

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT STOMATOLOGIYA INSTITUTI**

Daminova Nargiza Ravshanovna

**PO'RSILDOQ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA
PARODONTNI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING
ZAMONAVIY ASPEKTLARI**

Toshkent - 2025

UDK: 616.314.18-002.66(616.527)-07-08

BBK: 56.6

Mualliflar:

t.f.d., dotsent N.R.Daminova

Taqrizchilar:

t.f.d., professor Gulyamov S.S.

t.f.d., dotsent Shukurova U.A.

Monografiyada muallif zamonaviy jahon adabiyotini, shuningdek po‘rsildoqli bemorlarda parodontning yallig‘lanish kasalliklarini tashxislash, davolash va oldini olish sohasidagi shaxsiy tekshirish natijalarini tizimlashtirgan va tahlil qilgan. Olingan malumotlar tahlili ko‘rsatdiki, po‘rsildoq fonidagi parodontning yallig‘lanish-destruktiv jarayonlari o‘ziga xos bo‘lgan xususiyatlarga ega. Po‘rsildoq bilan birga kechuvchi parodontitni majmuaviy tashxislash va davolashning ishlab chiqilgan tamoyili, har ikki patologiyani yagona patogenetik mexanizmlarini korrektsiyalashga va stomatologiya amaliyotiga joriy etishga qaratilgan.

Monografiya ilmiy xodimlar, doktorantlar, aspirantlar, stomatologiya yo‘nalishi kafedra o‘qituvchilari, oliy o‘quv yurti stomatologiya kafedralarining talabalari, magistrleri, ordinatlari uchun mo‘ljallangan.

ISBN:

**O'ZBEKISTON RKSPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI TOSHKENT DAVLAT STOMATOLOGIYA
INSTITUTI**

**PO'RSILDOQ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA
PARODONTNI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING
ZAMONAVIY ASPEKTLARI**

(monografiya)

Toshkent - 2025

MUNDARIJA

Shartli belgilar va atamalar ro'yhati	6
KIRISH.....	7
I BOB. Po'rsildoqni etiologiyasi, patogenezini va davolashning zamonaviy aspektlari.....	11
II BOB. Tizimli kasalliklar bilan assostiyalangan parodontning patogenetik mexanizmlari.....	24
III BOB. Somatik patologiyali bemorlarda parodont kasalligini davolash	30
IV BOB. Klinik materialning tavsifi va tekshirish usullari.....	42
V BOB. Po'rsildoqli bemorlarda parodontni kechishining klinik o'ziga xosliklari	51
5.1. 2014 yildan 2018 yilgacha po'rsildoq bilan kasallanishning retrospektiv tahlil natijalari	51
5.2. Po'rsildoqli bemorlarning og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining klinik immunologik tavsifi	53
5.3. Po'rsildoqli bemorlarda og'iz bo'shlig'ining mahalliy gumoral immunitetini tekshirish natijalari	58
5.4. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati po'rsildoqni klinik topografik o'ziga xosligi	60
5.5. Po'rsildoqli bemorlarda parodontning yallig'lanish kasalliklarini klinik o'ziga xosligi	66
5.6. Mineral almashinuv va suyak metabolizmining o'ziga xosligi	75
5.7. Jag'ning alveolyar o'simtasini rentgenologik va	

	densitometrik	83
VI BOB.	Po'rsildoqli bemorlarlarda parodontning yallig'lanish kasalliklarini davolash samaradorligini klinik-laborator baholash	
6.1.	Davolash dinamikasida OBSHQ va parodontning klinik holati	88
6.2.	Davolash dinamikasida LPO-AOT tizimini o'rganish natijalari	94
6.3.	Davolash dinamikasida O'MOM ni tekshirish natijalari.....	98
6.4.	Davolash dinamikasida suyak metabolizmi va mineral almasinuv ko'rsatkichlarini o'zgarishlari	102
XULOSA.....		107
ADABIYOTLAR RO'YHATI.....		120

Shartli belgilar va atamalar ro'yxati

AOT	—	Antioksidant tizim
O'MMM	—	O'rtacha molekulyar massali modda
GP	—	Generellashgan parodontit
GP	—	Glutationperoksidaza
EDGP	—	Engil darajadagi generellashgan parodontit
O'DGP	—	O'rta darajadagi generellashgan parodontit
ODGP	—	Og'ir darajadagi generellashgan parodontit
OHI-S	—	Gigiena indeksi va tish qoplamalari
PI	—	Parodontal indeks
PMA	—	Parodontal- marginal-alveolyar indeks
LPO	—	Lipidlarni pereksli oksidlanishi
OBSHQ	—	Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati
TRNF	—	Tartratezistent nordon fosfotaza
IF	—	Ishqoriy fosfotaza
EI	—	Endogen intoksikasiya

KIRISH

Kundalik hayotda parodontning yalligʻlanish-destruktiv kasalligi jahonda keng tarqalgan va populyatsiyadagi aholining 90% qismini qamrab olgan. Hozirgi kunga kelib ular parodontning shikastlanishini ogʻirlik shakllari va kasallanish darajasini ortishi bilan tavsiflanadi. «...Soʻnggi oʻn yillikda Oʻzbekistonlik olimlar tomonidan oʻtkazilgan zamonaviy ijtimoiy va tibbiy tadqiqotlar koʻrsatdiki, kasallikning rivojlanishida aholining salomatlik holatini belgilovchi turmush darajasi (50%), atrof muhit ekologiyasi (20%), populyatsiya genotipi (20%) va tibbiy yordam koʻrsatish darajasi (10%) oʻta muxim rol oʻynaydi...». Hozirgi kunda ichki organlar kasalliklari fonida kuzatiladigan, surunkali generallashtirilgan parodontitni davolash parodont toʻqimasida ijobiy oʻzgarishlarni yuzaga keltirmaydi, shuningdek toʻliq remissiyaga erishishga olib kelmaydi.

Hozirgi vaqtda Oʻzbekiston Respublikasida tibbiyot sohasini rivojlantirishga, jumladan aholi oʻrtasida surunkali kasalliklarni oldini olish, yani umuman olganda poʻrsildoq kabi qoʻrqinchli dermatozlarda parodontitning salomatlikka etkazadigan salbiy oqibatlarini kamaytirishga aloxida eʼtibor qaratilmoqda. 2017-2021 yillarda Oʻzbekiston Respublikasini rivojlantirishning beshta ustivor yoʻnalishlari boʻyicha Harakatlar Strategiyasiga tayangan xolda ushbu muammolarni maqsadli hal etish uchun «...ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam koʻrsatish sifati, shuningdek samaradorligini oshirish, onalik va bolalikni muhofaza qilish, sogʻlom turmush tarzining targʻiboti...» boʻyicha vazifalar belgilangan. Qoʻyilgan vazifalarni amalga oshirish maqsadida bemorlarga koʻrsatiladigan tibbiy

xizmatni yaxshilash bo'yicha majmuaviy chora-tadbirlar ishlab chiqildi, shuningdek sifatli tibbiy xizmat ko'rsatish va parodontitni tashxislashda innovatsion texnologiyalarni qo'llashga asoslangan, zamonaviy davolash usullarini ishlab chiqishga katta etibor qaratilmoqda.

Dermatologiya amaliyotida po'rsildoqning ulushi bor yo'g'i 0,6-1%ni tashkil etadi xolos, ammo asoratlarni oldini olish, kasallikni davolash tizimini optimallashtirish va erta tashxislash muammosi zamonamizning dolzarb vazifasi hisoblanadi. Ilmiy adabiyot manbalarida keltirilgan malumotlar ko'rsatadiki, po'rsildoq murakkab, multiomilli kasalliklarga kiradi. Po'rsildoqni rivojlanishi natijasida mahalliy va tizimli tavsifdagi stereotipli reaksiyalarning o'zaro aloqasini namoyon etuvchi, kontseptsiya shakllantirilgan, u oksidlangan oqsil modifikatsiyalarini ortishi, AOTni pasayishi, LPO, proteolitik jarayonlarni faollashishi, qonda o'rta molekulali peptidlar va oligopeptidlar miqdori ortishini namoyon etuvchi, endogen intoksikatsiya jarayonlarini rivojlanishi va kuchayishi bilan bog'liq bo'ladi (Latysheva S.V., 2004; Libik, 2010; Mavlonova Z.Sh., 2010; Fumie H., Kazutoshi H., Noriko A., 2011; Feldman R.J., Christen W.G., Ahmad A.R., 2012). Bazi olimlarning ishlarida qayd etilganki, glyukokortisteroidlarni uzoq vaqt qo'llash, mineral muvozanatning buzilishiga, suyak to'qimasini qayta shakllanishini pasayishiga va osteoporozni rivojlanishiga olib keladi (Panteleeva G.A., Suzdaltseva I.V., 2009; Nizamova A.V., 2010; Bleiker T.O., Derby U.K., 2010; Di Zenzo G., Della Torre R., Zambruno G., Borrandori L., 2012).

O'zbekistonda qator olimlar tomonidan parodontitning turli klinik belgilarini davolash bo'yicha tadqiqotlar o'tkazilgan (Mavlonova Z.Sh., 2010; Kamilov X.P., 2017; Alimova D.A., 2018). Po'rsildoq bilan og'rigan

bemorlarda parodontni tizimli davolashga majmuaviy yondoshuvning mavjud emasligini stomatologlar va dermatovenerologlar o'rtasidagi klinik hamkorlikning mavjud emasligi bilan tushuntirish mumkin. Glyukokortikoid davolash fonidagi po'rsildoqli bemorlarda generallashtirilgan parodontitning rivojlanganda metabolizmning mahalliy va tizimli buzilishlari to'g'risidagi malumotlarni mavjud emasligi va dolzarb muammosi bizning ilmiy izlanishlarimizning maqsad va vazifalarini belgilab olish uchun asos bo'lib xizmat qiladi. Teri kasalliklari bilan og'rikan bemorlardagi parodontda yallig'lanish-destruktiv jarayonlarni og'irlashishini kuzatilishi bayon etilgan, o'tkazilgan bir qator tadqiqotlarga qaramasdan, po'rsildoq va parodontitni birga kelishini o'rganish bo'yicha tadqiqotlar mavjud emas. Hozirgi kunda po'rsildoqli bemorlarda parodontitning patogenetik mexanizmlar tizimi o'rganilmagan.

Po'rsildoqli bemorlarda parodontitni oldini olish samaradorligiga erishish va tashxislash, davolashni optimallashtirish maqsadida mualliflar tomonidan qator ilmiy tadqiqotlar amalga oshirilgan. Tadqiqotlarning asosiy predmeti bo'lib, kasallikning davomiyligi va patologik elementlarini joylashgan o'rniga bog'liq xolda po'rsildoqli bemorlarda parodontning yallig'lanish, yallig'lanish-destruktiv kasalliklarini, milk qoni va qon zardobida mineral almashinuv ko'rsatkichlari va boshqalarning klinik o'ziga xosliklarini o'rganish bo'ldi. Po'rsildoq bilan og'irlashgan, parodontitni majmuaviy davolash usuli glyukokortikoidli davolash natijasida yuzaga keladigan, tizimli osteoporozda alveolyar o'simta atrofiyasining patogenetik bo'g'iniga tasir etuvchi, endotoksikoz darajasidagi o'zgarishlarga qaratilgan. Bunda kasallikni davolash samaradorligini baholash, profilaktik chora tadbirlarni takomillashtirish muxim ahamiyatga ega.

Shunday qilib, o'rganilayotgan muammo bo'yicha shaxsiy tekshirish natijalari va mavjud bo'lgan ilmiy adabiyot manbalarini tahlili shuni ko'rsatdiki, po'rsildoqda stomatologik patologiyani og'irlashishi, jumladan parodont kasalliklarini uchrash sonini ortishi, organizmning immunobiologik va allergik reaksiyalarini ishonchli pasayishi yuzaga keladi va buning asosida ushbu patologiyada maqsadli, differentsiatsiyalangan davolash –profilaktik dasturlar majmuasini ishlab chiqish zamonaviy tibbiyotning dolzarb vazifalaridan biri bo'lib hisoblanadi.

I BOB.

PO‘RSILDOQNI ETIOLOGIYASI, PATOGENEZI

VA DAVOLANISHINING ZAMONAVIY ASPEKTLARI

Chin po‘rsildoq – tipik autoimmun kasallik bo‘lib, pufakchali dermatozlar guruhiga kiradi, uning asosiy patomorfologik belgisi bo‘lib, akantoliz hisoblanadi [2].

Asoratlari va holatni o‘lim bilan yakunlanish soni bo‘yicha po‘rsildoq eng og‘ir kasalliklardan biri bo‘lib qolmoqda, uni davolash esa zamonaviy dermatologiyadagi o‘ta murakkab vazifalardan biri bo‘lib hisoblanadi [60; 36].

Kattalardagi teri kasalliklari bilan bog‘liq bo‘lgan nogironlik sabablarining o‘rtacha og‘irligi orasida po‘rsildoqning ulushi 12,2%ni tashkil etadi [57].

O‘zbekiston Respublikasida yoshlar orasida kasallik bilan og‘rigan bemorlarda torpid klinik kechish va samarasiz davolanishlari sonini ortishi qayd etilmoqda [41].

Chin po‘rsildoq etiologiyasi hozirgacha noaniqligicha qolmoqda. Kasallik patogenezi hujayralararo substantsiya, oqsillar desmosomasi, epidermisning tikonli hujayralar qatlami va har xil joyda joylashgan shilliq qavatlarning ko‘p qavatli yassi epiteliysiga qarshi yo‘naltirilgan autotajovuzni rivojlanishini amalga oshiradi.

Po‘rsildoq patogenezi asosida autoimmun jarayonlar yotadi, uning mohiyati o‘z navbatida o‘zgargan hujayra yadrosining DNKsi, oldindan indutsirlangan, tikonsimon qatlam hujayralarining o‘zgarish tasiri ostida hujayra membranalari va hujayralararo substantsiyani tsementlanishiga nisbatan autoantitelolarni shakllanishidan iborat bo‘ladi. Ular «pemfigussimon» antitelolar nomini oldi; ular tabiatiga ko‘ra immunoglobulinlarga G (IgG) kiradi. Bevosita immunoflourestsentsiya reaksiyalarida pemfigussimon antitelalar, pufakchalar xosil bo‘lgan joylarda mustahkam birikkan antigen-antitelo majmualari ko‘rinishida aniqlanadi; ular tashqi tomondan shikastlanmagan teri epidermisida aniqlanishi mumkin. Ular po‘rsildoq morfogenezida etakchi bo‘g‘in akantolizini rivojlanishi uchun javobgardir; uning tasiri ostida hujayralararo substantsiyaning erishi, desmosomani buzilishi va qayta xosil bo‘lish uchun epidermis hujayralarini yo‘qotish qobiliyati yuzaga keladi.

Po‘rsildoqni yuzaga kelish kontseptsiyalaridan biri bo‘lib hujayralarning irsiy apparatiga ko‘rsatiladigan qandaydir tasir (retroviruslar) ostidagi keratotsitlarda RNKga bog‘liq bo‘lgan, DNK sintezini buzilishiga asoslangan shikastlanish nazariyasi hisoblanadi, bu esa pemfigussimon antitelolarni ishlab chiqilishiga olib keladi. Shunday qilib «pemfigussimon» antitelolar va akantolizni xosil bo‘lishi – morfogeneznining boshlanishi emas, balki oxirgi bosqichidir.

APni rivojlanishiga olib keluvchi, turli tuman etiologik omillar orasida irsiy, metabolik, virusli va infeksiyon nazariyalar muhokama qilinadi [2].

Ular orasida, irsiy determentlikning (DR/DRN6 genini tashuvchi) mavjudligida hujayra genomiga retroviruslarning tasirini kuchaytirish nazariyasi eng istiqbolli bo‘lib hisoblanadi.

Akantolitik po‘rsildoq patogenezidagi etakchilardan biri sifatida, birlamchi yoki ikkilamchi immune tanqislik, immun mexanizmlarning roli ko‘rsatilgan [61].

Bullez dermatoz tashxisini qo‘yishda shubhasiz eng muxim va xal etuvchi bo‘lib, immunologik malumotlarni o‘z ichiga olgan majmuaviy tekshirish hisoblanadi. Pemfigusda bazal membranalar zonasida konkrimentlar, IgG, yoki IA va C3 ning tasmasimon xosilalari aniqlanadi [17].

Autoimmun shikastlanish to‘g‘risida shuningdek, dag‘al po‘rsildoq bilan og‘rigan bemorlar qon zardobida keratotsitlar antigeniga biologik maxsus IgG antitelolarini aniqlanishi ham guvohlik beradi [64].

Immunogistokimyoviy tadqiqotlar natijasida aniqlandiki, Langengars hujayralari dag‘al po‘rsildoq morfogenezida muxim rol o‘ynaydi, kasallikni kuchayish vaqtida ularning miqdori keskin o‘zgaradi, degenerativ shakllari ustunlikka ega bo‘ladi [28].

Autoimmun bullez dermatozli bemorlar to‘qimasida fibrinoz ekssudatning mavjudligi, sepsis va qonni disseminirlangan tomir ichi ivishi kabi, hayot uchun xavf soluvchi asoratlarni rivojlanishiga olib keladigan, gemostaz tizimida chuqur, jiddiy o‘zgarishlardan guvohlik beradi [43].

Og‘iz bo‘shlig‘i po‘rsildoqi bilan og‘rigan bemorlarda umumiy rezistentlik va mahalliy himoya omillarini pasayishi, kolonial rezistentlikni buzilishi va og‘iz bo‘shlig‘ida fibrozni rivojlanishi kuzatiladi. Bunda, umum

qabul qilingan davolash aniqlangan o'zgarishlarni ijobiy dinamikasiga olib kelmaydi [63].

Po'rsildoq, butun teri qoplamasini mos xolda davolamaslikda tarqaladigan va akantoliz natijasida rivojlanadigan, shikastlanmagan teri va shilliq qobiqlarda pufakchalarni xosil bo'lishi bilan klinik namoyon bo'ladigan, xavfli kasallik bo'lib hisoblanadi.

Po'rsildoqning (pneuphigus): dag'al, vegetatsiyalanuvchi, yaproqsimon, seboreyali (eritematoz) kabi klinik shakllari farqlanadi. Shilliq qavatlar eng ko'p xollarda dag'al po'rsildoqda (bemorlarning 75%) shikastlanadi, shuning uchun u stomatologlarda ko'proq qiziqish uyg'otadi. Dag'al po'rsildoq deyarli har doim og'iz bo'shlig'i yoki xalqumning shilliq qavatining shikastlanishi bilan boshlanadi, keyin esa teriga tarqaladi. Agar hatto kasallik teridan boshlansa ham, baribir deyarli har doim og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini shikastlanishi aniqlanadi.

2002-2007 yillarda O'zbekiston Respublikasi dermatologiya va venerologiya kasalliklari ITI kasallik tarixlarini retrospektiv tahlili ko'rsatdiki, kasalliklarni uchrashining eng yuqori soni (78,78%-76,70%) dag'al po'rsildoqqa to'g'ri keladi [41, 63].

Dag'al po'rsildoqning (peruphigus vulgaris) klinik ko'rinishi. Dag'al yoki oddiy po'rsildoq ko'pincha boshqa shakllarda uchraydi. Bu kasallik bilan 35 yoshdan katta bo'lgan erkaklar va ayollar kasallanadi, bolalar juda kam xollarda bu kasallikka chalinadi.

Po'rsildoqda lab va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini shikastlanishi juda yupqa pardali, gemorragik yoki seroz suyuqlikka ega bo'lgan, pufakchalarni xosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. Og'iz bo'shlig'idagi doimiy matseratsiya

oqibatida, pufakchalar juda tez yoriladi shuning uchun ularni og‘iz bo‘shlig‘i ko‘rishga juda kam xollarda erishiladi. Pufakchalar o‘rnida yirik yoki oval shaklidagi uzoq vaqt bitmaydigan eroziyalar xosil bo‘ladi. Yorqin qizil rangdagi eroziyalar o‘zgarmagan yoki engil yallig‘lanishli shilliq qobiqlar fonida joylashadi. Po‘rsildoqdagi eroziyalar o‘lchami turli xil – uncha katta bo‘lmagan tiralishlardan to quyuq – qizil rangdagi katta yuzalarni egallagan holatlarda bo‘ladi. Dastlab eroziya yuzasida odatda parda aniqlanmaydi yoki engil fibroz qoplamaning yupqa qatlami bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha eroziya tilning shilliq qavatida(ayniqsa retromolyar sohada), tilning pastki yuzasi, tanglay va og‘iz bo‘shlig‘ining tub sohasida joylashadi.

Davolash olib borilmaganda yangi eroziyalar paydo bo‘ladi, ular bir biri bilan birikib, yiringlamaydigan katta eroziv yuzalarni xosil qiladi. Eroziyalarga ayniqsa sanatsiya qilinmaydigan og‘iz bo‘shliqlarida tez infektsiya tushadi. Kokkli, zamburug‘li flora va fuzospiroxetozlarni jarayonga qo‘shilishi, bemorning axvolini og‘irlashtiradi, og‘iz bo‘shlig‘idan maxsus hid ajraladi, so‘lak ajralishi kuchayadi. Dastlab og‘iz burchaklari matseratsiyalanadi (bichiladi) og‘riqli yoriqlar yuzaga keladi. Shuningdek lablarning qizil gardishi, lab burchaklarida gemorragik po‘stloq bilan qoplangan eroziyalar va pufakchalar paydo bo‘lishi mumkin. Bazida halqumni shikastlanishidan guvohlik beruvchi bog‘liq tovushli shikastlanishlar yuzaga kelishi mumkin. Teridagi po‘rsildoqlar asosan terini kiyimga ishqalanish joylarida (qorin, tanani orqa qismi chov sohasi) xosil bo‘ladi, yorilgandan keyin xosil bo‘lgan pufakchalar juda og‘riqlidir.

Po‘rsildoq to‘lqinsimon kechishi bilan tavsiflanadi, uning kuchayish davri remissiya davri bilan almashadi, u ko‘pincha tasodifan, davolanishlar tasiri ostida boshlanadi. Agarda jarayon shilliq qavatda boshlangan bo‘lsa,

kelajakda davolanish o'tkazilmasa, 1-6 oy o'tib jarayon butun tanaga, yuzga va oyoqlarga tarqaladi. Bunda bemorning umumiy holati keskin yomonlashadi, zaharlanish kuchayib boradi, kaxeksiya rivojlanadi va kasallik boshlangandan keyin 1-2 yil o'tib kortikosteroidlar bilan davolash o'tkazilmaganda, bemor nobud bo'ladi.

Tashxislash. Dag'al po'rsildoqda muxim tashxislovchi belgi bo'lib Nikolskiy simptomi hisoblanadi, u shilliq qavatlarda juda oson xosil qilinadi: agar pintsetni pufakchaniq pardasiga sanchilsa, ko'rinishidan o'zgarishga uchramagan shilliq qobiqda epiteliy pardasini ajralishi yuzaga keladi; ko'rinishidan o'zgarishga uchramagan, shikastlanish maydonidan uzoqda joylashgan shilliq qavat va teri uchastkalari ishqalanganda, bu erda tezlikda pufakcha va eroziyalar xosil bo'ladi.

Stitologik tekshirishlar. Eroziya tubi qirindilaridan akantolitik hujayralarning mavjudligi po'rsildoqni tashxislash uchun majburiy bo'lib hisoblanadi. Akantolitik hujayralar yoki Tsanka hujayralari tikonsimon qatlamning o'zgargan hujayralaridan tashkil topadi. Ular dumaloq shaklga ega bo'ladi va o'z o'lchamlariga ko'ra tikonsimon qatlamning meyoriy hujayralaridan kichik bo'ladi. Butun hujayraga nisbatan yadro juda yirik, uning diametri, hujayra diametrining $\frac{1}{3} - \frac{1}{2}$ va undan ortiq nisbatini tashkil etadi, to'q ko'k rangga bo'yalgan, ko'pincha 1 dan 6 gacha va undan ortiq yorqin nukleolalarga ega bo'ladi. Hujayra tsitoplazmasi bir xilda bo'lmagan rangga ega. Gigant ko'p yadroli hujayralar va «monstr» hujayralar uchraydi. Kasallikni eng kuchaygan vaqtida akantolitik hujayralarning soni keskin ortadi, ular polimorf hujayralarning to'liq konglomeratiga birlashadi. Remissiya vaqtida va kortikosteroidlar bilan davolash davrida akantolitik hujayralar miqdori kamayadi [8].

Boshqa pufakli dermatozlardan farqli ravishda po‘rsildoqdagi bevosita immunoflyuorestsentsiya (IFM) tikonli qatlam va ular orasidagi tsementlovchi modda qobig‘i sohasida IgG saqlagan, aniqrog‘i qon zardobida IgG tipidagi antitelolarni immun majmuasini aks ettirishini aniqlashga imkon beradi (Borman).

Klinik nuqtai nazardan po‘rsildoq murakkab multiomilli kasalliklarga kiradi [2].

Organizmning asosiy biokimyoviy va fiziologik reaksiyalari hujayralarning hujayra oldi muhiti, organlar (jigar, buyraklar) va tizimlar (asab, immun, biriktiruvchi to‘qima, teri va shilliq qobiqlar)membranalarining hujayra retseptorlari darajasida amalga oshiriladi. Bunda yarim funktsional tizimlar bo‘lib hisoblangan teri va shilliq qobiqdagi o‘zgarishlar alohida muxim ahamiyat kasb etadi. Hozirgi kunda kontseptsiya shakllantirilgan bo‘lib, unga ko‘ra dermatozlarni rivojlanishi ham mahalliy, ham umumiy tavsifdagi stereotip reaksiyalar bilan bog‘liq va endogen intoksikatsiya jarayonlarini shakllanishi va persistirlanishi bilan bog‘liq, u qonda oligopeptidlar va o‘rta og‘irlikdagi molekulalarni sezilarli ortishi bilan namoyon bo‘ladi. Lipidlarning periksli oksidlanishi (LPO) va proteolitik jarayonlarni faollashishi xosdir [80]. Teri va shilliq qavatlarining to‘siq, himoya va boshqaruv funktsiyalari buzilganida, yuzaga keladigan shikastlanishlar natijasida, zaharli metabolitlarni shakllanish o‘chog‘i bo‘lib qoladi. Hujayralararo va to‘qimalararo to‘siqlarni engib o‘tib hamda organizm metabolizmiga kirib, endotoksinlar gomeostatik jarayonlar muvozanatini buzilishiga olib keladi, hamda organizmdagi salbiy o‘zgarishlarni og‘irlashishiga sabab bo‘ladi.

Akantoliz natijasida epidermis darajasida yalpi hujayra destruksiyasi rivojlanadi, hujayralararo bo'shliq va qon oqimiga hujayra degiradatsiyasi hamda oqsil, uglevod va lipid tabiatli oksidlanmagan metabolitlarning katta miqdori tushadi. Bu moddalar endogen toksin va antigenlar xususiyatiga ega bo'lgan xolda qonning reologik xususiyatlari va qon tomir devoriga noxush tasir ko'rsatadi, yallig'lanish mediatorlari va autoantitelolarni ishlab chiqarilishini qo'shimcha stimullangan holda, keyinchalik to'qimalarda gipoksiyani rivojlanishi bilan o'choqda miqrotsirkulyatsiyani boshqarilishini izdan chiqaradi.

Gipoksiya va endotoksemiyaning oqibatlarini patogenetik sinergizmi natijasida antioksidant himoyani susayishi yuzaga keladi, intakt hujayralarning tsitoplazmatik membranasini buzib, turli tabiatli yuqori korreksion moddalarni kelgusida to'planish nazoratdan chiqib ketadi. Bir birini stimullovchi patofiziologik jarayonlarning buzilgan xalqasi yuzaga keladi, bu esa endogen zaharlanishni rivojlanishiga olib keladi, chin po'rsildoqni torpid kechishi uchun sharoit yaratadi.

Dermatozlarni jadallashishi va rezidirlanishi jarayonida molekulalarning o'rtacha massasi va oligomementidlarni endogen intoksikatsiyasi, patologik proteoliz, oqsillarning oksidlovchi modifikatsiyasi, antioksidant tizim (AOT)ni pasayishi, LPO jarayonlarini faolliashishidagi roli aniqlandi [3].

Davolash tikonsimon hujayralarning desmoidal kesmalari oqsillariga autoantitelolar sintezini pasaytirishga qaratilgan, patogenetikligicha qolmoqda. Hozirgi kunda taklif etilgan hech bir vosita GK bilan qiyosiy bo'lgan morbidostatik tasirga ega emas va undan monoterapiya sifatida foydalanishning hech qanday imkoni mavjud emas. Bu usullar kasallikni

qaytalanishini, bemorning umumiy holati va hayot sifatini yomonlashishini bartaraf etmaydi, xususiy nojo'ya samaraga ega [52].

Mahalliy davolash po'rsildoqda hal etuvchi ahamiyatga ega emas. Turli dezinfektsiyalovchi va dezodoratsiyalovchi vositalar bilan jarohatni chayish buyuriladi. Eroziyalarga anilin bo'yog'i eritmasini, jumladan Kastellani suyuqligi, regeneratsiyalovchi mazlar– solkoseril, dental adgeziv pastasini surtish buyuriladi. Epitelizatsiya uchun og'iz bo'shlig'ining sanatsiyasi katta ahamiyatga ega. Lablarning qizil gardishi shikastlanganda, tarkibida kortikosteroidlar va antibiotiklar (borgeksin) saqlagan mazlardan buyuriladi.

Po'rsildoqni davolash uchun bazaviy dori vositasi bo'lib, sutkasiga 1500 mg/kg dozada bo'lgan (prednizolon uchun qayta hisoblangan) kortikosteroid gormonlari hisoblanadi. Prednizolonning dozasini toshmalarni tarqalganlik darajasini hisobga olish bilan tanlab olinadi, bemorning ahvoli og'ir bo'lgan holatlarda prednizolon sutkasiga 2000 mg/sutka va undan ortiq dozada buyuriladi [35].

AP bemorlarini 100-1600 mg/sutka dozada kortikosteroidlar bilan (prednizolonga qayta hisoblangan) davolash endogen tizimlar, hujayra va gumoral immunitet tomonidan sezilarli salbiy o'zgarishlarni mavjudligi bilan namoyon bo'ladi, immun tanqisligini chuqurlashishini chaqiradi, jiddiy nojo'ya samara va asoratlarni shakllanishiga olib keladi. Kortikosteroidlar bilan davolashda patologik sinishlarni rivojlanishiga olib keluvchi osteomalyatsiya va osteoporoz, bakterial, virusli va zamburug'li infeksiyalar, qandli diabet, Ishenko-Kushing sindromi, meda va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalliklari kabi jiddiy asoratlar kuzatilishi mumkin [111].

Kortikosteroidlar va immunosuppressiv dori vositalarining yuqori dozalarda birga qo'llashga asoslangan akantolitik po'rsildoqli bemorlarni birgalikda davolash usuli, nojo'ya samara va asoratlarni rivojlanish xavfini sezilarli oshiradi, o'tkazilgan davolash natijasida yuzaga keladigan o'limning asosiy sababi bo'lib hisoblanadi. Demak ulardan foydalanish natijasida yuzaga keladigan o'lim 6%dan 15%gacha bo'lgan natijalarni tashkil etadi [52, 60, 72].

Shu bilan bir vaqtda, kortikosteroidlarning moslashgan dozalari (60-90 mg/sutka) bilan bemorlarni davolash o'rtacha immunomodulirlovchi tasir ko'rsatadi, endokrinologik ko'rsatkichlarni past susaytiruvchi tasirga olib keladi, infeksiyon genezli asoratlarni xavfini pasaytiradi. Kortikosteroidlar bilan davolashni tizimli va uzoq muddatli o'tkazilishi, infeksiyon asoratlarni rivojlanishi va immunologik siljishlarni kompensatsiyalash maqsadida immunomodulyatorlarni buyurilishi o'zini oqlagan xolda taqdim etiladi [52, 61].

Demak, haftada ikki marta 6 mg dan polioksidoniya va 80 mg/sutka dozada kortikosteroidlar (prednizolon)ni qo'llanilishi, eroziyalarni epitelizatsiya jarayonini tezlashtirishga, og'iz bo'shlig'ida kandidoz shikastlanishi va yiringli-septik shikastlanish asoratlarini rivojlanishini kamaytirishga imkon beradi [60].

Glyukokortikosteroidlar va immunomodulyatorlarni birga qo'llashga asoslangan, akantolitik po'rsildoqni davolash usuli taklif etildi, bunda immunomodulyator sifatida invertal tasiri ostida glyukokortikosteroidlarning immuntajovvuz tasirini pasayishi yuzaga keladi, bu esa akantolitik po'rsildoqli bemorlarni davolashda juda muximdir [37].

Akantolitik po‘rsildoqni davolash zamonaviy dori vositalari tasirini klinik samarasi nuqtai nazaridan ham, uni o‘tkazish fonidagi immunosuppressiv xavf va yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan asoratlarni rivojlanish xavfini klinik samarasini baholash nuqtai nazaridan ham, yuqori darajali yondoshuvni talab etuvchi, o‘ta murakkab terapevtik muammo bo‘lib hisoblanadi. Takidlanadiki, tajovvuzkor davolash texnologiyalaridan foydalanish bemorning hayot sifati yoki kasallikni umumiy bashoratini yaxshilashga olib kelmaydi. Shu bilan bog‘liq xolda ehtiyotlovchi tibbiy texnologiyalarni, jumladan kortikosteroidlarni yuqori dozalarini davomli qabul qilishni va bemorlarni kasalxonada bo‘lish vaqtini qisqartirishga, kasallikni kelgusida qaytalanishini oldini olishga imkon beruvchi, adyuvant immunotrop dori vositalarini qo‘llash tavsiya etiladi.

Davolash taktikasini tanlab olish autoimmun jarayonlarning faolligiga bog‘liq bo‘ladi. Kasallik xavfli kechganida, immun javobning buzilishi immunosuppressiya tomoniga o‘zgaradi, immunoglobulinlarning barcha sinflari va TsIK darajasini pasayishi birga kuzatiladi, shu bilan bog‘liq xolda immunosuppressantlar bilan birgalikda davolashning samarali usullari ko‘rsatilgan va oqsil gomeostazi hamda suv-elektrolit buzilishlarini korrektsiya qilishga qaratilgan chora-tadbirlar talab etiladi [56].

Remissiyaga erishilganda davolash sutkada 30 mg dozada prednizolon berishdan iborat bo‘ladi va preparatlarni antibakterial faolligi, immunomodulirlovchi keng spektrini hisobga olish bilan akantolitik po‘rsildoqni kuchayish darajasini pastligi bilan tavsiflanadi. Autoimmun patologiyalarda uch oylik intervallar bilan 5-10 teng tsikllarda sutkada 2-3 marta Viferon buyuriladi. Bu turg‘un samaraga erishishga, kortikosteroidlar

dozasini kamaytirish imkoniyatiga va kasalxonada bo'lish muddatlarini qisqartirishga imkon beradi [16].

Tizimli GK qo'llanishiga asoslangan po'rsildoqli bemorlarni majmualari davolashda, davolashdan keyin LPO faolligi, patologik proteoliz va majmua hosil qilish faolligining juda yuqori darajalari, fosfolipid almashinuvining buzilishlari qayd etildi, GKni yuqori dozalarda qo'llanilishi AOZni pasaytiradi [52].

Aniqlandiki, ananaviy davolash endotoksemiya darajasini meyorlashishiga olib kelmaydi, tsitotoksik preparatlarni (Metotreksat) qo'llash esa endogen intoksikatsiya jarayonini pasaytiradi. Enterosorbentlarni qo'llash endogen intoksikatsiyani ishonchli pasaytiradi, tsitotoksik preparatlarning zaharli tasirini kamaytiradi, klinik yaxshilanishga olib keladi [29].

Po'rsildoqli bemorlarda antioksidant tizim faolligini oshirish uchun sutkada Reamberin antioksidantining 1,5%li eritmasini sutka davomida 400 ml dozada tomir ichiga №10 kun qo'llash ko'rsatildi, bu davolanish muddatini 13 kunga qisqartirishga, qon plazmasidagi umumiy antioksidant faolligini oshirishga olib keldi [52].

Glyukortikoidlarni uzoq muddat qo'llash glyukortikoidli osteoporozni rivojlanishi uchun zamin yaratadi.

Po'rsildoqli davolashda qo'llanilgan glyukokortikoidlar dozasilimfoidli va biriktiruvchi to'qimali, jumladan retikuloendoteliy rivojlanishini to'xtatadi, labrotsitlar miqdorini kamaytiradi, shu yo'l bilan gialuron kislotani ishlab chiqarilishini pasaytiradi, kapilyarlar o'tkazuvchanligini kamayishiga olib kelgan holda, gialuronidazalar faolligini susaytiradi. Glyukortikoidlar

oqsillarni xosil bo'lishini sekinlashtirib, parchalanishini tezlashtiradi. Buyrak usti bezlari po'stlog'idan glyukortikoidlarni ishlab chiqarilishi adrenokortikotrop gormon (AKTG) miqdorini nazorat qiladi. Glyukokortikoidlar esa o'z navbatida buyrak usti bezlari ishini va gipofizdan AKTGni ishlab chiqarilishini pasaytiradi. Shu bilan bog'liq xolda kortikosteroidlar bilan uzoq vaqt davolanish, buyrak usti bezi po'stlog'ini atrofiyasiga va tireotrop gormonagipofizga olib keladi.

Glyukokortikoid - indutsirlangan osteoporozda mineral almashinuvidagi o'zgarishlar turlicha bo'lishi mumkin, ammo ko'pincha qayta so'rilishni pasayishi, peshob bilan kaltsiy va fosforni ajralib chiqishini ortishi, gipokaltsemiya va gipofosfatemiya kuzatiladi.

Antiosteoporotik davolash (kaltsiy preparatlari, vitamin D va bifosfonatlar) suyak metabolizmi va mineral almashinuvining sezilarli darajada kam namoyon bo'lgan buzilishlariga olib keladi. Ko'rsatildiki, po'rsildoq bilan og'rigan bemorlarda osteoporoz profilaktikasini glyukokortikoidlar yordamida davolash bilan bir vaqtda boshlash zarur, bunda OPni rivojlanishiga olib keluvchimetabolik buzilishlar qaytish xususiyatiga ega bo'lishi mumkin [81].

Po'rsildoqniqaytalanishini asosiy sababi, gormonlarni qo'llab quvvatlash dozasini etarli miqdorda bo'lmasligi, shuningdek bemorlar tomonidan dori vositasini qabul qilishni o'zicha to'xtatib qo'yish, jarrohlik aralashuvlari, boshqa surunkali somatik kasalliklarni zo'riqishi bo'lib hisoblanishi mumkin [69].

2 BOB.

TIZIMLI KASALLIKLAR BILAN ASSOTSIATSIYALANGAN

PARODONTITNING PATOGENETIK MEXANIZMLARI

Parodont kasalliklarining umumqabul qilingan patogenezi bo'lib mikroblivaziyaga javob sifatida parodontal majmuani yallig'danish-destruktiv o'zgarishlari hisoblanadi.

Biroq malumki parodontal majmuadagi patologik o'zgarishlar darajasi bo'lib, hatto mos xoldagi bakterial javob spektridagi variabel disbakterioz hisoblanadi. Bu bakterial tajovvuz omillarini va zahira imkoniyatlari muvozanatlashishi to'g'risidagi tushunchalarni paydo bo'lishiga olib keladi va parodontning patologik kechish og'irligini belgilab beradi.

Organizmning himoya kuchlarini pasaytiruvchi, somatik patologiyalarni mavjudligi, og'iz bo'shlig'ida mavjud bo'lgan mikroflora sifatida ham, endogen parodonto-patogen omillar sifatida ham parodontning yuzaga kelishi uchun sharoit yaratadi. Ular autosensibilizatsiyaga va immunopatologik mexanizmlarni rivojlanishiga olib keladi.

Teri va shilliq qavatlarni shikastlovchi ko'plab autoimmun va immunitetga bog'liq bo'lgan kasalliklar og'iz bo'shlig'i to'qimasini shikastlanishiga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, ularning aksariyat qismi parodont to'qimasini shikastlashi yoki uning klinik kechishini og'irlashtirishi mumkin.

Teri kasalliklari bilan og'rigan shaxslar orasida parodont kasalliklarini tarqalishi yosh kattalashib borgan sari ortib boradi va u 20-29 yoshlilarda eng past ($41,3 \pm 1,41\%$) darajadan, 60 yoshlilarda ($92,63 \pm 2,58\%$) eng yuqori darajagacha etadi. Bunda milklardan qon ketishi segmentlarda $1,92 \pm 0,12$,

chuqurligi 4-5 mm va >6 mm bo'lgan milk cho'ntakchalarida esa mos xolda 28,26 va 9, 48% holatlarda uchradi [42].

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining qizil yassi lishayini patogenetik o'ziga xosliklari zamonaviy tashxislash, tizimlashtirish va davolashga bo'lgan o'ziga xos yondoshuv, parodontning maxsus KPL-assotsiatsiyalangan kasalliklarini rivojlanishi bilan parodontal majmua jarayoniga qisman jalb etilishini tahmin etadi [40].

Parodontning yallig'lanish kasalliklarini o'ziga xosligi bo'lib turli tizim organlarida har xil turdagi o'zgarishlarga javob sifatida nomaxsus yallig'lanish degenerativ jarayonlar ko'rinishida uning tuzilmalarida xosilalarni paydo bo'lishi hisoblanadi.

Parodontning etiologiyasi va patogenezini to'g'risidagi aniq tassavvurlarning mavjud emasligi, tadqiqotchilarni hujayra darajasida muammoni xal etish yo'llarini izlashga undaydi. So'nggi yillarda tibbiyotda sodir bo'lgan o'ta muxim yutuqlar turli genezdagi hujayra alveolyatsiyasi, hujayra apoptozi asosida yotuvchi universal mexanizmlarni aniqlashga imkon beradi. Ular immunologik muvozanatning buzilishi hamda erkin radikal oksidlanishining tizimli reaksiyalari bilan vositalanadi. [67].

Aynan ushbu umumiy mexanizmlar ko'plab kasalliklarning patogenezini asoslaydi, ko'plab xavf omillari bilan ularni assotsiatsiyalanishini tushuntiradi. Ular ham parodontda yallig'lanishli shikastlanishlarni rivojlanishining ishtirokchisi bo'lib chiqdi.

Parodont to'qimalaridagi yallig'lanish-destruktiv jarayonlarni yanada yaqqol farq qiluvchi belgilarini shakllanishida patogenetik ahamiyatli bo'lib organizmning virusga qarshi, antitoksik va antibakterial himoyasini

pasayishini aks ettiruvchi qonda immunoglobulin A va G larni o'zgarishi hisoblanadi. Biriktiruvchi to'qimani stabillovchi transmutazaga A va G sinf antitelolarini o'sish tavsifi, uning shikastlanganligidan guvohlik beradi, bu esa parodontning yallig'lanish destruktiv kasalliklarida ikkilamchi buzilish omili bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Amilaza va fosfor faolligini ortishi (Burduli) hamda kaltsiyning pasayishi ko'rinishidagi og'iz bo'shlig'idagi metabolik muvozanatni buzilishi aniqlandi. Parodontning yallig'lanish-destruktiv kasalliklarini yangi belgilari aniqlandi: og'iz bo'shlig'i suyuqligining rN ortishi, uning tarkibida xolesterin, oltingugurt-likopidlar, mochevina, o'rtacha og'irlikdagi molekulalar darajasini ortishi, katabolizm, past molekulali o'zgarishlar uchun xos bo'lgan 230-240nm diapazon spektridagi moddalarni paydo bo'lishi, shuningdek 280-290 nm diapazondagi oqsillar amplitudasini ortishi xos bo'lib, ular og'iz bo'shlig'iga qondan tushuvchi oqsil tabiatli birikmalar uchun xosdir [77].

LPO parametrlarining tahlilida aniqlandiki, GPda antioksidant statusni pasayishi va lipointoksikatsiya jarayonlarini kuchayishi bilan endotoksikatsiya sindromi shakllanadi, bunda eng yuqori darajada namoyon bo'ladigan o'zgarishlar birga keluvchi patologiyali bemorlarda aniqlanadi. [9].

GP patogenezida eng muxim bo'lib parodont trafikasini (metabolizm va morfologiya) buzilishi, asab va gumoral boshqaruv, immunokompetent va to'siq tizimlarining disbalansi hisoblanadi [74]. Natijada o'zi bilan erkin radikallarni oksidlanishini faollashishini chaqiruvchi parodont to'qimasining gipoksiyasi yuzaga keladi, u esa osteoporozning faol shakllarining (superoksidation, gidroksilradikal) xosil bo'lishi bo'lib hisoblanadi. Meyorda

kislorodning faol shakllarini generatsiyasi himoya tizimlari (antioksidantlarni) kuchaytiradi. Biroq, og'irlashtiruvchi omillar natijasida antioksidant himoya tizimi antioksidant moddalarni etarli darajada xosil qilib, reaksiyalarga mos xolda javob berish qobiliyatini yo'qotadi. LPO-AOT muvozanatini buzilishi natijasida ko'rsatkichlar birinchi natija tomoniga siljiydi, parodontdagi erkin radikalli oksidlanish kshchkisimon rivojlanadi, endogen toksinlarni ajralib chiqishi bilan, parodont hujayralarini nobud bo'lishi va destruktiv LPO darajasi ortadi. Hujayra bo'linishi buziladi, oqsil va lipidlarning periksli destruksiya mahsulotlari to'planadi [79].

Hozirgi kunda GP patogenezida suyak to'qimasining tizimli shikastlanishi –osteoparozga katta etibor qaratilmoqda.

Osteoporozi mavjudligida parodont to'qimalarining shikastlanishi suyakning mineral zichligini yo'qotilish darajasidan amaliy jihatdan bog'liq bo'lmaydi; bu vaqtda esa osteoporozsiz bemorlarda, parodontning shikastlanish og'irligi alveolyar suyakning mineral zichligini yo'qotilish darajasiga proporsionaldir.

Tayanch skeletining suyak tizimini tarkibiy qismi sifatidagi alveolyar taroq- inson organizmiga tasir etuvchi ekzo- va endogen omillarni boshqaradi. Alveolyar taroqning suyak to'qimasidagi almashinuv jarayonlari, parodont to'qimasidagi distrofik, destruktiv jarayonlar suyak tizimining tuzilmaviy-funksional holati, shuningdek metabolik jarayonlarning jadalligi va skelet suyagining ichki qayta tuzilishi (remodelirlanishi) jadalligi bilan o'zaro aloqaga ega. shuning uchun, destruktiv-rezorbativ jarayonlarni kamaytirish uchun, GP bemorlarini umumiy davolash chora-tadbirlari majmuasiga suyak

to'qimasini shakllanishini stimullovi va antiresorbentlar bilan birgalikdagi oqsil-mineral almashinuvini boshqaruvchi, preparatlarni kiritish zarur.

Mineral almashinuvning buzilishlari orasida kortikosteroidli davolash tasiri ostida yuzaga keladigan o'zgarishlar aloxida ajratib ko'rsatiladi, bunda buzilishlar nafaqat organizmdagi suyak tuzilmalarining tizimli osteoporozi, balki mahalliy-alveolyar suyaklar osteoporozi bilan birga kechadi, bu tishlar o'rtasidagi alveolyar to'siqlarda osteoporozi o'choqlarini mavjudligi bo'yicha aniqlanadi [45].

Jadallashuvchi osteoporozi skeletdagi o'zgarishlar shuningdek kuchayish tavsifiga ega. Meda – ichak traktidan kaltsiyning so'rilishi va osteoblastlarning proliferatsiyasi va funktsional faolligiga kortikosteroidli davolashning supressiv tasirini buzilishi bilan bog'liq bo'lgan metabolizmning tizimli siljishlari natijasida jumladan jag' suyaklarida ham o'zgarishlar yuzaga keladi. Somatik og'irlashgan bemorlarda faqat mahalliy davolashni o'tkazishni o'zi etarli bo'lmaydi. [48].

Suyak to'qimasining mineral zichligini pasayishi morfologik ko'rinish va mikroelementlar profilidagi o'zgarishlar bilan birga kuzatiladigan, minerallashtirishning buzilish natijasi hisoblanadi [121].

Suyakni qayta modelirlanishi buzilishlarini farmakologik korrektsiyasi davolash-profilaktik chora-tadbirlar majmuasining ajralmas qismi bo'lishi lozim. Asosiy kasallikning (somatik) turg'un remissiyasi antiosteopatik davolashni o'tkazish uchun zaruriy shart bo'lib hisoblanadi.

Adabiyot malumotlarining tahlili parodontit va tizimli kasalliklarni birga kelishida patogenetik mexanizmlar tizimini yagonaligini isbotlaydi. Tizimli endotoksinemiyaning patogenetik roli (lipidlarni erkin radikalli oksidlanish

jarayonlari, oqsil parchalanishini toksik mahsulotlari miqdorini ortishi); mineral almashinuvi muvozanatini buzilishi va tizimli osteoporozda jagʻlarning alveolyar toʻqimasining remodelirlanish jarayonlarini buzilishi; metabolik buzilishlar va gomeostatik siljishlarning taqdim etilgan dalillari tizimli intoksikatsiyada turli organ va toʻqimalardagi hujayra tuxilmalarining alteratsiyasi, almashinuv jarayonlarini tavsiflaydi.

3 BOB.

SOMATIK PATOLOGİYALI BEMORLARDA

PARODONT KASALLIKLARINI DAVOLASH

Generallashtgan parodontni ananaviy davolash mahalliy-tasirlantiruvchi omillarni bartaraf etish va mahalliy va umumiy mikroblarga qarshi davolash tarkibida mikroblarga qarshi, yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiyalovchi, immun modulirlovchi, vitaminli preparatlarni qo'llash hamda kam hollarda uni alveola to'qimalarida almashinuv jarayonlarini stimullash vositalari bilan to'ldirishdan iborat bo'ladi.

Klinik tadqiqotlar shundan guvohlik beradiki, bunday davolash barcha holatlarda ham samara bermaydi.

Genarallashtgan parodontit bilan assotsiyalangan ichki organlarning turli kasalliklarini patogenetik yagonaliligini ko'p omilliligi, parodont to'qimalarini shikastlanishini jadallashishi bilan parodontit kontinuumini shakllanishiga moyilligini salbiy kamorbidligi sifatida baholaydi, bu esa patogenetik ahamiyatli omillarni tizimli korrektsiyalash yo'li bilan ushbu bemorlarni aniq bir davolashga yondoshuvlarini izlash zaruriyati bilan bog'liq bo'ladi [14].

Aniqlandiki, parodont va ichki organ kasalliklarini birlashtiruvchi, patogeneznining asosiy bo'g'inlariga qaratilgan, davolash majmuasining vositalari (antioksidantlar, E, A, S vitaminlar, mineral saqllovchi dori vositalari) o'zgargan gomeostazning turli omillarini hamkorlikdagi meyorlashishini chaqiradi. [14].

Teri kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarda parodontni davolashdagi birinchi vazifa boʻlib, nafaqat jarayonni klinik muvozanatlashishi, balki stomatologik salomatlikni subektiv yaxshilanishi va hvayot sifatining maxsus mezonlari bilan belgilanadigan, teri patologiyalarini namoyon boʻlishini bosilishi hisoblanadi [40].

Parodont kasalliklari bilan assotsiatsiyalangan –KPLni patogenetik davolash vositasi sifatida kaltsinevrin ingibitorlaridan foydalanish bemorlarning hayot sifati va parodontologik davolash samaradorligini oshirishga imkon beradi. Parodontal patologiyaning maxsusligida moslashtirilgan, orginal 1%li pimekrolimus asosidagi dori vositalarini qoʻllanilishi xuddi shu kabi klinik samarali toksik steroidlarni oʻzaro qiyoslanadigan, yuqori darajasini taminlaydi [40].

Surunkali dermatozli bemorlarda ogʻiz boʻshligʻini oʻz vaqtida sanatsiya qilish teri kasalliklarini rivojlanishini oldini oladi, remissiya davrini uzaytiradi, tarqoq shakllarni lokalizatsiyalanuvchi shakllarga oʻtishiga olib keladi. Yoʻldosh patologiyalarni bir vaqtda davolash bilan dermatologik va stomatologik kasalliklarni birgalikda davolash bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi [49].

Kasallikning erta bosqichlarida parodontitda hayot sifatini pasayishi va sezilarli shikoyatlarning mavjud boʻlmasligi shunga olib keladiki, bemorlarning aksariyat katta qismi tibbiy yordamga toʻqima destruktiviyasi sezilarli oʻlchamlarga etgan vaqtda murojaat qiladilar. Shu bilan bogʻliq xolda majmuaviy davolashda birinchi oʻringa parodont toʻqimasining tuzilmaviy-funksional majmuasini regeneratsiyasini taminlovchi yagona usul sifatida jarrohlik usuli ilgari suriladi [38,42]. Zamonaviy osteoplastik dori

vositalari suyak nuqsonlarini tiklashda sezilarli muvaffaqiyatlarga erishishga imkon beradi [44,70, 107, 112]. Biroq, tadqiqotlarning ko'rsatishicha, AFPni davolash natijalarining bashorati doim ham ijobiy bo'lmaydi [47,66]. Bu natija nafaqat yo'qotilgan to'qimalarni tiklash, balki kasallikning turg'un remissiyasini yuzaga keltirish xususiyatiga ega bo'lgan yangi farmakologik dori vositalarini izlashning dolzarbligi to'g'risida guvohlik beradi.

XGPda suyak metabolizmini boshqaruvchi samarali vositalarni izlash stomatologlarni antiosteoparotik preparatlarga aloxida etibor qaratishga majbur etadi. Bunda shu narsa hech qanday shubha qoldirmaydiki, osteotrop preparatlarni qo'llash parodontitni jarrohlik usuli bilan davolash samaradorligini oshiradi [53,55,80,88]. Bu masalaga alohida to'xtalib o'tish zarur.

Parodontologiyada osteotrop dori vositalari nisbatan yaqin vaqtlardan beri qo'llanilmoqda. Biroq, suyak metabolizmini boshqaruvchi, XGPni davolash uchun antirezorbtiv dori vositalaridan foydalanishning uncha katta bo'lmagan tajribasi umuman organizmni va alveolyar suyak antogenezini stimullash hamda rezorbtsiya jarayonlarini faolligini pasaytirish yo'li bilan tishlararo va ildizlararo suyak to'siqlarini qayta qurilish suratini kamaytirish, parodont to'qimalarida metabolik jarayonlarini meyorlashtirishga ushbu dori vositalari ko'rsatadigan tasir xususiyatlarini ko'rsatdi. Osteotrop dori vositalaridan foydalanish reparativ regeneratsiya jarayonlarini stimullash va alveolyar taroqni kamayish jarayonini to'xtatish, parodontning generallashtirish kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolashda samarali natijalarga erishishga imkon beradi [64]

Suyak metabolizmini boshqaruvchi, farmakologik preparatlarni shartli ravishda uch guruhga ajratish mumkin:

- 1- KTni remodelirlashni musbat muvozanatini o'rnatishga sabab bo'luvchi, kaltsiy gomeostazini boshqaruvchi guruh;
- 2- KT-rezorbtsiyasi jarayonlarini tormozlovchi - antirezorbentlar;
- 3- osteogenez jarayonlarini stimullovchi dori vositalari.

Birinchi guruh dori vositalaridan - kaltsiy (Sa) va fosfor (R) almashinuvin boshqarishdan tashkil topgan, fiziologik funktsiyalar, peptidli gormonlardan iborat bo'lgan kaltsitonin (tireokaltsitonin) – eng katta qiziqishni tashkil etadi. Mazkur gormonga bo'lgan qiziqish eng avvalo kaltsiyni nisbiy doimiy darajasini taminlashdagi (qon plazmasida 2,1-3 mmol/l; eritrotsitlarda 0,7-0,95 mmol/l; ionlashtirilgan Sa 1,05-1,5 mmol/l) uning ishtiroki bilan tushuntiriladi.

Kaltsitonin tuzilmasini so'nggi o'n yil davomida o'rganish bu gormonni suniy yo'l bilan olish va dorivor vosita sifatida foydalanish imkonini berdi. U osteoporozda birinchi navbatda umurtqa pog'onasining bel qismida skeletning MPKni pasayishini sekinlashtiradi, u nafaqat davolovchi, balki profilaktik vosita sifatida ham tasir ko'rsatadi [69, 105].

Kaltsitonini ajratilishi va sintezini faollashtiruvchi hamda qalqonsimon bezga tasir ko'rsatuvchi asosiy omil bo'lib qon zardobidagi kaltsiy kontsentratsiyasi hisoblanadi. Ayniqsa qonda ionlashgan shaklda Sa darajasini ortishi kaltsitonin ajralib chiqishini ko'paytiradi, kamayishi esa sezilarli pasaytiradi. Meda –ichak traktida kaltsiy darajasini pasayishi gastrin

ajralib chiqishini oshiradi, bu esa o‘z navbatida qalqonsimon bezdan kaltsitoninni xosil bo‘lishi va ajralib chiqishini kuchayishiga olib keladi.

Kaltsitonin (uning nishon organi) tasir etuvchi birinchi joy bo‘lib, suyak hisoblanadi. Kaltsitonining asosiy samarasi gipokaltsiemiya va gipofosfatemiya ko‘rinishida namoyon bo‘ladi, uni ajralib chiqishi esa giperkaltsiemiyaning stimullaydi. Gormonning biologik tasiri suyak to‘qimasini rezorbtitsiyasini susaytirishdan tashkil topadi..

Kaltsitonin nafaqat to‘satdan yuzaga keladigan suyak rezorbtitsiyasini, balki osteolizni ham susaytiradi, u paratiroid gormoni, vitamin D va boshqa omillar bilan stimullanishi, suyaklar singanida suyak to‘qimasining reparatsiyasiga olib kelishi mumkin [69].

Hozirgi kunda jahon klinik amaliyotida eng mashhur samarali vosita bo‘lib lososdan olingan suniy kaltsitonin– miakaltsik (Novartis, Shveytsariya) hisoblanadi. Miakaltsik parentral yuborish uchun va intranazal qo‘llash uchun aerosol ko‘rinishida dorivor shaklda mavjud bo‘ladi [127]. Alternativ vosita sifatida uni rektal shamchalar ko‘rinishida qo‘llash ko‘rib chiqilmoqda [77, 129]. Kelib chiqishi turlicha bo‘lgan giperkaltsiemiya ushbu dori vositasi bilan davolash, ayniqsa osteoliz jarayonlarini kuchayishi bilan yuzaga keladigan giperkaltsiemiya holatlarda davolash uchun ko‘rsatma bo‘lishi mumkin [102,115]. Suyak rezorbtitsiyasini sekinlashtirish qobiliyatidan tashqari, u shuningdek kuchli og‘riq qoldiruvchi bo‘lib hisoblanadi. Dori vositasi osteoporozni, Pedjet kasalligini, giperkaltsiemiyaning, shuningdek suyakdagi og‘riqlarni davolash uchun keng qo‘llanilishi mumkin [118].

Umuman olganda, ko‘pchilik tadqiqotchilar qayd etadilarki, MKP parametrlari bo‘yicha menopauzada Miakaltsika boshqa antirezorbtiv dori

vositalariga nisbatan kam samaralidir, ammo xavfni va suyaklarni sinish sonini kamaytirish ko‘rsatkichlari bo‘yicha dori vositasi boshqa dori vositalari bilan muvaffaqiyatli raqobatlashadi [97]. U jiddiy nojo‘ya samaraga ega emas, zaharsiz. Har kuni 200 ME dozada Miakaltsikani intranazal qo‘llash tsiklik gormonlar va bisfosfonatlar uchun qo‘llaniladigan rejimiga nisbatan bir muncha oddiydir. U osteoporozni davolash uchun qo‘llaniladigan boshqa dorilarga nisbatan bemorlar tomonidan yaxshi o‘zlashtiriladi va kuchli og‘riq qoldiruvchi samaraga ega. Bularning barchasi Miakaltsikani intranazal qo‘llanishini kuchli va surunkali og‘riqlardan aziyat chekuvchi, shuningdek dori vositalarini qabul qilishni murakkab tartibini ushlab turishni imkoni bo‘lmagan bemorlar uchun tanlov davolash usuli sifatida qabul qilinadi.

Parodontitni majmuaviy davolashda kaltsitoninni qo‘llanilishi, garchi u patogenetik va asoslangan bo‘lsada, juda kam darajada o‘rganilgan. Demak T.V.Nikitina (2005) tomonidan parodontit kasalligiga chalingan 160 nafar bemorlarda tireokaltsitoninni qo‘llanishi bo‘yicha tadqiqotlar o‘tkazildi [80; s.588-590]. Preparatni har kuni 40-50 ED t/o yuborish buyurildi. Davolash natijalari shuni namoyon etdiki, davolashning 8-10 kuniga kelib, yiring oqishi, tishlarni qimirlab qolishi, giperemiya va milklarni shishi pasaydi; remissiyaning davomiyligi - 2,5 yilni tashkil etdi.

Patogenezdagi suyak to‘qimasining distrofik buzilishlarining etakchi rolini so‘nggi yillarda ko‘plab tadqiqotchilar qayd etadilar. Biroq parodontitni majmuaviy davolashda Miakaltsikani qo‘llash bo‘yicha olib borilgan klinik kuzatishlar faqat yakka xolda uchraydi. I.P. Mazur (2003) olib borgan izlanishlarida skeletning turli bo‘limlaridagi mineral zichlikka Miakaltsin bilan davolash samarasini bir xilda emasligi qayd etildi [64]. Ultratovushli densitometriya ko‘rsatkichlariga mos xolda, tayanch-skeletining tuzilmaviy –

funksional holati o'zgarishsiz qoldi, chunki qo'llanilgan dori vositasining dozasi suyak skeletining mineral zichligini oshirish uchun etarli emas.

Skelet suyagi to'qimasiga nisbatan alveolyar suyak Miakaltsikning nazal spreyi bilan antirezorbtiv davolashga yaxshiroq va tezroq reaksiya bildirdi. Muallifning qayd etishicha, Miakaltsikning antirezorbtiv samarasi ularning retseptorlariga bevosita tasir etishi hisobiga osteoklastlarning funksiyasini pasayishi orqali amalga oshadi.

Bundan tashqari, Miakaltsik bilan davolash parodont to'qimasida patologik jarayonlarni rivojlanish patogenezining yallig'lanish komponentlarini bloklashga imkon beradi.

Stomatologik jarrohlik aralashuvlari (implantatsiya) dan oldin suyak metabolizmi buzilganda va tireotoksikozli bemorlarda nazal sprej ko'rinishidagi Miakaltsikni qo'llash tavsiya etiladi [53]. Endokrinologda tireod statusini korrupsiyalashdan keyin alfakaltsidol va kaltsemin bilan birgalikda kuniga bir marta 200 ME dozadan kaltsitonining endonazal spreyni buyurish zarur.

XGPni davolashda nazal sprejdan foydalanish bo'yicha tadqiqotlarning uncha katta bo'lmagan xajmini hisobga olib, kelgusida stomatologiyada Miakaltsikni qo'llashning turli tuman jihatlarini o'rganish talab etiladi. Metabolik osteopatiyani rivojlanishida kaltsiy va vitamin D tanqisligining ahamiyati hozirgi kunda shubha uyg'otmaydi [116]. Mustahkam va sog'lom skeletni shakllantirish uchun hpar ikki jinsdagilar uchun o'smirlik va bolalikdan boshlab, meyorga mos keluvchi kaltsiyni qabul qilish va jismoniy mashqlarni bajarish zarur. Biroq eng muhimi bo'lib, shu narsa hisoblanadiki, osteoporozni davolashda kaltsiy qo'shilgan ozuqaviy qo'shimchalar yoki

kaltsiyli oziq-ovqat mahsulotlarini o‘zini shunchaki istemol qilish etarli bo‘lib hisoblanmaydi va bu osteoporozda tavsiya etilgan dori vositalarini o‘rnini bosishi yoki boshqasi bilan almashtirilishi mumkin emas. Bundan tashqari, menopauza boshlangandan keyingi dastlabki yillarda suyak massasini tezda yo‘qotilishi kaltsiyli oziq-ovqat qo‘shimchalarini qabul qilish xolatida ham yuzaga kelishi mumkin [87]. Vitamin D meyoriy suyak metabolizmi va kaltsiyni etarli miqdorda so‘rilishi uchun zarurdir. Yoshni kattalashib borgani sari 1,25 gidroksivitamin D darajasi pasayadi, buyraklar funktsiyasi sustlashadi, quyoshda bo‘lish vaqti va terini vitamin D xosil qilish imkoniyati kamayadi. Vitamin D tanqisligi ikkilamchi giperkeratozga olib keladi, u esa o‘z navbatida suyak almashinuvi kuchayishini yuzaga keltiradi [32].

Stomatologiyada kaltsiy va vitamin D preparatlari tish-jag‘ tizimining turli kasalliklarida qo‘llaniladi. Biroq ulardan foydalanish uchun asosiy ko‘rsatma bo‘lib tishlarning qattiq to‘qimasidagi patologiyalar hisoblanadi [32]. Adabiyotlarda Kaltsiy-Aktivni qo‘llash natijasi to‘g‘risidagi malumotlar mavjud. Ananaviy stomatologik davolashdan keyin ushbu dori vositasini buyurilishi yangi karioz bo‘shliqlarni xosil bo‘lish jarayonini kamaytiradi [69]. E.V. Venskel (2007) parodont to‘qimalarida qayta qurilish jarayonlarini optimallashtirish va retentsiya muddatlarini qisqartirish uchun D vitaminining faol shakli va kaltsiy saqlovchi, Alfakatsidol dori vositasini qo‘llashni tavsiya etadi [17]. Shuningdek jag‘ suyaklarini sinishida osteointegratsiya uchun mazkur preparatlardan foydalanish imkoniyatini isbotlovchi, turli stomatologik patologiyalarda Kaltsiy-DZ Nikomed samaradorligini tekshirish o‘tkazildi [46,96].

Kaltsiyli gomeostazga tasir etuvchi preparatlarni suyak to‘qimasi remodelirlanishiga ijobiy tasirini ravshanligiga qaramasdan, ko‘plab

tadqiqotchilar tomonidan davolashning boshqa turlariga nisbatan solishtirilganda ularning samaradorligini pastligi to'g'risidagi fakt tan olinadi [95]. Kaltsiy – fosfor almashinuvi buzilishini davolashga nisbatan istiqbolli bo'lgan, 2- guruhdagi preparatlardan bisfosfonatlar aloxida qiziqish uyg'otadi. So'nggi yillarda osteoporozni davolashdagi biofosfonatlarni qo'llash bo'yicha klinik kuzatuvlarning tajribasi to'plandi [130]. Dori vositalarining ushbu guruhni barcha vakillari KTning qayta qurilishini sezilarli sekinlashtirish qobiliyatiga ega. Bunda so'nggi avlod dori vositalari suyak to'qimasi rezorbtitsiyasiga sezilarli tasir ko'rsatadi. Fosamaks (alendronat natriy, savdo markasi MSD) -amin bisfosfonat, u suyak rezorbtitsiyasi tomonidan chaqirilgan – osteoklastlarning juda kuchli maxsus ingibitori sifatida tasir ko'rsatadi va shu yo'l bilan suyakning qayta qurilish tezligini meyorlashtiradi, bu esa mazkur dori preparatini patogenetik antirezorbtiv vositalarga kiritishga imkon beradi. Eng yuqori samara umurtqa pog'onasida qayd etiladi [100]. Bundan tashqari, osteoporetik sinishlarni oldini oluvchi dori vositalarini (FIT) o'rganish bo'yicha tadqiqotlarda, Fosamaks son suyaklari sinishini yuzaga kelish sonini 51% ga, umurtqa pog'onasining yangi kompression sinishlarini 47%ga, umurtqa pog'onasini ko'p sonli (2 va undan ortiq) sinishlarni 90%ga pasaytirdi [117].

Mantiqiy klinik fikrlash generallashtirgan parodontit bilan og'rigan bemorlardagi alveolyar o'simtaning suyak to'qimasida yuzaga keladigan osteoporetik, osteodestruktiv va osteolitik jarayonlarni oldini olish uchun ushbu dori vositalarini qo'llashni takidlaydi. Biroq bizlar tomonimizdan faqat ukrainalik tadqiqotchilarning bir guruhi tomonidan o'tkazilgan olib borilgan izlanishlar to'g'risidagi malumotlarni topishga erishildi [88]. Majmuaviy davolash uchun ular tomonidan yaqqol namoyon bo'lgan antirezorbtiv tasirga

ega bo'lgan dori vositalari (fosamaks, osteoxin) qo'llanildi. Mualliflar tomonidan namoyish etildiki, osteoklastik rezorbtitsiyaning tormozlanishini eng yuqori samarasiga, dori vositalari qabul qilingandan keyin o'rtacha bir oy vaqt o'tib erishiladi. Shu bilan bir vaqtda takidlanadiki, parodontit kuchaygan davrda alveolyar o'simtadagi destruktiv jarayonlarning faolligi shu darajada yuqori bo'ladiki, bunda dori vositasini qabul qilishning 1- va 3- haftasida antirezorbentlarning davolovchi samarasi yo'qotilgan suyak to'qimasini qoplamaydi. Bundan tashqari, aksariyat holatlarda osteoklastlar faolligini bisfosfonatlar, kaltsitonin, vitamin D va kaltsiyga o'xshash antirezorbtiv vositalar bilan bostirilishi, birlashish mexanizmlari vositasi bilan osteoblastlar faolligini ikkilamchi pasaytirishga olib keladi [95].

Bu holat ehtimol so'nggi vaqtlarda juda keng muhokama qilinayotgan biofosfonatlar qabul qilgandan keyin bemorlarda qayd etiladigan jag'lar nekrozini asosida yotishi mumkin [79, 119, 124, 128]. A.Cheng va hammualliflarning (2009) tahliliy obzorida biofosfonatlar qabul qilgandan keyin jag' suyaklari va aksial skelet suyaklarini holatini qiyosiy baholash keltirilgan. Mualliflarning qayd etishicha, jag'larning biofosfonat-assotsiatsiyalangan nekrozi (ONJ) birinchi navbatda alveolyar qismda namoyon bo'ladi. Nekrotik o'zgarishlarni yuzaga kelishi masalan tish olish yoki parodontal jarrohlikda, alveolyar suyakda jarrohlik aralashuvi o'tkazilgandan keyin ham va o'z o'zidan to'satdan ham yuzaga kelishi mumkin [40]. Biroq bu kabi buzilishlar mexanizmi hozirgi kungacha ham aniqlanmagan. Shu bilan bog'liq xolda, biofosfonatlarni qabul qilishdagi nojo'ya samaralar bilan ikurashish bo'yicha profilaktik chora-tadbirlarni ishlab chiqishstomatologlar uchun dolzarb muammo bo'lib hisoblanadi [128].

SGPni majburiy davolashda osteotrop vositalarni qo'llashni zaruriyati va uni asoslanishi, birinchi va ikkinchi guruh preparatlarini qo'llashning salbiy tomonlarini hisobga olgan xolda, surunkali generallashtgan parodontit, jumladan uni tajovvuzkor kechishi bilan uning etiologiyasi va patogenezini to'g'risidagi yangi malumotlarga asoslangan optimal dorivor vositalarni izlash davom etmoqda. Ilmiy adabiyotlarda bunday tadqiqotlar uchun zamin yaratilgan. Masalan, M.Bellido va hammualliflar (2010), M. S. Lutfioglu va hammualliflar (2010) tomonidan olib borilgan ishlarda alveolyar suyakda rezorbsiyaning rivojlanishida etakchi etibor paratireoid gormoniga qaratiladi [113, 114]. Izlanishlar eksperimental tavsifiga ega, biroq ularning natijalari SGPda suyakdagi remodelirlash jarayoni buzilishini farmakokorreksiya qilishni yangi klinik istiqbollarni ochib beradi.

PTGning anabolik samarasi membrana retseptorlari bilan bog'lanish orqali hujayralarga bevosita ta'sir ko'rsatadi va hujayra ichi tsAMFni, fosfoinositol metabolitlari va tsitolitik kaltsiy miqdorini ortishini chaqiradi hamda shu mexanizmlar orqali hujayra proliferatsiyasi va differentsiatsiyasiga ta'sir etishi mumkin [68]. Hujayra darajasida PTG yangi osteoklastlar va osteoblastlar hamda ularning faolligi xosil bo'lishini oshiradi. Osteoklastlarga paratireoid gormonlarning ta'siri orqali vositali. [129]. Tsitokinlar va o'sish omillarining mahalliy sintezini bevosita stimullash o'ta muhim rol o'ynaydi. Biroq hozirgi kungacha skeletning qaysi qismlari va nima uchun PTG xujumiga uchrashi nomalum. Bu holatga nisbatan G.Di Bernardo va hammualliflar (2010) tomonidan olingan malumotlar juda qiziqarli bo'lib, ular PTGni mezenximal o'zak hujayralarga (MSCs) ta'sirini o'rgandilar. Kelib chiqishi gemapoetik bo'lgan, shuningdek PTGdan boshqaruv signalini olgan o'zak hujayralardan farqli ravishda, (MSCs)

gormonlar tasiriga boshqalarga nisbatan yanada yuqori “sezuvchan” bo‘ldi, bu apoptoz tezligini kamayishi bilan namoyon bo‘ldi [100].

So‘nggi yillarda umuman organizmning tizimlariga tasir etuvchi dori vositalarini izlash sharafiga, yondosh funktsiyalarni bajaruvchi, boshqa tizimlar muvozanatini buzilish xavfi paydo bo‘ldi. Bunda, noxush oqibatlarining eng kam xavfi antigomotoksik davolashdan foydalanishda paydo bo‘ldi. Stomatologik amaliyotda Traumel S, Osteoxel S, Kalkoxel kabi dori vositalari keng qo‘llanilmoqda. Yallig‘lanishga qarshi dori vositasi sifatida Traumel S eng keng qo‘llaniladigan dori vositasi sifatida amaliyotda ishlatiladi. Shuningdek kaltsiyli gomeostazni meyorlashishiga olib keluvchi va modda almashinuvini yaxshilovchi Kalkoxel va biriktiruvchi va suyak to‘qimasi metabolizmiga tasir etuvchi Osteoxel qo‘llash uchun istiqbolli dori vositasi bo‘lib hisoblanadi. Shu bilan bog‘liq xolda gormonal disbalans bilan bog‘liq bo‘lgan, suyak metabolizmining buzilishlarida ulardan foydalanishning maqsadga muvofiqligini o‘rganish dolzarb bo‘lib hisoblanadi. Mazkur muammoga bag‘ishlangan ilmiy maqolalar oz sonni tashkil etadi [8,71].

Shunday qilib, adabiyot tahlil natijalari, tizimli patologiyalar, shuningdek ko‘pincha teri va shilliq qavatlarning shikastlanishi bilan birga keluvchi, parodontitni tashxislash va davolashda stomatolog shifokorlar va dermatovenerologlarning mutaxassisliklararo faolligi hamda kasbiy mahoratini oshirish, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati va teri kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarni majmuaviy davolash tizimida parodontologik yordam ko‘rsatishni takomillashtirish zaruriyatini ko‘rsatadi.

4 BOB.

KLINIK MATERIAL TAVSIFI VA TADQIQOT USULLARI

Ishning asosiga 30 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan 49 nafar bemorlarni tekshirish natijalari qo'yilgan. Aksariyat holatlarda bu ayollar bo'ldi, chunki shu yoshda ular og'iz bo'shlig'i holatiga katta etibor qaratadilar. Ish 2015 – 2017 yillarda bajarildi va Toshkent Davlat Stomatologiya instituti Gospital terapevtik stomatologiya kafedrasida va Respublika teri – tanosil klinik shifoxonasi bazasida o'tkazildi. Tadqiqotlarga po'rsildoqfonidagi surunkali generallashgan parodontitli bemorlar va 20 nafar intakt parodontitli shaxslar kiritildi.

Birinchi yo'nalishni amalga oshirish uchun statsionar davolanishda bo'lgan po'rsildoqning qo'pol shakli bilan og'rigan 49 nafar bemorlar tekshiruvdan o'tkazildi.

1 Jadval

Parodont kasalligini klinik kechishini o'ziga xosliklarini

o'rganishda qiyosiy guruhda po'rsildoqli bemorlarni taqsimlanishi

Yosh, yil bo'yicha guruhlar	po'rsildoq, kasalligini davomiyligi, yil									Umumiy po'rsildoq			Nazorat		
	1 yildan ortiq			2 yildan ortiq			3 yildan ortiq								
	Jami	Erkak	Ayol	Jami	Erkak	Ayol	Jami	Erkak	Ayol	Jami	Erkak	Ayol	Jami	Erkak	Ayol
31-40	1	-	1	2	1	1	2	1	1	5	2	3	15	5	10

41-50	2	1	1	5	2	3	4	2	2	11	5	6	32	10	22
51-60	4	2	2	6	2	4	8	2	6	18	6	12	49	12	37
60 yoshdan katta	4	1	3	5	1	4	6	2	4	15	4	11	39	9	30
Jami	11	4	7	18	12	12	20	7	13	49	17	32	120	36	99

Barcha bemorlar asosiy kasallikni zo‘rayish bosqichida kasalxonaga tushdi, shu bilan bog‘liq xolda ularga standart glyukokortikosteroidli davolash buyurildi.

2.1.1 jadvalda asosiy kasalligi bo‘lgavn po‘rsildoqning davomiyligi, bemorlarning yoshi, jinsiga bog‘liq xolda tekshirilgan guruhlaridagi po‘rsildoqli bemorlarni taqsimlanishi taqdim etilgan. №1 jadvaldan ko‘rinib turibdiki, po‘rsildoq bilan asosan 40 yoshgacha va undan katta bo‘lgan ayollar (65,31%) kasalalanadi, eokaklarga esa 34,69% ulushi to‘g‘ri keladi.

Nazorat sifatida Toshkent shahridagi katta yoshli aholi o‘rganildi, bunda erkaklar va ayollarning nisbati hamda yosh guruhida po‘rsildoq bilan og‘rigan xuddi shunday bemorlar soniga mos keladi.

**Po‘rsildoqli bemorlarda parodontitni rivojlanishining
mahalliy patogenetik mexanizmlarini o‘rganishda guruhlarda
bemorlarni taqsimlanishi**

Yosh guruhlari, yil	Nazorat			po‘rsildoqsiz GP bemorlar			po‘rsildoqli va GP bemorlar		
	Jami	Erkak	Ayol	Jami	Erkak	Ayol	Jami	Erkak	Ayol
31-40									
41-50	3	1	2	4	2	2	3	2	1
51-60	10	3	7	13	3	10	12	4	8
60 yoshdan katta	7	2	5	9	2	7	10	3	7
Jami	20	6	14	26	7	19	25	8	17
EDGP	-	-	-	3	1	2	2	-	2
O'DGP	-	-	-	6	3	3	5	3	2
ODGP	-	-	-	17	3	14	18	8	10

Parodontning rivojlanishini patogenetik mexanizmlarini o‘rganish po‘rsildoqli bemorlarda amalga oshiriladi; qiyosiy guruh sifatida po‘rsildoqsiz bemorlardagi og‘irlik darajasiga mos xolda QPli bemorlar ko‘rsatkichlari o‘rganildi, nazorat ko‘rsatkichi sifatida sog‘lom shaxslar ko‘rsatkichlari qabul qilindi (parodontsiz va po‘rsildoqsiz) (2 jadval).

№3 jadvaldan ko‘rinib turibdiki, qiyosiy guruhlarda tekshiriluvchilarning yosh-jins taqsimlanishi va parodontitning og‘irlik darajasi bir xilda bo‘ladi, bu natijalarni qiyoslashga va asoslangan xulosalar chiqarishga imkon beradi.

3 Jadval

Po‘rsildoqli bemorlardagi parodontitni davolashda bemorlarni

guruh bo‘yicha taqsimlanishi

YOsh guruhlari, yil	Nazorat			Asosiy		
	Jami	erkak	ayol	Jami	erkak	ayol
31-40	1	0	1	2	1	1
41-50	5	1	4	4	1	3
51-60	6	2	4	6	2	4
61 va undan katta	2	1	1	2	1	1
jami	14	4	10	15	5	10
GPPC	1	-	1	1	-	1
O'DGP	3	1	2	4	1	3
ODGP	10	3	7	10	4	6

Uchinchi yo‘nalishni amalga oshirish uchun po‘rsildoqli bemorlarning ikkita guruhi ajratib olindi. Nazorat guruhi bemorlarda parodontitni standart davolashi amalga oshirildi, asosiy guruhlarda esa davolashning patogenetik asoslangan majmuaviy usuli qo‘llaniladi (3 jadval).

№3 jadvaldan ko‘rinib turibdiki, guruhlarga po‘rsildoqli bemorlarni yosh va jins bo‘yicha taqsimlanishi, shuningdek ularni GPning og‘irlik darajasi bo‘yicha ajratilishi tadqiqotlarning reprezentativligini taminlaydi va davolash natijalarini qiyoslashga imkon beradi.

Po‘rsildoq fonidagi parodontit bilan og‘rigan barcha bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘ini sanatsiyasi, milk usti va osti tish usti ajratmalarini bartaraf etish, jarohatlovchi omillarni chetlashtirishni o‘z ichiga olgan parodontitni davolashni umum qabul qilingan sxemasi amalga oshirildi. Yumshoq tish shetkasi va o‘tkirlash komponentlarisiz bo‘lgan tish pastalarini qo‘llash bilan og‘iz bo‘shlig‘i gigienasiga o‘rgatish. Ozonning dezinfektsiyalovchi kontsentratsiyasi (3 mg-l) va himoya- fiksatsiyalovchi bog‘lam ostida “Mentragil denta” bilan applikatsiya yordamida parodontal cho‘ntaklarni yuvish amalga oshirildi.

Davolashning bu bosqichida bemorlar 2 guruhga ajratildi. Nazorat guruhi bemorlari yuqorida bayon etilgan sxema bo‘yicha davolanishni davom ettirdilar, asosiy guruh bemorlari esa quyidagilarni o‘z ichiga olgan qo‘shimcha davolash majmuasini qabul qildilar:

1 guruh: XGPLi bemorlarning parodontal cho‘ntagiga, 5-7 kun davomida 10 g miqdorda bog‘lam ostiga «metrogil-denta» geli yuborildi;

2 guruh: bemorlarning milk yuzasiga 10 grammdan «enterosgel» geli yordamida applikatsiya o‘tkazildi va ichga 5-7 kun davomida kuniga 1 marta 1 osh qoshiqda buyurildi;

Mineral gomeostazni meyorlashtirishga, kaltsiy va fosfor almashinuvini boshqarishga, suyak to‘qimasining mineral zichligini oshirishga qaratilgan osteotrop davolash. Bu maqsadga erishish uchun bemorlar 6 oydan ortiq

davom etgan uzoq davolash kursi bilan kuniga bir marta 1 kapsuladan Bonviva preparati qabul qilinadi.

Asosiy kasallik (po'rsildoq) va parodontitning davomiyligi, hayot anamnezini o'rganish. Og'iz bo'shlig'ining holati, karioz tishlarning mavjudligi, jarohatlovchi okklyuziya, tishlam patologiyasining holatlari baholandi.

Parodont kasalligini tarqalishi va jadalligi ARussel bo'yicha PI parodontal indeksi (1956) yordamida baholandi;

Milklarning yallig'lanish darajasi to'g'risida Parma bo'yicha (1960) gingivit indeksiga ko'ra (RMA) fikr yuritildi;

Og'iz bo'shlig'ining gigienik darajasi gigienik indeks va tish toshini OHI-I indeksi bo'yicha baholandi (J.Green, J.Verruillion, 1969);

Milklarning qon ketish darajasi to'g'risida – qon ketish indeksi bo'yicha (H.P.Muhleman, S. Son, 1971) baholandi.

Akantolitik po'rsildoq bilan og'rgan bemorlarni davolashni klinik samaradorligini baholashda quyidagi mezonlar hisobga olindi:

Subektiv xis qilishni o'rganish (og'riqni sezishni kamayishi yoki yo'qolishi, qichishish, achishishu);

Umumiy holat (harorat, arterial bosim, puls, qon va peshobning jumladan biokimyoviy tahlili va qonning immunologik tahlili;

Obektiv klinik belgilar dinamikasi (rangini o'zgarishi, eroziyalarning chuqurligi va o'lchamlarini kamayishi). Bunda patologik jarayonlarning musbat dinamikasi sifatida quyidagilar qabul qilindi:

- og'iz bo'shlig'ida yangi elementlarni mavju emasligi;
- eroziyaning yupqa epitelizatsiyasini boshlanishi;
- eroziyaning faol epitelizatsiyasi;
- Nikolskiy belgisining mavjud emasligi;
- laborator ko'rsatkichlarini meyorlashishi.

Tahlil uchun qon olish nahorga antikoagulyantsiz «Vacuette R» tipidagi vakuumli probirkalarda bajarildi. Qon vena qon tomiri juda kam siqilgan holatda, mushak yuklamasiz olindi.

Paratireoid gormon darajasi (PTG, g/ml), kaltsitonin (KT, ng/ml) darajalarini «BioXimMak» firmasining maxsus jamlanmasi yordamida immunofermentli usul bilan aniqlandi.

Suyakni remodelirlashning biokimyoviy markerlari - osteokaltsin (ng/ml) – gidrooksiapatitni xosil bo'lishi bilan kollagenni bog'lab oluvchi nokollagenli oqsillarni «BioXimMak» (Rossiya) firmasining jamlanmasi yordamida immunoferment tahlil usuli bilan aniqlandi.

Qon zardobida I tipdagi kollagenli degradatsiya mahsulotlari miqdori bo'yicha suyakning qayta sintezlanish kattaligini ko'rsatuvchi suyakning rezorbsiya markerlari (β -CrossLaps (ng/ml)ni «Elecsys» 1010 (ROCHE, Shveytsariya) analizatorida «ROSh» firmasining jamlanmasi yordamida aniqlanadi.

Kaltsiy kontsentratsiyasini krezolftalein-majmuasti bilan rangli reaksiya bo'yicha unifitsirlangan kolorometrik usulda aniqlandi va mmol/l da

ifodalandi; fosforni esa fosfor-molibdenli geteropolikislotalarni tiklash bo'yicha unifitsirlangan usul bo'yicha aniqlandi, mmol/larda ifodalandi [49].

Ishqoriy fosfataza faolligini N-netrofosfat gidroliz bo'yicha unifitsirlangan usul yordamsida aniqlandi ME larda ifodalandi [49]; rezistent nordon fosfataza P-nitrofenilfosfat gidrolizi bo'yicha aniqlandi va MElarda ifodalandi [49].

Lipidlarni periksli oksidlanish darajasi va antioksidant tizimlar faolligini baholash spektrofotometrik usul bilan aniqlanadigan molon dialdegib (MDA) darajasi va superoksidismutazalar (SOD) faolligi bo'yicha amalga oshirildi [2,24,25]. Antioksidant himoya va erkin radikalli oksidlanish holatini baholash uchun MDA/SOD•1000 koeffitsientidan foydalanildi. O'rganilayotgan biologik suyuqliklarning antiperiksli faolligi (APA) xemilyuminestsent usuli bilan aniqlandi.

Po'rsildoq fonidagi parodontitli barcha bemorlarda og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi, milk usti va milk osti tish usti ajratmalarini olib tashlash, jarohatlovchi omillarni bartaraf etishni o'z ichiga olgan, parodontitni davolashni umum qabul qilingan sxemasi amalga oshirildi. Bemorga yumshoq tish shetkalarini va tirnamaydigan komponentli tish pastalarini qo'llash bilan og'iz bo'shlig'ining to'g'ri gigienasiga o'rganildi. Parodontal cho'ntaklarni ozonning dezinfektsmiyalovchi kontsentratsiyasi (3 mg/l) va himoya qiluvchi mustahkam bog'lam ostidagi "metrogil denta" appilikatsiyasi bilan yuvish amalga oshiriladi.

Davolashning bu bosqichida bemorlar 2 guruhga bo'lindi. Nazorat guruhidagi bemorlar yuqorida bayon etilgan sxema bo'yicha davolanishni davom ettirdilar, asosiy guruh bemorlari esa:

- 1,5 mg/ml ozonlangan fiziologik eritmadagi 400,0 ml infuzion yuborish ko‘rinishidagi tizimli antioksidant davolash, №5;
- Reosorbilat 500,0 ml preparatini tomir ichiga kun aro yuborish bilan endotoksemiyani tizimli inaktivatsiyasi, №5;
- suyak to‘qimasining mineral zichligini ortishi, kaltsiy va fosfor almashinuvini boshqarish, mineral gomeostazni meyorlashishiga qaratilgan osteotropni o‘z ichiga olgan qo‘shimcha davolash kursini qabul qildilar.

Shu maqsadda bemorlar 6 oydan ortiq vaqt davomida kuniga 2 marta 1 tabletkadan kaltsiy D3 Nikomed jori vositasini qabul qildilar.

5 BOB.

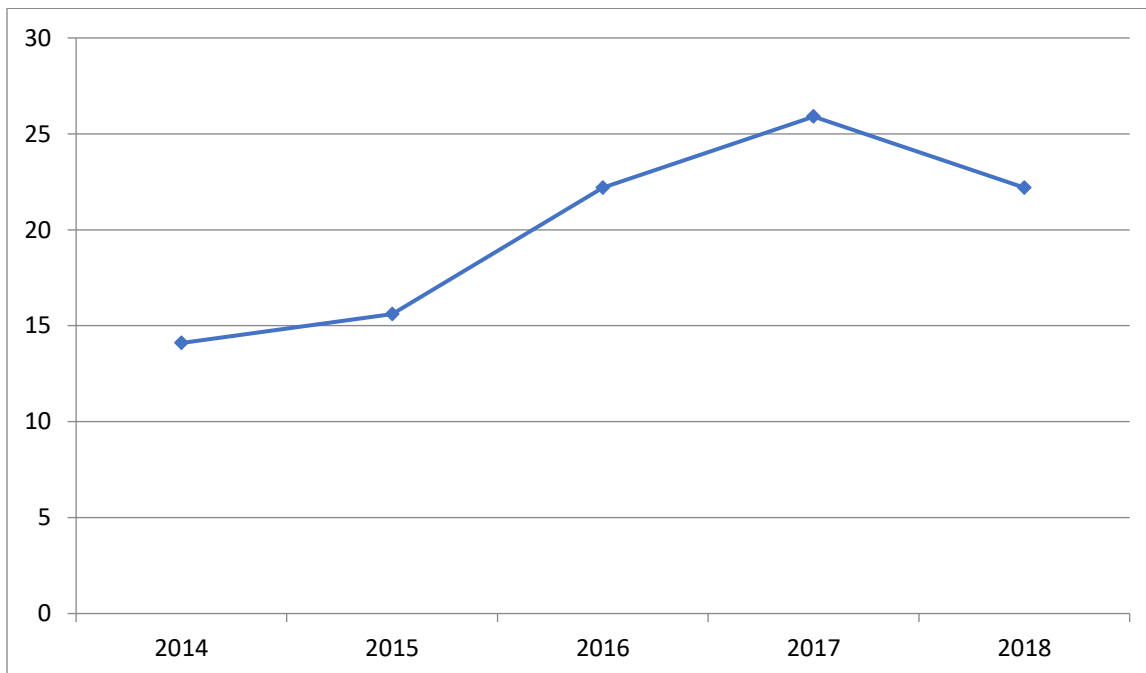
PO‘RSILDOQLI BEMORLARDA PARODONTIT KECHISHINI

KLINIK O‘ZIGA XOSLIKLARI

5.1. 2014 yildan 2018 yillar orasida po‘rsildoq bilan

kasallanishni retrospektiv tahlil natijalari.

2014-2018 yillarda O‘zbekiston Respublikasida po‘rsildoq bilan kasallanishning retrospektiv tahlil malumotlariga ko‘ra, bizlar tomonimizdan 135 nafar bemorlar aniqlandi, ulardan 2014 yilda - 19 nafar bemorlar (bu umumiy kasallanganlar sonini 14,1% ni tashkil etdi), 2015 yilda – 21 nafar bemorlar (15,6%), 2016 yilda – 30 nafar bemorlar (22,2%), 2017 yilda – 35 nafar bemorlar (25,9%), 2018 yilda – 30 nafar bemorlar (22,2%) (1 rasm).



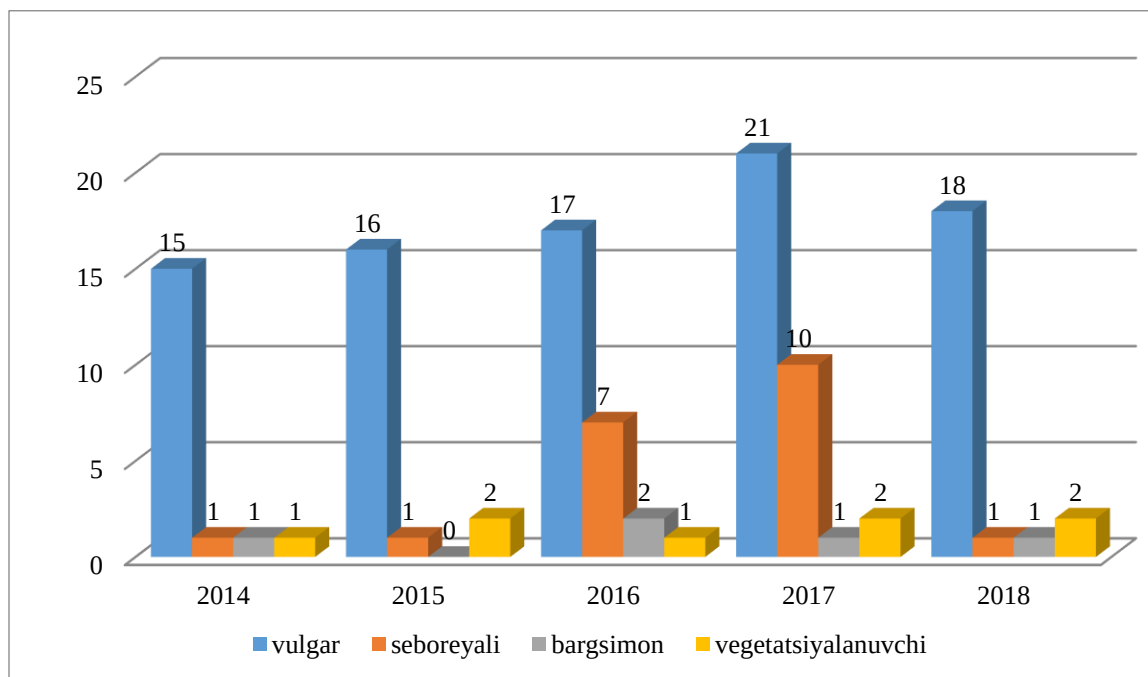
1 rasm. 2014 yildan 2018 yillargacha bo‘lgan davrda po‘rsildoq

bilan kasallanishning retrospektiv tahlil natijalari.

Po‘rsildoq bilan og‘rigan bemorlar (135 nafar) yoshi o‘rganilganda aniqlandiki, ular orasida 18 yoshdan 29 yoshgacha bo‘lgan bemorlar to‘rt nafarni (2,96%), 30-39 yoshlilar guruhida va 40-49 yoshlilar guruhida bemorlar soni 8 nafardan (5,93%) teng ko‘rsatkichni tashkil etdi. Ushbu patologiya bilan og‘rigan shaxslarning eng yuqori soni 50-59 yoshlilar guruhida – 56 nafar bemorlar (41,5%) qayd etildi, 60 yoshdan katta bo‘lganlar guruhida esa bu ko‘rsatkich - 59 nafar bemorlarni (43,7%) tashkil etdi.

Po‘rsildoq bilan og‘rigan bemorlar soni va bemorlarning yoshi o‘rtasida korrelyatsion aloqa aniqlandi ($p=0,925$, $p>0,05$).

Tahlil natijasida bizlar aniqladikki, bu kasallik bilan ko‘proq ayollar kasallanganlar – 97 nafar shaxslar (71,9%), ularga nisbatan kamroq xolda erkaklar– 38 nafar shaxslar (28,1%) bu kasallikka chalinganlar.



2 rasm. 2014 yildan 2018 yillar orasida po‘rsildoq shakllarini aniqlanish soni

135 nafar bemorlarda po‘rsildoqning turli shakllarini tahlil qilib, bizlar shuni aniqladikki, bunda ko‘p xollarda 98 (71,1%) po‘rsildoqning dag‘al shakli uchraydi. Ushbu shaklning klinik namoyon bo‘lishi og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq qavati va tashqi ko‘rinishi sog‘lom bo‘lgan terida yuzaga keladigan sust pufakcha ko‘rinishidagi birlamchi o‘choqning paydo bo‘lishidan iborat bo‘ladi. Po‘rsildoqning seboreyali (eritematoz) shakli 22 (16,5%) nafar bemorlarda qayd etildi. yaproqsimon po‘rsildoq 6 (4,44%) nafar bemorlarda tashxislandi. Pufakchalar boshning sochli qismi va tana terisida yuzaga keldi. Pufakchalar epiteliyning yuza qatlamida joylashadi, shuning uchun pufakcha yorilganida ekssudat, teri qavatlari yaproqlarini eslatuvchi yupqa po‘stloq xosil qilib qurib qoladi. Vegetatsiyalanuvchi po‘rsildoq 10 (7,4%) nafar bemorlarda aniqlandi. vegetatsiyalanuvchi po‘rsildoq pufak yorilgandan keyin eroziya tubida mayda o‘simtalar (vegetatsiyalar) ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Pufakchalar teri burmalarida (dumbalar orasi, qo‘ltiq osti, chov burmalari, sut bezi osti, quloqlar orqasi) paydo bo‘ladi.

5.2. Po‘rsildoqli bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘i shillig‘ining

klinik-immunologik tavsifi

96 nafar bemorlarda o‘tkazilgan mukammal stomatologik ko‘rik natijasida quyidagilar aniqlandi, ulardan 61 nafarida OShQ va teri qoplamasida dag‘al po‘rsildoq belgilari aniqlangan bo‘lib, bemorlar milklarning yaqqol namoyon bo‘lgan qizarishi va og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq qavatida chetlari bir tekis bo‘lmagan konturli yaralar ko‘rinishida shikastlanishlarga shikoyatlar bilan tibbiy yordamga murojaat qilganlar. Shikoyatlar asosan keskin og‘riqli eroziyalarga, og‘izdan keluvchi badbo‘y

hid, milklarga tegib ketilganida yoki ovqat istemol qilganida milklardan qon ketishi, oziq-ovqat mahsulotlarini tanlab istemol qilish, engil va og‘izni katta ochib kulish va gapirishning imkonsizligidan bo‘ldi. Shikoyatlar asosan to‘laqonli ovqat istemol qilolmaslik, ochlik, holsizlik, yomon uyqu, juda qovishqoq bo‘lgan so‘lakni ajralishiga bo‘ldi.

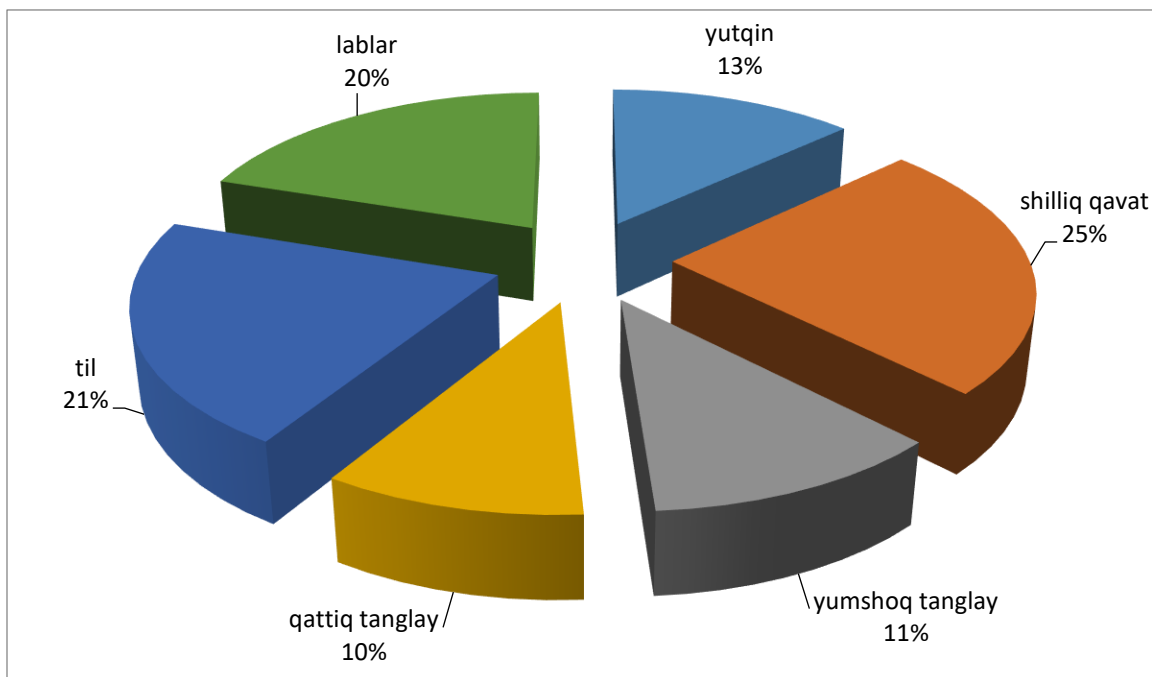
Po‘rsildoqli bemorlar tashqi ko‘rikdan o‘tkazilganda mahalliy limfa tugunlari (quloq oldi-chaynov, lunj, oldi jag‘ osti, engak, jag‘ orti, bo‘yinning yon tomonidagi, iyak osti, quloq orti) kattalashmagan holatda bo‘ldi. 17 nafar bemorlarning VNChSda qirsillashlar aniqlandi. Lablarning rangi aloxida eroziv shikastlanishlar va dimlangan giperemiya bilan aniqlanadi.



3 rasm. Tilning yon yuzasida pufakchalar ko‘rinishidagi dag‘al po‘rsildoqlarning klinik namoyon bo‘lishi.

Po‘rsildoqning barcha turlarida (dag‘al, vegetatsiyalanuvchi, eritematoz, yaproqsimon) yuzaga keladigan og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq qavatini shikastlanishida faqat dag‘al shakldagi po‘rsildoq keuzatiladi (3 rasm). Bizlar tomonimizdan aniqlandiki, po‘rsildoq bilan og‘rigan 61 nafar bemorlarda OShQning shikastlanishini joylashgan o‘rni og‘izning quyidagi uchastkalarida: bodomchasimon bezlar sohasida - 8 nafar bemorlarda (13,1%), lunjning shilliq qavatida - 15 nafar odamlarda (24,5%), yumshoq

tanglayda – 7 nafar bemorlarda (11,4%), qattiq tanglaydi – 6 nafar adamlarda (9,8%), tilda – 13 nafar odamlarda (21,3%), lablarda – 12 nafar odamlarda (19,9%) aniqlandi (4 rasm).



4 rasm. Og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq qavatidagi po‘rsildoqli shikastlanishni joylashgan o‘rni.

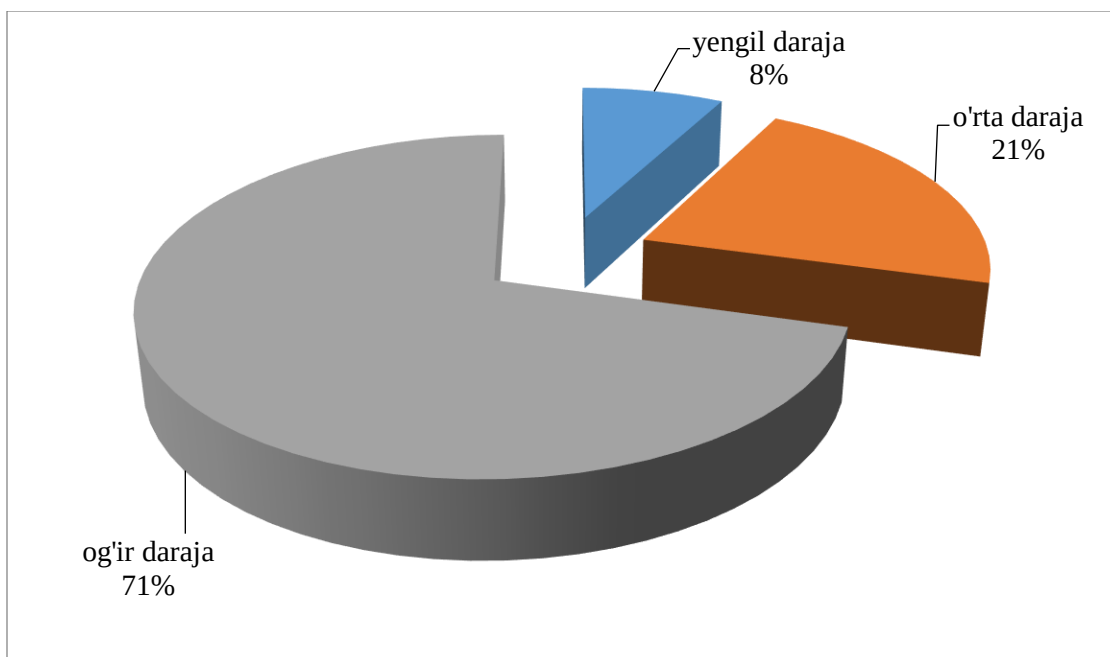
Og‘iz bo‘shlig‘i ko‘rikdan o‘tkazilganda o‘zgarmagan shilliq qavatida joylashgan, noteks dumaloq yoki oval shakldagi (3-5 elementli) eroziyalar qayd etildi, ularning o‘lchamlari 0,5 mm dan 2 sm gacha va undan ortiq o‘lchamli bo‘lib, yumshoq konsistentsiyali, palpatsiya qilinganda og‘riqlidir. Eroziyaning chetlari bo‘ylab pufakcha po‘stining yorilgan joylari ko‘rinib turadi, ular tortib ko‘rilganda Nikolskiy simptomi kuzatiladi.

Eroziya ko‘rikdan o‘tkazilganda tizimli qizil volchanka, leykoplakiya va KPL uchun xos bo‘lgan giperkeratoz holati aniqlanmadi, bu lyuminescent tashxislash (Vud chirog‘i) malumotlarini tasdiqladi.

Stomatologik statusni mukammal tekshirilganda bizlar patologik tishlamni chuqur o‘zgarishlarini 29 nafar bemorlarda (47%), bevosita o‘zgarishlarini 5 nafar bemorlarda (24%) aniqladik.

61 nafar bemorni mukammal stomatologik tekshirish jarayonida kariesni tarqalganligi 100%ni tashkil etdi; “U” komponenti ustunligi (11,26%+7,54), bilan KPU indeksi 19+7,25 ni tashkil etd, bu yosh tufayli yuzaga keladigan o‘zgarishlar bilan bog‘liqdir. Echilmaydigan konstruktsiyalar 4 nafar bemorlarda bo‘ldi va 57 nafar bemorlar ortopedik protezlashga (ulardan 40 nafari qisman echiladigan va va 17 nafari echilmaydigan protezlar) muhtoj bo‘ldilar. Po‘rsildoqli bemorlardagi ratsional protezlash kasallikni qaytalanishlari sababli doimiy ravishda orqaga surildi. 23 nafar bemorlar tishlarini oldirishga muhtoj (37%) bo‘lsa, 37 nafar bemorlarda (29%) tishlarning qisman adentiyasi xos.

Po‘rsildoqli bemorlarning parodont to‘qvimasi tekshirilganda RMA indeksi bo‘yicha 5 nafar bemorlarda surunkali gingivitning engil shakli (8,3%), 12nafar bemorlarda (19,6%) – o‘rta darajasi va 44 nafar bemorlarda (72,1%) – og‘ir darajasi aniqlandi (5 rasm).



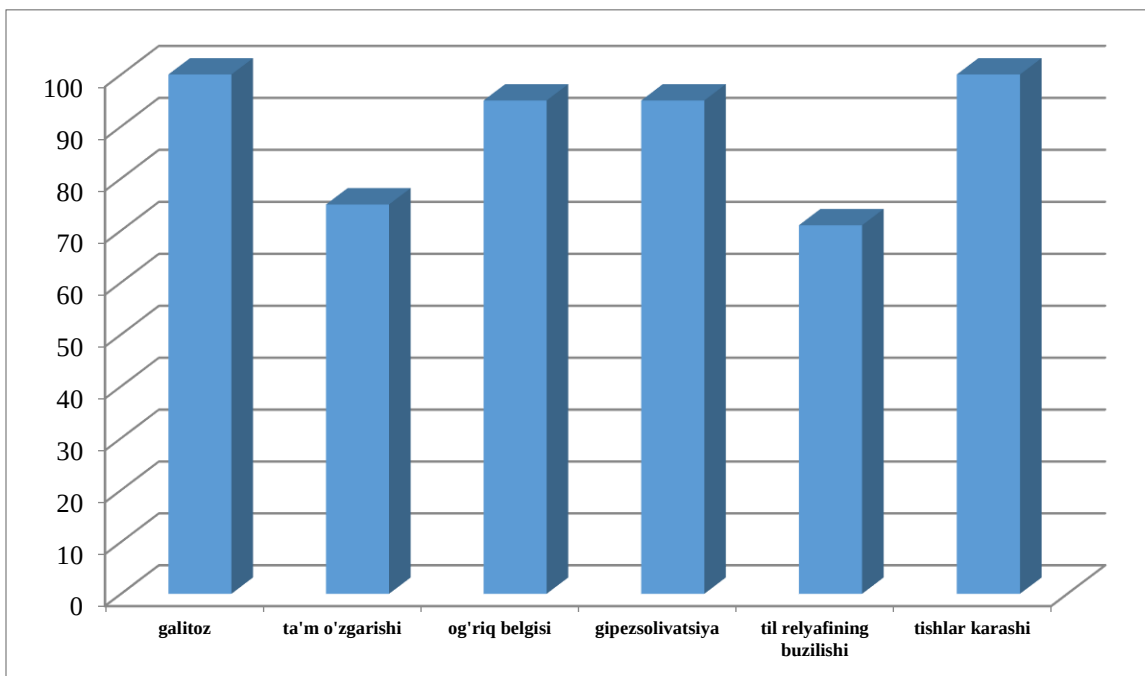
5 rasm. Po'rsildoqli bemorlarda surunkali gingivitning og'ir darajasi.

SPITN indeksiga mos xolda barcha bemorlar parodont to'qimasini majmuaviy davolash va og'iz bo'shlig'ining kasbiy gigienasiga muhtoj bo'ladilar.

Bizlar tomonimizdan aniqlandiki, o'g'iz bo'shlig'ning gigienik holati qoniqarsiz holatda bo'ldi. Og'iz bo'shlig'i gigienasi indeksining soddalashtirilgan ahamiyati-IGR-U (OHI – S) $3,38 \pm 0,87$ teng bo'ldi, bu gigienaning yomon darajasiga mos keladi. Bemorlardagi gigiena indeksining tarkibiy qismi tish toshi va tishlar qoplamasining sezilarli miqdori to'g'risida guvohlik beradi, bunda tish toshining komponentlari $1,47 \pm 0,34$, tishlar qoplamasining ko'rsatkichlari – $1,8 \pm 0,54$ ni tashkil etdi.

Po'rsildoqli bemorlarning subektiv va obektiv holati. Tekshirilgan guruhda o'tkazilgan so'rab surishtirish jarayonida bemorlar tomonidan

keltirilgan shikoyatlar orasida eng ko‘p hollarda- 61 nafar (100%) ovqatni chaynash vaqtidagi og‘riq sindromini yuqori bo‘lishi: -46 nafarida (75%) esa tam bilishni buzilishi bilan tavsiflandi. Og‘iz bo‘shlig‘idagi klinik belgilar quyidagi mezonlar bo‘yicha: og‘riqli eroziyalarning mavjudligi – 61 nafar bemorda (100%); galitoz – 61 nafar bemorda (100%); til relyafining buzilishi – 44 nafar (71%) bemorlarda; tish ustida qoplamalarning mavjud bo‘lib qolishi – 61 nafar (100%) bemorlarda baholandi. Subektiv va obektiv mezonlar malumotlari 6 rasmda taqdim etilgan.



6 rasm. Davolashgacha po‘rsildoqli bemorlardagi obektiv va subektiv belgilarning tuzilmasi.

5.3. Qadoqchali bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘ining mahalliy gumoral immunitetini tekshirish natijalari.

Bizlar tomonimizdan o'rganilgan, jarayon rivojlanishining negativ dinamikasisiz bo'lgan va keyinchalik kasallik kechishining og'ir variantiga jarayonni transformatsiyalanishi (shikastlanishning kuchayishi va disseminatsiyasi) bo'lgan bemorlarda davolashgacha og'iz bo'shlig'idagi akantolitik po'rsildoqning aloxidalashgan shakli bo'lgan 61 nafar bemorlarni immunologik tekshirish natijalari, jarayon transformatsiyalangan bemorlar guruhining og'iz bo'shlig'i suyuqligida IL-6 ning yanada past kontsentratsiyasi (1,9 pg/ml va undan ham past) va IL-1 β (87 pg/ml va past) hamda IL-4 ning yanada yuqori kontsentratsiyalariga (46 pg/ml va yuqori) ega bo'lishini ko'rsatdi. Mazkur ko'rsatkichlar po'rsildoqli bemorlardagi immun tizimning pasayib ketish xususiyatini, yallig'lanish oldi tsitokinlarini (IL-6 va IL-1 β) xosil qilishini ko'rsatishi mumkin, bu esa surunkali jarayonni og'irlashishiga va jarayonni noxush kechishiga, shuningdek antigen stimulyatsiyasi uzoq vaqt tasir etganida immunomediatorni IL-4 (gumoral immun javobning kechishiga javob beruvchi) ishlab chiqarilishini faollashishiga olib keladi.

4 Jadval

Po'rsildoqli bemorlar og'iz bo'shlig'i suyuqligidagi IL-4, IL-1,

IL-6 tsitokinlarining miqdori

	IL-4, pg/ml	IL-6, pg/ml	IL-1v, pg/ml
Po'rsildoq bilan og'rigan bemorlar	45,12+1,64	1,95+0,16	86,91+10,3
Sog'lom shahslar	42,32+4,68	2,29+0,17	93,45+12,65

Izoh:* - $r \leq 0,05$ da farqlar statistik ahamiyatli

5.4. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati po‘rsildoqsining

klinik – topografik o‘ziga xosliklari

Chin po‘rsildoqli bemorlarda kasallik patogenezining mexanizmlarini aniqlashtirish va davolash usullarini takomillashtirishdagi mahalliy va xorijiy tadqiqotlarning muvaffaqiyatlariga qaramasdan pemfigus muammosi dolzarbligicha qolmoqda va bu kasallik kechishining og‘irligi, uni davolanmasligi va potentsial o‘limga olib kelishi bilan bog‘liq.



7 rasm. Nikolskiy bo‘yicha tekshirish usullari

(Bemor A.A. Tashxis: dag‘al po‘rsildoq)

Klinik ish tajribasini ko‘rsatishicha, stomatolog-shifokor bemorni tekshirishdan o‘tkazganda og‘iz bo‘shlig‘ini puxta tekshiruvdan o‘tkazmay, faqat ramziy manoda ko‘rikdan o‘tkazadi xolos. Biroq tekshirish parametrlari bo‘yicha stomatologik statusni klinik baholash uchun har bir holatda aloxida shikastlanish belgilarini ajratib olish va baholash juda muxim. Malumki, og‘iz

bo'shlig'i shilliq qavatining to'qima mikrotuzilmasi topografik zonalar bo'yicha farq qiladi, ular vizual ko'rikdagi asosiy bo'g'in bo'lib xizmat qiladi.

Hammabop bo'lgan adabiyotlarda og'iz bo'shlig'i holati va po'rsildoqnimilkalarda namoyon bo'lganida uning mukammal klinik-topografik o'ziga xosliklari to'g'risidagi malumotla mavjud emas [41,42].

Yuqorida keltirib o'tilgan barcha malumotlar quyidagi tadqiqot maqsadlarini: dag'al po'rsildoqli bemorlarda parodont kasalligining klinik infratuzilmasi va xavf omillari, milk majmuasini shikastlanish sonini o'rganishni belgilab berdi.

Kasallikning klinik zo'raygan bosqichida bo'lgan va kortikosteroidli davolash qabul qilgan, dag'al po'rsildoq bilan kasallangan 49 nafar bemorlar o'rganildi. Bemorlarning og'iz bo'shlig'ini o'zgarmagan shilliq qavatida, ko'pincha bir biri bilan qo'shilib ketgan ko'p sonli eroziyalar qayd etiladi.

Shikastlangan qismlar kulrang-oqish rangdagi fibrinoz qoplama bilan qoplangan, ko'pincha ko'kimtir tusda bo'lgan, yuzasi yorqin qizil rangdagikeng eroziyalarga ega bo'ldi.

Yorqin qizil-rangdagi eroziyalar o'zgarmagan shilliq qavat fonida joylashadi. Eroziya chetlarida pufakchaning yorilgan joylari aniqlanadi, uning chetlari tortib ko'rilganda'a Nikolskiy simptomi chaqiriladi. Eroziyaning bir qismi osonlik bilan ajraladigan kulrang-lqimtir qoplama bilan qoplangan.

Po'rsildoq bilan og'rgan bemorlarda o'tkazilgan surishtiruv natijasi ko'rsatdiki, og'iz bo'shlig'idagi og'riqlarga bemorlarning 10% shikoyat qildi, bunda so'rovnomada ishtirok etganlarning 19 nafari (38,77%) og'iz bo'shlig'ida nolqulaylikni xis etdilar; 24 (48,98%) – gaplashganda va ovqat

chaynaganda og‘riqni xis etdilar va 6 (12,24%) – og‘riq tufayli gapirmaganlar va ovqat istemolidan bosh tortganlar. 31 (63,26%) bemorlar so‘lakni xaddan tashqari ko‘p ajralishiga, 39 (79,6%) esa – og‘iz bo‘shlig‘idan yoqimsiz hid ajralishiga shikoyat qildilar (3 jadval).

Barcha bemorlarda organizmning umumiy zaharlanish bilan shikoyatlar qayd etiladi. Demak, so‘rovnomada ishtirok etganlardan ishtahani pasayishiga 68 nafar bemorlar (36,73%), uyqsizlikka– 33 nafar (67,38%) shikoyat qiladilar. Ko‘ngil aynishi, bosh aylanishi va holsizlik kabi zaharlavnish belgilarini so‘rovnomada ishtirok etgan 37 (75,5%) nafar bemorlar o‘zlarida his etadilar, bunda ulardan 35 (71,43%) nafarida tana haroratini ko‘tarilishi qayd etiladi; 29 (59,18%) nafarining anamnezida tez tez diareya holatini yuzaga kelishi kuzatiladi; 42 (85,71%) nafari esa O‘RKLardan aziyat chekadi va 19 (38,78%) nafarida– zotiljam kasalligi aniqlandi.

Tadqiqotlarni ko‘rsatishicha, kortikosteroidlar bilan davolashni turli muddatlarda olgan bemorlar quyidagi farqlarlarga ega bo‘lib, ularga: umumiy zaharlanish holatidagi shikoyatlarning jadalligi va fonli somatik patologiya sonini ortishi xos bo‘ladi

5 Jadval

Po‘rsildoq bilan og‘rigan bemorlarning shikoyatlari

Shikoyatlar	Kasallikning davomiyligi, shkalalarda			
	1 йилгача	1-3 йил	3 йилдан ортиқ	жами
1.Og‘riqlar: 1.1. og‘iz bo‘shlig‘idagi diskomfort	5/45,45	6/33,33	4/20,0	19/38,77

1.2. Gapirganda va ovqat istemol qilganida yuzaga keladigan og'riqlar	4/36,36	10/55,55	14/75,0	24/48,48
1.3. Og'riq tufayli ovqat istemoli va gapirishdan bosh tortish	2/18,18	2/11,11	2/10,0	6/12,24
2. So'lakni ko'p miqdorda ajralishi	5/45,45	10/55,55	16/80,0	31/63,26
3. Og'izdan keluvchi nohush hid	6/54,55	13/72,22	18/90,0	39/79,60
4. Ishtahani pasayishi	4/36,36	7/38,89	11/55,0	18/36,73
5. Uyqusizlik	5/45,45	12/66,67	16/80	33/67,35
6. Zaharlanish belgisi (ko'ngil aynishi, bosh aylanishi, holsizlik)	7/63,64	12/66,67	18/90	37/75,51
7. Haroratni ko'tarilishi	6/54,55	12/66,67	17/85,0	35/71,43
8. Diareya	5/45,45	10/55,55	14/70	29/59,18
9. O'PK soni	8/72,73	16/88,89	18/90	42/85,71
10. Zotiljam	3/27,27	6/33,33	10/50	19/38,78
11. Jami btmorlar	11/100,0	18/100,0	20/100,0	49/100,0

Izoh: suratda bemorlarning mutloq soni, maxrajda guruhdagi bemorlarning % hisobi.

Shikastlanish elementlarini anatomo-topografik joylashuvini mayda qismlargacha tahlili ko'rsatdiki (6 jadval), ularni eng yuqori sonda joylashuvi – 21 nafar (47,86%) bemorlarda lunjlarning shilliq qavatiga to'g'ri keladi; joylashish soni bo'yicha ikkinchi o'rinda tilning orqa tomoni va og'iz bo'shlig'ining tubida joylashish – 18 (36,13%) nafar bemorlarga mos keladi; po'rsildoqli bemorlarda jarayonni jalb etish soni bo'yicha OBShQning boshqa topografik zonalarida uchinch o'rin – 16 nafar (32,65%) bemorlarga mos keladi. Shikastlanish elementlarini milklarda joylashuvini aniqlanish soni 16 (32,65%) ni tashkil etadi.

6 Jadval

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati po'rsildoqsida shikastlanish

elementlarining anatomo-topografik joylashuvi

OBSHQning topografik zonalari	1 yilgacha	1-3	3 yildan ortiq	Jami
1.Alveolyar so'rg'ich uchlari va milklarni alohidalashgan shikastlanishi	2/18,18	6/33,33	8/40,01	16/32,653
2.Oral yuzasidan tashqari bo'lgan lablar	3/27,27	4/22,22	5/25,0	12/24,49
3.Lunjlar (o'ng, chap)	2/18,18	8/44,44	11/55,0	21/42,861
4.Yumshoq tanglay	1/9,09	3/16,67	5/25,0	9/18,37
5. Qattiq tanglay	2/18,18	4/22,22	7/35,0	13/26,53
6.Tilning orqa qismi, og'iz bo'shlig'ining tubi	3/27,27	6/33,33	9/45,0	18/36,732
7. Og'iz bo'shlig'iga kirish joyining o'tuvchi burmasi	1/9,09	3/16,67	5/25,0	9/18,37
8. Retromolyar soha	2/18,18	3/16,67	6/30,0	11/22,49
9.Jami bemorlar	11/100,0	18/100,0	20/100,0	49/100,0

Shikastlanish elementlarining boshqa joyda joylashish ulushiga 12 (24,49%) (og'iz yuzasidang tashqari, lablarning qismlari) va 11 (22,44%) (retromolyar soha) mos keladi (5 jadval).

Shuni takidlab o'tish lozimki, 5 – jadvalda OBSHQning lohida qismlarida shikastlanish elementlarini joylashgan o'rnini soni keltirib o'tilgan. Keltirilgan malumotlardan ko'rinib turibdiki, aloxida anatomo-topografik joylashuvlarning soni asosiy kasallikning davomiyligini ortishi bilan ortib boradi.

Shuni aytib o'tish zarurki, po'rsildoqda odatda 2-3 va undan ortiq uchastkalarni qamrab olish bilan birga OBO'Qning birgalikdagi shikastlanishi uchraydi.

6 – jadvaldan ko'rinib turibdiki, alveolliyar milklar va alveolyar cho'qqilarning shikastlanishiga OBSHQdagi po'rsildoqda barcha shikastlanish elementlarining 77,54% to'g'ri keladi, bunda OBO'Qning boshqa topografik zonalarini qamrab olish bilan aloxidalashgan joylashuv 32,56%ni tashkil etsa, kombinatsiyalashgan joylashuvga 44,89% - to'g'ri keladi.

OBSHQ po'rsildoqsining parodontologik jihatlari garchi uning autoimmun genezi jarayonga og'iz bo'shlig'ining o'ta muxim morfologik majmuasi – parodontni jalb etilishini taklif etsada, kam o'rganilgan muammolar qatoriga kiradi.

7 Jadval

Po'rsildoqli bemorlarda alveolyar milklar shillig'ini patologik jarayonga jalb etilish soni

Joylashish variantlari:	1 yilgacha	1-3 yil	>3 yildan ortiq	Jami
1. Alveolyar so'rg'ich uchlari va milknlarni alohidalashgan shikastlanishi	2/18,18	6/33,33	8/40,0	16/32,65
2. OBSHQning boshqa topografik zonalarini jalb	3/27,27	8/44,44	11/55,0	22/44,89

etilishi bilan birgalikdagi shikastlanishlar				
3. Alveolyar milkni shikastlanishisiz	6/54,55	4/22,22	1/5,0	11/22,45
Jami	11/100,0	18/100,0	20/100,0	49/100,0

Izoh: suratda – bemorlarning mutloq soni; mahrajda guruhdagi bemorlar sonini %.

Yallig‘lanish tavsifidagi parodont kasalligi stomatologik patologiya tuzilmasida etakchi o‘rinlardan birini egallaydi va hozirgi vaqtda pasayish tendentsiyasiga ega emas.

Parodontning shikastlanishi organizmning barcha organ va tizimlari holatiga salbiy tasir ko‘rsatadi, hayot sifati va insonlarning salomatlik ko‘rsatkichlarini yomonlashtiradi, davolashni hamda birgalikdagi tizimli patologiyalar bashoratini og‘irlashtiradi.

Shu bilan bog‘liq xolda, takidlab o‘tish lozimki po‘rsildoq davomiyligini ortishi bilan va parodontni aloxidalashgan va birgalikdagi shikastlanishlari sonini ortishi bizlar tomonimizdan aniqlandi.

Umuman olganda muammoni etarli darajada o‘rganilmaganligini hisobga olgan xolda po‘rsildoq bilan birgalikdagi parodontning yallig‘lanish kasalliklarini klinik o‘ziga xosliklarini o‘rganishga bag‘ishlangan keng qamrovli klinik tadqiqotlarni o‘tkazish dolzarbdir.

5.5. Po‘rsildoqli bemorlarda parodontning yallig‘lanish

kasalliklarini klinik o‘ziga xosligi

Po‘rsildoqli bemorlarda parodontal statusni o‘rganish ko‘rsatdiki, generallashtgan parodontit 100,0% holatlarda uchraydi. Uning tuzilmasida qiyosiy guruhdagi $5,0 \pm 3,45\%$ ga qarshi ODGP – $62,27 \pm 6,89\%$ ustunlikka ega bo‘ldi; $25,0 \pm 6,85\%$ ga qarshi O‘DGP – $22,44 \pm 5,45\%$ va $37,5 \pm 7,65\%$ ga qarshi O‘MMMEDGP – $14,29 \pm 5,0\%$ (8 jadval)

8 Jadval

Po‘rsildoqning davomiyligiga bog‘liq xolda parodontning yallig‘lanish kasalliklarini klinik shakllari (%)

Guruh, yosh, indeks	Gingivit	Generallashtgan parodontit, daraja		
		engil	O‘rta	Og‘ir
Nazorat n=20	$\frac{13}{32,5 \pm 7,41}$	$\frac{15}{37,5 \pm 7,65}$	$\frac{10}{25,0 \pm 6,85}$	$\frac{2}{5,0 \pm 3,45}$
	Po‘rsildoq bilan og‘rigan bemorlar n=49			
1 yilgacha n=11	—	$\frac{5}{21,81 \pm 12,84}$	$\frac{6}{28,57 \pm 13,62}$	$\frac{10}{47,62 \pm 15,06}$
1-3 yil n=25	—	$\frac{2}{10,0 \pm 7,07}$	$\frac{4}{20,0 \pm 9,43}$	$\frac{14}{70,0 \pm 10,80}$
>3 yil n=20	—	—	$\frac{1}{5,55 \pm 5,12}$	$\frac{17}{94,44 \pm 51,12}$
jami	$\frac{49}{100}$	$\frac{7}{14,29 \pm 5,0}$	$\frac{11}{22,44 \pm 5,95}$	$\frac{31}{63,27 \pm 6,88}$

Izoh: suratdabemorlar soni; maxrajda guruhdagi bemorlar sonining %i.

Shunday qilib, yuqori darajadagi ishonch bilan ODGP soni qiyosiy guruhdagi mos belgilardan ustunlikka ega bo‘ladi. Bunda, po‘rsildoqning davomiyligini ortishi bilan ODGPning soni jadal ravishda ortib boradi, demak kasallikning davomiyligi 1 yilgacha bo‘lganda uning soni $47,62 \pm 5,06\%$; 1-3

yilgacha bo'lgan davomiylikda – $70,0 \pm 10,8\%$ va 3 – yildan ortiq bo'lganida – $94,44 \pm 5,12\%$ ni tashkil etdi. Mazkur fonda O'DGP va O'MMMEDGP ning tarqalishini pasayishi qayd etiladi, kasallikning davomiyligi 1 yilgacha bo'lganda ular – $23,81 \pm 12,84\%$ - $28,57 \pm 13,62\%$; 1-3 yilgacha bo'lganda – $10,0 \pm 7,01\%$ - $20,0 \pm 9,43\%$ va 3- yildan ortiq bo'lganida – $0,0 - 5,55 \pm 5,12\%$ ni tashkil etdi (9 jadval).

9 Jadval

Po'rsildoqning joylashish variantiga bog'liq xolda

parodontning yallig'lanish kasalliklarini klinik shakllari

Joylashish varianti	Gingivit	Generallashtirilgan parodontit, daraja		
		engil	O'rta	Og'ir
Nazorat, n=40	$\frac{13}{32,5}$	$\frac{15}{37,5}$	$\frac{10}{25,0}$	$\frac{2}{5,0}$
Po'rsildoqli bemorlar, n=49				
Milklar va alveolyar o'simta uchlarini alohidalashgan shikastlanishi, n=11	-	$\frac{2}{18,18}$	$\frac{1}{5,55}$	$\frac{8}{72,73}$
Boshqa topografik zonalarini qamrab olish bilan birgalikdagi shikastlanish, n=18	-	$\frac{2}{11,11}$	$\frac{5}{27,28}$	$\frac{11}{66,67}$
Alveolyar zonaning shikastlanishisiz, n=20	-	$\frac{3}{15,0}$	$\frac{5}{25,0}$	$\frac{12}{60,0}$
Jami	$\frac{49}{100}$	$\frac{7}{14,29}$	$\frac{11}{22,44}$	$\frac{31}{63,27}$

Izoh: suratda bemorlar soni, maxrajda guruhdagi bemorlar sonining %dagi miqdori.

Klinik nuqtai nazardan parodontning yallig‘lanish-destruktiv shikastlanishini shakllanishida ularning patogenetik ahamiyatini baholash uchun, shikastlanish elementlarining joylashgan o‘rniga bog‘liq xolda parodontning holatini baholash juda ham muxim (9 jadval).

Tadqiqotlar natijasida shikastlanish elementlarining joylashgan o‘rniga bog‘liq xolda parodontitni tarqalishidagi ahamiyatli farqlar aniqlanmagan. Demak, alveolyar o‘simta cho‘qqisi va milklarning aloxidalashgan shikastlanishida GTPS ning soni $72,73 \pm 13,92\%$; kombinatsiyalashgan shikastlanishlarda - $66,67 \pm 11,11\%$ va aloxidalashgan shikastlanishlarda – $60,0 \pm 0,95\%$ ni tashkil etdi; barcha xolatlarda guruhlar o‘rtasidagi farqlar ishonchli bo‘lib chiqmadi ($120,05\%$). GTST soni $5,55 \pm 6,9\%$; $27,78 \pm 10,55\%$ va $25,0 \pm 9,68\%$ ni tashkil etdi. O‘MMMEDGP –milklarning aloxidalashgan va kombinatsiyalashgan shikastlanishi hamda alveolyar zonani shikastlanishsiz mos xolda - $18,18 \pm 11,6\%$; $11,11 \pm 7,4\%$ va $15,0 \pm 7,98\%$ ni tashkil etdi (9 jadval).

Tahmin qilish mumkinki, parodontning yallig‘lanish-destruktiv shikastlanishinn etakchi omili bo‘libshikastlanish elementlarini joylashgan o‘rni emas, balki organizmning kamayib borayotgan kompensator imkoniyatlari va tajovvuzkor omillarning faollashishini belgilovchi aktoimmun tizim buzilishlari hisoblanadi.

Shuni takidlab o‘tish lozimki, po‘rsildoqda parodontning shikastlanishini o‘ziga xosligi bo‘lib shikastlanishning generallashgan tavsifi, og‘ir yallig‘lanish- destruktiv buzilishlar hamda tez- tez kuchayish bilan jadallashuvchi qatiy kuchayish hisoblanadi, u esa po‘rsildoqning jadallashish davri bilan bir xilda bo‘ladi.

Parodont holatini indeks baholash po‘rsildoqning davomiyligini hisobga olish (10 jadval) va shikastlanish elementlarini anatomo– topografik joylashish vriantlari (11 jadval) bilan birga amalga oshirildi.

Umuman olganda po‘rsildoqli bemorlarda parodontning destruksiya darajasi (PI indeksi)nazorat guruhining mos belgilaridan 154,2% ga ($P<0,01$); gingivit indeksi (PMA) – 91,91% ($P<0,01$); og‘iz bo‘shlig‘i gigienasi (OPL-OHI-S) – 67,9% ($P<0,01$) va milklardan qon ketishi (Myulleman indeksi) – 116,9% ustunlikka ega bo‘ldi ($P<0,01$).

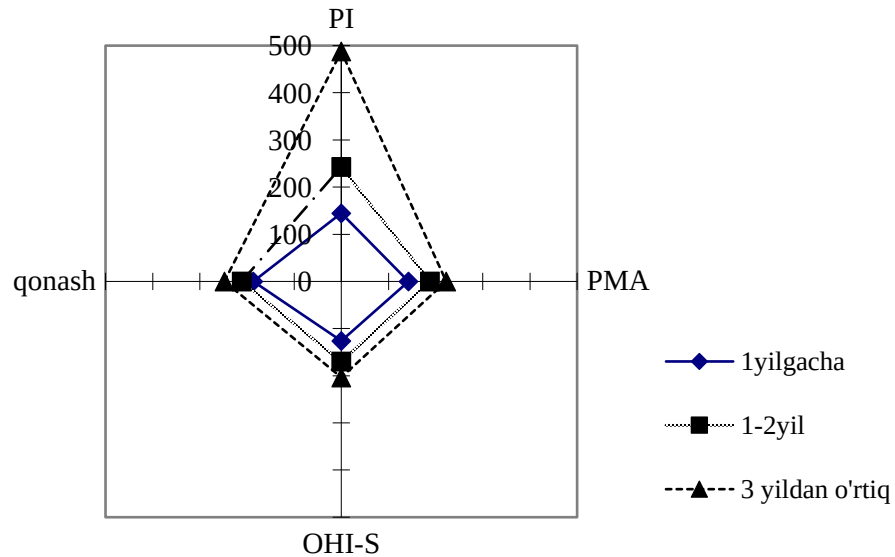
10 Jadval

Po‘rsildoqning davomiyligiga bog‘liq holda parodontdan qon ketishi, gigienasi, distruksiyasi va yallig‘lanish indeksi

Guruh, kortikosteroidl arni qabul qilish davomiyligi, yil	DI, ball	PMA, %	OHI-S, ball	Qon ketishi,ball
Nazorat, n=40	2,65±0,15	35,25±1,66	2,87±0,14	1,42±0,10
Po‘rsildoqli bemorlar, n=49				
1 yilgacha n=11	5,28±0,22°	50,24±2,32°	3,62±0,15°	2,65±0,11°
1-3 yil n=18	6,44±0,31° ^{°,Δ}	66,31±3,11°	4,88±0,21°	3,00±0,14°
>3 yil n=20	7,62±0,42° ^{°,Δ,X}	78,45±3,62° ^{°,Δ,X}	5,81±0,27° ^{°,Δ,X}	9,52±0,17° ^{°,Δ,X}
Jami n=49	6,66±0,22°	67,65±23°	4,82±0,22°	3,08±0,11

Izoh: ° -nazoratga nisbatan $P<0,05$;

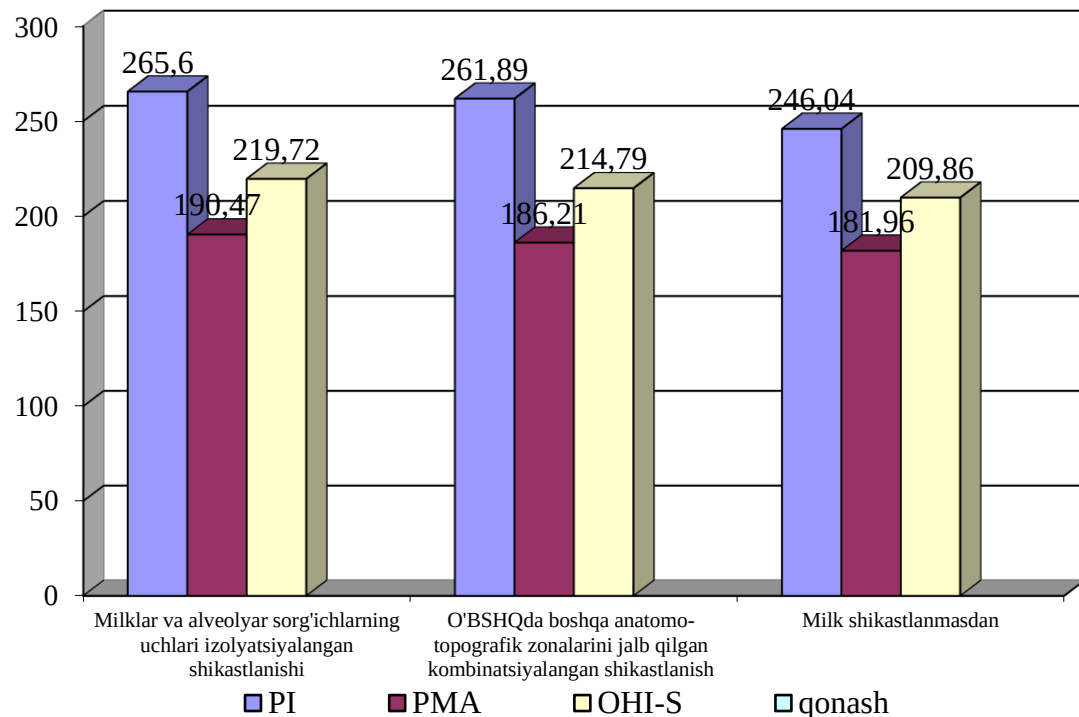
Δ - $P<0,01$ 1 yoshgacha bo'lganlarga nisbatan; X - $P<0,01$ 1-3 yoshgacha bo'lganlarga nisbatan.



7 rasm. Kasallikning davomiyligiga bog'liq xolda (nazorat guruhiga nisbatan) po'rsildoqli bemorlarda parodontning gigiena, yallig'lanish, destruksiya va qon ketish indekslarining dinamikasi.

Demak, po'rsildoqli bemorlarda PI indeksining kattaligi kasallikning davomiyligi 1 yilgacha bo'lganda –99,25% ($P<0,01$); 1-3 yilgacha bo'lganda 143,02% ($P<0,01$) va 3 yildan ortiq bo'lganida – 187,55% ($P<0,01$) nazorat guruhidagi mos bo'lgan belgilardan ustunlikka ega bo'ldi; PMA indeksi uchun mos bo'lgan dinamika 42,52% ($P<0,01$); 88,11% ($P<0,01$) va 122,55% ($P<0,01$); og'iz bo'shlig'i gigiena indeksi OSU-Sindeksa – 26.13% ($P<0,01$); 70,03% ($P<0,01$) ni tashkil etdi.

Po‘rsildoqning davomiyligini ortishi bilan parodontning chuqur yallig‘lanish-destruktiv shakastlanishini jadallashishi aniqlandi.



8 rasm. Shikastlangan elementlarni joylashgan o‘rniga bog‘liq xolda parodontning gigiena, yallig‘lanish va destruksiya indekslarining dinamikasi (nazoratga nisbatan %larda).

Demak, parodontning aloxidalashgan shikastlanishlarida PI-indeksining kattaligi nazorat guruhi belgilaridan 165,66% ($P<0,01$); kombinatsiyalashganlardan– 161,89% ($P<0,01$) va alveolyar milkning shikastlanishlarisiz–146,04% ($P<0,01$) ustunlikka ega bo‘ldi; PMA indeksi uchun mos bo‘lgan dinamika 90,77% ($P<0,01$); 86,21% ($P<0,01$) va 81,96% ($P<0,01$)ni tashkil etdi; OHI-Sindeksa uchun esa 69,69% ($P<0,01$) natijalarga ega bo‘ldi; 70,38% ($P<0,01$) va 60,98 ($P<0,01$); qon ketish indeksi -119,42%

($P<0,01$); 114,79% ($P<0,01$) va 109,86% ($P<0,01$) ni tashkil etdi (9 jadval, 8 rasm).

Po‘rsildoq bilan assotsiatsiyalangan parodontitning klinik o‘ziga xosligi shikastlanishning eroziv (destruktiv) tasifi, yuqori darajada qon ketishi, parodontal majmua destruksiyasining ortishi va og‘iz bo‘shlig‘i gigienasining pastligi hisoblanadi, bu esa ixtisoslashtirilgan parodontologik yordam ko‘rsatishda shoshilinch tezkorlik va tizimli zararlanish xavfining yuqoriligini ko‘rsatadi

11 Jadval

Po‘rsildoqni joylashish variantiga bog‘liq xolda parodontda yallig‘lanish, destruksiya, gigiena va qon ketish indekslari

Joylashish varianti	PI,ball	PMA, %	OHI-S, Ball	Qon ketish, ball
Nazorat n=40	2,65±0,15	35,25±1,66	2,87±0,14	1,42±0,10
Po‘rsildoq bilan ogriqan bemorlar,n=49				
Milklar va alveolyar o‘simta uchlarini alohidalashgan shikastlanishi	7,04±0,32°	67,15±3,01°	4,87±0,24°	3,12±0,14°
OBSHQning boshqa topografik zonalarini qamrab olish bilan birgalikdagi shikastlanishi	6,94±0,30°	65,64±2,87°	4,89±10,23°	3,05±0,15°
Alveolyar zonaning shikastlanishisiz	6,52±0,29°	64,14±2,65	4,62±0,22°	2,98±0,13°
Jami	6,66±0,22°	67,52±2,32°	4,82±0,22°	3,08±0,11°

Izoh: ° - nazoratga nisbatan $P<0,05$; Δ –aloxidalashgan shikastlanishga nisbatan; X –kombinatsiyalashgan shikastlanishga nisbatan $P<0,05$.

Aniqlandiki, parodont genezidagi tizimli omillardan tashqari, xavfning mahalliy omillarining (tish pastalarining tasirlantiruvchi xususiyati, restavratsiya, ortopedik konstruktsiyalar, tamaki chekish) roli yuqori ahamiyatga ega.

Po‘rsildoqli bemorlardagi parodontning shikastlanish genezida umumiy xavf omillari bilan bir qatorda (politizimli patologiyalar, kortikosteroidlar va tsitostatiklarni qabul qilish) xavfning quyidagi maxalliy omillarining roli asosiy dominantdir: tirnash komponentlarini saqllovchi tish pastalarini deskvamirlovchi va tasirlantiruvchi xususiyati, po‘rsildoqli bemorlarda ularning uchrash soni nazorat guruhida $11,11\pm6,0\%$ ga qarshi $83,27\pm5,32\%$ ni tashkil etadi ($P<0,05$); milklarni restavratsiya bilan jarohatlash kabi mahalliy xavf omillarining mos bo‘lgan nisbati $11,11\pm6,0\%$ ga qarshi - $53,06\pm7,12\%$ ($P<0,05$); milklarni ortopedik konstruktsiyalar bilan shikastlanishi - $14,81\pm6,9\%$ ga qarshi $42,29\pm7,06\%$ ($P<0,05$); po‘rsildoqli bemorlarda OBSHQning tamaki bilan kuchaygan reaksiyasi nazorat guruhida $22,22\pm8,06\%$ ga qarshi $61,22\pm6,96\%$ holatda qayd etildi.

Po‘rsildoqda parodontal majmuaning buzilishi uning chidamliligi bilan assotsiatsiyalanadi va ravshanki, klinik kechish og‘irligini, davolash samaradorligi va kasallikning bashoratini belgilab berishi mumkin.

Parodont kasalligini klinik tekshirish natijalari, patologiyaning birgalikdagi qaytalanuvchi va zo‘raygan kechishi to‘g‘risida guvohlik beradi hamda ularni davolashda stomatologlar va dermatologlarning ishtirokini belgilaydi.

5.6. Suyak metabolizmi va mineral almashinuvning o'ziga xosliklari

Kortikosteroidlarni qo'llashni boshlanishi bilan po'rsildoqnidavolashni qo'llab quvvatlashi va oldini olish natijalari sezilarli yaxshilandi, ularni dermatologiya amaliyotida qo'llanishi esa ko'pchilik bemorlarning mehnat qobiliyatini qaytardi. Biroq, hozirgi vaqtda po'rsildoq fonidagi parodontitli bemorlardagi turli biologik muhitlarda suyak va mineral metabolizmi to'g'risidagi malumotlar mavjud emas, po'rsildoqli bemorlarning og'iz bo'shlig'i holatiga ushbu preparatlarning tasiri kam o'rganilgan holatda qolmoqda.

Alveolyar taroq tayanch apparati suyak tizimini tarkibiy qismi sifatida inson organizmiga tasir etuvchi ekzo- va endogen omillarni boshqaradi (Poloreznikov, 2003).

Generallashtirilgan parodontit patogenezida suyak to'qimasining tizimli shikastlanishi – osteoporozga juda katta ahamiyat beriladi. Ilmiy ishlar skeletdagi osteoporotik o'zgarishlar va GPning klinik va patogenetik o'zaro bog'liqligini namoyish etdi (Kutusheva D.R., 2010).

Biroq, parodontit bilan og'rigan bemorlarga kundalik stomatologik yordamda parodontal majmuada suyak to'qimasini tizimli yo'qotilishi va tizimli osteoporozni mavjudligi hisobga olinmaydi.

Shuning uchun bizlar tomonimizdan po'rsildoq fonidagi parodontit bilan og'rigan bemorlarda suyak to'qimasini shakllanishi va rezorbtsiyani biokimyoviy markerlarini majmuaviy baholash amalga oshirildi.

Suyak to'qimasining element profili ma'lumotlarini qiyosiy o'rganish jarayonida olingan natijalar parodontit bilan og'riqan bemorlarda mineral almashinuvni buzilishi to'g'risida guvohlik beradi.

Mineral almashinuvni buzilishining yo'naltirilganligi va jadalligi fonli patologiyaning tavsifi bilan belgilanadi.

Po'rsildoqsiz bo'lgan GPLi bemorlarda milkli va periferik qon gomeostazining statistik ahamiyatli farqlari qayd etildi, bunda yanada yaqqol namoyon bo'lgan o'zgarishlar milk qonida taqdim etildi. Demak, milk qonidagi oqsil kontsentratsiyasi nazorat guruhiga nisbatan - 23,55% ($P < 0,01$) ga; periferiyaga nisbatan - 5,45% ($P > 0,05$) ga pasaydi;

Po'rsildoqli bemorlarda oqsil kontsentratsiyasining yanada aniqroq o'zgarishlari belgilandi, bunda milk va periferik qon ko'rsatkichlarida ahamiyatli farqlar aniqlanmadi ($P > 0,05$); oqsil darajasi nazoratga nisbatan milk qonida 32,27% ($P < 0,01$) ga; periferiyada – 22,49% ($P < 0,01$) ga kamaydi (13 jadval, 6 rasm).

Umumiy oqsil darajasi qon zardobidagi faol kaltsiyni aks ettiradi, chunki uning yarmi oqsillar va albuminlar bilan bog'langan.

Parodontit bilan og'riqan barcha bemorlarda ayniqsa po'rsildoqli bemorlarda kaltsiy miqdorini sezilarli ravishda yaqqol namoyon pasayishi aniqlandi. Bu holatni glyukokortikosteroidlar yordamida davolash tasiri bilan tushuntirish mumkin, chunki kortikosteroidlar kaltsiyni yuvilishini stimullaydi. Po'rsildoqsiz bo'lgan bemorlarda kaltsiyning yanada yaqqol namoyon bo'lgan ishonchli pasayishi milk qonida (17,96%, $P < 0,05$ ga) va kamroq ahamiyatli pasayishi esa – periferiya qonida (9,8%, $P > 0,05$ ga) aniqlandi.

Po‘rsildoqli bemorlarda periferiya qonida ham, milk qonida ham kaltsiy kontsentratsiyasining ahamiyatli farqlari aniqlanmadi, faol kontsentratsiya esa mos xolda 29,8% ($P<0,01$) va 26,53% ni tashkil etdi ($P<0,01$).

Qon zardobidagi kaltsiy suyakning asosiy mineral komponentlaridan biridir. Qon zardobidagi kaltsiyni umumiy miqdori boshqariladigan tasirlarda gormonal kaltsiyni dinamik muvozanatini aks ettiradi. Kaltsiy miqdorini pasayishi kaltsiyni boshqaruvchi mexanizmlarni ishga tushishini yuzaga keltiradi. kaltsiyni boshqaruvchi mexanizmlarni faollashtirish, odatda fosfor kontsentratsiyasini ortishi bilan birga kuzatiladi.

Demak, po‘rsildoqsiz bo‘lgan parodontitli bemorlarda milk qonidagi fosfor kontsentratsiyasi 13,88% ($P<0,05$); periferiya qonida esa $-3,45\%$ ga oshdi ($P>0,05$). Steroidli osteoporozda fosfor miqdorining siljishlari gipofosfotemiya tavsifiga ega bo‘ldi, milk qonida esa uning kontsentratsiyasi 23,28% ($P<0,01$), periferiyada $-20,69\%$ ga pasaydi ($P<0,01$).

Ravshanki, po‘rsildoqli bemorlarda gipofosfotemiya va gipokaltsiemiya xamda osteoporozni rivojlanishini aniqlanishida kortikosteroidlarni uzoq vaqt qabul qilish natijasida yuzaga kelgan peshob bilan mikroelementlarni yo‘qotilishini ortishi va rezorbtisiyaning pasayishi ahamiyatga egadir. Parodontitli bemorlarning barchasida bir vaqtda suyak rezorbtisiyasi markeri TRNF ning o‘sishi va IFning suyakli qayta modelirlanishini pasayishi aniqlandi. Bunda yanada ahamiyatli o‘zgarishlar po‘rsildoqli bemorlarda aniqlandi.

Demak, po‘rsildoqsiz GPli bemorlarda milk qonida TRNF faolligi 25,0% ($P<0,01$); periferiyada esa – 4,80% ($P>0,05$) ga oshdi. Po‘rsildoqli bemorlarda mos bo‘lgan dinamika – 50,25% ($P<0,01$) va 43,32% ni tashkil etdi ($P<0,01$).

Po‘rsildoqsiz GPli bemorlarda IFning faolligi milk qonida 27, 98% ga; periferiyada – 4,60% ga pasaydi ($P>0,05$). Po‘rsildoqli bemorlardagi analogik dinamika 41,48% ($P<0,01$) va 37,56% ni tashkil etdi ($P<0,01$) (3.5.1 rasm).

Suyaklar remodelirlanishining zamonaviy biokimyoviy markerlaridan foydalanish, suyak to‘qimasi metabolizmi holatini baholashga, almashinuv jarayonlari tezligini aniqlashga, unda ketuvchi osteoporozni rivojlanishiga olib keluvchi suyak massasini yo‘qotilish suratiga, shuningdek mos davolash usulini tanlab olish va uni samaradorligini baholashga imkon beradi.

Hozirgi vaqtda olimlarni suyak massasining eng yuqori cho‘qqi belgilariga erishish davrida bo‘lgan, yoshlar va o‘rta yoshdagi shaxslarda metabolik buzilishlarni yuzaga kelishi va rivojlanishi tobora ko‘proq o‘ziga jalb etmoqda. Suyak to‘qimasi mineralizatsiyasida o‘ta muxim rolni kaltsiy elementi o‘ynaydi, uning fiziologik darajasi kaltsiyni boshqaruvchi gormonlar bilan qo‘llab quvvatlanadi. O‘z navbatida paratireoid gormon mahsulotlari qon zardobidagi ionlashtirilgan kaltsiy kontsentratsiyasi bilan boshqariladi. Qayta aloqaning mazkur tizimi – suyaklarning mineral zichlik (SMZ) darajasiga tasir etuvchi juda muxim gomeostatik mexanizmlardan biridir.

Tadqiqot natijalarini tushuntirish uchun suyak to‘qimasining har xil turlarida PTGning tanlab tasir etish samarasi juda katta ahamiyatga ega. M.Parisien, hammualliflar (2002) va P.Cristiansen hammualliflar (2013) olib

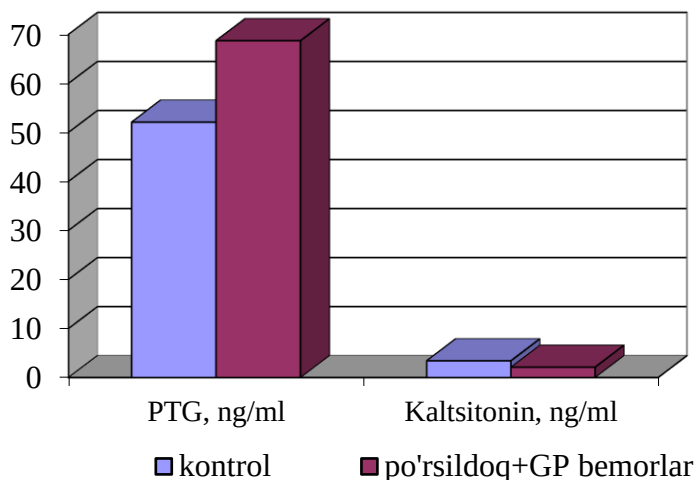
borgan tadqiqotlari ko'rsatdiki, PTG darajasining sezilarsiz ortishida tajribada g'ovaksimon suyakning mineral zichligini pasayishi kuzatiladi [82,110].

Ushbu holatning mohiyati hozircha malum emas, biroq PTG darajasi yuqori bo'lgan XGPl bemorlarda MPK holati qiyoslanganda, nazorat guruhidan ishonchli ravishda yuqori bo'ldi.

Po'rsildoq fonidagi parodontitli bemorlardagi mineral almashinuv holatini qiyosiy tavsiflash uchun dispersion tahlil o'tkazildi. tadqiqotlar ko'rsatdiki, davomiyligi bo'yicha turlicha bo'lgan kortikosteroidli davolash olgan po'rsildoqli bemorlarda quyidagi ko'rsatkichlar: umumiy zaharlanish belgilari bo'yicha shikoyatlar jadalligi va fonli somatik patologiyani soni mos ko'rsatkichlarda kasallik davomiyligini ortishi bilan sezilarli darajada o'sdi.

Vaholanki, malum bo'lishicha yosh kattalashib borgan sari kaltsiyni so'rilishi kamayadi, bundan kelib chiqadiki, uning qon zardobidagi yuqori belgilari, po'rsildoqli bemorlarda glyukokortikoidlar bilan davolash fonidagi holat kabi, metabolik osteopatiya natijasida osteoklastik so'rilishni kuchayishi bilan bog'liq bo'ladi.

Po'rsildoq fonidagi GP bemorlarida ionlashtirilgan kaltsiy darajasining yuqoriligi mahalliy yallig'lanish jarayoni – o'rta va og'ir darajadagi surunkali generallashgan paradontit mavjudligida suyak almashinuvini va buning natijasida alveolyar suyakning faol rezorbtiv almashinuvini tezlashishi bilan tushuntirish mumkin



9 rasm. Po'rsildoqli generallashgan parodontitli bemorlarda qon zardobidagi kaltsiyni boshqaruvchi gormonlar darajasi.

Kaltsiyni gomeostaz darajasini belgilovchi yana bir muxim omil bo'lib kaltsiyni boshqaruvchi gormonlar (PTG va KT) hisoblanadi. Bizning tadqiqotlarimizda GPLi bemorlarda PTG va KT ko'rsatkichlarining mos bo'lgan tahlili o'tkazildi va nazorat guruhi shaxslaridan olingan, xuddi shunday malumotlar bilan qiyosiy baholanish amalga oshirildi. (7 rasm).

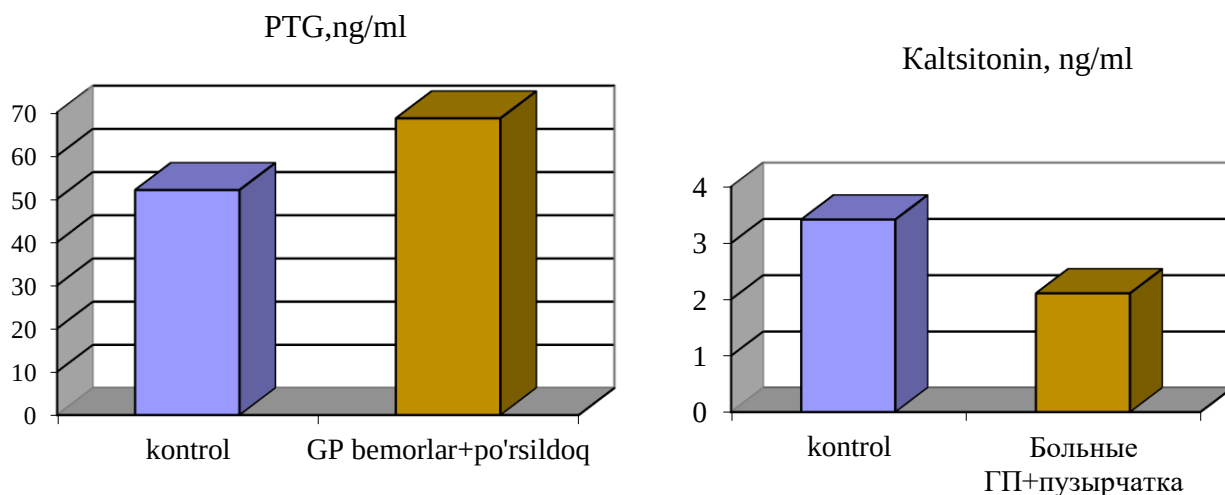
Olingan malumotlarni qiyosiy tahlilini o'tkazish ko'rsatdiki, po'rsildoq bilan assotsiatsiyalangan generallashlangan parodontitli bemorlarda PTGning yuqori darajasi nazorat guruhi bemorlaridagi xuddi shunday ko'rsatkichlardan ishonchli farqqa ega bo'ldi. Bunda po'rsildoq bilan assotsiatsiyalangan SGPdan aziyat chekuvchi bemorlar orasida uning darajasi $68,7 \pm 4,38$ ng/ml ga teng bo'ldi, biroq suyak metabolizmi jarayonlarini boshqaruvida kaltsiyni boshqaruvchi boshqa gormon – kaltsitoninning roli tug'al aniqlanmagan. Kaltsitonin hujayra darajasida osteoklastik rezorbtsiyaning juda kuchli ingibitori bo'lib hisoblanadi, ammo ko'plab mualliflar tomonidan

tasdiqlanadiki, uning qondagi darajasi kaltsiyli gomeostazga ham, MPKga ham ahamiyatli samara ko'rsatmaydi.

Shuning uchun parodontal patologiyani rivojlanishida uning rolini aniqlash etarli darajada murakkab, vaholanki tadqiq qilingan guruhlarda nazorat belgilariga nisbatan uning darajasini pasayishi olingan. Bunda tekshirilgan guruhlar orasida KTning past darajasi SGP+po'rsildoqli bemorlarda olindi, ular nazorat ko'rsatkichlaridan ishonchli farq qildi ($3,42 \pm 0,29$ ng/ml). Ehtimol, metabolik osteopatiyani rivojlanishida kaltsitonining rolini aniq belgilash vazifasi oldinda turgandir.

Har qanday suyak patologiyasini majmuaviy davolashga qaror qabul qilish uchun osteotrop preparatlarni kiritilishida suyak almashinuvining tezligi va tavsifini aniqlash zarur. bizning tadqiqotlarimizda bu maqsadga erishish uchun suyaklar rezorbsiyasining markeri P-CrossLaps va suyaklarni shakllanish markeri osteokaltsindan foydalanildi. Asosiy guruhda olingan malumotlarni qiyosiy tahlili ko'rsatdiki (14 jadval), GR+po'rsildoqli bemorlarda osteokaltsin darajasi 43,2% yuqori bo'ldi va o'rtacha $0,484 \pm 0,05$ ng/ml ni tashkil etdi. Tekshirilgan bemorlarda osteokaltsin darajasini pasayishi PTGni oshgan darajasi va uni osteoblastlarning metabolik faolligiga tasiri bilan to'liq tushunarli bo'ladi. Bundan kelib chiqqan xolda tasir suyakni shakllanishini pasayishi bo'lib hisoblanadi, bu esa bizning tadqiqotlarimiz natijasida ko'rsatildi (8 rasm).

Shunday qilib, OP po'rsildoqli SGP bo'lgan bemorlarda mineral va suyak almashinuv holatini tavsiflab shuni takidlab o'tish lozimki, bemorlarda ehtimol parodontal patologiyani yuzaga kelishiga olib keluvchi, suyak metabolizmini buzilishini o'ziga xos bo'lgan quyidagi belgilari qayd etiladi.



10 rasm. Po'rsildoqli generallashtgan parodontit bo'lgan bemorlarda suyak metabolizmi ko'rsatkichlari.

KT ko'rsatkichlarini pasayish fonida PTH darajasini ortishi bilan aniqlanadigan, gormonlarni boshqaruvchi tizimdagi buzilishlar suyak rezorbtitsiyasi darajasini saqlanishi fonida osteoblastik faollikni pasayishiga (osteokaltsinning suyak xosil qilish markerlarini pasayishi) olib keladi, bu esa o'z navbatida suyak rezorbtitsiyasi tomoniga siljish bilan remodelirlanish tsiklini buzilishiga sabab bo'ladi.

Ionlashtirilgan kaltsiyning yuqori darajasi po'rsildoq bilan assotsiatsiyalangan GPl bemorlarda qayd etiladi, bu ularda KTning past darajasi tufayli yuzaga kelgan, kaltsiyni gomeostazni buzilishi to'g'risida guvohlik beradi. Bundan tashqari, adabiyot malumotlariga ko'ra, osteopeniyali bemorlarda nazorat belgilariga nisbatan T3sv va T4sv darajasining pastligi qayd etiladi, shuningdek bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, bu kollagenning qaytmas degradatsiyasini ko'tarish yo'li bilan suyak almashinuviga tasir ko'rsatishi mumkin [89]. Biroq parodontal patologiyani rivojlanishi va kechishiga tiroidli gormonlarning past meyoriy darajalari tasiri

to'g'risidagi savollarga javob berish uchun kelgusida tadqiqotlarni olib borish zarur.

5.7. Jag'ning alveolyar o'simtasini rentgenologik va densitometrik baholash.

Tayanch skeletning suyakli tizimini tarkibiy qismi sifatida alveolyar taroq inson organizmiga tasir etuvchi ekzo – va endogen omillarni boshqaradi.

Parodontit patogenezida – suyak to'qimasini tizimli shikastlanishi – osteoporozga juda katta ahamiyat qaratiladi.

Tizimli osteoporoz belgilariga jag'lardagi suyak-distrofik jarayonlar va ularning kuchayishi ham kiradi [57].

Jadallashuvchi osteoporozda skeletdagi o'zgarishlar tarqaluvchi tavsifga ega bo'ladi. Osteoblastlarning funktsional faolligi va proliferatsiyasiga glyukokortikosteroidli gormonlarning supressiv tasiri hamda meda- ichak tizimidan kaltsiyni so'rilishini buzilishi bilan bog'liq bo'lgan metabolizmdagi tizimli siljishlar natijasida skelet suyaklarida, jumladan jag' suyaklarida o'zgarishlar yuzaga keladi [48].

Tizimli osteoporoz fonida rivojlanadigan, parodontning shikastlanishini zamonaviy majmuaviy tashxislash klinik stomatologiyaning dolzarb muammosi bo'lib hisoblanadi.

Generallashtirgan parodontitning tashxislashning informativ usuli bo'lib rentgenologik usul bo'lib hisoblanadi. Jag'larni mineral to'yinganligini baholash uchun tashxislovchi rentgen tasvirlarini densitometrik baholash taklif etildi.

Densitometrik usullarni qo'llash jag'larning suyak to'qimasini sifat parametrlarini baholashga va jag' suyaklarining xususiy tuzilmasidan tortib, to turli nuqtalarda ularning zichligini tavsiflashgacha, ularga miqdoriy tavsif berish hamda jag'ning suyak to'qimasini miqdoriy parametrlarini baholashga imkon beradi [11, 79, 73, 113, 88, 117].



10 rasm. Bemor R ning rentgenogrammasi. Tashxis: parodontit.

Shu bilan bog'liq xolda bizlar tomonimizdan olib borilgan maxsus tadqiqotlarda rentgenologik tavsif berilgan va po'rsildoq fonidagi parodont bilan og'rigan bemorlardagi alveolyar o'simtaning suyak to'qimasini rentgen-densitometrik profili baholandi.

Parodontning suyak to'qimasi holatini baholash uchun bizlar tomonimizdan bosh chanog'i yuz bo'limi pastki uchdan bir qismining ortopantomografiyasidan foydalanildi. Ortopantomografik tasvirlarni

bilvosita rengenodensitometriya usuli bilan densitometrik qayta ishlashga uchratildi.

Po‘rsildoqli bemorlardagi ortopantomogrammani o‘rganishda gorizontall yuza bo‘ylab suyak to‘qimasi zichligining bir tekisdagi o‘zgarishi, g‘ovaksimon modda miqdori va qalinligini pasayishi va alveolyar suyakning vestibulyar va oral yuzalaridagi kortikal plastinalarning mavjudligi qayd etildi. Suyak to‘qimasidagi bunday o‘zgarishlar osteoporozi mavjudligi va notekis rezorbsiyasi to‘g‘risida guvohlik beradi.

Bemorlarning bir qismida ildizning vestibulyar yuzasida tishsimon suyaklar amaliy jihatdan mavjud bo‘lmaydi, kompakt plastinka esa sezilarli darajada kamayadi. Vestibulyar yuzadagi alveolyar chuqurchaning suyak to‘qimasi mavjud bo‘lmaganda til tomonida g‘ovaksimon qatlamning eng yupqa qatlami aniqlanadi. Po‘rsildoqsiz generallashtgan parodontitli bemorlarda rentgenologik belgilar – alveolyar taroqning balandligini ildiz uzunligiga nisbatan 43,5 marta ko‘proqqa pasayishi, suyak to‘qimasini kamayish o‘choqlari, suyak ustunlari chegaralarini aniqligini va trabekulyar bo‘shliqlarni pasayishi kabi o‘rta og‘irlik darajadagi parodontitga mos tushdi.

12 Jadval

Po‘rsildoqning mavjud bo‘lishi yoki bo‘lmasligiga bog‘liq xolda parodontitli bemorlarda ortopantomogrammani yorug‘likni yutishi, jag‘ning alveolyar to‘qimasini minaral zichligi (%)

Tekshirilganlar	Pastki jag‘	Yuqorigi jag‘
-----------------	-------------	---------------

	molyarlar	premolyarlar	molyarlar	premolyarlar
Nazorat	87,81±3,22	83,92±3,61	88,01±2,92	84,12±3,11
Parodontit bilan og'rigan bemorlar				
Po'rsildoqsiz	73,62±3,21°	71,22±3,11°	73,82±2,81▪	71,33,3.05▪
Po'rsildoqli	62,312,66°	60,82±2,81°	61,92±2,65°	59,81±2,45°

Izoh: ▪ - nazoratga nisbatan ($R<0,05$); ° -po'rsildoqsiz bemorlarga nisbatan ($R<0,05$).

Surunkali parodontit tashxisli bemorlarda ortopantomogrammaning tahlili suyak to'qimasi mineral zichligini sezilarli kamayganligini ko'rsatdi. Po'rsildoqli bemorlarda tish-jag' tizimining barcha bo'limlarida suyak to'qimasining zichligi po'rsildoqsiz bo'lgan bemorlardagi mos bo'lgan belgilardan past bo'lib chiqdi ($R<0,05$), bu ushbu guruh bemorlarida kechuvchi patologik jarayonni uzoq davom etishining mavjudligidan guvohlik beradi.

Demak, po'rsildoqsiz parodontitli bemorlarda molyarlar proektsiyasi sohasidagi pastki jag'ning suyak to'qimasini mineral zichligi 16,16% ($R<0,05$)ga; po'rsildoqli bemorlarda esa - 29,04% ($R<0,01$) ga pasaydi; premolyarlar sohasidagi pasayish – 18,13% ($R<0,05$) va 27,52% ($R<0,01$) ni tashkil etdi; yuqori jag'dagi mos bo'lgan dinamika: molyarlarda – 16,17% ($R<0,05$) va 29,64% ($R<0,01$) hamda premolyarlarda – 15,2% ($R<0,05$) va 28,9% ($R<0,01$) ni tashkil etdi (12 jadval).

Ortopantomogrammani densitometrik tekshirish suyak to'qimasining optik zichligini pasayishini baholashga imkon beradi, u esa suyak to'qimasining mineralizatsiyasini tizimli buzilishiga va parodontda mahalliy yallig'lanishni rivojlanishi bilan patogenetik bog'liqdir.

Jag' suyak to'qimasining mineralizatsiya darajasi umuman olganda organizmdagi suyak to'qimasining holatini aks ettiruvchi bo'lib hisoblanadi va suyak ustunlarining orientatsiyasi va namoyon bo'lishi, tipining o'ziga xosliklariga bog'liq bo'lmaydi. Mazkur ko'rsatkichni miqdoriy baholash suyak tizimi metabolizmining tashxislovchi va bashoratlovchi mezon bo'lib xizmat qilishi mumkin [80; S.588-590].

Po'rsildoqli bemorlarda alveolyar suyakning mineral zichligini jadallashuvchi pasayishi to'g'risida olingan malumotlar tizimli osteoporoz va parodontning suyak to'qimasi, shilliq qavatining o'zgarishi bilan patogenetik bog'liqligi to'g'risida guvohlik beradi. Ravshanki, ushbu o'zgarishlar bir vaqtda sodir bo'ladi va tizimli va mahalliy osteotrop davolash zaruriyatini belgilab beradi.

VI BOB.

PO‘RSILDOQLI BEMORLARDA PARODONTNING YALLIG‘LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH SAMARADORLIGINI KLINIK-LABORATOR BAHOLASH

6.1. Davolash dinamikasida OBSHQ va parodontning klinik holati

Olib borilgan tadqiqotlar natijasida parodontning klinik holatiga o‘tkazilgan davolashning ijobiy tasiri aniqlandi. Bemorlarning umumiy holati o‘rganilganda shikoyatlar miqdori sezilarli kamaydi. Shuningdek obektiv tekshiruvlar ham parodontning klinik holatini yaxshilanishini namoyish etdi, milk chetlari shillig‘ini meyorlashishi, milk so‘rg‘ichlarini zichlashishi, zondlash vaqtida undan qon ketishi qayd etildi.

Klinik indeks ko‘rsatkichlarining tahlili ko‘rsatdiki, eng yuqori klinik samara asosiy guruh bemorlarida olindi. Demak, parodontning yallig‘lanish – destruktiv shikastlanish darajasi nazorat guruhida – 27,45% ($R<0,01$); asosiy guruhda esa – 51,56% ($R<0,01$) kamaydi; parodontning (PMA indeksi) yallig‘lanish jadalligini mos xolda pasayishi – 46,18% ($R<0,01$) va 83,97% ($R<0,01$); og‘iz bo‘shlig‘i gigienasi (OHI-S indeks) – 45,55% ($R<0,01$) va 80,91% ($R<0,01$) va qon ketish indeksi – 34,52% ($R<0,01$) va 55,88% ($R<0,01$) ni tashkil etdi (15 jadval).

Shuni takidlab o‘tish zarurki, yuqori statistik ishonch bilan asosiy guruhdagi parodont holatini o‘rganilgan ko‘rsatkichlari ($R<0,01$) qiyosiy guruhdagi mos bo‘lgan kattaliklardan past bo‘lib chiqdi (15 jadval).

Ortopantomogrammadagi o'zgarishlar bilan olingan klinik malumotlarni qiyoslab shuni takidlab o'tish lozimki, 3 oydan keyin ham qiyosiy guruhda ham, asosiy guruh bemorlarida ham sezilarli rentgenologik o'zgarishlar qayd etilmadi.

13 Jadval

Davolash binamikasida parodontning gigiena, yallig'lanish, destruksiya va qon ketishi indeks ko'rsatkichlari

Guruhlar	PI,ball	PMA, %	OHI-S, Ball	Qon ketish, ball
Qiyosiy guruh davolashgacha	6,63±2,65	67,35±2,64	4,82±2,03	3,10±0,12
Davolashdan keyin	4,81±0,15°	36,25'±0,80	2,63▪±0,75	2,03▪±0,06
Asosiy guruh davolashgacha	6,71±2,83	67,443.01	4,82±2,11	3,06±0,14
Davolashdan keyin	3,25±0,14▪,°	10,81±0,25▪,°	0,92±0,05▪,°	1,35±0,06▪,°

Izoh: ▪ - davolashgacha bo'lgan kattaliklarga nisbatan $R < 0,05$; ° - qiyosiy guruhga nisbatan $R < 0,05$.

Biroq, ortopantomogrammalarda klinik stabilizatsiya bilan bir vaqtda ishlab chiqilgan patogenetik davolash majmuasi qabul qilgan, asosiy guruh bemorlarida jadallashuvchi destruksiya qayd etilmadi (rezorbtсии).



10 rasm. Bemor S. S. Tashxis: dag'al po'rsildoq.

Aks etgan muddatlarda qiyosiy guruhdagi bemorlarning ortopantomogrammasida jadallashuvchi rezorbtsiya qayd etildi, bunda rezorbtsiyaning vertikal tipi osteoporozning faol o'choqlari va tishlararo alveolyar to'siqning uchlarining aniq konturlarini mavjud bo'lmasligi bilan birga keldi.

Davolashgacha OBShQ shilliq qavatidagi toshmalar lablarning qizil gardishi va lunjlarning shilliq qavatida joylashgan, eroziya ko‘rinishida taqdim etildi. Bu eroziya diametri 1,5 sm gacha bo‘lgan, chetlari noteks, oq parda bilan qoplangan pushti tusda, zonaning chetlari bo‘ylab epidermisni yorilgan joylarini borligi va element atrofidagi giperemiya gultojisi bilan ajralib turdi. Eroziyali surtma nusxalari tekshirilganda akantolitik hujayralar aniqlandi, Nikolskiy simptomi musbat. №16 jadvalda akantolitik po‘rsildoqnidavolash uchun o‘tkazilgan turli usullarda klinik samaradorlikni miqdoriy ko‘rsatkichlarida yuzaga kelgan farqlar taqdim etilgan.

14 Jadval

Po‘rsildoqli bemorlarni davolashning klinik samaradorligi

Ko‘rsatkichlar	Qiyosiy guruh	Asosiy guruh
Yangi yo‘l-yo‘l elementlarni mavjud emasligi, kunlar	6,25±0,65	4,11±0,44•
Eroziyaning sust epitelizasiyasi,kunlar	8,62±0,91	6,11±0,32•
Eroziyani faol epitelizasiyasi,kunlar	12,11±0,31	10,00±0,44•
Nikolskiy belgilarining bo‘lmasligi, kunlar	9,81±0,66	6,81±0,32•
Laborator ko‘rsatkichlarini meyorlashishi, kunlar	22,31±0,81	14,31±0,85•
Gormonlarni sutkalik eng yuqori dozasi qabul qilish davomiyligi, kunlar	18,22±0,62	14,20±0,92•
Kasalxonada davolanish davomiyligi, kunlar	45,61±2,81	30,11±1,80•

O'tkazilgan davolash natijasida yuzaga kelgan asoratlar %	12,13	13,13±8,72▪
---	-------	-------------

Izoh: ▪ - nazorat guruhiga nisbatan $R < 0,05$.

Davolash akantolik po'rsildoq bilan og'rigan bemorlarning hech birida jarayonni jadallashishiga olib kelmadi. Barcha bemorlarda holatning klinik yaxshilanishi qayd etildi.

Asosiy guruhda barcha o'rganilgan klinik parametrlar bo'yicha statistik ahamiyatli yanada tezroq yuzaga keladigan klinik samara yuzaga keldi ($R < 0,05$), asosiy guruhda glyukokortikosteroidli davolashning nojo'ya samarasi (Ishenko-Kushing sindromi, osteonevrotik sindrom, arterial gipertenziya) sezilarli darajada kam kuzatildi.

Tizimli davolashning yuqori klinik samaradorligi glyukokortikosteroidlarning eng yuqori dozasini qabul qilish davomiyligini 4 kundan ortiq muddatga qisqartirishga imkon berdi.

Asosiy guruh bemorlarida parodontitni davolashni yanada yuqori samaradorligi davolash muddatini qisqartirishda va remissiya muddatlarida aniqlandi. Demak, asosiy guruh bemorlarida davolanishning o'rtacha muddati $18,5 \pm 0,5$ kunni tashkil etdi ($R < 0,01$). Asosiy guruhda parodontit remissiyasining o'rtacha davomiyligi $6,3 \pm 0,22$ oyni; nazorat guruhida esa – $3,6 \pm 0,18$ oyni tashkil etdi ($R < 0,01$).

Qiyosiy tahlil natijasida aniqlandiki, asosiy guruhda parodontitning klinik holatiga ko'rsatiladigan majmuaviy davolashning o'rtacha yig'indi

samarasi nazorat guruhiga nisbatan 27,79%.ko‘proqqa yuqori bo‘ladi (17 jadval).

Zamonaviy stomatologiyaning eng dolzarb muammolaridan biri bo‘lib surunkali kasalliklar, jumladan po‘rsildoq fonida kechadigan, parodont kasalliklarini davolash samaradorligini oshirish hisoblanadi. Almashinuv jarayonlarini buzilishi, endogen intoksikatsiya va lipidli peroksidazani ortishiglyukokortikosteroidlarni qabul qilish fonida yuzaga keladigan osteoporozni jadallashishi hisobiga patologiyalarni bunday birgalikda kelishi parodontning klinik kechishini og‘irlashtiradi va bemorning hayot sifatini yomonlashtiradi.

15 Jadval

Parodontning klinik holatiga davolash samaradorligini

(t/i) qiyosiy tahlili

Ko‘rsatkichlar	Nisbatan qiyosiy samaradorligi:	Guruhlar	
		qiyoslash	asosiy
Pi,ball	Davolashgacha	27,45	>51,56
	Nazorat bilan		30,52
PMA, %	Davolashgacha	46,18	83,97
	Nazorat bilan		>29,01
OHI-S, ball	Davolashgacha	45,55	80,91
	Nazorat bilan		>27,96
Qon ketish, ball	Davolashgacha	34,52	55,88
	Nazorat bilan		>23,63
Σ cp			>27,79

O'rin		2	1
-------	--	---	---

Shunday qilib, klinik tadqiqotlar natijasida po‘rsildoqli bemorlarda parodontitni majmuaviy tizimli davolashning yuqori samaradorligi aniqlandi, bu uni ushbu toifa bemorlarida parodontitni majmuaviy davolashda qo‘llashga tavsiya etishga imkon beradi.

Po‘rsildoq fonida parodontitni rivojlanish mexanizmlaridan biri bo‘lib, yaqqol namoyon bo‘lgan mahalliy va tizimli endogen zaharlanish, parodontning mahalliy yallig‘lanish – destruktiv shikastlanishining og‘irligini patogenetik sharoitlarini yaratuvchi, O‘MMM va oksidlanmagan mahsulotlarni to‘planishi hisoblanadi. Shu bilan bog‘liq xolda davolash usulining ishlab chiqilgan majmuasi fonida O‘MMMning miqdori va LPO-AOTjarayonlarini tekshirish amalga oshirildi.

6.2. Davolash dinamikasida LPO-AOT tizimlarini

o‘rganish natijalari

Klinik – biokimyoviy tadqiqotlar natijasida milk va periferik qonda LPO-AOT jarayonlariga ishlab chiqilgan davolash sxemasining yuqori samaradorligi aniqlandi. Bunda barcha o‘rganilgan ko‘rsatkichlar bo‘yicha eng yuqori samara ($R < 0,05$) asosiy guruh bemorlarida aniqlandi (16 jadval). Shuni takidlab o‘tish zarurki, majmuaviy (parodontni tizimli va mahalliy davolash) o‘rganilgan ko‘rsatkichni nafaqat milk qonida, balki qon aylanish

tizimida ham ijobiy dinamikaga olib keldi. Demak, qiyosiy guruhdagi bemorlarda davolashdan keyin milk qonidagi MDA darajasi va XLning jadalligi nazoratdagi mos bo‘lgan belgilardan 45,12% ($r<0,01$) va 35,75% ($r<0,01$); SOD, KT va GP faolligi esa nazoratning mos belgilaridan 28,57% ($r<0,01$); 31,39% ($r<0,01$) va 39,11% ($r<0,01$) past bo‘ldi; asosiy guruhdagi xuddi shunday dinamika 18,13; ($r<0,05$); 15,03% ($r<0,05$); 8,37% ($r>0,05$); 13,56% ($r<0,05$) va 11,1% ($r>0,05$) ni tashkil etdi.

Yanada ko‘proq bo‘lgan sezilarli farqlar periferik qonda namoyon bo‘ldi. Demak, qiyosiy guruhdagi bemorlarda SLning jadalligi nazorat guruhi belgilaridan 37,08% ($r<0,01$); MDA darajasi 50,25% ($r<0,01$) oshdi; SOD, KT va GP faolligi 22,58% ($r<0,01$); 18,5% ($r<0,01$) va 37,54% ($r<0,01$) ga pasaydi. Tadqiqotning bu davrida asosiy guruh bemorlaridagi SPning jadalligi nazorat guruhidan 5,07% ($r>0,05$); MDA darajasi esa 19,21% ($r<0,01$)ga ustunlikka ega bo‘ldi; SOD, KT va GP faolligi esa mos xolda 6,45% ($r>0,05$); 7,35% ($r>0,05$) va 8,11% ($r>0,05$) ga past bo‘ldi (19 jadval).

Bunda, asosiy guruhdagi LPO-AOTjarayonlarini meyorlashtirishni yig‘indi klinik samaradorligi qiyosiy guruhning milk qonidagi mos bo‘lgan dinamikadan $>31,65\%$; periferik qonda esa $>36,46\%$ ustunlikka ega bo‘ldi (16 jadval).

16 Jadval

Paradontitni davolash dinamikasida qondagi aktioksidant faolligi

va lipidlarning periksli oksidlanish ko‘rsatkichlari

Ko'rsatkic hlar	Nazorat, sog'lom parodont	Guruh:			
		qiyosiy		asosiy	
		Davolashg acha	Davolashd an keyin	Davolashg acha	Davolashda n keyin
		МИЖК			
XL, imp/sek	24,81±1, 11	42,01±1,6 5·	36,02· ^x ±1 ,25	41,90·±2,0 0	29,32· ^{x,°} ±1 ,11
MDA, nmol/ l	1,93±0,0 7	3,09±0,11·	2,62· ^x ±0,11	3,11·±0,14	2,22· ^{x,°} ±0, 10
SOD YE ml	2,51±0,1 2	1,20±0,06·	1,80· ^x ±0,08	1,24·±0,05	2,30· ^{x,°} ±0, 09
KG, mkat/daq/ ml	22,33±1, 06	10,59±0,4 5·	15,32· ^x ±0,66	10,64·±0,4 8	19,31· ^{x,°} ±0 ,92
GP, nmol/daq/ ml	157,85± 7,32	78,01±3,2 2·	110,31· ^x ±4,32	76,32·±3,2 2	140,32· ^{x,°} ± 6,81
		Pereferiya			
XL, imp/sek	25,03±1, 03	41,62·±2,0 3	34,31±1,2 4· ^x	41,83·±1,6 2	26,30· ^{x,°} ±1 ,03
MDA, nmol/l	2,03±0,0 6	3,05·±0,14	2,72±0,10 · ^x	3,07·±0,11	2,42· ^{x,°} ±0, 11
SOD, YE/ml	2,48±0,1 1	1,50±0,06·	1,92±0,08 · ^x	1,46·±0,06	2,32· ^{x,°} ±0, 08
KT, mkat/daq/ ml	21,62±0, 95	14,09±0,6 5·	17,62±0,6 5· ^x	14,14·±0,6 5	20,03· ^{x,°} ±1 ,00
GP, nmol/daq/ ml	163,8±8, 03	81,00±3,2 2·	102,31±4, 83· ^x	80,32·±3,6 5	150,42· ^{x,°} ± 6,21

Izoh: · - nazoratga nisbatan R<0,05;

x – davolashgacha yuzaga kelgan kattaliklarga nisbatan;

° - nazorat guruhiga nisbatan R<0,05.

LPO-AOT ko'rsatkichlari bo'yicha davolash samaradorligini

qiyosiy tahlili (%)

Koʻrsatkichlar	Qiyosiy lash boʻyicha samaradorlik	Guruh	
		qiyosiy	asosiy
Milk qoni			
Xl, imp/sek	Davolashgacha	14,26	30,02
	Nazorat bilan		>35,61
MDA, nmol/l	Davolashgacha	15,21	28,62
	Nazorat bilan		>30,60
SOD, UE/ml	Davolashgacha	50,0	91,67
	Nazorat bilan		>29,41
KT, mkat/min/ml	Davolashgacha	44,64	81,48
	Nazorat bilan		>29,41
RG, mkat/min/ml	Davolashgacha	41,40	83,86
	Nazorat bilan		>33,42
Oʻrtacha			31,65
Jami:		3	1
Periferiya:			
Xl, imp/sek	Davolashgacha	17,56	37,13
	Nazorat bilan		>35,78
MDA, nmol/l	Davolashgacha	10,82	21,17
	Nazorat bilan		>32,35
SOD, UE/ml	Davolashgacha	28,0	58,40
	Nazorat bilan		>35,56
KT, mkat/min/ml	Davolashgacha	25,05	41,65
	Nazorat bilan		>24,89
KG, mkat/min/ml	Davolashgacha	26,31	87,41
	Nazorat bilan		>53,73

O'rtacha			>36,46
Jami:		2	1

LPO-AOT ko'rsatkichlarining tahlilidan aniq bo'ldiki, po'rsildoqli bemorlarda parodontni davolashdagi bu ko'rsatkichlar dinamikasi tizimli qon oqimida samaraliroqdir. Asosiy guruhdagi LPO-AOT ko'rsatkichlarini meyorlashishining yanada yuqori darajasi davolanishning o'ziga xosliklari bilan belgilanadi, unda mahalliy davolash tizimli antioksidant davolash bilan birga kechadi.

6.3. Davolash dinamikasida O'MMM ni tekshirish natijalari

So'nggi yillarda endogen intoksikatsiya sindromini tekshirishga bosh o'rin ajratilmoqda. Isbotlandiki, endotoksemiya organizmning detoksikatsion tizimlar blokadasi yoki katabolizmining ortishi bilan bog'liq bo'lgan barcha patologik holatlarda rivojlanadi.

Amaliy jihatdan har qanday patologiyalarda va har qanday stressli vaziyatlarda organizmda erkin radikal oksidlanish jarayonlari faollashadi, bu esa zaharli moddalarni to'planishiga olib keladi, u endotoksikozga taluqlidir.

Po'rsildoqli bemorlarning qon zardobida milk va periferik qon miqdorini, LPO mahsulotlari miqdorini kamayishi va kislorodning faol shakllari detoksikatsiya fermentlari faolligini ortishi, zaharli moddalar miqdorini sinxron pasayishi bilan birga kuzatildi, u endotoksinlarga taluqlidir.

Asosiy guruhda va qiyosiy guruhda o'rganilgan fraktsiyalarda O'MMM miqdori davolashgacha bo'lgan mos xoldagi belgilar solishtirilishiga ko'ra statistik ahamiyatli past bo'ldi ($r < 0,05$) (21 jadval). Bunda, asosiy guruhdagi

O'MMM ning barcha fraktsiyalarini darajasi qiyosiy guruhdagi mos bo'lgan ko'rsatkichlardan statistik ahamiyatli past bo'ldi.

Davolashdan keyin O'MMM kontsentratsiyasi o'rganilganda milk qonida va qon aylanish tizimi qonida guruhlararo farqlarning mavjudligi aniqlandi. Demak, qiyosiy guruhda milk qonidagi 20 nm fraktsiyalarining kattaligi 9,37% ($r < 0,05$) ga pasaydi; periferik qonda esa bunday pasayish davolashgacha bo'lgan kattaliklar bilan solishtirilganda statistik ahamiyatli farqlarga ega bo'lmay – 4,93% ($r > 0,05$)ga teng bo'ldi; 254 nm fraktsiyada esa mos xoldagi nisbat 7,0% ($r > 0,05$) va 6,21% ($r > 0,05$); 260 nm fraktsiyada 11,76% ($r > 0,05$) va 8,85% % ($r > 0,05$); 280 nm fraktsiyada – 6,54% % ($r > 0,05$) va 4,61% % ($r > 0,05$) ni tashkil etdi. Shunday qilib, milk qonida O'MMM pasayish dinamikasi qon aylanish tizimidagi ko'rsatkichlarga nisbatan sezilarli ustunlikka ega bo'ldi.

18 Jadval

Davolash dinamikasida O'MMM ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	Nazorat, sog'lom parodont	Guruh:			
		qiyosiy		asosiy	
		Davolashgacha	Davolashdan keyin	Davolashgacha	Davolashdan keyin
		MILK			
E 220 nm	0,216±0,095	0,33±0,01	0,300±0,005°	0,329±0,01	0,246±0,01 ^{*,x,o}
E 254 nm	0,222±0,01	0,314±0,005	0,292±0,01°	0,316±0,01	0,252±0,01 ^{*,x,o}

E 260 nm	0,231±0,0 1	0,442±0,01·	0,390 ±0,01°	0,438±0,005·	0,251±0,05· x, o
E 280 nm	0,224±0,0 1	0,321±0,01·	0,300 ±0,01°	0,319±0,01·	0,246± 0,01·x, o
periferiya					
E 220 nm	0,220±0,0 1	0,284±0,005·	0,270±0,00 5°	0,288±0,005·	0,236± 0,01·x, o
E 254 nm	0,219±0,0 1	0,290±0,01·	0,272±0,01 °	0,292±0,01·	0,240± 0,01·x, o
E 260 nm	0,228±0,0 05	0,418±0,01·	0,381±0,01 °	0,422±0,01·	0,234± 0,01·x, o
E 280 nm	0,226±0,0 1	0,304±0,01·	0,290±0,01	0,308'±0,05·	0,241± 0,01·x, o

Izoh: · - nazorat bilan solishtirilganda $R < 0,05$; o – davolashgacha bo'lgan ko'rsatkichlarga nisbatan $R < 0,05$; x – qiyosiy guruhga nisbatan $R < 0,05$.

Asosiy guruh bemorlarida endotoksikoz ko'rsatkichlarining sezilarli darajadagi boshqa dinamikasi aniqlandi, u periferiya va milk qonida O'MMM ni sinxron pasayishidan iborat bo'ldi. Bunda, barcha o'rganilgan ko'rsatkichlar dinamikasi davolashgacha bo'lgan kattaliklardan statistik ahamiyatli farqlarga ega bo'ldi. Demak, 220 nm fraktsiyada O'MMM miqdori milk qonida 25,23% (r<0,01); periferiyada - 18,06% (r<0,01)ga; 254 nm fraktsiya –mos xolda 20,25% (r<0,01) va 17,84% (r<0,01); 260 nm fraktsiyada – 42,71% (r<0,01) va 44,55% (r<0,01); 280 nm fraktsiyada– 22,83% (r<0,01) va 21,75% (r<0,01) ga pasaydi (21 jadval).

Shuni takidlash lozimki, qiyosiy qiyosiy guruhdagi O'MMM kontsentratsiyasi nazorat guruhi (po'rsildoqsiz bemorlar) darajasigacha pasaymadi.

19 Jadval

O'MMM ko'rsatkichlari bo'yicha davolash samaradorligini

(%da) qiyosiy tahlili

O”MMM, SHartli belgi	Quyidagilar bilan solishtirish bo’yicha samaradorlik	Guruh:	
		qiyosiy	asosiy
Milk qoni			
E 220 nm	Davolashgacha	9,37	25,23
	Nazorat bilan		>45,84
E 254 nm	Davolashgacha	7,00	20,25
	Nazorat bilan		>48,62
E 260 nm	Davolashgacha	11,76	42,70
	Nazorat bilan		>56,81
E 280 nm	Davolashgacha	6,54	22,88
	Nazorat bilan		>55,54
O’rtacha			>51,70
Jami:		2	1
Pereferiya:			
E 220 nm	Davolashgacha	4,93	18,06
	Nazorat bilan		>57,11
E 254 nm	Davolashgacha	6,21	17,81
	Nazorat bilan		>48,29
E 260 nm	Davolashgacha	8,85	44,55
	Nazorat bilan		>66,85
E 280 nm	Davolashgacha	4,61	21,75
	Nazorat bilan		>65,02

O'rtacha			>59,32
Jami:		2	1

6.4. Davolash dinamikasida suyak metabolizmi va mineral

almashinuv ko'rsatkichlarini o'zgarishi

Davolashdan keyin qon tarkibi tekshirilganda (23 jadval) mineral gomeostazning, suyak metabolizmi va kollagen almashinuvi ko'rsatkichlarini meyorlashish tendentsiyasi aniqlandi: kaltsiy, fosfor va oqsil miqdori ortdi, TRNF faolligi pasaydi va IF faolligi oshdi. Bog'langan OPning ortish fonida erkin OP va OPning o'zini miqdorini pasayishi suyak remodelirlanishining musbat dinamikasi to'g'risida guvohlik beradi.

Milk qoni va periferik qonda ko'rsatilgan jarayonlarning namoyon bo'lish darajasi asosiy guruh bemorlarida statistik jihatdan yanada ahamiyatli bo'ldi (23 jadval).

Bunda nazorat guruhining o'rganilayotgan ko'rsatkichlari dinamikasi qon oqimi ko'rsatkichlaridan sezilarli darajada yuqori bo'ldi. Demak, milk qonida oqsillar kontsentratsiyasi 17,16%, periferikda esa – 10,13%ga oshdi; kaltsiy kontsentratsiyasining dinamikasini mos bo'lgan nisbati 11,11% - 2,79%; fosforniki – 15,55% - 7,52%; TRNF 10,63%-9,50%; TsZF 30,25%-13,0% ni tashkil etdi (4.4.1 jadval).

Asosiy guruh bemorlarida milk qonining o'rganilayotgan ko'rsatkichlarini musbat dinamikasi qon oqimining mos bo'lgan dinamikasi bilan qoniqarli darajada mos tushdi.

Demak, milk qonida oqsillar kontsentratsiyasi 33,88%; periferiyada – 33,08% ga oshdi; kaltsiy va fosforning mos bo‘lgan dinamikasi 32,95% - 24,86% va 21,59% - 25,27%ni tashkil etdi; TRNF faolligini pasayishi va IF faolligini ortishi 27,23% - 28,29% va 56,03% - 49,03% ga teng bo‘ldi.

Davolashdan so‘ng mineral metabolism va kollagen almashinuvining kattaliklari nazorat belgilariga etmadi.

20 Jadval

Milk qonida suyak metabolismi va mineral almashinuv

ko‘rsatkichlari bo‘yicha davolash samaradorligini qiyosiy

tahlili (%).

Ko‘rsatkichlar	Nisbatan qiyosiy samaradorligi	Guruh:	
		qiyosiy	asosiy
1.Oqsil	Davolashgacha	17,11	33,88
	Nazorat bilan		>32,76
2.Calsiy	Davolashgacha	11,11	32,95
	Nazorat bilan		>49,57
3.Fosfor	Davolashgacha	15,55	21,59
	Nazorat bilan		>16,26
4.TRNF	Davolashgacha	1063	27,23
	Nazorat bilan		>43,85
5.IF	Davolashgacha	30,25	56,03
	Nazorat bilan		>29,88
= O‘rtacha			>35,66
O‘rin		2	1

Qiyosiy tahlil asosiy guruhda mineral va suyak metabolizmining meyorlashishini yanada yuqori samaradorligini ko'rsatdi.

Demak, milk qonida oqsil kontsentratsiyasini ortish samaradorligi nazorat guruhidan >32,76%; periferiyada >51,11 ga oshdi; kaltsiyning mos bo'lgan ortishi >49,57% va 79,82%; fosforni - >16,26% i >54,13%; TRNF - >43,85% va 54,01%; IF - >29,88% va >58,08%; umumiy OP - >27,13% va >55,70%; bog'langan OP - >66,84% va 28,48%; erkin OP - >14,03% va >43,64% ni tashkil etdi. Asosiy guruhning milk qonida suyak metabolizmi va mineral almashinuvining samaradorligini o'rtacha yig'indisiz guruh dinamikasini >35,66%; qon aylanish tizimida esa > 53,12% oshdi (21 jadval).

21 Jadval

Periferik qonda mineral almashinuv va suyak metabolizmi

ko'rsatkichlari bo'yicha samaradorlikning (%) qiyosiy tahlili

Ko'rsatkichlar	Nisbatan qiyosiy samaradorligi	Guruh:	
		qiyosiy	asosiy
1. Oqsil	Davolashgacha	10,13	33,88
	Nazorat bilan		>51,11
2. Calsiy	Davolashgacha	2,79	24,86
	Nazorat bilan		>79,82
3. Fosfor	Davolashgacha	7,52	25,27
	Nazorat bilan		>54,13
4. TRNF	Davolashgacha	9,50	28,29

	Davolashgacha		>54,01
5.IF	Davolashgacha	13,00	49,03
			>58,08
= O'rtacha			>53,12
O'rin		2	1

Shunday qilib, po'rsildoqli bemorlardagi generallashtirilgan parodontitni davolashda eng yaqqol bo'lgan samarani tizimli osteotrop davolash ko'rsatadi.

Generallashtirilgan parodontitni davolashda destruktiv jarayonlar stabilizatsiyasiga erishish uchun suyak to'qimasidagi remodelirlanish jarayonlarini pasayishi va mineral almashinuvining buzilishi, alveolyar suyak mineral zichligini pasayishi va yaqqol namoyon bo'lgan destruktiv jarayonlarni, po'rsildoqli bemorlarda parodont patologiyasining og'irligi va yuqori darajada tarqalishini hisobga olib osteotrop tasirga ega bo'lgan dorivor vositalarini qo'llash maqsadga muvofiq. Davolash majmuasiga biofosfonatlarni kiritilishi alveolyar suyakda va periferiyada osteoporotik jarayonlarni meyorlashtiradi, degenerativ jarayonlar kuchayishini oldini oladi, kasallikning klinik-rentgenologik turg'unligi va suyak to'qimasi regeneratsiyasi uchun sharoitni yaratib beradi.

Asosiy guruh va nazorat guruhi bemorlaridagi ortopantomogramma malumotlari bilan olingan klinik malumotlarni solishtirishda 3 oydan keyin rentgenologik ko'rsatkichlarni yaxshilanishi kuzatilmadi.

Nazorat guruhi bemorlaridagi ortopantomogrammada, kuchayuvchi rezorbtisiya qayd etildi, unda rezorbtisiyaning vertikal turi tishlar va faol

osteoporoz o'choqlari o'rtasidagi alveolyar ustunlar qirralarining aniq konturini mavjud emasligi bilan kuzatildi.

Biroq, ishlab chiqilgan patogenetik davolash olgan asosiy guruh bemorlarida klinik holatning yaxshilanishi bilan birga ortopantomogrammalarda kuzatilgan destruktsiyani kuchayishi qayd etilmadi.

Shunday qilib, po'rsildoqli bemorlarning hech birida olib borilgan davolash muolajalari jarayonni kuchayishiga olib kelmadi. Barcha bemorlarda klinik sog'ayish qayd etildi.

Tahlillar natijasida aniqlanganidek, asosiy guruhda majmuaviy davolashning umumiy samaradorligi, parodontning klinik holatini nazorat guruhi ko'rsatkichlari bilan taqqoslanganda 27,79% ga yuqori bo'lib chiqdi.

Po'rsildoq fonida kechuvchi asosan surunkali kasalliklar, ayniqsa parodontitda, parodont kasalliklarini davolash samaradorligini ortishi zamonaviy stomatologiyaning eng dolzarb muammolaridan biri bo'lib hisoblanadi. Kasalliklarni bunday birgalikda kechishi modda almashinuvini buzilishiga, endogen intoksikatsiyani ortishiga; glyukokortikoidlarni qabul qilish fonidagi osteoporozni rivojlanishiga, parodontitni kechish klinikasini yomonlashishiga olib keladi.

XULOSA

Paradontning yallig'lanish-destruktiv kasalliklari zamonaviy stomatologiyaning eng jadal o'rganilayotgan muammolaridan biri bo'lib hisoblanadi. Generallashtirilgan parodontitni tashxislash va davolashning yangi usullarini ishlab chiqish, patogenezini o'rganishdagi sezilarli siljishlarga qaramasdan, shikastlanishning og'irligi va tarqalishi og'ishmay ortib bormoqda. Adabiyot malumotlariga ko'ra, katta yoshli aholi orasida parodontit bilan kasallanish 90,0-100,0% ga etadi [73].

Aksariyat mualliflar parodontitning yallig'lanish kasallik patologiyasida etakchi o'rinni bakterial kolonizatsiyaga ajratadilar. Hozirgi vaqtda shunday nuqtai nazar ustunlikka egaki, unga ko'ra mikrobli invaziya parodontal majmuaga kiruvchi, to'qimalarni buzilish mexanizmida faqat boshlang'ich nuqta bo'lib hisoblanadi. Bunday tasir samarasi organizmning himoya kuchlari holatiga bog'liq bo'ladi, ular parodontda destruktiv jarayonlarni rivojlanishiga ham, ularni chegaralanishiga ham sabab bo'lishi mumkin. Mahalliy to'qima reaksiyasi mexanizmiga turli omillarni tasirini o'rganish – zamonaviy stomatologiyaning dolzarb muammosidir [7].

Klinik tadqiqotlar parodontdagi yallig'lanish-destruktiv shikastlanishlar va tizimli somatik patologiyalarning o'zaro og'irlashtiruvchi tasirini tasdiqlaydi, bundagi bashoratlash fonli somatik patologiyani va parodontitni kechishini belgilovchi yagona patogenetik mexanizmlarga yo'naltirilgan, mahalliy davolash tavsifi bilan emas, balki majmuaviy davolash bilan belgilanadi [13].

Parodontit patogenezida antioksidant resursning tanqisligi, LPO jarayonlar ortishi ustunlikka ega bo'ladi [31].

Alveolyar suyakdagi distrofik rezorbtiv jarayonlar va tizimli osteoporozni rivojlanishi o'rtasidagi yaqin o'zaro aloqa isbotlandi [14, 82].

Po'rsildoq, bullezli dermatozning ajralmas qismi bo'lib, intradermal pufakchalarni xosil bo'lishiga olib keluvchi akantoliz hisoblanadi. Kasallikni barcha shakllarini kechishi surunkali bo'lib, u ilgari kortikosteroidlarni joriy etib davolanguncha, kaksallikni 6 oydan 1,5-2 yilgacha kechishi o'lim bilan yakunlanar edi.

Po'rsildoq patogenezining asosida autoimmun jarayonlar yotadi, uning mohiyati tikonsimon qatlam hujayralarining membranasi va tsementlovchi hujayralararo substantsiyaga, autoantitelolarni shakllanishi bilan yakunlanadi [99].

Asosiy dori vositasi bo'lib, kortikosteroidli gormonlar (prednizolon) hisoblanadi, uni qo'llanilishi po'rsildoqning bashoroatini tubdan o'zgartirdi, remissiya muddatlarini sezilarli uzaytirdi [28].

Hozirgi kunda kontseptsiya shakllantirilgan bo'lib, unga mos holda po'rsildoqning rivojlanishi mahalliy va tizimli stereotipli reaksiyalar bilan bog'liq, ular uchun esa LPOni faollashishi, qonga o'rta massadagi molekulalarning katta qismini tushishi, proteolitik jarayonlarning faollashishi va antioksidant tizimning susayishi kabi endogen intoksikatsiyaxos [52].

Uzoq yillar davomida olib boriladigan kortikosteroidli davolash, albatta turli asoratlarni rivojlanishi: immun supressiv tasir ko'rsatish, patologik protioliz va LPO jarayonlarini kuchaytirish, antioksidant himoyani pasaytirish, endogen intoksikatsiya jarayonlarini murakkablashtirish, oqsillar parchalanishini tezlashtirish va sintezini susaytirish, limfoid va biriktiruvchi

to'qimalar rivojlanishini to'xtatishga olib keladi va glyukokortik-indutsirdangan osteoporozni rivojlanishiga sabab bo'ladi [81].

Barcha yuqorida aytib o'tilganlar po'rsildoqli bemorlarda parodontitni rivojlanishining mahalliy va tizimli mexanizmlarini o'rganishning dolzarbligini belgilab beradi. Birgalikda keluvchi patologiyalarda klinik tadbirlarni o'tkazishning o'ziga xosliklari va davolashning zamonaviy vositalarini tanlab olish amaliy tibbiyot uchun dolzarbdir.

Ravshanki, parodontdagi destruktiv o'zgarishlarni bashoratlash imkoniyati va davolash taktikasini tanlab olishdagi masalalarni dermatovenerologiya va stomatologiyadagi o'zaro tasirlar, po'rsildoq va parodont kasalliklar patogenezining universal mexanizmlariga tasiri nuqtai nazaridan xal etish lozim.

Yuqorida bayon etilganlar asosida, tadqiqot maqsadi bo'lib, po'rsildoqli bemorlarda parodontitning patogenetik o'ziga xosliklarini o'rganish va uni davolashning majmuaviy usullarini ishlab chiqish hisoblanadi.

Po'rsildoqni parodontologik jihatlari garchi uning autoimmun genezi jarayonga og'iz bo'shlig'ining o'ta muxim morfofunktsional majmuasi – parodontni jalb etilishini ko'zda tutsa ham, kam o'rganilgan muammolar qatoriga kiradi.

Qoqchali bemorlar 100% tekshirilganda ularda generallasgan parodontit aniqlandi, uning tuzilmasida uchrash soni $5,0 \pm 3,45\%$ ga qarshi $63,27 \pm 6,88\%$ ustunlikka ega bo'ldi; O'DGP $25,0 \pm 6,85$ ga qarshi – $20,44 \pm 5,45\%$ va O'MMEDGP $37,5 \pm 7,6\%$ ga qarshi – $14,29 \pm 5\%$ bilan ustunliklarga ega bo'ldi.

Po'rsildoq bilan assoytsiatsiyalangan parodontitning klinik o'ziga xosliklari shikastlanishning eroziv tavsifi, ko'p qon yo'qotilish va parodjontal majmuaning distruktsiyasi, og'iz bo'shlig'i gigienasining pastligi hisoblanadi. Demak PI indekstining kattaligi qiyosiy guruhdagi mos ko'rsatkichlardan 2,5 martaga ($R < 0,01$); PMA – 1,92 martaga ($R < 0,01$); ON1-S indeksi – 1,6 martaga ($R < 0,01$) va qon ketish indeksi –2,17 martaga ($R < 0,01$) ustunlikka ega bo'ldi.

Po'rsildoq kasalligining davomiyligini ortishi bilan parodontitning yallig'danish-destruktiv shikastlanishlarini jadal kechuvchi og'irlashishi aniqlandi.

Og'iz bo'shlig'ini o'zgarmagan shilliq qavatidagi po'rsildoqli bemorlarda OBO'Qni tekshirishda ko'pincha bir biri bilan qo'shib ketgan ko'p sonli eroziyalar aniqlandi. Og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatini mikrotuzilmasi topografik malumotlar bo'yicha farqlanadi, ular vizual ko'rikda asosiy bo'g'in bo'lib xizmat qiladi. Alveolyar milkar shikastlanishiga OBSHQ po'rsildoqsidagi shikastlanish elementlarini barcha joylashuvini 77,54% to'g'ri keladi. Bunda parodontitni aloxidalashgan shikastlanishi 32,65% va boshqa topografik zonalarini qamrab olish bilan umumlashgan shikastlanishlar 44,89%ni tashkil etdi.

Klinik nuqtai nazardan po'rsildoqning shikastlanish elementlarini joylashgan o'rniga bog'liq xolda parodontning holatini baholash, parodontning yallig'lanish –destruktiv shikastlanishini shakllanishidagi ularning patogenetik ahamiyatini baholash uchun muximdir. Destruktsiya indeksi, yallig'lanish, gigiena va qon ketishi kabi parodontning shikastlanish jadalligi va tarqalishida ahamiyatli farqlar ($R < 0,05$) aniqlanmadi.

Shikastlanish elementlarini joylashish oʻrniga bogʻliq xolda shunday tahmin qilish mumkinki, poʻrsildoqli bemorlarda parodontal majmuaning yalligʻlanish-destruktiv shikastlanishlarini kuchayishidagi etakchi omil shikastlanish elementlarining joylashgan oʻrni emas, balki organizmning kompensator imkoniyatlarini pasayishi va tajovvuzkor omillar faolligini belgilovchi tizimli buzilishlar hisoblanadi.

Ogʻir yalligʻlanish-destruktiv shikastlanishlar bilan boʻlgan bemorlardagi parodontning generallashtirgan tavsifi, poʻrsildoqning zoʻrayish davri bilan birgalikda kechuvchi, tez-tez zoʻrayish bilan birga doimiy ravishda jadallashib boruvchi kechishlar, ushbu birgalikda keluvchi patologiyani davolashda stomatolog va dermatovenerologlarning ishtirokini belgilab beradi.

Hozirgi vaqtda shunday fikr tasdiqlandiki, hujayra membranalarining dezorganizatsiyasi poʻrsildoq patogenezining asosiy mexanizmlaridan biri boʻlib hisoblanadi, uning qanchalik kuchli namoyon boʻlishidan toʻqimalardagi va umuman organizmdagi ichki almashinuv darajasiga buzilishlarning ogʻirlik darajasi bogʻliq boʻladi [90].

Biroq hozirgi vaqtga qadar poʻrsildoqli bemorlardagi parodontitni rivojlanishida tizim darajasidagi siljishlar va mahalliy oʻzgarishlarning nisbati muammosi amaliy jihatdan yoritib berilmasdan qolmoqda.

Parodontit bilan ogʻrigan bemorlarda LPO-AOT ning biokimyoviy siljishlar dinamikasi LPO jarayonlarini faollashtirish va AOTni pasaytirish sifatida baholandi. Bunda poʻrsildoqsiz boʻlgan GP bemorlaridagi oʻrganilayotgan koʻrsatkichlarning statistik ahamiyatli siljishi yalligʻlanish-destruktiv zonada qayd etiladi ($R < 0,01$), qon aylanish tizimida esa ularning

kattaligidari qiyosiy guruh bilan farqlarga ega bo'lmaydi ($R < 0,01$). Olingan natijalar shunday fikrni tasdiqlaydiki, parodontitni rivojlanish darajasi bo'yicha gisto-gematik to'siq shakllanadi, buning natijasida esa periferik qondagi o'zgarishlar milk qonidagi ko'rsatkichlarga nisbatan yanada kamroq namoyon bo'ladi [67].

Po'rsildoqli bemorlarda qon aylanish tizimi va milk qonidagi o'rganilayotgan ko'rsatkichlarning bir xilda yo'ngalganligi aniqlandi, ularning darajasi esa ($R < 0,05$) po'rsildoqsiz GPli xuddi shunday bemorlarda noxush tomonga siljishi bilan ishonchli farq qildi ($R < 0,05$).

Demak, po'rsildoqli bemorlarda SLning djadalligi milk qonidagi nao'zoratga nisbatan – 70,55% ($R < 0,01$)ga; qon aylanish tizimida esa 67,08% ($R < 0,01$); MDA kattaligi – mos xolda 61,17% ($R < 0,01$) – 51,72% ($R < 0,01$)ga yuqori bo'lib chiqdi; SOD ning kattaligi 51,39% ($R < 0,01$) – 40,73% ($R < 0,01$) past natijalarni ko'rsatdi; KT va GP faolligi mos xolda 52,44% ($R < 0,01$) – 34,74% i 51,21% ($R < 0,01$) – 51,07% ($R < 0,01$) past natijalarni ko'rsatdi.

Ravshanki, gisto-gemolitik to'siqni buzilishi yallig'lanish o'chog'ida mikroorganizmlarni aloxidalash va yanada samarali bartaraf etilishini, reparativ jarayonlar stimulyatsiyasini va yallig'lanishni pasaytirganda organizmdagi o'zgarishlar kontsentratsiyasini (joylashgan o'rni) pasaytiradi, yallig'lanish jarayonlarini tarqalishidan organizmning himoyasini susaytiradi.

Qon aylanish tizimi va milk qonida LPO-AOT tizimidagi buzilishlarni bir tomonlama ekanligi po'rsildoqli bemorlarda GPning og'irligini belgilovchi patogenetik mexanizmlardan biri bo'lishi mumkin.

LPO-AOT ni o'rganish po'rsildoqli bemorlarda SPni davolashda tizimli antioksidant davolashni qo'llash zaruriyatini ko'rsatdi.

So‘nggi o‘n yillikda aksariyat kasalliklarni rivojlanish mexanizmda endogen zaharlanish sindromini o‘ta muxim roli tan olinmoqda. Po‘rsildoqnukuchayishi va qaytalanishida endogen intoksikatsiyaning roli isbotlandi. Bunda endogen intoksikatsiya holati periksli oksidlanish faolligini endogen intoksikatsiyaning asosiy markeri– O‘MMM generatsiyasi tezligi bilan o‘zaro yaqin aloqasini tavsiflaydi [70].

O‘MMM kontsentratsiyasini o‘rganish ko‘rsatdiki, po‘rsildoqli bemorlarda qon oqish tizimi va milk qonida O‘MMMning miqdori po‘rsildoqsiz bo‘lgan GPli bemorlardagi mos bo‘lgan kattaliklardan statistik ahamiyatli ustunlikka ega bo‘ldi ($R<0,01$). Qayd etildiki, 260 nm fraktsiyasida O‘MMM moddalar kontsentratsiyasi eng yuqori ustunlikka ega bo‘ldi va nazorat guruhidagi milk qonining mos bo‘lgan kattaliklaridan - 84,21% ($R<0,01$) ga oshdi; 220 nm fraktsiyasining mos bo‘lgan dinamikasi – 52,75% ($R<0,01$) va 30,0% ($R<0,01$); 254 nm fraktsiyasi - 41,89% va 32,42% ($R<0,01$), 280 nm fraktsiyasi esa 0 42,86 ($R<0,01$) va 35,40% ($R<0,01$) ustunlikka ega bo‘ldi. Bunda shu narsa aniqlandiki, O‘MMM kattaliklari milk qoni va tizimli qon oqimida statistik ahamiyatli farqlarga ega bo‘lmadi ($R>0,05$). 260 nm fraktsiyadagi O‘MMM kontsentratsiyasini ortishi tuzilmaviy to‘qimalar – kollagen, elastin, miozinning ko‘proq parchalanishini bilvosita aks ettiradi.

Ravshanki, endotoksikozning yuqori darajasi tizimli detoksikantlarni majmuaviy davolashga kiritishni ko‘zda tutadi.

Generallashgan parodontit patogenezida suyak to‘qimasining tizimli shikastilanishi bo‘lgan – osteoporozga juda katta ahamiyat beriladi. So‘nggi

yillarda olib borilgan ishlar skeletdagi osteoporotik jarayonlar va GPning klinik va patogenetik o‘zaro aloqasini namoyish etadi [49].

Dermatologiya amaliyotida kortikosteroidlarni qo‘llanilishi aksariyat bemorlarni mehnat qobiliyatini tikladi. Glyukokortikoid indutsirlangan osteoporozga glyukokortiko-steroidli davolashning o‘ziga xos bo‘lgan va potentsial xavfli oqibati sifatida qaraladi.

Shu bilan bog‘liq xolda bizlar tomonimizdan po‘rsildoq fonidagi parodontitda suyakni remodelirlashning biokimyoviy markerlari va mineral almashinuvini majmuaviy baholash o‘tkazildi. Po‘rsildoqda tizimli osteoporozni rivojlanishi va jag‘larning alveolyar o‘simtasi rezorbtsiyasining yagona patogenetik mexanizmlari o‘rnatildi, bu qon aylanish tizimi va milk qonida suyak metabolizmi va mineral gomeostaz ko‘rsatkichlarida statistik ahamiyatli farqlarning mavjud emasligi bilan qayd etildi. Demak po‘rsildoq va parodontitli bemorlarda nazorat guruhiga nisbatan solishtirilganda milk qonidagi oqsillar kontsentratsiyasi 92,27% ga musbat bo‘ldi ($R < 0,01$); tizimli qon oqimida esa 22,49% ($R < 0,05$); kaltsiyning mos bo‘lgan dinamikasi – 29,8% ($R < 0,01$) va 26,53% ($R < 0,01$); fosforniki – 23,28% ($R < 0,01$) va 29,8% ($R < 0,01$) ni tashkil etdi. Suyak to‘qimasidagi rezorbtsiyani ortishi rezident suyak fashfatazolari faolligini 50,22% ($R < 0,01$) va 43,83% ($R < 0,01$) ortishidan; ishqoriy fosfatazalar faolligini – remodelirlashini 41,48% ($R < 0,01$) va 97,56% ($R < 0,01$) pasayishi to‘g‘risida guvohlik beradi.

Po‘rsildoq fonidagi parodontit bilan og‘rigan bemorlarda biriktiruvchi to‘qimaning faol degradatsiyasi va kollagen almashinuvining buzilishi milk qonida umumiy OPning 24,76% ($R < 0,05$) ga ortishi va qon oqimi tarkibida 21,42% ($R < 0,05$) ko‘payishi; bog‘langan OP kontsentratsiyasini mos xolda

14,68% ($R < 0,05$) va 14,49% ($R < 0,05$) pasayishini; erkin OP fraktstiyasini– 172,25% ($R < 0,05$) va 227,07% ($R < 0,05$) ortishini namoyon etdi, bu mazkur oqsil parchalanishini sintezdan ustunligini aks ettirdi.

Jag‘ suyak to‘qimasining mineralizatsiya jarajasi umuman organizmning suyak to‘qimalari holatini aks ettiradi. Ushbu ko‘rsatkichni miqdoriy baholash suyak tizimi metabolizmining tashxislovchi mezoni bo‘lib xizmat qiladi. [79; C. 76-81]. Ortopantomogrammani densitometrik tekshirishlar bilan jag‘larning alveolyar o‘simtasi suyak to‘qimasining optik zichligini pasayishi aniqlanadi. Bunda, po‘rsildoqsiz GPLi bemorlarda jag‘ning suyak to‘qimasini zichligi nazorat guruhiga nisbatan 15,2% ($R < 0,05$)- 16,16% ($R < 0,05$) pasayganligi; po‘rsildoq fonidagi GPLi bemorlarda esa 27,53% ($R < 0,05$) – 29,64% ($R < 0,05$) kamayganligi kuzatildi. Po‘rsildoqli bemorlarda jag‘ning alveolyar o‘siimtasini mineral zichligin kuchayib boruvchi pasayishi to‘g‘risida olingan malumotlar glyukoindutsirlangan osteoporoz va parodontning mahalliy yallig‘lanish-destruktiv shikastlanishlari rivojlanishini patogenetik o‘zaro aloqasini aks ettiradi. Shu narsa aniqki, bu jarayonlar bir birini og‘irlashtiradi va tizimli osteotrop davolashning zaruriyatini belgilab beradi.

Po‘rsildoq fonidagi parodontitli bemorlarda gomeostazni tizimli buzilishlarini aniqlangan mexanizmlari, ushbu toifa bemorlarida parodontitni davolashdagi antioksidant, sorbtсион va antiostelporotik davolashlar tizimini zaruriyatini aniqladilar. Po‘rsildoqli bemorlarda olib borilgan standart va tizimli davolashning samaradorligini baholash uchun ular jins, yosh tarkibi, po‘rsildoqnidavom etish muddati va parodontitni og‘irlik guruhleri bir xilda bo‘lgan 2 guruhga ajratildi.

Po‘rsildoq bilan og‘rigan parodontitli barcha bemorlarda parodontitni davolashning umum qabul qilingan sxemasi amalga oshirildi, unda: og‘iz bo‘shlig‘ining sanatsiyasi, milk usti va milk osti tish qoplamalarini olib tashlash, shikastlantiruvchi omillarni bartaraf etish, tirnovchi komponentlarsiz bo‘lgan tish pastalari va yumshoq tish shetkalaridan foydalanish bilan og‘iz bo‘shlig‘i gigienasi qoidalarini o‘rganish ko‘zda tutiladi. «Metrogel-denta» mazli himoya-filtrlovchi bog‘lam ostida shikastlangan cho‘ntaklar sohasiga applikatsiyalar va fiziologik eritmalarda dezinfektsiyalovchi ozon kontsentratsiyalari (3 mg/l) bilan parodontal cho‘ntaklarni yuvish amalga oshirildi.

Nazorat guruhi bemorlari (14 nafar bemor) bayon etilgan sxema bo‘yicha davomli davolashlarni qabul qildilar.

Asosiy guruh bemorlari (15 nafar odam):

- regeneratsiyalovchi kontsentratsiyalar infuzion kiritish ko‘rinishida kun aro №5li ozonlashtirilgan fiziologik eritmadan (1,5 mg/l) 400,0 ml, tizimli antioksidant davolash;
- kunaro tomir ichiga 500,0 ml Reosorbilakt preparati bilan endotoksemiyanı tizimli faollashtirish;
- 6 oygacha kuniga 2 marta kaltsiy preparati Kaltsiy D3 Nikomed AO bilan osteotrop davolashlarni o‘z ichiga olgan qo‘shimcha davolash majmuasini qabul qildilar

Davolash boshlanguncha parodontning klinik holati va qiyosiy guruhlardagi parodontdan qon ketishi, gigiena, yallig‘lanish, destruksiya indeksining kattaliklari statistik ahamiyatli farqlarga ega bo‘lmadi ($R > 0,05$).

Klinik tadqiqotlar natijasida har ikki qiyosiy guruhdagi parodontning klinik holatini musbat dinamikasi kuzatildi. Shikoyatlar soni sezilarli pasaydi, bemorlarning umumiy ahvoli yaxshilandi. Milkning rangi tiklandi, milk soʻrgʻichlarining zichlashishi yuzaga keldi, qon ketishi pasaydi. Parodont holatini baholovchi klinik indekslarning sezilarli pasayishi qayd etildi.

Shuni takidlab oʻtish lozimki, davolashdan soʻng asosiy guruhdagi parodont holati koʻrsatkichlarining barcha oʻrganilgan indekslari, nazorat guruhining mos kattaliklaridan past holda, yuqori darajada ishonchli boʻldi ($R < 0,01$). Asosiy guruhdagi parodontni davolashni klinik samaradorlikni oʻrtacha yigʻindisi nazorat guruhining davolash samaradorligidan 27,79% ga oshdi. Bunda asosiy guruhdagi davolash samaradorligi $18,5 \pm 0,5$ kunni; nazorat guruhida – $23,6 \pm 0,62$ kunni, remissiyaning davomiyligi esa mos xolda - $6,3 \pm 0,22$ va $3,60 \pm 0,18$ ($R < 0,01$) oyni tashkil etdi.

Poʻrsildoqli bemorlarda parodontitni rivojlanish mexanizmlaridan biri boʻlib parodontni mahalliy yalligʻlanish- destruktiv shikastlanishini ogʻirlashishiga patogenetik sharoit yaratuvchi MSM va oksidlanmagan mahsulotlarni toʻplanishi, mahalliy hamda tizimli endogen zaharlanish hisoblanadi.

Majmuaviy davolashni ishlab chiqilgan usullarini qoʻllanishida MSM kontsentratsiyasi va LPO-AOT jarayonlari dinamikasini tadqiq qilish tizimli oqimdagi patologik siljishlarga ijobiy tasiri va mahalliyga uni koʻrsatadigan yuqori samaradorligini (milk qoni) namoyish etdi. Bunda asosiy guruhdagi LPO-AOT koʻrsatkichlarini buzilgan muvozanatini tiklanishini oʻrtacha yigʻindi samaradorligi nazorat guruhidagi xuddi shunday koʻrsatkichlardan

51,7%; tizimli qon oqimida 57,32%; MSM dinamikasida mos xolda 51,70 – 59,32% ni tashkil etdi.

Aniqlandiki, po‘rsildoqli bemorlarda parodontitni majmuaviy davolashga Kaltsiy D3 Nikomed dori vositalarini kiritilishi mahalliy va tizimli osteoporotik jarayonlarni meyorlashtiradi, kasalikkini rentgenologik turg‘unligiga va suyak to‘qimalarini regeneratsiyasi uchun sharoitlarni yaratadi.

Asosiy guruhdagi mineral almashinuv va suyak metabolizmi samaradorligini o‘rtacha yig‘indisi, nazoratdagi milk qonining mos bo‘lgan dinamikasidan 35,66% dan ortiqqa; qon aylanish tizimida esa >53,12% ga yuqori bo‘ldi.

Tadqiqot natijalari patologiyani davolash va oldini olish uchun dermatovenerolog va stomatologlarni ushbu kontingentni birgalikda kuratsiya qilishida po‘rsildoq va porodontning yallig‘lanish kasalliklari bilan og‘rigan bemorlar ustidan kuzatishlar olib borishda foydalanilishi mumkin.

Olib borilgan tadqiqotlarda parodontit va po‘rsildoqni kechish og‘irligini belgilovchi mahalliy va tizimli darajada murakkab gomostatik buzilishlarni patogenetik mexanizmlarini o‘zaro bog‘liqligi isbotlandi. Birgalikda kelgan patologiyani tizimli davolash zaruriyati isbotlandi.

Po‘rsildoq fonidagi parodontit bilan og‘rigan bemorlarni majmuaviy davolashni ishlab chiqilgan usullarini qo‘llanilishi har ikki kasallikni davolash va oldini olish nuqtai nazaridan asoslandi. Majmuaviy davolash komponentlari universal tizimli antioksidant, detoksikatsion va antiosteoporotik tasir ko‘rsatish xususiyatiga ega, buning natijasida esa

kasallikning klinik belgilari kamayadi va po‘rsildoq hamda parodontning yanada uzoq davom etuvchi remissiyasiga erishiladi.

Po‘rsildoq va parodontitni o‘z vaqtida davolash bunday bemorlarni davolash samaradorligini belgilab beradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI.

1. Abaskanova P.D. Perekisnoe okislenie lipidov i sistema antioksidantnoy zashchity membran eritrotsitov u organov s iskusstvenno vyzvannym parodontitom i vliyanie razlichnyx metodov lecheniya //Meditsina i obrazovanie v Sibiri.-2011.-№1.-S.2-7.
2. Andreeva L.I., Koshemanina L.A., Kishkun A.A. Modifikatsiya metoda opredeleniya perekisnyx lipidov v kosti s tiobarbituratovoy kislotoy // Laboratornoe delo.-1988.-№11.-S.41-43.
3. Atrushkevich V.G. Diagnostika i lechenie zabolevaniy parodonta pri narushenii mineralnogo obmena: Avtoref. dis...d-ra med.nauk. – Moskva, 2010.
1. Bakirov I.Sh., Rybin A.V., Potaturkina – Nesterova N. I., Nesterov A.O. Kliniko - immunologicheskie osobennosti bolnyx xronicheskimi dermatozami //Fundamentalnye issledovaniya. – 2010.-№4. – S. 17-21.
2. Baxmutova E.G., Umerova A.R., Tkachenko T.A., Dorfman I.P. Klinicheskiy sluchay vulgarnoy puzyrchatki v pojilom vozraste // Rossiyskiy meditsinskiy jurnal. – 2015. - №19 (05.10.2015).
3. Bezrukova I.V., Petruxina I.B. Ozonoterapiya v parodonto-logicheskoy praktike. – M.: OOO Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo,2008. – 88 s.
4. Blinnikova T.N., Soboleva L.A., Shuldyakov A.A. Perekisnoe okislenie lipidov u bolnyx parodontitom na fone xronicheskogo gepatita S //Uspexi sovremennogo estestvoznaniya.-2009.-№2.-S.26-28.
5. Bonevolskiy L.I., Lesnyak O.M. Osteoporoz: diagnostika, profilaktika i lechenie.-M.: GEOTAR-Media,2005.-176 s.
6. Borisenko A.V., Magomedov S., Ferenovna I.N., Shivoglyad A.A. Nekotorye pokazateli mineralnogo obmena u bolnyx generalizovannym parodontitom pervoy stepeni //Stomatologiya. – 2006.- №7. – S. 42-44.
7. Borovskiy E.V., Mashkilleyson A.L. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta. Puzyrchatka (Pemfigus).- M.: Medpress, 2001.-S. 177-183.

8. Burduli V.N. Otsenka stomatologicheskogo statusa u patsientov s osteoporozom 1 tipa i kardiovaskulyarnoy patologiyey: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk.-M.,2009.-23 s.
9. Burkashaev S.A. Xronicheskiy generalizovanny parodontit: metabolicheskie i immunologicheskie xarakteristiki: Avtoref. dis. ...kand. med.nauk.-Samara,2010.-23 s.
10. Vasilev A.Yu., Vorobev Yu.I., Truten V.P. Luchevaya diagnostika v stomatologii. -M.: Meditsina,2007. -496 s.
11. Vladimirov Yu.A., Archakov A.I. Perekisnoe okislenie lipidov v biologicheskix membranax.-M.:Nauka,1972.-251 s.
12. Gikoshvili X.I. Kliniko-diagnosticheskie kriterii i otsenka effektivnosti lecheniya xronicheskogo generalizovannogo parodontita u patsientov s xronicheskoy obstruktivnoy boleznuyu legkix: Avtoref. dis. ... kand. med.nauk.-SPb,2009.- 23 s.
13. Gorbacheva I.A. Kompleksnye podxody k lecheniyu bolnyx s sochetaemymi zabolevaniyami vnutrennix organov i vospalitelnymi porajeniyami parodonta: Avtoref. dis. ...d-ra med.nauk. – SPb, 2004. – 48 s.
14. Gorobets S.M. Primenenie osteotropnoy terapii v kompleksnom lechenii generalizovannogo parodontita u bolnyx s neyrotravmoy // Visnik stomatologii.-2010.-№2.-S.10.
15. Grashkina I.G., Grashkina V.A., Gorchakov D.A., Polodov V.Yu. Lechenie bolnyx akantoliticheskoy puzyrchatkoy // Tezisy II kongressa akusherov-genekologov, dermatovenerologov i urologov. – Novosibirsk,2009.-S.16-21.
16. Griбанова Т.В., Тиретинская В.А., Данилов С.И. Клинико-иммунологические особенности буллезных дерматозов // Тезисы 2 Форума НАДК.-Ростов н/Дону,2008.-S.87-91.
17. Grinin V.M., Karaxnyan V.T., Sundukov V.Yu., Bulyakov R.T. Osobennosti porajeniya tkaney parodonta u bolnyx sistemnoy krasnoy volchankoy // Rossiyskiy stomatologicheskij jurnal.-2011.-№3.-S.20-23.
18. Dervis E. Proyavleniya sistemnogo osteoporoza v polosti rta // DentaltribuneRussia.-2008.-№1.-S. 55-62

19. Dobrotina N.A., Kopylova T.V., Shchelchkova N.A. Xarakteristika funktsionalnogo sostoyaniya membran eritrotsitov pri endogennoy intoksikatsii u bolnyx xronicheskimi rasprostranennymi dermatozami // Fundamentalnyx issledovaniya. – 2010. - №21. – S. 39-44.
20. Dremalov B. M. Verifikatsiya tyajesti techeniya ozonogennyx gnoyno-vospalitelnyx protsessov chelyustno-litsevoy oblasti u ambulatornyx patsientov detskogo vozrasta na osnove ekspress otsenki endotoksikoza: Avtoref. dis. ... kand. med.nauk – Voronej, 2012.- 27 s.
21. Dubinina E. E. Produkty metabolizma kisloroda v funktsionalnoy aktivnosti kletok. – SPb: Med. Press., 2006.-397 s.
22. Dubinina E.E., Salnikova L.A. Aktivnost i izofermentnyy spektr lidazy eritrotsitov // Laboratornoe delo.-1983.-№10.-S.3-33.
23. Eroxin I. A., Shashkov B. V, Endotoksikoz v xirurgicheskoy klinike. – SPb: Logos, 2005. – S. 30-33.
24. Zaxarkin A. G. Narushenie lipidnogo metabolizma v formirovanii molekulyarnyx mexanizmov patogeneza xronicheskogo parodontita: Avtoref. dis. ...d-ra med.nauk. – M, 2012. – 43 s.
25. Zlobin D.P. Lechebnye vozmojnosti ozonoterapii v posleoperatsionnom lechenii ostrogo gnoynogo xolangita: Avtoref. dis. ...kand. med.nauk.-Perm,2004.-22 s.
26. Ivanov P.V., Malanin N.V, Stomatov A.V., Gribovskaya Yu.V. Antioksidantnaya terapiya v kompleksnom lechenii parodontita // Fundamentalnye issledovaniya.-2008.-№11.-S.23-27.
27. Karacheva Yu.V., Proxorenko V.I., Gabzash A.A., Chigodeykin G.P. Rol kletok Langergansa v morfogeneze puzyrchatki // Tezisy 2 Vserossiyskogo sezda dermatovenerologov.-SPb,2007.-S.104-105.
28. Kopylova T.V, Abduvalixina E.P., Shchelchkov N.A. Znachenie perekisnogo okisleniya lipidov v biologicheskix substratax dlya otsenki obmennyx protsessov pri psoriaze // Klinicheskaya laboratornaya diagnostika. -2007.- №11. –S. 20-23.
29. Kopylova T.V. Mexanizm endogennoy intoksikatsii i detoksikatsii organizma v norme i pri morfo-funktsionalnyx izmeneniyax v OOGM: Avtoref. dis. ... d-ra med.nauk.- Nijniy Novgorod, 2007. – 42 s.

30. Kopylova T.V., Dmitrieva O.N., Ximkina L.N., Panteleeva G.A. Okislitel'naya modifikatsiya belkov i oligopeptidov u bolnyx xronicheskimi dermatozami s sindromom endogennoy intoksikatsii // Fundamentalnye issledovaniya.-2009.-№6.-S.15-19.
31. Korolin M.A., Ivanova L.I., Mayorova I.G., Tokarev V.F. Metod opredeleniya aktivnosti katalazy //Laboratornoe delo.-1988.-№5.-S.16-19.
32. Koryakina E. V., Bologueva S. V. Molekuly sredney massy kak integralnyy pokazatel metabolicheskix narusheniy // Klinicheskaya i laboratornaya diagnostika. – 2004. №2. –S.3-8.
33. Krylova V. Yu. Otsenka sostoyaniya polosti rta u bolnyx bronxialnoy astmoy: Avtoref. dis. ...kand. med.nauk.- SPb, 2009 – 22 s.
34. Kubanova A. Klinicheskie rekomendatsii dermatologa.-M.: GEOTAR-Media,2006.-320 s.
35. Kubanova A.K., Kisina V.I., Blitun L.A., Vavilova A.M. Ratsionalnaya farmakologiya zabolevaniy koji i infektsiy, peredavaemyx polovym putem: Rukovodstvo dlya prakticheskix vrachey.-M.:Literatura,2008.-S.289-295.
36. Kungurov N.V., Koxan M.M., Kuklin I.A. Sposob lecheniya akantoliticheskoy puzyrchatki // Patent RF.Zayavka 2009100224/14, ot 11.01.2009.
37. Kutusheva D.R. Analiz chastoty i riska zabolevaniy tkaney parodonta u lits s sistemnoy mineralnoy plotnosti OOSM: Avtoref. dis. ...kand. med.nauk.-M.,2010.-23 s.
38. Latysheva S.V. Aktualnye osnovy diagnostiki zabolevaniy slizistoy obolochki polosti rta: uchebno-metodicheskoe posobie.-Minsk,2004.-60 s.
39. Latysheva S.V. fundamentalnye osnovy diagnostiki zabolevaniy slizistoy obolochki polosti RTA, Ucheb.-metod. posobie, - Minsk: BGMU, 2004. – 62
40. Libik T.V. Klinika, diagnostika i lechenie zabolevaniy parodonta u bolnyx krasnym ploskim lishaem slizistoy obolochki polosti rta: Avtoref. dis. ...kand. med.nauk.-Perm,2010.-23 s.
41. Mavlyanova Sh.Z., Ubaydullaeva A.A., Ismailov A.I. Retrospektivnyy analiz istoriy bolezni patsientov s razlichnymi formami puzyrchatki za

- period 1997-2007g.g.: po dannym NMDIV MZ RUz // Tezisy X Vserossiyskogo sezda dermatovenerologov. – M., 2008.-S. 49-53
42. Mazur I.P. Nekotorye aspekty patogeneza rezorbtsii alveolyarnogo grebnya pri generalizovannom parodontite // Parodontologiya.-1999.-№3.-S.19-23.
 43. Maxneva N.V., Belitskaya L.V. Autoimmunnye bulleznnye dermatozy i ix molekulyarno-biologicheskie misheni // Tezisy 2 Foruma NADK.-Rostov n/Donu,2009.-S. 25-26.
 44. Maxneva N.V., Belitskaya L.V. Fibrin kak marker tsitostaticheskogo deystviya immunnykh kompleksov pri autoimmunnykh bulleznnykh dermatozax // Tezisy 2 Foruma NADK.–Rostov n/Donu,2008.-S. 85-86
 45. Mashchenko I.S., Konovalova D.A. Effektivnost osteotropnoy terapii v kompleksnom lechenii generalizovannogo parodontita, assotsiirovannogo steroid-zavisimoy bronxialnoy astmoy // Visnik stomatologi.-2005.-№6.-S.28-32.
 46. Menshikov V.V. Laboratornye metody issledovaniya v klinike. Kaltsiy. Fosfor. Shchelochnaya fosfataza, izofermenty shchelochnoy fosfatazy. Kislaya fosfataza, fraktsii kisloy fosfatazy: Spravochnik.-M.:Meditsina,1987. -S.205-210; 264-272.
 47. Mershudov M.N., Shaxnabieva E.D. Patomorfologicheskaya xarakteristika myagkix tkaney parodonta u bolnyx xronicheskim parodontitom v sochetanii s bronxoobstruktivnymi zabolevaniyami // Novye tekhnologii v meditsine: Mater. 3 resp. nauch.-prakt. konf.-Maxachkala,2006.-S.418-421.
 48. Muxamedjanova L.R. Osobennosti diagnostiki, klinicheskogo techeniya i lecheniya generalizovannogo parodontita u bolnyx sistemnym (vtorichnym) osteoporozom: Avtoref. dis. ...d-ra med.nauk.-Kazan,2005.-48 s.
 49. Nazimova A.V. Rasprostranennost i lechenie osteoporoza u patsientov s somaticheskimi zabolevaniyami // Mejdunarodnyy endokrinologicheskij jurnal.-2010.-№6.-S.22-28.
 50. Nepomnyashchaya N.V. Povyshenie effektivnosti lecheniya xronicheskogo generalizovannogo parodontita: Avtoref. dis. ...kand. med.nauk.-Samara,2009.-32 s.

51. Padina M.V., Marishevskaya N.P., Toropova N.P., Lavrin I.G. Sostoyanie i nozologicheskaya struktura invalidnosti po prichine zabolevaniy koji // Tezisy X Vserossiyskogo sezda dermatovenerologov. – M., 2008.-S. 49-51.
52. Panteleeva G. A., Suzdaltseva I. V. Taktika lecheniya i reabilitatsii bolnyx akantoliticheskoy puzyrchatkoy // Rossiyskiy jurnal kojnyx i venericheskix bolezney. -2008. -№2. – S. 27-29.
53. Pastuxova N. K., Chalenko V. V., Romanishen A. F., Popov D. V. Sposob provedeniya plazmosorbtsii: Patent RF №2162344. Ot 27.01.2001.
54. Pereslegin I.A. Aktivnost antioksidantnyx fermentov v slyune zdorovyx detey // Laboratornoe delo. -1989. -№4.-S.20-22.
55. Petruxina N. B. Ispolzovanie «Immudona» i meditsinskogo ozona v kompleksnom lechenii vospalitelnyx zabolevaniy parodonta: Avtoref. dis. ... kand. med.nauk. - M., 2004.- 30 s.
56. Platonova A.N., Slesarenko N.A., Bakulev A.L. Vybor taktiki lecheniya bolnyx vulgarnoy puzyrchatkoy v zavisimosti ot aktivnosti gistologicheskogo protsessa i vyyavlennyx narusheniya // Tezisy X Vserossiyskogo sezda dermatovenerologov.-M.,2008.- S. 74-79.
57. Povoroznyuk V.V., Mazur I.P., Shulina P.L. Osteoporoz i zabolevaniya parodonta // Stomatologiya. – 2003. - № 8(76). – S. 31-35.
58. Povoroznyuk V.V. Zatosuvannya preparaiv kaltsiyu ta vitaminu D3 u profiilaktitsi talikuvanni osteoporozu // Ukrainskiy revmatologicheskij jurnal.-2001.-№3-4.-S.33-38.
59. Rabinovich O.F., Rabinovich I.M, Razjivis I.M. Puzyrchatka slizistoy obolochki rta // Klinicheskaya stomatologiya.-2006.-T.37.-№1.-S.34-38.
60. Reshetnikova T.B., Efremov A.V. Kompleksnaya terapiya akantoliticheskoy puzyrchatki // Rossiyskiy jurnal kojnyx i venericheskix bolezney.-M.,2005.-№5.-S.28-31.
61. Reshetnikova T.B., Lykova S. Vliyanie gormonalnoy terapii na sostoyanie immunnyy sistemy, chastotu i xarakter oslojneniy u bolnyx istinnoy akantoliticheskoy puzyrchatkoy v zavisimosti ot isxodnogo soderjaniya T-xelperov // Sibirskiy jurnal dermatologii i venerologii.-Tomsk,2004.-№5.-S.13-17.

62. Ryjova O.P., Korableva V.M., Burkashaev S.A. Sostoyanie slizistoy obolochki polosti rta i parodonta pri ximioterapii u bolnyx s xronicheskim mielolejkozom // Stomatologicheskij vestnik. -2008.-№6.-S.8.
63. Salimov O. R. Kliniko-funktsionalnye izmeneniya polosti rta pri puzyrchatke i osobennosti ix stomatologicheskogo lecheniya: Avtoref. dis... kand. med.nauk.- Tashkent, 2009. - 20 s.
64. Svishchevskaya E.V., Viskova N.Yu. Uchastie T-xelperov 2-go tipa v patogeneze autoimmunnoy puzyrchatki // Immunopatologiya i klinicheskaya immunologiya.-M.,2002.-T.23, №2.-S.112-115.
65. Svishchevskaya E.V., Golub O.A., Matushevskaya E.V. Novoe v patogeneze vulgarnoy puzyrchatki // Dermatologiya v Rossii: Tezisy X1 sezda dermatovenerologov i kosmetologov.-Ekaterinburg,2010.
66. Serebryakova L.E. Morfofunktsionalnaya xarakteristika kletok krovi pri vospalitelnyx zabolevaniyax parodonta: Avtoref. dis. ...kand. med.nauk.-M.,2004.-20 s.
67. Serebryakova L.E. Morfofunktsionalnaya xarakteristika kletok krovi pri parodontite // Materialy 10 i 11 Vseros. nauch.-prakt. konf. i trudy 8 sezda stomatologov assotsiatsii Rossii. – M., 2003.-S.239-240.
68. Silvestrova L.S. Kliniko-laboratornaya i morfologicheskaya xarakteristika patologiy parodonta pri sistemnoy krasnoy volchanke: Avtoref. dis. ...d-ra med.nauk.-M.,2006.-42 s.
69. Smirnova T.S., Dudko V.Yu., Smirnova I.O, Petuxova Ya.G. Trudnosti diagnostiki i prichiny retsidivov istinnoy akantoliticheskoy puzyrchatki // Tezisy 2 NPK Sankt-Peterburskie dermatovenerologicheskie chteniya. – SPb, 2008.-S. 91-93
70. Suzdaltseva I. V. Patogeneticheskaya rol endogennoy intoksikatsii pri istinnoy puzyrchatke, optimizatsiya ee terapii: Avtoref. dis. ... kand. med.nauk.- M., 2009.- 28 s.
71. Tebloeva L. M. Inektsionnyy metod ozonoterapii pri lechenii zabolevaniy parodonta: Avtoref. dis. ... kand. med.nauk.-M., 2005. – 23 s.
72. Teplyuk N.P., Potekaev N.N. Letalnyy isxod pri kortikosteroidnoy terapii akantoliticheskoy puzyrchatki v rezultate infektsionnyx

- oslojneniy // Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.- 2005. - №2.- S. 16-19.
73. Trofimova T.N., Gorapach I.A., Tsimbaristov A.V. Rentgenometricheskaya xarakteristika nijney chelyusti u bolnyx generalizovannym parodontitom i sistemnym osteoporozom // Parodontologiya.-2005.-T.35, №2.-S.23-26.
74. Chepurnyak O.N., Grebenyuk V.I., Krapivin O.S., Isakov O.V., Belogus A.P. Ispolzovanie kaltsiy sodержashchix preparatov v lechenii zabolevaniy tkaney parodonta // Pitanie eksperimentalnoi ta krinichnai meditsini: zb. st.-2010.-Vyp.14, T.1.-S.328-330.
75. Chernyshov V. N., Pustovolova L. M., Savisko A. A., Grebenkina N. A. Opredelenie stepeni endoksikoza v organizme cheloveka putem ispolzovanie neinvazivnoy texnologii // Klinicheskaya i laboratornaya diagnostika. – 1999.-№11.-S. 49-50.
76. Sharaev P.N. Metod opredeleniya svobodnogo i svyazannogo oksiprolina v syvorotke krovi // Laboratornoe delo.-1984.-S.283-285.
77. Shaxnabieva E.D. Kliniko-immunologicheskoe obosnovanie kompleksnogo lecheniya parodontita, sochetannogo s xronicheskoy obstruktivnoy boleznью legkix s primeneniempoliokasidona: Avtoref. dis. ... kand. med.nauk.-Maxachkala,2007.-23s.
78. Shogezova A.R. Izmeneniya markerov endotoksikoza u bolnyx abstsessami i flegmonami chelyustno-litsevoy oblasti // Fundamentalnye issledovaniya.-M.,2004.-S.94-95.
79. Shcherbich V.M., Konev V.P., Sulimov A.F. Vozmojnosti skringovoy otsenki sostoyaniya parodontita pri tsifrovoy densitometrii // Aktualnye voprosy sudebnoy meditsiny i ekspertnoy patologii.-Novosibirsk,2009.-Vyp.15.-S.76-81
80. Shcherbich V.M., Moskovskiy O.N., Konev V.P. Pokazateli kachestva kostnoy tkani v diagnostike bolezney parodonta // Saratovskiy nauchno-meditsinskiy jurnal.-2009.-T.8, №4.-S.588-590.
81. Yusifova N.A., Karimova I.A., Efendiev A.M. Opredelenie bioximicheskix pokazateley krovi u bolnyx puzyrchatkoy, oslojnennoy razvitiem glyukokortikoidnogo osteoporoza // Tezisy 1 Foruma meditsiny i krasoty.-M.,2008.-S. 111-114

82. Yarova S.P., Bessle A.A., Mazurina I.A., Prilutskaya Ya.D. Znachenie osteotropnoy terapii v profilaktike osteoporoza nijnechelyustnoy kosti kry's pri spontannom parodontite // Profilaktichna meditsina.-2002.-T.6, №1.-S.70.
83. Ahmad A.R., Spidelman Z., Cabacini L.A., Pozner M.R. Treatment of pemphigus vulgaris with rituximab and intravenous immunoglobulin // N. Engl. J. Med.-2006.-Vol.355.-P.1712-1719.
84. Aruna A.V., Hargovi L., Rashami D.P. Alloperic hematopoietic stem cell transplantation in pemphigus vulgaris: A single-center experience // Ind. J. Dermatol.-2012.-Vol.57, N1.-P.9-11.
85. Balica S., Bulai L., Fournie P. Is conjunctival mucous involvement a marker of severity in pemphigus vulgaris // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.-2012.-Vol.10.-P.1468-1483.
86. Benzad M., Möbs C., Kneisel A., Möller M. Combined treatment with immunoadsorption and rituximab leads to fast and prolonged clinical remission in difficult treated pemphigus vulgaris // Br. J. Dermatol.-2012.-Vol.166, N4.-P.844-852.
87. Bleiker T.O., Derby U.K. Low-dose rituximab is effective in pemphigus // Dermatol.-2010.-Vol.3, N55.-P.325-336.
88. Bracker M.D. How to get the most out of bone densitometry results can help assist fracture risk guide therapy // Postgrad. Med.-1998.-Vol.104.-P.77-79.
89. Chan L.S. Ocular and oral mucous membrane pemphigoid (cicatrical pemphigoid) // Clin. Dermatol.-2012.-Vol.30, N1.-P.34-37.
90. Chevalley T., Rizzoli R., Nydegger V. Effects of calcium supplements on femoral bone mineral density and vertebral fracture rate in vitamin D-repleted elderly patients // Osteoporosis Int.-1994.-N4.-P.245-252.
91. Culton D.A., Diaz L.A. Treatment of subepidermal immunobullous diseases // Clin. Dermatol.-2012.-Vol.30, N1.-P.95-102.
92. D'Agosto A., Latinia A., Carducci M. Evaluation of recombination antigen-based assays for diagnosis of bullous autoimmune diseases // Clin. Diagn. Lab. Immunol.-2004.-Vol.11.-P.762-765.
93. Dawson – Hughes B., Pappoulos Ed. S.E. Calcium, vitamin D metabolites //Osteoporosis.-Elsevier; Amsterdam;Lausanne;NY.,1996.-P.299-303.

94. de Simone C., Celdarola G., Cestriota M., Salmo M.P. Bullous pemphigoid in transplant recipient: is this a sign of allograft rejection? // Eur. J. Dermatol.-2012.-N5.-P.215-217.
95. Delvin H., Horner K. Mandibular radiomorphometric indices in the diagnosis of reduced skeletal bone mineral density // Osteoporosis Int.-2002.-N13.-P.373-378.
96. Di Zenzo G., Della Torre R., Zambruno G., Borradori L. Bullous pemphigoid: from the clinic to the bench // Clin. Dermatol.-2012.-Vol.30, N1.-P.3-16.
97. Djubojevic S., Lipozencic J. Autoimmune bullous diseases associations // Clin. Dermatol.-2012.-Vol.30, N1.-P.17-33.
98. Duurer M. Immunosuppressive therapy for autoimmune bullous diseases // Clin. Dermatol.-2012.-Vol.30, N1.-P.78-83.
99. Feldman R.J., Christen W.G., Ahmad A.R. Comparison of immunological parameters in patients with pemphigus vulgaris following rituximab and IBIC therapy // Br. J. Dermatol.-2012.-Vol.166, N3.-P.511-517.
100. Fumie H., Kazutoshi H., Noriko A. Case of mucous membrane pemphigoid characterized by circulating immunoglobulin A and immunoglobulin C autoantibodies to the gamma 2 subunit of laminin – 322 // J. Dermatol.-2011.-Vol.10.-P.1338-1354.
101. Ghodsi S.Z., Chams – Davatchi C., Daheshpajoon M. Quality of life and psychological status of patients with pemphigus vulgaris using Dermatology life quality index and general health questionnaires // J. Dermatol.-2012.-Vol.39, N2.-P.141-144.
102. Gina R., Chacon M.D., Alex G., Ortega-Loayza M.D. et al. Historical notes on endemic pemphigus in South America // Int. J. Dermatol.-2012.-Vol.5, N4.-P.477-484.
103. Gurta K., Woodley D.T., Chen M. Epidermolysis bullosa acquisita // Clin. Dermatol.-2012.-Vol.30, N1.-P.60-69.
104. Hitara J., Abe R.K., Hamasaka A. Intraepidermal neutrophilic IgA pemphigus successfully treated with dapsone // Eur. J. Dermatol.-2012.-Vol.56, N2.-P.112-114.

105. Intong L.R., Murrell D.K. In herited epidermolysis bullosa: new diagnostic, criteria and classification // Clin. Dermatol.-2012.-Vol.30.-N1.-P.70-77.
106. Kamiya K., Aoyama V., Shirafuji T. et al. Detection of antibodies against the non-calcium-dependent opitopes of desmoglin 3 in pemphigus vulgaris and teheir pathogenic significance // Br.J.Dermatol.-2012.-Vol.10.-P.1365-1368.
107. Kasperkiwicz M., Schmidt E., Zillikens D. Current therapy of the pemphigus graip // Clin. Dermatool.-2012.-Vol.30, N1.-P.84-94.
108. Kyoko H., Takashi K., Toshihicu H. Two cases of eritema oxsufativum multivorme associated with Chlamydia pneumonia infection // J. Dermatol.-2012.-Vol.39, N3.-P.306-308.
109. Laurel A., Leithauser M.F., Dija F., A case of pemphygys herpetiformes occurring a 9-year boys // Br. J. Dermatol.-2002.-N4.-P.1470-1473.
110. Lipozencic J., Ljubojevic S., Bucvic-Mokos Z. Pemphigoid gestations // Clin. Dermatol.-2012.-Vol.30, N1.-P.51-55.
111. Ljubojevic S., Lipozencie T.J. Pemphigus vulgaris: a review of treatment over 19-year period // J. Eur. Acad. Fermatol. Venerol.-2002.-Vol.16, N6.-P.599-603.
112. Lowry O.N., Rogenbrough N.G., Dass N.I. Protein measuirement with the Folinphenol reagent // J. Biol. Chim.-1951.-Vol.193, N1.-P.265-275.
113. Machan T., Schnafterberck P., Raible A. Magnetic resonance osteodensitometry in human noel bones: correlation with quantitative computed tomography using different measuring parameters // Insel Radiol.-2000.-Vol.7, N35.-P.393-400.
114. Maria P.C., Teresa M., Eapana A., Lopes-Zabalza M.J. Inhibition of FAK prevents blister formation in the neonatal mouse model of pemphigus vulgaris // Experimental. Dermatol.-2012.-Vol.21, N4.-P.254-259.
115. Maria Tores Garcia-Romero M.D., Victiria P., Werrth M.D. Randomized controlled trials needed for Bullous Pemphigoid I interventions // Arch. Dermatol.-2012.-Vol.148, N2.-P.243-246.

116. Marzano A.V., Trivisan V., Ellervainicher C. Evidence for vitamin D deficiency and increased fractures prevalence in autoimmune bullous diseases // Br. J. Dermatol.-2012.-N10.-P.1365-2133.
117. Miller P.D., Zapalowski C., Kular C.A., Delizikian J.P. Bone densitometry: the best way to detect osteoporosis and to monitor therapy // J. Clin. Endocrin.Metab.-1999.-Vol.84.-P.1867-1871.
118. Rose E. Intravenous dexamethasone cyclophosphamide pulse therapy in comparison with oral methylprednisolone azathioprine therapy in patients with pemphigus: results of a multicenter prospectively randomized study // J. Ftsch. Dermatol. Ges.-2005.-Vol.3, N3.-P.200-206.
119. Scully C., Challacombe S.T. Pemphigus vulgaris: update on etiopathogenesis oral manifestations and management // Crit. Rev. Biol. Med.-2002.-Vol.13, N5.-P. 397-408.
120. Seppänen A.O. Both bullous pemphigoid antigens are expressed in the central nervous system // Br. J. Dermatol.-2012.-Vol.166, N3.-P.511-517.
121. Setsuko M., Sandra R. Effect of a Single Cycle alternative dosing Regimen for Rituximab for recalcitrant pemphigus // Arch. Dermatol.-2012.-Vol.10.-P.1384-1396.
122. Shinsaku W.A., Hirohiko S., Hideaki W., Josuko S. Distinguishing between erythema multiforme major and Stevens-Johnson syndrome Toxic epidermal necrolysis immunopathologically // J. Dermatol.-2012.-Vol.10.-P.1346-1348.
123. Su-Ying Feng M.D., Liu Ji Ph. D., Rei-Ying Jin M.D. A case of IgA pustular pemphigus // Int. J. Dermatol.-2012.-Vol.51, N3.-P.321-324.
124. Toly P. Monquod H., Roujeau J.C. A single cycle of rituximab for the treatment of severe pemphigus // N. Engl. J. Med.-2007.-Vol.357.-P.545-552.
125. van Beck N., Knuth-Reha D., Altmeyer P. Diagnostics of autoimmune bullous diseases in German dermatology departments // IDDG. -2012.-Vol.10.-P.1610-1617.
126. Westermann L., Hügel R., Meier M. Glucocorticosteroid – resistant pemphigoid gestationis: Successful treatment with adjuvant – immuno-adsorption // J. Dermatol.-2012.-Vol.39, N2.-P.168-171.

127. Xuhua Tang M.D., Xinggi Zrang M.D. Drug induced pemphigus after six years of treatment with phenotip and carbamazepine // Int. J. Dermatol.-2012.-Vol.51, N4.-P.485-486.
128. Yesilova Y., Ucmar D., Seler S. Oxidative stress index play a key role in patients with pemphigus vulgaris // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.-2012.-Vol.10.-P.1468-1483.
129. Zebu A., Doutre M.S., Zesage F.X. Treatment of pemphigus with intravenous immunoglobulin // Ann. Dermatol. Venerol.-2009.-Vol.131, N11.-P.957-961.
130. Zeman J.S., Kalaaji A.N., Rogers R.S., Stone R.A. Pemphigoid nadularis: a case report // Cutis.-2011.-Vol.88, N5.-P.224-226.