	5,26	0	0,00	2	10,53
	6 ойдан кейин	0	0,00	1	5,26	1	5,26	2	10,53	1	5,26	0	0,00	2	10,53
	12 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26	1	5,26	0	0,00	2	10,53
Флюктуризация и уйғунликда қўллаб апексфорез билан даволаш	Даволашдан олдин	0	0,00	2	6,06	3	9,09	3	9,09	1	3,03	3	9,09	2	6,06
	6 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	12 ойдан кейин	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Шундай қилиб, касалликнинг гранулематоз шакли мавжуд аёлларда апексфорез ва флюктуоризация усули билан уйғунликда даволангандан кейин РАІ периапикал индекснинг динамикаси (4.8-жадвал) 6 ва 12 ойдан кейин беморларнинг 100% тузалганлигини кўрсатди.

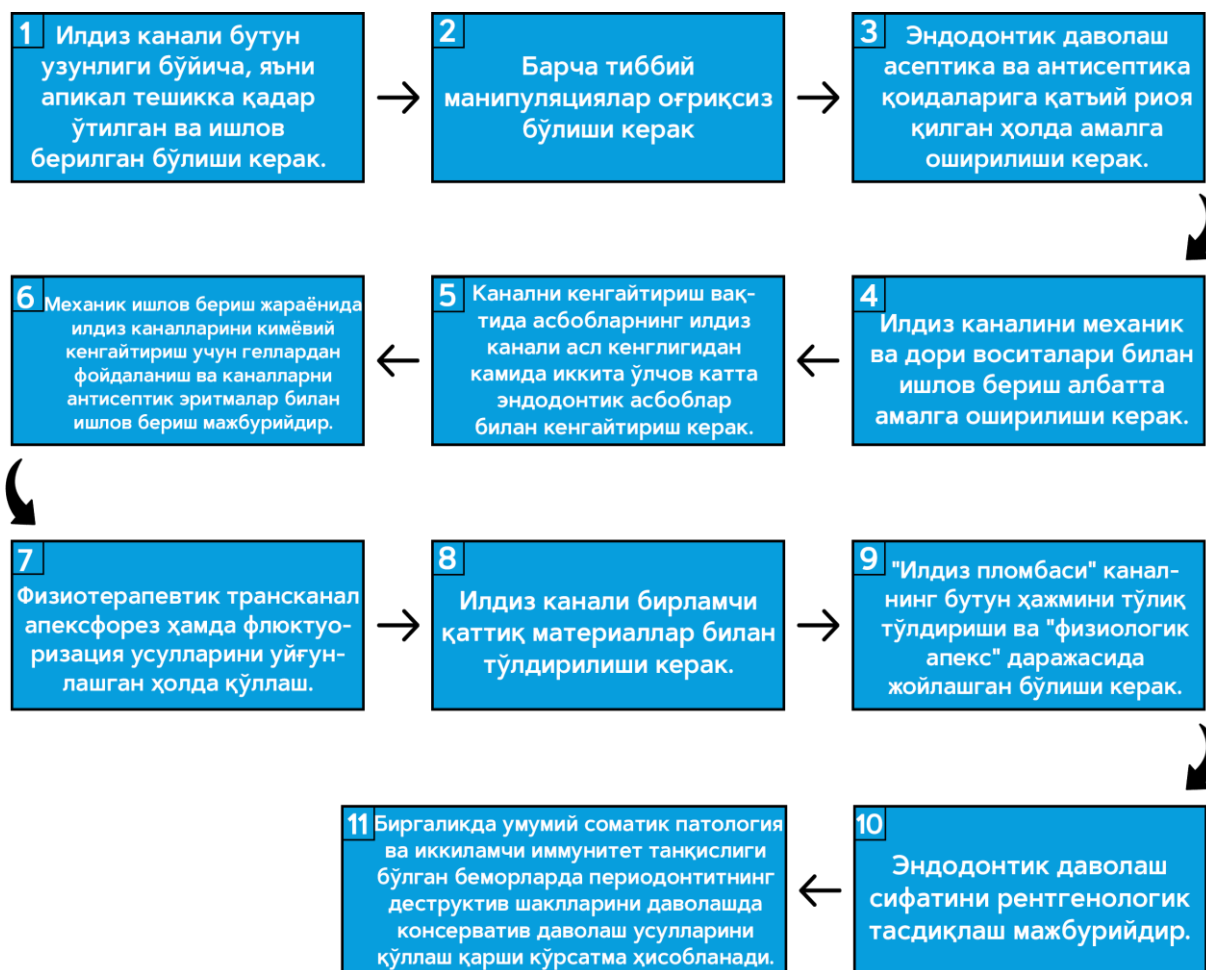
Апекс-форез ва флюктуоризация усули уйғунликда қўлланиб даволангандан кейин 6-12 ойдан ўтиб ҳеч бир беморда шикоят кузатилмади, даволанган тишлар соҳасида милк кўрикдан ўтказилганида тишлар меъёрий кўринишга эга бўлди. Тузатилган тишларнинг рентгенограммаларида патологик периапикал ўзгаришлар қайд этилмади (4.10-расм).



16-расм. Апекс-форез ва флюктуоризация усули билан уйғунликда даволаш якунига етганидан кейин 6-12 ой ўтиб сурункали апиал периодонтитнинг грануляцияловчи ва гранулематоз шаклларида даволанган тишларни патологик периапикал ўзгаришлар аниқланмаётган рентгенограммаси

Шундай қилиб, сурункали апиал периодонтитни комплекс эндодонтик даволашда апекс-форезнинг қўлланиши анъанавий даволаш усули билан таққослаганда периапикал тўқималар регенерация жараёнларининг сезиларли ($P < 0,05-0,001$) тезлашишига олиб келади. Бунда апекс-форез ва флюктуоризация усулининг уйғунликда қўлланиши улар алоҳида қўллангандан кўра, тишларнинг периапикал тўқимаси ҳолатига 1,3-2,2

баробар самаралироқ таъсир кўрсатади. Бу асоратлар сонининг камайиши, апикал периодонтит соҳасида суяк тўқимасининг регенерация жараёни тезлашишида ҳамда бу билан беморларнинг стоматология муассасаларига ташрифи камайиши билан ифодаланади. Биз оғиз бўшлиғида индивидуал гигиена сифатини ошириш учун 10 та босқичдан ташкил топган чоралар схемасини ишлаб чиқдик ва таклиф этамиз. (4.11-расм).



17- расм. Замонавий физиотерапия усулларидан фойдаланган ҳолда САПни эндодонтик даволаш бўйича чора-тадбирлар

Тадқиқот ишининг мазкур бобида келтирилган маълумотларни таҳлил қилиб, қийин ва ўтиб бўлмайдиган тиш илдиз каналларида сурункали апикал периодонтитни даволашнинг янги уйғунлашган усулларини, яъни кумуш-мис ўтказгичли апекс-форез ва флюктуоризация усулларининг уйғунликда қўлланиши, ушбу касалликни даволашда анъавий ва алоҳида апекс-форез усулларини қўллаш билан солиштирганда, тиш илдиз каналларига маҳаллий

апикал таъсир қилишнинг энг самарали усули ҳисобланади деган хулосага келиш мумкин. Уйғунлашган усулнинг тиш илдиз каналларининг анаэроб микрофлорасига таъсирини ўрганиш натижасида сурункали апикал периодонтитнинг деструктив шаклларида уларнинг юқори антибактерияли фаоллигини аниқлади. Апекс-форез ва флюкторизация усуллари сурункали апикал периодонтитини комплекс эндодонтик даволашда қўлланиши даволаш сифати ва самарадорлигини ошириш, тиш каналини пломбалагандан кейин яқин муддатларда асоратлар сонини камайтириш ва узоқ муддатларда ижобий клиник-рентгенологик натижаларга эришиш имконини берди.

Тадқиқотдан олинган натижалар апекс-форез ва флюкторизация усулини уйғунликда қўлланишини қийин ва ўтиб бўлмас илдиз каналларини стерилизация қилишнинг самарали усуллари сифатида, шунингдек тиш периапикал тўқималарини регенерация жараёнларини тезлаштириш мақсадида клиник амалиётда кенг қўллаш учун тавсия этиш имконини беради.

Сурункали апикал периодонтитларни даволаш натижалари таҳлиллари

Сурункали апикал периодонтитни даволаш муаммоаси терапевтик стоматологияда муҳим, тўлиқ ҳал қилинмаган ва истиқболли вазифалардан бири саналади. Периодонтитнинг деструктив шакллари даволашда тўпланган клиник тажриба даволашнинг ижобий натижаларини турғунлигига эришиш учун жағ альвеоляр ёйларида периодонтит ҳамда суяк тўқимасининг репаратив регенерациясини оптималлаштириш заруриятини асослайди.

САП комплекс эндодонтик даволаш таркибига чўққи атрофида патологик жараёни патогенезининг асосий бўғимларига фаол таъсир қилиш, яллиғланиш-деструктив ўчоқни бартараф қилиш ва тўқималарни регенерациясининг имконини берувчи физик омилларни киритиш муҳим аҳамиятга эга.

Шундай усуллардан бири кумуш-мис ўтказгичидан фойдаланиб апекс-форез ҳамда флюктуоризация усули билан уйғунликда даволаш ҳисобланади.

Шунинг учун биз ўз олдимизга – сурункали апикал периодонтитни даволаш самарадорлигини апекс-форез ва флюктуоризация усулини уйғунликда ва алоҳида қўллашни янги усулидан фойдаланиб мазкур касалликни эндодонтик даволашни такомиллаштириш йўли билан оширишни мақсад қилиб қўйдик.

Белгиланган мақсадларга эришиш учун қуйидаги ўзаро боғлиқ вазифаларни ҳал этиш зарур эди:

1. Бухоро шаҳрида яшовчи, 18 дан 55 ёшгача шахсларда сурункали апикал периодонтит касаллигининг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари тарқалганлигини баҳолаш;

2. Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари эндодонтик даволашда флюктуоризация усулини уйғунликда қўллаш билан депо-, апекс-форез усуллари алоҳида

ҳамда комбинацияли қўллаш самарадорлигини микробиологик баҳосини бериш.

Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари флюктуоризация усули билан уйғунликда апекс – форец усулларида алоҳида ва комбинацияли фойдаланишдан олдин ва кейин клиник-рентгенологик тадқиқотларни олиб бориш.

4. Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари даволашда флюктуоризация усули билан уйғунликда апекс – форецни қўллаб стоматологик ёрдам кўрсатиш бўйича амалий тавсиялар ишлаб чиқиш.

Тадқиқот ишининг илмий янгилиги, олиб борилган тадқиқотлар натижасида флюктуоризация усули билан уйғунликда мис-калций гидроксидининг депофорези, кумуш-мис ўтказувчисидан фойдаланиб апекс – форецнинг ҳам алоҳида, ҳам уйғунликда қўлланишини ўтиш қийин бўлган тиш илдизи каналларига эга, сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари мавжуд беморларда пародонт тўқималарининг клиник-рентгенологик ҳолати ҳамда микроблар уруғланишига таъсири ўғрисида янги маълумотлар олинганлигидан иборат.

Биринчи бор касалликни даволашнинг анъанавий усуллари билан таққослаганда келтирилган усулларни алоҳида, шу билан бирга уйғунликда қўллашнинг антибактериал ва яллиғланишга қарши юқори самарадорлиги аниқланган. Апекс-форец ва флюктуоризация усулларида уйғунликда қўлланиши периодонтитни анъанавий даволаш самарадорлигидан устунлиги белгиланган, бу асоратлар сонининг камайиши ва апикал периодонтит соҳасида суяк тўқимасида регенерация жараёнларининг тезлашишида ифодаланади. Бу таъсир, келтирилган усуллар илдиз каналлари тизимининг пульпа қолдиқларидан тозаланиши, каналларнинг стерилизацияси ва микроканаллар тармоқларнинг обтурациясига олиб келади. Бундан ташқари, апекс-форецнинг флюктуоризация усули билан уйғунликда қўлланиши беморларни стоматология муассасаларига ташрифлари сонини камайтириш

имконини беради. Албатта, бундай усулнинг қўлланиши кўп вақт талаб этади, аммо, бизнинг нуктаи назаримизда, улар якуний натижа билан тўлиқ ўзини оқлайди. Бу илдиз каналлари эгри ва уларга ўтиш қийин бўлган тишларда периодонтитни даволашда, улар айниқса қиммат ортопедик конструкциялар учун таянч сифатида қўлланганида муҳим. Юқорида келтирилганларни инобатга олиб, апекс-форез ва флюктуризация усуллари бизнинг модификациямизда уйғунликда қўллаб периодонтитни эндодонтик даволашнинг яқин ва узоқ муддатли натижаларини ижобий деб баҳолаш ҳамда ушбу усулни амалиётда фойдаланишга тавсия этиш мумкин.

Тадқиқот ишининг амалий аҳамияти шундан иборатки, мис-калций гидроксиди депофорези, кумуш-мисдан фойдаланиб апекс-форез ва флюктуризация усулини уйғунликда қўллашнинг янги комбинацияли усули билан сурункали апикал депофорезни комплекс эндодонтик даволашнинг мақсадга мувофиқлиги исботланган. Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари комплекс эндодонтик даволашда апекс-форез ва флюктуризация усуллари уйғунликда қўллашнинг унификацияланган схемаси ишлаб чиқилган ва шифокор тактикаси асосланган.

Таклиф қилинаётган сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари даволашнинг такомиллаштирилган усули даволаш сифати ва самарадорлигини ошириш, тиш канали пломбалангандан сўнг яқин вақтда асоратлар сонини камайтириш ҳамда узоқ муддатларда ижобий клиник-рентгенологик натижаларга эришиш имконини беради. Флюктуризация усулини уйғунликда қўллаб, апекс – форездан фойдаланилганида умумий амалиёт амбулатор стоматологик қабул шароитида САП ни консерватив эндодонтик даволаш самарадорлигини ошириш мумкин.

Тадқиқот ишининг натижалари Бухоро вилояти стоматологик поликлиникалари амалиётига тадбиқ этилган ва Бухоро Давлат тиббиёт

институтининг стоматология факультети ўқув жараёнида талабаларга маърузалар ўқиш ва амалий машғулотлар олиб боришда қўлланмоқда.

Олиб борилган микробиологик тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, турли даволаш усуллари бoшлaшдан аввал тишларнинг илдиз каналларидан олинган материалда облигат- ва факультатив-анаэроб бактериялар кўринишида хилма-хил микроб пейзажи аниқланди. Ўрганилаётган материалда энг кўп стрептококклар ва стафилококклар аниқланди: *Str.sanguis* – 52% беморларда, *Str.mutans* – 68% беморларда, *Str.salivarius* – 52%, *St.epidermidis* – 41% беморларда. Бундан ташқари, 38% беморларнинг илдиз каналларида *Peptostreptococcus anaerobius*, 12% да - *Clostridium spp*, 14% да *Candida albicans* турдаги замбуруғлар аниқланди. Сийраклашиш соҳасида суяк шимғичли моддаларининг сурати мавжуд эмас.

Даволашдан олдин тишларнинг илдиз каналидан олинган анаэроб бактерия штаммларини ўрганиши шуни кўрсатдики (3.1-жадвал), сурункали апикал периодонтитни анъанавий терапия билан даволашда факультатив-анаэроб бактерияларнинг барча штаммларида ўсишдан кечикиш соҳалари 5,1 (3,7-5,0 мм) дан кам қисмини ташкил этди. Мис-кальций гидроксиди билан депофорезда, ток кучи 1,5 мА х дақиқа қўланганида - 4,9 (3,5-4,8 мм). Антибактериал фаолликни баҳолашнинг мавжуд мезонларига мувофиқ тест-културалар ўсиши тормозлашининг бундай қийматлари анъанавий даволаш ҳамда 1,5 мА х дақиқа дозада депофорезнинг заиф антибактерияли таъсири сифатида баҳоланиши мумкин.

Депофорез вақтида электр токининг миқдори 2,5 мА х дақиқани ташкил этган ҳолатларда ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри мўтадил ифодаланган антибактерияли таъсирга мос бўлди (ўсишдан кечикиш соҳалари - 6,8-9,3 мм). Энг кўп ифодаланган антибактерияли таъсир депофорез дозаси 5 мА х дақиқага тенглашган ҳолатларда юзага келди. Ўрганилаётган барча бактерия колониялари ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри 15,1 мм (15,1-21,8 мм) дан ортиқ бўлди. Шундан келиб чиқиб,

депофорезнинг антибактериал таъсир кўрсатувчи оптимал дозалари 2,5 – 5 мА х дақиқани ташкил этади.

Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари кумуш-мис электродидан фойдаланиб апекс-форез усулида даволаш вақтида ўрганилаётган факультатив-анаэроб бактерияларни барча штаммларининг ўсишда кечикиш соҳаси 1,5 мА х дақиқа дозада 5,1 мм (3,9-5,0 мм) га тенг бўлди, бу апекс-форезнинг ушбу дозасини заиф антибактериал таъсири сифатида баҳоланди.

Муолажа вақтида ток кучи 2,5 мА х дақиқагача оширилганида ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри 8,6-9,6 мм ни ташкил этди, бу мўътадил ифодаланган антибактериал таъсирга мос келади. Энг кўп ифодаланган антибактериали таъсир апекс-форезнинг 5 мА х дақиқа дозасида аниқланди, яъни ўрганилаётган бактериялар колониясида ўсишда кечикиш соҳаларининг диаметри 15,4 мм дан ортиқни (15,4-22,4 мм) ташкил қилди.

Шундай қилиб, антибактериал таъсир кўрсатувчи апекс-форезнинг оптимал дозаси шунингдек 2,5-5 мА х дақиқа саналади.

Сурункали апикал периодонтитни апекс-форез ва флюктуоризация усулини қўллаб уйғунликда эндодонтик даволаш ҳолатида уларни алоҳида қўллаган ҳолат билан таққослаганда, янада кўп ифодаланган антибактериал таъсири кузатилади. Шундай қилиб, апекс-форез ва флюктуоризация усуллари уйғунликда қўллаганда ўрганилаётган анаэроб бактерия штаммларини ўсишдан кечикиш соҳаларининг диаметри ўртача 20,4 мм (17,8-24,5 мм) га тенг бўлди, бу анъанавий даволашда олинadиган натижадан 4,8 марта юқори антибактериал таъсир ҳисобланади. Бу мос равишда 4,2 мм, депофорез билан таққослаганда 1,6 марта (мос равишда 12,8 мм) ва апекс-форез билан таққослаганда 1,5 марта кўп (мос равишда 13,2 мм).

Шундай қилиб кумуш-мис электроди билан апекс форез ва флюктуоризация усулини уйғунликда қўллаб сурункали апикал периодонтитни комбинацияли эндодонтик даволаш ушбу усулларни

даволашда алоҳида қўллаш билан солиштирилганида, энг кўп ифодаланган антибактериал таъсирга эга.

Айтиб ўтиш жоизки, тишнинг илдиз каналларида фақат бир шаклдаги бактерия текширилган 81 нафар сурункали грануляцияловчи периодонтит мавжуд бўлган бемордан фақат 6 нафарида (7,4%) аниқланди, аксарият ҳолатларда (92,6%) микробларнинг 2 тадан 6 тагача турини ўз ичига олувчи, кўзгатувчиларнинг ассоциациялари қайд этилди. Шундай қилиб, масалан, сурункали грануляцияловчи периодонтит мавжуд бўлган беморлардан олинган материалдан микрофлоранинг энг катта спектри ажратилди, сурункали гранулематоз периодонтит мавжуд беморларда эса моноинфекция умуман учрамади. Касалликнинг барча шаклларида беморларда даволашдан олдин *Streptococcus* ва *Candida* турдаги замбуруғлар аниқланди, бунда ассоциациялар таркибида стрептококк микрофлора устунлик қилди.

Эндодонтик таъсир ўтказишнинг хилма-хил турлари билан терапиядан кейин тишлар илдиз каналида микрофлоранинг миқдор ва сифат таркиби бўйича маълумотлар таққосланганида, қўлланаётган даволаш турига боғлиқ равишда микрофлора миқдорининг анча камайиши қайд этилган.

Сурункали апикал периодонтит аниқланган, анъанавий усулда даволанган беморларда илдиз каналнинг уруғланиши, гарчи камайиш тенденциясига эга бўлсада, бироқ аксарият ҳолатларда у ишончли фарқни юзага келтирмади ($P>0,05$).

Мис-кальций гидроксиди билан илдиз канали депофорези қўлланганида даволаш курсидан кейин микрофлора миқдори 7,6-9,8 Lg КОЕ/мл дан 2,8-6,3 Lg КОЕ/мл гача камайди, яъни деярли 2 баробар. Бунда тўлиқ деконтаминация (микроблар ўсиши кузатилмади) 57,8% ҳолатда қайд этилди, қолган ҳолатларда – уруғланиш ишончли ($P<0,05-0,01$) камайди.

Кумуш-мис ўтказгичини қўллаб апекс-форез билан тишларнинг эндодонтик даволаниши барча турдаги микрофлоранинг 7,5-12,1 Lg КОЕ/мл дан 1,9-4,1 Lg КОЕ/млгача 3,3 баробар ишончли камайишига олиб келди, айниқса бу *Str.sanguis*, *Str.mutans*, *Str.salivarius* ва *Clostridium spp.*га нисбатан

яккол кўриниб турибди. Тўлиқ деконтаминация 66,8% беморларда кузатилди. Бошқача сўзлар билан айтганда, сурункали апикал периодонтитни апекс-форезни қўллаб даволаш илдиз каналнинг депофорезига қараганда, 1,3 марта кўпроқ антебактерияли таъсир кўрсатади.

Апекс-форез ҳамда флюктуризация усули уйғунликда қўлланганида депофорез (2,5 марта) ва апекс-форезга (1,5 марта) қараганда, тиш илдиз каналларида микрофлора микдорининг анча камайиши ($P < 0,001$) қайд этилган. Бунда аксарият ҳолатларда (71,5%) *St.epidermidis*, *Str.sanguis*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Clostridium spp.* ва *Candida albicans* нинг тўлиқ йўқолиши қайд этилди.

Шундай қилиб, олинган маълумотлар периодонтитда энг кўп учрайдиган, шунингдек антимикроб таъсирларга энг чидамли факултатив-анаэроб микроблар муносабатида кумуш-мис ўтказгичли апекс-форез ва флюктуризация усули билан уйғунликда янги даволаш усулининг антибактериал самарадорлигини тасдиқлади.

Бунда апекс-форез ва флюктуризация усуллари алоҳида қўлланишидан кўра, уларнинг уйғунликда қўлланиши энг кўп ифодаланган (1,5-2,5 марта кўпроқ) антибактериал таъсирга эга бўлди.

Терапиянинг хилма-хил турларидан фойдаланиб сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари 6 ой даволаш натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, анъанавий даволанган $n=14$ нафар бемордан 4 нафар (28,5%) беморда 7-14-куни даволанган тиш соҳасида оғриқ ҳисси ва милк гиперемияси кўринишида асоратлар кузатилди. Илдиз канали депофорези қўлланганида эса шунга ўхшаш асоратлар ҳам эркак, ҳам аёлларда $n=15$ нафар бемордан 3 нафар (20%) беморда қайд этилди, апекс-форезда $n=19$ нафар бемордан 1 нафар (5,2%) беморда, апекс-форез ҳамда флюктуризация усули уйғунликда қўлланганида эса асоратлар беморларнинг бирортасида умуман аниқланмади. Асоратлар аниқланганида аналгетик ва яллиғланишга қарши воситалар (аналгин, аспирин, парацетамол) тайинланди.

5-жадвалдан кўриш мумкинки, сурункали апикал периодонтитнинг грануляцияловчи шакллари турли усулларда даволашда рентгенологик динамика 6 ой кузатилганидан кейин, юқори яхшиланиш даражаси апексфореz ва флюкторизация усули билан уйғунликда даволашда қайд этилганлиги аниқланди, аёлларда 39,2% ва эркакларда 35,2%. Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шаклида тузалишнинг юқори даражаси эркакларда 57,1% ва аёлларда 36,3% ни ташкил этди. Уйғунликда даволашнинг яхшироқ натижалари СЎЧП нинг гранулематоз шаклига қараганда, сурункали апикал периодонтитнинг грануляцияловчи шакли мавжуд эркакларда даволанганида 21,9% га юқори бўлди.

Аёлларда шунингдек уйғунлашган усулда даволашда САП нинг гранулематоз шаклига қараганда, САП нинг грануляцияловчи шакли даволанишининг даражаси 2,9% га юқори бўлди.

Анъанавий даволаш ва депофореz билан даволашда, САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд беморларда рентгенологик динамикани кузатишнинг фоиз кўрсаткичи эркаклар (11,7%) ва аёлларда (14,2%) бир хил бўлди.

Депофореz ва апексфореz билан даволашда САП нинг гранулематоз шакли мавжуд беморларда рентгенологик динамикани кузатувининг фоиз кўрсаткичи шунингдек аёлларда ҳам бир хил бўлди (22,7%).

Анъанавий даволаш ва депофореz билан даволашда, САП нинг гранулематоз шакли мавжуд беморларда рентгенологик динамика кузатувининг фоиз кўрсаткичи эркакларда ҳам бир хил бўлди (7,14%).

6 ой кузатувдан кейин тузалган тишлар сони эса эркакларда анъанавий даволашдан кейин, тишлар депофореz, шунингдек апексфореz билан даволашда бир хил бўлиб, 15,3% ни ташкил этди, аёлларда эса тузалган тишлар сони аёллар анъанавий ва апексфореz усулида даволанганидан кейин бир хил фоизни ташкил этди ва бу 14,2% га тенг бўлди.

Узоқ муддатларда (12 ой) рентгенологик тадқиқот натижаларининг таҳлили ва солиштирилиши, рентгенологик маълумотларнинг ижобий

динамикаси САП нинг гранулематоз шакли мавжуд эркаклар (57,1%) ва САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд аёллар (39,2%) апексфорез ва флюктуризация усули билан уйғунликда даволанганида қайд этилганлигини кўрсатди. Уйғунликда даволашдан сўнг тишлар энг яхши даражада тузалган кўрсаткич 12-ойда САП нинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари мавжуд аёлларда (28,5%) бир хил бўлди.

Апексфорез билан даволагандан кейин 6-ойда ижобий динамика САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд аёлларда (25,0%) аниқланди ва даволашдан кейин ижобий рентгенологик динамиканинг энг паст кўрсаткичи САП нинг гранулематоз шакли мавжуд эркакларда (14,2%) аниқланди.

Депофорез билан даволашдан кейин 6 ой ўтиб рентгенологик динамика яхшиланишининг энг юқори фоизи САП нинг гранулематоз шакли мавжуд аёлларда (22,7%) кузатилди ва энг паст кўрсаткичи эса САП нинг гранулематоз шакли мавжуд эркакларда 7,1% аниқланди.

Анъанавий даволашдан кейин 12-ойда рентгенологик динамикада яхшиланиш эса САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд аёлларда (14,2%) кузатилди ва даволашдан кейин рентгенологик динамиканинг энг паст кўрсаткичи САП нинг гранулематоз шакли мавжуд эркакларда (7,14%) қайд этилди.

Апекс-форез ҳамда флюктуризация усули уйғунликда қўлланиб даволаниш якунига етганидан кейин 6-12 ой ўтиб ҳеч бир беморда шикоят бўлмади ва милк даволанган тишлар соҳасида кўздан кечирилганида меъёрий суръатга эга бўлди. Даволанган тишларнинг рентгенограммаларида патологик периапикал ўзгаришлар кузатилмади.

Шундай қилиб, САП нинг грануляцияловчи шакли мавжуд ҳам эркаклар, ҳам аёллар апекс-форез ва флюктуризация усуллари билан уйғунликда даволангандан кейин ҳам 6 ой, ҳам 12 ойдан кейин 100% тузалганлиди.

Шундай қилиб, САП нинг гранулематоз шакли мавжуд ҳам эркаклар, ҳам аёллар апекс-форез ва флюкторизация усуллари билан уйғунликда даволангандан кейин ҳам 6 ой, ҳам 12 ойдан кейин 100% тузалганлиди.

Шундай қилиб, сурункали апикал периодонтитни апекс-форез билан комплекс эндодонтик даволаш анъанавий даволаш усуллари билан таққослаганда периапикал тўқималарнинг регенерация жараёнини анча ($P < 0,05-0,001$) тезлашишига олиб келади. Бунда апекс-форез ва флюкторизация усулининг уйғунликда қўлланиши улардан алоҳида фойдаланилган ҳолатга нисбатан, тиш периапикал тўқималарининг ҳолатига 1,3-2,2 марта самаралироқ таъсир кўрсатади. Бу асоратлар сонининг камайиши, апикал периодонтит соҳасида суяк тўқимасини регенерация жараёнининг тезлашиши ва бу билан беморларни стоматология муассасаларига ташрифини камайишида ифодаланади.

Ўтказилган шахсий тадқиқотларимиз асосида биз илдиз каналларига ўтиш қийин ва имконсиз бўлган тишларда сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари комплекс эндодонтик даволаш сифатини оширишнинг қуйидаги йўллари тавсия этамиз.

Шундай қилиб, мамлакатимиз терапевтик стоматологиясида эришилган муваффақиятларга қарамасдан, бир қатор ҳолатларда эндодонтик даволаш сифати қониқарсиз бўлиб қолаётганлиги ҳеч ким учун сир эмас.

Шу билан бирга пульпа ва периодонтда ўткир ва сурункали яллиғланиш ўчоқлари беморга жисмоний ва маънавий ноқулайликлар етказди, жағ-юз соҳасида ва бўйинда одонтоген яллиғланиш жараёнлари ривожланишининг манбаи бўлиб хизмат қилиши мумкин, ички аъзо ва тизимларда касалликларнинг кечишини мураккаблаштиришга, ўчоқли (умумий соматик) касалликлар ривожланишини келтириб чиқаришга қодир. Шунинг учун ўз вақтида, монанд ва самарали эндодонтик даволаш шифокор-стоматолог-терапевтнинг муҳим йўналишларидан бири ҳисобланади.

Бу ишда биз амалий соғлиқни сақлаш тизимига, бизнинг фикримизча, эндодонтик ёрдам кўрсатиш сифатини анча ошириш имконини берувчи бир қатор чораларни таклиф қилишни истар эдик.

Биринчидан, молиялаштириш етарли бўлмаган шароитда бюджет стоматология поликлиникаларида илдиз каналларига жисмоний таъсир қилиш омилларини қўллаб, ихтисослаштирилган эндодонтик қабулни ташкил қилиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз.

Иккинчидан, амалий соғлиқни сақлаш тизимига уч даражали принцип бўйича эндодонтик ёрдамни ташкил этиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз.

“Бепул” эндодонтик даволашда бемор мажбурий тартибда бундай даволаш сифати кафолатланмаслиги тўғрисида хабардор қилиниши лозимлигини яна бир таъкидлаб ўтишни истаймиз. Импрегнатив даволаш усуллари олиб борилганида бемор асоратлар ривожланишининг катта эҳтимоли тўғрисида хабардор қилиниши керак ва унга муқобил йўл сифатида тишнинг олиб ташланиши таклиф этилиши лозим. Бундан ташқари, беморга пулли даволаш ўтказиш имконияти ҳақида объектив маълумот тақдим этилиши лозим.

Учинчидан, бизнинг фикримизча, тахминан 90% кўп илдизли ва барча якка илдизли тишларни даволаш мумкин. Бу ерда, шунингдек тишни сақлаб қолувчи операциялар кенг қўлланиши лозим. Шу билан бирга биринчи даражада эндодонтик ёрдам кўрсатиш ҳажми бюджетдан молияштириш ҳажмига боғлиқ равишда ўзгариши мумкин.

Тўртинчидан, юқори малакали эндодонтик даволаш, шу билан бирга қиммат ҳамда мураккаб усул ва технологиялардан фойдаланишни кўзда тутати. Бизнинг фикримизча, юқори малакали эндодонтик ёрдам кўрсатишга даъвогар шифокор юқори кўникмаларга эга бўлиши лозим.

Бешинчидан, эндодонтик даволаш сифатига кафолат тўғрисидаги масала ўртага қўйилганлиги туфайли, мос келувчи касбий стандарт тўғрисидаги масала ҳам юзага чиқади.

Бундан ташқари, алоҳида эндодонтик муолажалар ва барча даволаш ҳаракатларининг сифат мезонларини рўйхатидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ (“манипуляциялар стандарти”), уларга мос равишда илдизлари шаклланган доимий тишларни пулли эндодонтик даволаш сифатини баҳолашни тавсия этамиз.

Эндодонтик даволашнинг сифат мезонлари, бизнинг фикримизча, қуйидагича кўринишга эга бўлиши лозим:

1. Илдиз канали бутун узунлиги бўйича, яъни апикал тешиккача ўтилиши ва қайта ишланиши лозим. Импрегнация усулларининг қўлланиши мақсадга мувофиқ эмас саналади, чунки улар эндодонтик даволашнинг ижобий прогнозини кафолатини бера олмайди

2. Барча даволаш ҳаракатлари оғриқсиз бўлиши лозим.

3. Эндодонтик даволаш асептика ва антисептика қоидаларига қатъий риоя қилиб ўтказилиши лозим.

4. Илдиз каналнинг механик ва дори-дармон билан қайта ишланиши, ташхисдан қатъи назар, шу жумладан пульпитни даволаш ҳамда ортопедик кўрсатмалар бўйича тиш депульпацияланганда ҳам ўтказилиши шарт.

5. Ускунавий қайта ишлаш жараёнида канал дастлабки кенглигига нисбатан эндодонтик ускунанинг камида икки рақамича кенгайтирилиши керак. Бунда каналнинг апикал қисми ISO бўйича №25 дан кам бўлмаган миқдорда кенгайтирилиши лозим. Каналга оғиз соҳасида воронкасимон кенгайтирилиб, “физиологик чўққи” соҳасида апикал таянча билан конуссимон шакл берилиши лозим.

6. Механик қайта ишлаш жараёнида илдиз каналларини кимёвий кенгайтириш учун геллар қўлланиши ва каналларнинг антисептик эритмалари билан дори-дармонли қайта ишланиши шарт.

7. Илдиз канали бирламчи қаттиқ материаллардан фойдаланиб (ёки қотувчи пасталар (герметиклар) қўллаб латерал ёки вертикал конденсация усулида гуттаперч штифтлари, ёки “Термафил” тизими билан)

пломбаланиши керак. Каналларни пломбалаш учун фосфат-цемент қўллаш тавсия этилмайди.

8. “Илдиз пломбаси” каналнинг бутун тешигини зич тўлдириши ва тиш илдизи “рентгенологик чўққиси”га 1-1.5 мм етмасдан “физиологик чўққи” даражасида бўлиши лозим. Қотувчи пломба материални чўққидан чиқариш, хатто периодонтитнинг деструктив шаклларида, мақсадга мувофиқ эмас.

9. Эндодонтик даволашнинг сифатини рентгенологик тасдиқлаш шарт. Агар рентгенологик назорат олиб борилмаган бўлса, бунинг сабаби беморнинг амбулатор картасида акс эттирилиши лозим. Бемор шунингдек бу ҳақида хабардор қилиниши лозим. Бизнинг фикримизча, пулли эндодонтик даволаш олиб боришга лицензия фақат рентгенологик тадқиқотни сифатли ва тезкор ўтказиш учун шароит мавжуд даволаш муассасаларига берилиши лозим.

10. Ёндош умумий соматик патологияси ва иккиламчи иммун етишмаслиги мавжуд беморларда периодонтитнинг деструктив шакллари даволашда консерватив даволаш усуллари қўллаш қарши кўрсатилган. Ушбу гуруҳ беморларида периапикал ўчоқни бартараф этишнинг жарроҳлик усуллари қўллаш керак: илдиз чўққисининг резекцияси, гемисекция ва тишни сақлаб қолувчи бошқа операциялар.

11. Периодонтит эндодонтик даволанганидан ёки интакт тишнинг депульпациясидан 6-12 ойдан кейин рентгенологик тадқиқотда деструктив жараёнлар аниқланмаслиги лозим. Периодонтитнинг сурункали деструктив шакллари даволанганидан сўнг рентгенограммада периапикал ўчоқда суяк тўқимасининг регенерацияси ҳисобига деструкция ўчоғининг қисман ёки тўлиқ бартараф этилганлиги кузатилиши лозим.

Тадқиқот ишининг ушбу бобида келтирилган маълумотлардан қисқа хулоса қилиб, қийин ва ўтиш имконсиз бўлган илдиз каналларига эга тишларда сурункали апикал периодонтитни даволашнинг қўлланган янги уйғунлашган – кумуш-мис ўтказгичли апекс-форез ва флюктуоризация усуллари касалликни анъанавий ва депо ва апекс-форез усуллари билан

алоҳида даволаш билан таққослаганда тиш илдиз каналларига маҳаллий апикал таъсир қилишнинг энг самарали усуллари ҳисобланади дейиш мумкин. Уйғунлашган усулнинг тиш илдиз каналларининг анаэроб микрофлорасига таъсирини ўрганиш, уларнинг сурункали апикал периодонтитнинг деструктив шаклларини даволашда юқори антибактериал фаоллигини кўрсатди. Сурункали апикал периодонтитнинг гранулеметоз ва грануляцияловчи шаклларини комплекс эндодонтик даволашда апекс-форез ва флюктуоризация усуллариининг қўлланиши даволаш сифати ва самарадорлигини ошириш, тиш каналларини пломбалагандан кейин яқин вақт ичида асоратлар сонини камайтириш ва узоқ муддатларда ижобий клиник-рентгенологик натижалар олиш имконини берди.

Тадқиқотдан олинган натижалар апекс-форез ва флюктуоризация усулини уйғунлашган қўлланишини қийин ва ўтиб бўлмас илдиз каналларини стерилизация қилишнинг самарали усуллари сифатида, шунингдек тиш периапикал тўқималарини регенерация жараёнларини тезлаштириш мақсадида клиник амалиётда кенг қўллаш учун тавсия этиш имконини беради.

ХУЛОСАЛАР

1. Текширилган 120 нафар бемордан 18 дан 59 ёшгача бўлган 81 нафар (67,5%) беморда сурункали апикал пеириодонтитнинг грануляцияловчи ва гранулематоз шакллари қайд этилди (108 та кўп илдизли тишларда). 81 нафар бемордан 31 нафарини (38,3%) эркаклар ва 50 нафарини (61,7%) аёллар ташкил этди. 31 нафар эркакдан, 17 нафарида (54,8%) грануляцияловчи периодонтит ва 14 нафарида (45,2%) гранулематоз периодонтит аниқланди. 50 нафар аёлдан, 28 нафарида (56%) грануляцияловчи периодонтит ва 22 нафарида (44%) гранулематоз периодонтит қайд этилди.

2. Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари комплекс эндодонтик даволашда кумуш-мис ўтказгичли апекс-форез ва флюктуризация усули билан уйғунликда янги даволаш усулининг қўлланилиши анъавий даволаш усулларига қараганда, факультатив-анаэроб бактерияларнинг камайиши 2,0-3,3 марта яхшиланишига олиб келади. Бунда апекс-форез ва флюктуризация усуллари алоҳида қўлланишидан кўра, уларнинг уйғунликда қўлланиши энг кўп ифодаланган (1,5-2,5 марта кўпроқ) антибактериал таъсирга эга бўлди.

3. Сурункали апикал периодонтитни депо- ва апекс-форез билан комплекс эндодонтик даволаш анъанавий даволаш усуллари билан таққослаганда периапикал тўқималарнинг регенерация жараёнини анча ($P < 0,05-0,001$) тезлашишига олиб келади. Бунда апекс-форез ва флюктуризация усулининг уйғунликда қўлланиши улардан алоҳида фойдаланилган ҳолатга нисбатан, тиш периапикал тўқималарининг ҳолатига 1,3-2,2 марта самаралироқ таъсир кўрсатади. Бу асоратлар сонининг камайиши, апикал периодонтит соҳасида суяк тўқимасини регенерация жараёнининг тезлашиши ва бу билан беморларни стоматология муассасаларига ташрифини камайишида ифодаланади.

4. Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шакллари апекс-форез ва флюктуризациянинг уйғунлашган усулидан, бизнинг модификациямиздан фойдаланиб

эндодонтик даволашнинг яқин ва узоқ муддатли натижаларини ижобий сифатида баҳолаш ва уларни клиник стоматологияда қўллашга тавсия этиш мумкин

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Стоматология поликлиникаларида аҳолига юқори малакали эндодонтик ёрдам кўрсатиш учун эндодонтия хонасини ташкил этиш зарур.

2. “Муаммоли” тишларда сурункали апикал периодонтитнинг эндодонтик даволаниши асептика ва антисептика қоидаларига қатъий риоя қилган ҳолда замонавий эндодонтик ускуна ва воситаларни қўллаб олиб бориш лозим.

3. Периодонтитни анъанавий импрегнация усулларида фойдаланиб даволаш мақсадга мувофиқ эмас деб ҳисоблаш керак, чунки улар эндодонтик даволашда ижобий прогноз кафолатини бериш имконини бермайди. Бунинг ўрнига тишлар илдиз каналининг айнан апикал қисмига таъсир қилувчи замонавий физиотерапия усулларида қўллаш керак –кумуш-мис ўтказгичдан фойдаланиб апекс-форез ва флюктуризация усули.

4. Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз ва грануляцияловчи шаклларида мис-кальций гидроксиди депофорези билан даволашда 7-8 кун интервал билан ток кучи 2,5-5,0 мА/дақиқа 3 та муолажа сеансидан ташкил топган даволаш курси тайинланади

5. Кумуш-мис электродидан фойдаланиб апекс-форез шунингдек ток кучи 2,5-5,0 мА/дақиқада кунора ёки ҳар кун 3 сеанс муолажада тайинланади.

6. Тишларнинг илдиз каналлари қийин ёки ўтиш имконсиз бўлганида апекс-форез ва флюктуризациянинг уйғунликдаги усулини тайинлаш лозим: 1-кун 3 та сеанс апексфорез, 30 дақиқадан сўнг 3 та сеанс флюктуризация, 7-8 кундан сўнг 2 та сеанс апекс-форез ва 2 та сеанс флюктуризация, 14-кун яна 2 та сеанс апексфорез ва 30 дақиқадан кейин 2 та сеанс флюктуризация муолажалари олиб борилади. Охир-оқибат тишлари уйғунлашган усулда даволанаётган беморлар 7 та флюктуризация сеансидан ўтиши лозим. Чунки апекс-форез ва флюктуризациянинг бундай уйғунликда қўлланиши улар алоҳида қўлланган ҳолатга қараганда, кўпроқ фойдаланган даволаш таъсирига эга.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Адамчик А.А. Клиническое обоснование к использованию лечебной пасты для временного пломбирования каналов корней зубов при лечении деструктивных форм хронического периодонтита // Эндодонтикия today. - 2016. - № 1. - С. 17-20.
2. Адамчик А.А. Сравнительная характеристика препаратов для временного пломбирования корневых каналов при лечении апикального периодонтита // Здоровье и образование в 21 веке. - 2016. - Т. 18, № 2. - С. 120-124.
3. Акимов Т.В. Результаты сравнительной оценки депо- и гальванофореза гидроокиси меди-кальция в лечении деструктивных форм хронического периодонтита // Эндодонтикия today. - 2012.-№ 3-4.- С. 19.-21
4. Алетдинова С.М. Оптимизация диагностики и лечения хронического апикального периодонтита // Диссертация. Москва. -2013. –С. 3-30.
5. Антанян А.А. Одновизитная эндодонтикия как рациональная и проверенная концепция // Эндодонтикия today. -2017. №1. -С. 57-59.
6. Арутюнов С.Д., Царев В.Н., Носик А.С. Подбор и применение новых антисептических препаратов для эндодонтического лечения хронического периодонтита // Рос.стом. журн.-2012.-№3.-С. 4-6.
7. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология // электронный. - Москва. -2015. – С. 792.
8. Бажиков С.С. Обоснование выбора материалов для временного пломбирования корневых каналов при лечении апикального периодонтита // Университетская медицина Урала. - 2017. - № 2. - С. 10-13.
9. Баяхметова А.А., Смагулова Е.Н. Характеристика анаэробной микрофлоры корневых каналов при хроническом периодонтите // Наука и Мир. - 2015. - Т. 3, № 4 (20). - С. 81-84.

10. Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш. Видовой и количественный состав микрофлоры корневых каналов зубов у пациентов с хроническим периодонтитом // Stomatologiya. - 2016. - С. 32-34.
11. Бердженхолц Г., Хорстед-Биндслев П., Рейт К. Эндодонтикология — 2-е изд.— М.-Таркомм. - 2013.-С. 408.
12. Березин К.А. Иммунологические аспекты заболеваний апикального периодонтита // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 10. - С. 1609-1611.
13. Бир Р., Бауманн М.А., Ким С. Эндодонтикология: пер. с англ.— М.: МЕД пресс-информ. -2012. —С. 368.
14. Боймуратов Ш.А., Юсупов Ш.Ш. Медицинская реабилитация больных с сочетанной деформацией наружного носа и зубочелюстной системы // Вісник наукових досліджень, 2014. № 1. С. 47-49.
15. Беленова И.А., Красичкова О.А. Регистрация изменений бактериальной составляющей дентина корневых каналов при традиционной медикаментозной обработке и с применением ультразвуковых колебаний // Вест. новых мед.технологий . -2013. — Т.№2. —С. 299-307.
16. Бритова А.А. Состав и свойства микрофлоры кариозного дентина зубов при воспалении пульпы // Эндодонтикия today.- 2008.- №1.-С. 15-16.
17. Васильев А. Ю. Лучевая диагностика в стоматологии // Учеб.пособие. — Москва. -2018. — С. 176
18. Весна Е.А. Порівняльний аналіз програмного забезпечення, що використовується для інтерпретації результатів конусно-променевого комп'ютерного дослідження при хронічному апікальному періодонтиті // Вісник стоматології. - 2018. - № 1. - С. 58-69.
19. Гилязетдинова Ю.А., Винниченко А.В., Винниченко Ю.А. Лечение верхушечного периодонтита с применением магнито-лазерной терапии //Стоматология.-2009.-№ 4.-С. 20-24.

20. Горбунова И.Л. Обоснование выбора препарата для антисептической обработки канала при лечении хронического гранулирующего периодонтита // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 4. - С. 303.

21. Глухова Е.А., Межевикина Г.С. Клинико-лабораторное обоснование эффективности эндодонтического лечения // Наука молодых. Рязань. -2019. №2. – С. 294-300

22. Даурова Ф.Ю., Карнаева А.С. Оригинальная методика интрадентальной терапии периодонтита // Эндодонтия today.- 2013.- №2.- С.12-15

23. Дегтярёва Л.Х., Дурягина В.П. Анализ степени активности течения хронического верхушечного периодонтита с использованием комплексного апикального индекса // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. - 2015. - Т. 5, № 2 (18). - С. 25-28.

24. Демьяненко С.А. Лечение апикального периодонтита с применением обогащенной тромбоцитами плазмы крови // Эндодонтия today. - 2017. - № 4. - С. 43-46.

25. Дмитриева Л. А, Селезнева Т.В. Новые тенденции в лечении верхушечного периодонтита // Эндодонтия today .- 2014. - № 1-2.- С. 15-19.

26. Ефанов О.И., Носов В.В., Волков А.Г. Способ локального направленного внутриканального воздействия (апекс-форез) при эндодонтическом лечении зубов // Патент на изобретение. -2012. - № 2252795 .

27. Ефанов О.И., Волков А.Г. Физические методы диагностики и лечения в эндодонтии // Клиническая стоматология.-2012.-№ 3.- С. 22-25.

28. Ефанов О.И., Царев В.Н., Николаева Е.Н. Оценка антибактериальной активности апекс-фореза // Стоматология.-2012. - № 5.- С. 20-23.

29. Замулин Д.О. Анализ эффективности комбинации дерината, юнидокс-соллютаба и тиквеола при лечении обострения хронического

гранулирующего периодонтита у детей // Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал. - 2017. – Т.17. - № 4. – С. 90-96.

30. Звонникова Л.В., Георгиева О.А., Нисанова С.Е. Использование современных антиоксидантов в комплексном лечении апикального периодонтита // Эндодонтикия today.- 2008.- №1.- С.15-18.

31. Зойиров Т.Э., Салиева Х.М., Абсаламова Н.Ф. Новый подход к лечению генерализованного пародонтита // Наука и современное общество: взаимодействие и развитие. - 2016. - № 1. - С. 17-21.

32. Зорина В.В., Ананьева В.А., Ширшикова А.А. Причины возникновения периодонтита. Современные средства терапии воспалительных заболеваний пародонта беременных женщин // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. - 2016. - Т. 18. - № 1. - С. 304-306.

33. Ибрагимова М.Х., Юсупалиходжаева С.Х., Мухамедов И.М. Эффективность применения 1% раствора хлорофиллипта при лечении деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита // Stomatologiya. - 2016.- № 1-2. - С. 38-41.

34. Казеко Л.А. Гидроксид кальция: вчера, сегодня, завтра // Современная ортопедическая стоматология. – 2016 . – № 25. – С. 10–15.

35. Камилов Х.П., Зойиров Т.Э. Состояние системы гемостаза при пародонтите у больных ревматоидным артритом // Врач-аспирант. -2012. - Т. 41. - № 4. - С. 79-83.

36. Камилов Х.П., Зойиров Т.Э., Камилов Э.Х. Эффективность аппарата Vektor в комплексной терапии эндодонтико-пародонтальных поражений // Достижения науки и образования. - 2018. - № 5 (27). – С. 1-2.

37. Капишников А.В., Розенбаум А.Ю. Оценка влияния остеопластических материалов на регенерацию костной ткани после операции цистэктомии с одномоментной резекцией верхушки корня зуба с помощью компьютерной томографии // Эндодонтикия today. - 2016. - № 1. - С. 17-20.

38. Кнаппвост А.Д. Депоионофорез гидроксида меди-кальция. Научно-обоснованная альтернатива в эндодонтике // Клиническая стоматология. - 2012. - № 2.- С. 12-15.

39. Кодылев А.Г., Шумский А.В. Применение эрбий-хромового лазера в комплексном лечении периодонтита // Эндодонтика today.- 2012.- №1.-С. 17-19.

40. Колчанова Н.Э. Устойчивость матрикса моно- и многокомпонентной биопленок, образованных микрофлорой периодонтального кармана в статических и динамических условиях среды *in vitro* и их антибиотикорезистентность // Вестник ВГМУ. – 2017. – Т. 16. № 5. – С. 136-144.

41. Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А., Ковалева И.Г. Цифровая фотография в эндодонтике, или путешествие внутрь зуба //Эндодонтика today.- 2014.- №1.- С. 9-12.

42. Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В. Некоторые эпидемиологические аспекты осложнений кариеса зубов // Эндодонтика today. - 2014. - № 1. - С. 3-5.

43. Кукушкин В.Л. Анаэробная микрофлора эндодонтика при хроническом апикальном периодонтите // Эндодонтика today. - 2017. - № 1. - С. 13-15.

44. Куратов И.А., Нагаева М.О., Брагин А.В., Куман О.А. Опыт применения вакуумно-струйной ирригации корневых каналов при лечении хронического апикального периодонтита // Медицинская наука и образование Урала. - 2015. - № 3. – С. 110-113.

45. Куратов И.А. Клинико-рентгенологическая оценка эффективности лечения апикального периодонтита с применением авторской методики вакуумно-струйной ирригации корневых каналов // Терапевтическая стоматология. - 2016. - Т. 12. - № 1. - С. 31–37.

46. Курякина Н.В. Острый и обострившийся хронический периодонтит молочных и постоянных зубов. В кн.: Терапевтическая стоматология детского возраста. - Москва. - 2014. - С. 342-346.
47. Леонова Л.Е., Павлова Г.А. Сравнительная клинικο-рентгенологическая и функциональная оценка регенерации альвеолярной кости в области лунок моляров в ближайшие сроки // Пермский медицинский журнал. - 2016. - Т. XXXIII. - № 3. - С. 50-55.
48. Лукиных Л.М., Успенская О. А. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии: Учеб пособие. - 2016. - С. 36.
49. Луцкая И.К. Диагностика и лечение зуба при хроническом периапикальном периодонтите со свищом // Эндодонтикия today. - 2018. - № 1. – С. 66-70.
50. Майбородин И.В., Притчина И.В., Гаврилова И.К. Регенерация тканей периодонта после лечения хронического периодонтита с учетом пола и возраста // Стоматология. - 2014.- №1.-С. 26-31.
51. Майстом // История стоматологии. Электронная энциклопедия. <http://mydentist.ru>. diagnostika radioviziografiya. - Москва. -2017.
52. Македонова Ю.А., Фирсова И.В. Применение акупунктуры в комплексном лечении больных хроническим верхушечным периодонтитом // Эндодонтикия today. - 2015. - № 1. - С. 10-13.
53. Макеева И.М., Жохова Н. С. Лабораторная оценка различных методов обработки корневых каналов // Эндодонтикия today.- 2014. - № 1-2. - С. 19-21.
54. Макеева И.М., Морозов О.Ю. Влияние некоторых объективных критериев на качество пломбирования корневых каналов зубов // Эндодонтикия today.- 2013.- № .1-2. - С.25-27.
55. Максимовский Ю.М., Григорян А.С. Влияние степени удаления смазанного слоя на эффективность эндодонтического лечения зубов с хроническим верхушечным периодонтитом // Эндодонтикия today. - 2012.- № 3- 4. - С. 12-15

56. Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Современный взгляд на оценку качества и результативность лечения хронического периодонтита // Эндодонтикия today .- 2014.-№ 1-2. - С.5-9.

57. Максимовский Ю.М., Митронин А.В., Зуева Д.Д. Оценка эффективности эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита с применением материалов, содержащих минеральный триоксидный агрегат // Эндодонтикия today.- 2014.- №1.- С. 12-15

58. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Основные направления профилактики и лечения хронического воспаления в области периодонта // Рос.стомат. журнал.- 2014.- № 1.- С. 6-18.

59. Мамедова Л.А. Комплексное лечение хронического апикального периодонтита // International Dental Review. - 2016. - № 1. – С. 12-15.

60. Меджидов М.Н., Бобр И.С., Смагина О.Н. Экспериментально-клиническая оценка эффективности применения ацизола и кальцевиата в лечении начального пульпита // Эндодонтикия today.- 2012. - №2.- С. 19-21

61. Меджидов М.Н., Катиева Т.А. Использование новых репарантов в лечении экспериментального хронического периодонтита методом резекции верхушки корня // Эндодонтикия today.- 2012.- №1.- С.22-25

62. Митронин А.В. Комплексное лечение и реабилитация больных с деструктивными формами хронического периодонтита: Автореф. дис... д-ра мед.наук.- Москва. – 2012. – С. 36 .

63. Митронин А.В., Понякина И.Д. Изучение влияния хронического апикального периодонтита на состояние организма пациента // Стоматология.- 2012.- № 6.- С. 26-29.

64. Митронин А.В., Робустова Т.Г. Клинико-иммунологическая характеристика деструктивных форм хронического периодонтита // Рос.стом. журн.- 2012.- №1.- С. 29-34.

65. Митронин А.В., Царев В.Н., Ясникова Е.Я. Особенности контаминации экосистемы корневых каналов на этапах эндодонтического лечения острого периодонтита // Эндодонтикия today.- 2015.- № 1.- С. 17-19.

66. Митронин А.В., Царев В.Н. Молекулярно-генетическая диагностика в оценке эффективности лечения хронического периодонтита // Эндодонтикия today .-2014.- № 3-4.- С.7-11
67. Митронин А.В. Аспекты лечения верхушечного периодонтита у пациентов старших возрастных групп // Эндодонтикия today.- 2014.- № 1-2.- С.22-25.
68. Митронин А.В. Лечение деструктивных форм хронического периодонтита с применением материала «Тиэдент» // Эндодонтикия today. - 2012.- №3-4. -С. 7-10.
69. Московский А.В., Шумский А.В. Клинико-иммунологические особенности осложненного кариеса в сочетании с пародонтитом // Рос.стом. журн.- 2017.- №3.- С. 23-26.
70. Мозговая Л.А., Косолапова Е.Ю. Экспериментальное обоснование применения инфракрасного лазерного света в эндодонтике // Пермский медицинский журнал. - 2017. - Т. 34. - № 3. - С. 51-58.
71. Мозговая Л. А., Задорина И. И., Быкова Л. П., Годовалов А. П. Микрофлора корневых каналов зубов в динамике лечения хронических форм апикального периодонтита // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2013. -Т. 9. - № 3. - С. 447–449.
72. Напольников Л. В Опыт сохранения причинного зуба при периостите в амбулаторных условиях // Эндодонтикия today.- 2013.- №1-2. - С.29-31.
73. Напольников Л.В., Славинский А.А. Маркеры азурофильной зернистости нейтрофильных лейкоцитов крови больных острым апикальным периодонтитом // Эндодонтикия today .- 2014.- № 1-2.- С. 18-23.
74. Некрылов Д.В., Шалаев О.Ю. Анализ результатов лечения хронических апикальных периодонтитов // Вестник новых медицинских технологий. Электронный журнал. -Москва. -2017. - № 1. –С. 1-4.

75. Николаева Е.Н., Царев В.Н., Щербо С.Н. Применение новой тест-системы, основанной на полимеразной цепной реакции в периодонтологии // Институт стоматологии. - 2012. - № 4. - С. 63-66.
76. Нисанова С.Е., Георгиева О.А., Иванов Д.С. Микробиологический контроль эффективности использования растворов гипохлорита натрия различной концентрации при лечении периодонтита // Эндодонтикия today.-2017.- №2. - С. 14-18.
77. Николаев А.И., Цепов Л.М., Галанова Т.А., и др. Три уровня эндодонтического лечения в современной российской стоматологии (дискуссионная статья) // Эндодонтикия today. - 2015. - №2. - С. 31-35.
78. Новикова И.А. Клинический опыт использования пасты на основе йодоформа и камфоры при лечении хронического апикального периодонтита// Эндодонтикия today. - 2017. - № 3. - С. 54-57.
79. Овчаренко О.С., Максимовский Ю.М. Возможности депофореза гидроксида меди-кальция при лечении пульпита // Эндодонтикия today. - 2012. - №1. - С. 33 - 35.
80. Ожгихина Н.В., Шадрина У.Е. Опыт лечения хронического периодонтитат в зубах с незавершенным формированием корней у детей // Эндодонтикия today. - 2012.- №1. - С. 24-16.
81. Опыт применения лазерной флюорресцентной диагностики для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (клин.микробиол. обоснование выбора антибиотикотерапии) // Клин.лаб. диагностика. - 2012. - №9. - С. 32.
82. Орехова Л.Ю., Шайда Л.П., Бодякина Э.А. Выбор метода обезболивания у пациентов с воспалением пульпы зуба // Эндодонтикия today. - 2012. -№1. - С. 23-27.
83. Павлович О.А., Скорикова Л.А., Баженова Н.П., Лапина Н.В. Оптимизация терапии деструктивных форм хронического апикального периодонтита // Russian Journal of Dentistry. - 2017. – Т. 21. - № 2. - С. 85-89.

84. Паукова В.С. Патологическая анатомия // учебник: в 2 т. ГЭОТАР-Медиа. - 2016. - Т. 2. - С. 528.

85. Позняк-Чучман В.В., Дударев А.Н. Цифровая рентгенографическая оценка результатов эндодонтического лечения хронического верхушечного периодонтита // Эндодонтия today. - 2012.- №1-2. - С. 22-25.

86. Потего Н.К., Джафарова А.Д., Тюпенко Г.И. Трансканальная анод-гальванизация на этапах лечения острого периодонтита и хронического периодонтита в стадии обострения // Эндодонтия today.- 2017. - №1. -С. 24-27

87. Ревазова З.Э., Катиева Т.А. Клиническое применение биоматериала «Остеопласт-К» в лечении деструктивных форм периодонтита // Эндодонтия today. -2017. -№1. -С. 7-11.

88. Радышевская Т.Н. Комплексное лечение деструктивных форм хронического периодонтита // Научный альманах. - 2016. - Т. 1. -№ 2 (15). - С. 404–406.

89. Робустова Т.Г., Митронин А.В. Хронический апикальный периодонтит, причинно- следственная связь очагов инфекции с сопутствующими заболеваниями // Рос. стом. журн. -2014. -№1. - С. 38-42.

90. Розенбаум А.Ю. Оценка эффективности использования остеопластического материала «коллапан» при операции резекции верхушки корня зуба на основании компьютерной томографии // Российский стоматологический журнал. - 2017. - Т. 21. -№ 5. - С. 259-261.

91. Розенбаум А.Ю. Оценка эффективности обработки корневого канала 3% раствором гипохлорита натрия с последующей обработкой ультразвуком при хроническом апикальном периодонтите // Эндодонтия today. - 2017. - № 4. - С. 58-61.

92. Розенбаум А.Ю. Влияние режимов эрбий-хромового лазера на эффективность антибактериальной обработки корневого канала при

хроническом апикальном периодонтите // Эндодонтия today. - 2016. - № 3. - С. 15-18.

93. Румянцев В.А., Опешко В.В., Тубаева Е.А. Комплексное эндодонтическое лечение зубов с применением депо- и гальванопокрытия гидроксида меди-кальция // Стоматология.-2017. -№ 3. - С. 20-23.

94. Румянцев В.А., Родионова Е.Г. Биопленка в эндодонтии. Часть I. Свойства и методы изучения (обзор литературы).] // Эндодонтия today. - 2018. - № 1. - С. 17-21.

95. Самохина В.И. Сравнительная характеристика микробной колонизации апикальной части корня зуба, находящегося в состоянии хронического воспаления // Эндодонтия today. - 2015. - № 4. - С. 47-50.

96. Самохина В.И. Доказательный подход при выборе антимикробных препаратов в практике детского стоматолога // Эндодонтия today. - 2015. - № 2. - С. 12-18.

97. Сахарук Н.А. Оценка ближайших и отдалённых результатов эндодонтического лечения // Вестник ВГМУ. - 2015. - Т. 14. -№ 5. – С. 108-113.

98. Севбитов А.В., Браго А.С., Васильев Ю.Л [и др]. Повторное эндодонтическое лечение: в каких случаях нужно настоять на его проведении // Эндодонтия today. - 2016. - № 2. - С. 30-32.

99. Симакова Т.Г., Пожарицкая М.М., Спицына В.И. Современные аспекты медикаментозной обработки корневых каналов // Эндодонтия today.- 2012. -№2. - С. 7-10

100. Сонис С.Т. Секреты стоматологии // - М.-СПб., Бином. - 2012. - С. 112.

101. Тайченачев А.Я., Овчаренко А.В. Временные характеристики обострения хронического периодонтита и одонтогенных околочелюстных абсцессов // Стоматология. -2012. -№4. - С. 24-30.

102. Тарасенко С.В. Лечение пациентов с периапикальными поражениями с помощью высокоинтенсивных лазеров и дентального микроскопа // Медицинский альманах. - 2015. - № 3 (38). - С. 186-190

103. Тарасенко С.В. Сочетанное применение эрбиевого и диодного лазеров под контролем операционного микроскопа при лечении пациентов с периапикальными поражениями // Российский стоматологический журнал. - 2016. – Т. 20. -№ 5. - С. 277-281.

104. Хохрина Т.Г. Топографическая диагностика состояния корневой системы: вакуумная внутриканальная контрастная рентгенография // Эндодонтика today.- 2013. -№1-2. - С. 18-24.

105. Хохрина Т.Г. Трехмерная вакуумная obturation корневой системы при лечении осложнений кариеса зубов // Эндодонтика today.- 2013. -№1-2. - С. 13-17.

106. Царев В.Н., Ушаков Р.В. Антимикробная терапия в стоматологии // Руководство для врачей. – Москва. -2014. – С. 237.

107. Царев В.Н., Николаева Е.Н. Экспериментальное обоснование применения биополимерных пленок, содержащих препараты иммуномодулирующего и антибактериального действия, для лечения заболеваний пародонта // Пародонтология. - 2014. - Т. 15. -№ 1 (54). - С. 57-60.

108. Шайымбетова А.Р. Клинико-рентгенологическое исследование лечения хронического периодонтита // Вестник КРСУ. - 2017. - Т. 17. -№ 3. - С. 79-80.

109. Шайымбетова А.Р. Лечение хронического верхушечного периодонтита (обзор литературы) // Вестник КРСУ. - 2017. - Т. 17. -№ 7. - С. 84-87.

110. Шамсиев Р.А. Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень. -2016. -№ 4. - С. 49-51.

111. Шамсиев Р.А. Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice. -2018. -Т. 2. - С. 32-36.

112. Шашмурина В.Р., Купреева И.В., Девликанова Л.И. Клинический опыт терапии хронического апикального периодонтита // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2018. - Т. 17. - № 1. - С. 160-166.

113. Шомина С.А., Богатов В.В., Червинец В.М. Клинико-микробиологическая оценка эффективности применения хитозана и низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексе с фотосенсибилизатором при лечении больных с острыми гнойными периоститами челюстно-лицевой области // Стоматология. -2015. -№3. -С. 23-26.

114. Шулаков В.В. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и патогенетическое обоснование их лечения с применением медицинского озона // Автореф. дис... д-ра мед.наук. – Москва. -2014. –С. 37.

115. Эшбадалов Х.Ю. Суперсорбицид в комплексном лечении острых гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области // Стоматология. -2015. - № 2. - С. 36-37.

116. Яременко А.И., Яременко С.И. Возможность выполнения гранулемэктомии при обострении хронических периодонтитов // Эндодонтикия today. - 2012. -№1-2. - С. 12-15.

117. Ярмова Э.Н. Состояние тканей пародонта у беременных с поздними токсикозами // Международный студенческий научный вестник. - 2015. -№2. – С. 83-84.

118. Яснецов В.В., Бобр И.С. Перспективы использования современного препарата «Ацизол» при лечении пульпита // Эндодонтикия today. - 2017. - №1. - С. 19-21.

119. Ajeti N., Pustina-Krasniqi T., Apostolska S., Xhajanka E. The Effect of Gaseous Ozone in Infected Root Canal // J. Med. Sci. - 2018. - Vol. 6. -№ 2. - P. 389-396.
120. Andrade A., Santos E.M. Analysis of tryptase-positive mast cells and immunoexpression of MMP-9 and MMP-13 in periapical lesions // Int. Endod. J. - 2017. – Vol. 50. – P. 446–454.
121. Bozkurt S.B., Hakki E.E. Biostimulation with diode laser positively regulates cementoblast functions, in vitro // Lasers Med. Sci. - 2017. - Vol. 32. -№ 4. - P. 911–919.
122. Castro A.G. Incorporation of PLLA microfillers for mechanical reinforcement of calciumphosphate cement // Biomed. Materials. - 2017. - P. 286-294.
123. Decker E.M. Improvement of antibacterial efficacy through synergistic effect in photodynamic therapy based on thiazinium chromophores against planktonic and biofilm-associated periodonto pathogens // Photomed. Laser. Surg. - 2017. - Vol. 35. -№ 4. - P. 195–205.
124. DessauneN.N., PorpinoM.T.M. Pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokine expression in post-treatment apical periodontitis // J. Appl. Oral Sci. - 2018. – Vol. 2. -№ 8. - P. 26.
125. DongaM., Yua X. Osteopontin Promotes Bone Destruction in Periapical Periodontitis by Activating the NF-κB Pathway // Cell Physiol. Biochem. - 2018. - Vol. 49. - P. 884-898.
126. Filho E.M., Calisto A.M. Correlation between the Periapical Index and Lesion Volume in Cone-beam Computed Tomography Images // Iranian Endodont. J. - 2018. - Vol. 13, № 2. - P. 155-158.
127. Flemming H.C. EPS – then and now // Microorganisms. - 2016. - Vol. 4. - P. 41.
128. Gbadebo S.O. Periapical pathology: comparison of clinical diagnosis and histopathological findings // J. West Afr. Coll. Surg. – 2014. - № 3. - P. 74–88.

129. Gerdes K. Microbiology. Pumping persists // *Nature*. - 2016. - Vol. 534. - P. 41-42.
130. Giardino L. Анализ смачиваемости различных эндодонтических ирригантов на основе гипохлорита натрия // *Стоматолог-практик*. - 2014. - № 3. - С. 26–28.
131. Gusiyska A. Four-year follow-up of the healing process in periapical lesions—a conservative approach in two cases // *Int. J. Sci. Res.* - 2015. - Vol. 4. - № 6. - P. 543-546
132. Hoedke D., Enseleit C. Effect of photodynamic therapy in combination with various irrigation protocols on an endodontic multispecies biofilm ex vivo // *Int. Endod. J.* – 2017. - Vol. 1. - № 4. – P. 205
133. Huh J.K., Yang D.K., Jeon K.J. Progression of periapical cystic lesion after incomplete endodontic treatment // *Restor. Dent. Endod.* - 2016. - Vol. 41. - № 2. - P. 137-142.
134. Jakovljevic A., Knezevic A. Pro-inflammatory cytokine levels in human apical periodontitis: correlation with clinical and histological findings // *Aust. Endod. J.* - 2015. - Vol. 41. - № 2. - P. 72-7.
135. Jin Q. The efficacy of proanthocyanidins and secnidazole in the treatment of chronic periodontitis after scaling and root planing therapy // *J. Biol. Regul. Homeost. Agents.* - 2017. - Vol. 31. - № 1. - P. 93–97.
136. Jorge K.M., Carvalho de R.F. Calcium Hydroxide Dressing Influences the Obturation of Simulated Lateral Canals // *J. Contemp. Dent. Pract.* - 2015. - Vol. 16. - № 6. - P. 468–473.
137. Kaldalu N. Persists – as elusive as ever // *Appl. Microbiol. Biotechnol.* - 2016. - Vol. 100. - P. 6545-6553.
138. Kanoriya D., Pradeep A.R. Correlation of crevicular fluid and serum levels of retinol-binding protein 4 and leptin in chronic periodontitis and obesity // *Clin. Oral Investig.* - 2017. - Vol. 21. - № 7. – P. 2319-2325.
139. Kasimov S. Haemosorption in complex management of hepatargia // *The International Journal of Artificial Organs.* - 2013. - Vol. 36. - № 8. - P. 11.

140. Kurtulus I.W. Immunohistochemical analysis of the gingiva with periodontitis of type I plasminogen deficiency compared to gingiva with gingivitis and periodontitis and healthy gingival // Arch. Oral Biol. - 2016. - Vol. 72. - P. 75–86.
141. Larsen T. Dental biofilm infections – an update // APMIS. - 2017. - № 125. - P. 376–384.
142. Liang, Z.-Z. Transforming growth factor beta-1 expression in macrophages of human chronic periapical diseases // Genet. Mol. Res. - 2017. - Vol. 16. -№ 1. - P. 1-11.
143. Martinho F.C., Nascimento G.G. Clinical influence of different intracanal medications on th1-type and th2-type cytokine responses in apical periodontitis// J. Endod. – 2015. - Vol. 41. - № 2. - P. 169-75.
144. NibaliL. Radiographic morphology of intrabony defects in the first molars of patients with localized aggressive periodontitis: Comparison with health and chronic periodontitis // J. Periodont. Res. - 2018. – Vol. 53. -№ 4. – P. 582-588.
145. Ng Y.L., Mann V. Outcome of primary root canal treatment: systematic review of the literature - part 2. Influence of clinical factors // Int. Endod. J. - 2008. - Vol. 41. - P. 26–31.
146. Paterson, R.C. Toxicity to the pulp of a glass-ionomer cement // Brit. Dent. J. - 2014. - Vol. 16. - P. 110-112.
147. PourhajibagherM., ChiniforushN. Photo-activated disinfection based on indocyanine green against cell viability and biofilm formation of Porphyromonas gingivalis // Photo Diagn. Photo Ther. - 2017. - Vol. 17. -№ 3. - P. 61–64.
148. Prati C., Siboni F. Use of calcium-containing endodontic sealers as apical barrier in fluid-contaminated wide-open apices // J. Appl. Biomater Funct. Mater. - 2014. - Vol. 12. - № 3. - P. 263–270.
149. ProvenzanoJ.C. Host-bacterial interactions in post-treatment apical periodontitis: a metaproteome analysis // J. Endod. - 2016. - Vol. 42. -№ 6. - P. 880-885

150. Riccia D.N., Bizzini F., Perilli M.G. Anti-inflammatory effects of *Lactobacillus brevis* (CD2) on periodontal disease // Oral Dis. -2007 - Vol. 13. - №4. - P. 376-85.

151. Rodriguez G., Patel S., Duran-Sindreu F. Influence of Cone-beam Computed Tomography on Endodontic Retreatment Strategies among General Dental Practitioners and Endodontists // J. Endod. - 2017. – Vol. 43. № 9. – P. 1433-1437.

152. Saglam M., Kantarci A., Dundar N., Hakki S.S. Clinical and biochemical effects of diode laser as an adjunct to nonsurgical treatment of chronic periodontitis: a randomized, controlled clinical trial // Lasers Med. Sci. - 2014. - Vol. 29. -№ 1. - P. 37–46.

153. Saberi B.V., Nemati S. Assessment of digital panoramic radiography's diagnostic value in angular bony lesions with 5 mm or deeper pocket depth in mandibular molars // Dent. Res. J. - 2017. - Vol. 14. – P. 32-36.

154. Santos Soares S.M. Management of Cyst-like Periapical Lesions by Orthograde Decompression and Long-term Calcium Hydroxide / Chlorhexidine Intracanal Dressing: A Case Series // J. Endodont. - 2016. - Vol. 42. -№ 7. - P. 1135-114.

155. Sullivan M. The root of the problem: occurrence of typical and atypical periapical pathoses // J. Am. Dent. Assoc. - 2016. - Vol. 147. – P. 646–649.

156. Shamsiev R.A., Atakulov J.O., Shamsiev J.A. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // Europäische Fachhochschule.- 2016. -№ 4. -C. 20-22. Tennert C. Antimicrobial influence of different root canal filling techniques in experimentally infected human root canals // Quintessence Int. - 2016. – Vol. 48. -№ 4. – P. 273-280.

157. Terlizzi M., Colarusso C. IL-1 α and IL-1 β -producing macrophages populate lung tumor lesions in mice // Oncotarget. - 2016. - Vol. 7. - P. 58181–58192.

158. Vasilev Yu.L. Clinical and anatomical study of the mental chin in terms of increasing the effectiveness of local anesthesia // Int. Dent. J. - 2016. - Vol. 66. - № 1. - P. 132.

159. Yang N.-Y., Zhou Y., Zhao H.-Y [et al]. Increased interleukin 1 α and interleukin 1 β expression is involved in the progression of periapical lesions in primary teeth // BMC Oral Health. - 2018. - Vol. 18. - P.124.

160. Yuanita, T., Zubaidah N., Kunarti S. Expression of Osteoprotegrin and Osteoclast Level in Chronic Apical Periodontitis Induced with East Java Propolis Extract / // Iranian Endodont. J. - 2018. - Vol. 13. -№ 1. - P. 42-46

161. Yusupov S.S., Boymuradov S.A.
Хірургічне лікування перелому дна орбіти з 3d реконструкцією // Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯКовальчука. - 2017. -№ 3. -P. 12-18

162. Zhang W. A retrospective study on molar furcation assessment via clinical detection, intraoral radiography and cone beam computed tomography // BMC Oral Health. - 2018. - Vol. 18. - P. 75.

163. Zoto F. The long term results in treatment of the Chronic Periapical Pathologies with “Calcium-Hydroxide-Propolis” Paste // Int. J. Educ. Sci. Technol. Innovat. Health Environm. - 2015. - Vol. 1. - P. 137-147.

164. Yang N.-Y., Zhou Y. Increased interleukin 1 α and interleukin 1 β expression is involved in the progression of periapical lesions in primary teeth// BMC Oral Health. - 2018. - Vol. 18. - P.124.

МУНДАРИЖА

Кириш	3
I БОБ. СУРУНКАЛИ АПИКАЛ ПЕРИОДОНТИТЛАР ЭТИОЛОГИЯСИ, ПАТОГЕНЕЗИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНИ	4
Сурункали апикал периодонтит ривожланишида этиология ва патогенези	8
Оғиз бўшлиғи микрофлорасининг сурункали апикал периодонтитлар келиб чиқишидаги аҳамияти	14
Сурункали апикал периодонтитни диагностика қилиш ва даволашда рентгенологик текширув усуллари	19
Сурункали апикал периодонтитни эндодонтик даволаш муаммоси	22
II БОБ. II БОБ. СУРУНКАЛИ АПИКАЛ ПЕРИОДОНТИТЛАРНИ ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ	31
Сурункали апикал периодонтитни мис-кальций гидроксиди депофорези, кумуш-мис ўтказгичдан фойдаланиб апекс фореуз ҳамда флюктуризация усули билан уйғунликда қўллаб эндодонтик даволаш усули	35
Рентгенологик тадқиқот усуллари	38
Сурункали апикал периодонтитни флюктуризация усули билан уйғунликда апекс-фореуз қўллаб даволашнинг узок муддатли таъсирини микробиологик баҳоси ва клиник-рентгенологик тавсифи	39
III БОБ. СУРУНКАЛИ АПИКАЛ ПЕРИОДОНТИТНИ ЭНДОДОНТИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ҲАМДА ИЛМий АСОСЛАШ	45
Сурункали апикал периодонтитни комплекс даволашда флюктуризация усули билан уйғунликда апекс-фореуз усулини қўллаш самарадорлигини	45

микробиологик баҳолаш	
Сурункали апикал периодонтитни кумуш-мис электродидан фойдаланиб апекс-форез усулида даволаш	49
III БОБ. СУРУНКАЛИ АПИКАЛ ПЕРИОДОНТИТДА ФЛЮКТОРИЗАЦИЯ УСУЛИ БИЛАН УЙҒУНЛИҚДА АПЕКС- ФОРЕЗДАН ФОЙДАЛАНИШНИНГ УЗОҚ МУДДАТЛИ ТАЪСИРИНИНГ КЛИНИК-РЕНТГЕНОЛОГИК ТАВСИФИ	58
Сурункали апикал периодонтитнинг гранулематоз шакли мавжуд беморларда апекс-форез ҳамда флюктуризация услублари	68
Сурункали апикал периодонтитларни даволаш натижалари таҳлиллари	84
Хулоса	98
Амалий тавсиялар	100
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	101
Мундарежа	119
Қисқартмалар рўйхати	122

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

АП	- Апикал периодонтит
ШСЭС	-Шаҳар Санитар-Эпидемиологик Станцияси
ДР	- Депофорез
ДНК	-Дезоксирибонуклеин кислота
ИК	- Илдиз канали
ОПТГ	- Ортопантомография
ТР	- Танувчи рецептор
ПЗР	- Полимераз занжир реакция
РАІ	-Периапикал индекс
СанҚваМ	- Санитария қоидалари ва меъёрлари
ЎЮЧ	- Ўта юқори частота
САП	- Сурункали апикал периодонтит
ЭОД	- Электроодонтодиагностика
ЭП	- Эндодонтик перфорация

ҲОЖИЕВ ХУРШИД ҲАМИДОВИЧ

**СУРУНКАЛИ АПИКАЛ ПЕРИОДОНТИТЛАРНИ ЭНДОДОНТИК
ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**
монография