

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

Қулёзма ҳуқуқи асосида

УДК: 616.314-002:615.03

Мустафоев Абдулложон Абдурасулович

ОДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ
ДАВОЛАШДА НОСТЕРОИД ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ ДОРИ
ВОСИТАЛАРИДАН КОМПЛЕКС ФОЙДАЛАНИШ

5510400 – Стоматология

Диссертация

Магистир

Илмий рахбар:

PhD Ф. А. Исматов

Самарқанд – 2023й

Қисқартмалар:

ОЯК - Одонтоген яллиғланиш касалликлари

ИЛ-1 - Интерлейкин-1

НЯҚВ - Ностероид яллиғланишга қарши воситалари

РРШ - Рақамли рейтинг шкаласи

Мундарижа:

КИРИШ.....	5
1.БОБ АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ.....	9
1.1 Одонтоген яллиғланиш касалликлари (ОЯК) патогенези тўғрисидаги замонавий тасаввурлар. Оғриқ ОЯКнинг асосий таркибий қисми сифатида. Яллиғланиш цитокинларининг ОЯК патогенезидаги аҳамияти.....	9
1.2. Одонтоген яллиғланиш касалликларини консерватив даволашнинг замонавий усуллари. Патогенетик ёндашув.....	14
1.3. Ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларининг замонавий тиббиёт ва стоматологиядаги ўрни.....	16
2.БОБ ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ.....	21
2.1 Клиник тадқиқотлар.....	21
2.1.1. Беморларнинг клиник текширувлари.....	22
2.2.Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларни текшириш.....	26
2.2.1.Оғриқ ҳиссини баҳолаш	26
2.2.2.Соғлом (кўнгилли) иштирокчиларни текшириш.....	28
2.3. Даволаш жараёни.....	28
2.3.1. Ацеклофенак ва Напроксен а трометамин воситаларини қўллаш услубиёти.....	28
2.3.2.Беморларни комплекс даволаш.....	29
2.4. Материалларни статистик таҳлил қилиш усуллари.....	32
3.БОБ ШАХСИЙ ТАДҚИҚОТЛАР НАТИЖАЛАРИ.....	32
3.1. Клиник тадқиқотлар натижалари.....	32
3.2. Клиник тадқиқотлар натижалари.....	33
3.3. Одонтоген яллиғланиш касалликларига чалинган беморларни даволаш натижалари.....	37
3.3.1. Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларни НЯҚВ (Ацеклофенак) моно-курсдан фойдаланиб даволаш натижалари. Яллиғланишнинг умумий ва маҳаллий белгилари динамикаси.....	37

3.3.2. Одонтоген яллиғланиш касалликлари аниқланган беморларда Напроксен трометамин ва Ацеклофенак воситалари билан ўтказилган узлуксиз даволаш курси натижалари.....	44
3.3.3. Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларни анъанавий усуллар ёрдамида даволаш натижалари (таққослаш гуруҳи).....	49
3.4. Оғиз суюқлигининг одонтоген яллиғланиш касалликларини даволаш учун ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларининг турли схемаларидан фойдаланилгандаги иммунологик кўрсаткичларини мониторинг қилиш.....	53
4.БОБ НАТИЖАЛАРНИ МУҲОКАМА ҚИЛИШ.....	58
4.1. Клиник тадқиқотлар натижалари муҳокамаси.....	58
ХУЛОСАЛАР.....	59
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	60
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....	61

Кириш

Жарроҳлик стоматологияси амалиётида одонтоген яллиғланиш касалликлари энг кўп учрайдиган нозология ҳисобланади. Улар сирасига жағлар альвеолити (K10.3), жағнинг ўткир йирингли периостити (K04.6), ўткир периодондит (K05.2), ретенирланган тишлар (K01) каби яллиғланиш касалликларини киритиш мумкин.

Одонтоген яллиғланиш касалликлари юз-жағ соҳаси тўқималари хусусиятлари, жумладан, кенг кўламли иннервация ва васкуляризацияга боғлиқ кучли оғриқ ҳисси билан ифодаланади.

Оғриқ ҳисси жадаллигини одонтоген яллиғланиш касалликларини даволаш учун ўтказиладиган жарроҳлик аралашуви пайтидагина эмас, балки операциядан кейинги даврда ҳам оқилона тартибда қолдириш талаб этилади.

Кучли оғриқ организмнинг деярли барча муҳим аъзоларига тушадиган юкламани кучайтиради. Гап, биринчи навбатда, вегетатив тизим реакцияси ва у билан боғлиқ тахикардия, юрак мушаклари фаолиятининг кенгайиши ва юракнинг кислород истеъмоли хусусияти ҳақида кетмоқда. Операциядан кейинги даврда нотўғри оғриқсизлантириш нафас, эндокрин аъзолар ва иммун тизими фаолиятининг бузилиши, организм қуввати захираларининг тугашига олиб келади, шунингдек, нафас олиш қийинлашиши синдроми, ичак парези, кардиоваскуляр ҳалокатлар сингари ҳаёт учун хатарли ҳолатларнинг ривожланиши хавфини оширади (А. А. Тимофеев, 2020; А. М. Овечкин, С. В. Свиридов, 2017; Э. 8с1ш& 2018; Е. В. Зорян, С. А. Рабинович, 2017).

Қатор илмий тадқиқотлар муаллифлари оғриқни даволашда этиопатогенетик тамойилларга риоя қилиш зарурлигини таъкидлашади (И. В. Багдасарова, 2019; М. Л. Кукушкин, 2016; Р. М. Балабанова, 2017; А. М. Беловол, 2017).

Жарроҳлик муолажасидан кейинги оғриқни ҳосил қиладиган омиллардан бири операциядан олинган жароҳатларда ажраладиган медиатор-алгогенлар (простагландинлар, кининлар) томонидан қўзғатиладиган кўплаб периферик ноцицепторлар ҳисобланади (Л. Н. Максимовская ва ҳаммуаллифлари., 2017).

Шу сабабли, периферик таъсирга эга анальгетиклар — юқорида кўрсатилган периферик алгогенлар ингибиторлари жарроҳликнинг турли соҳаларида қўлланиладиган оғриқсизлантириш жараёнининг таркибий қисми саналади.

Билдирилган мулоҳазаларни инобатга олиб, операциядан кейинги оғриқни даволашда ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ва асосли эканини таъкидлаш мумкин.

Анъанага кўра, одонтоген яллиғланиш касалликларини даволашда ностероид яллиғланишга қарши дорилар микробга қарши воситалар билан уйғунликда қўлланилади, чунки яллиғланиш жараёни кўпинча патоген ёки шартли-патоген микрофлора таъсирида ривожланади. Лекин кўрсатилган воситалар яллиғланиш жараёнига билвосита ва унинг патогенези алоқаларини ўзгартирмаган ҳолда таъсир кўрсатади, унинг асосий белгиларини бартараф қилмайди, шунингдек, жиддий ножўя таъсирлар тўпламига эга.

Таъкидлаш ўринлики, бу тоифага кирувчи дориларни қўллаш терапия жараёнига пробиотиклар, антигистамин ва замбуруққа қарши воситалар, иммуномодуляторларни ҳам киритишни талаб этади. Шу билан бирга, турли дори воситаларининг ўзаро таъсирга киришиш имкониятларини ҳисобга олиш керак. Бу эса, нафақат оқилона ва самарали, балки хавфсиз фармакотерапияни танлашни қийинлаштиради. Ушбу масала, биринчи навбатда, соматик патологияга эга беморлар гуруҳи учун аҳамиятлидир.

Бундай ташқари, ушбу гуруҳ воситаларини қўллаш схемалари, мезонлари, терапиянинг оптимал давомийлиги ишлаб чиқилмаган, улардан амбулатор жарроҳлик стоматологиясида фойдаланиш бўйича тавсиялар шакллантирилмаган.

Бизга маълум адабиётларда одонтоген яллиғланиш касалликларини даволашда ностероид яллиғланишга қарши воситалар қўлланилганда оғиз суюқлигининг иммунологик фаоллиги юзасидан маълумотларни учратмадик. Хусусан, секретор иммуноглобулин А, интерлейкин-4, интерлейкин-1 (3), ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари ёрдамида жағ альвеолити, ўткир йирингли периостит, ўткир периодондит, ретенирланган тишларни

даволашдаги умумий оқсил омиллари ўрганилмаган. Бу эса мазкур тадқиқотни ўтказиш учун асос бўлиб хизмат қилди.

Тадқиқот мақсади.

Одонтоген яллиғланиш касалликларини ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан фойдаланиб даволаш самарадорлиги ва хавфсизлигини ошириш.

Тадқиқот вазифалари

1. Одонтоген яллиғланиш касалликларига чалинган беморлардаги оғриқ ҳисси кучини ўрганиш. Оғриқ ҳисси жадаллигини ҳисобга олган ҳолда, турли ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларини қўллаш бўйича кўрсатмаларни аниқлаш.

2. Ацеклофенак ностероид яллиғланишга қарши дори воситасини қўллаш схемасини ишлаб чиқиш ва унинг одонтоген яллиғланиш касалликларини даволашдаги клиник ва анальгетик самарасини баҳолаш.

3. Напроксен ва ацеклофенак ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан кетма-кетликда фойдаланиш схемасини ишлаб чиқиш ва уларнинг одонтоген яллиғланиш касалликларини даволашдаги клиник ва анальгетик самарасини баҳолаш.

4. Оғиз суюқлигининг иммунологик кўрсаткичлари, хусусан, секретор иммуноглобулин А, интерлейкин-1 (3), интерлейкин-4, шунингдек, одонтоген яллиғланиш касалликларини даволашда ностероид яллиғланишга қарши воситаларни қўллашнинг турли схемаларидан фойдаланишдаги умумий оқсил даражасини соғлом кўнгиллилар гуруҳига қиёсан баҳолаш орқали мониторинг қилиш.

5. Одонтоген яллиғланиш касаллиги билан оғриган беморларни ностероид яллиғланишга қарши воситалар билан даволашда яллиғланиш жараёнининг клиник белгилари ва оғиз суюқлиги иммунологик кўрсаткичларининг корреляцион таҳлилини амалга ошириш.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ

Клиник тадқиқотлар қуйидаги таркибий қисмларни ўз ичига олади:

Тадқиқотлар жойи: СамТУ Оғиз бушлиғи жарроҳлик ва дентал имлантология кафедраси.

Тадқиқотнинг лабораторияда ўтказиладиган иммунологик усуллари

Ностероид яллиғланишга қарши воситаларни қўллаш

Статистикаси

Амалий аҳамияти.

Ўтказилган тадқиқотлар натижасида клиник амалиётга жағлар альвеолити (K10.3), жағнинг ўткир йирингли периостити (K04.6), ўткир периодондит (K05.2), ретенирланган тишлар (K01) каби одонтоген яллиғланиш касалликларини напроксен ва ацеклофенак каби ностероид яллиғланишга қарши носелектив ва селектив воситалардан кетма-кетликда фойдаланишга асосланган янги, самарали даволаш усули таклиф этилди.

Ацеклофенак ва напроксен ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан одонтоген яллиғланиш касалликларини даволашда оғриқ ҳисси кўлами ва патология табиатидан келиб чиқиб фойдаланиш схемасини ишлаб чиқиш режалаштирилмоқда.

1 БОБ

АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ

1.1 Одонтоген яллиғланиш касалликлари (ОЯК) патогенези тўғрисидаги замонавий тасаввурлар. Оғриқ ОЯКнинг асосий таркибий қисми сифатида. Яллиғланиш цитокинларининг ОЯК патогенезидаги аҳамияти.

Сўнгги йилларда қўлга киритилган муваффақиятларга қарамай, оғриқ синдроми жиддий тиббий муаммо сифатида қолмоқда. Аниқланишича, аҳолининг тахминан тўртдан уч қисми ҳар куни оғриқ сезади ва чораги буни ўткир оғриқ сифатида ифодалайди (Г. И. Лисенко, В. И. Ткаченко, 2018; Н. А. Шостак, 2018; А. М. Беловол, 2017). Оғриқ, табиийки, турли ихтисосликка эга шифокорлар кундалик амалиётда мунтазам дуч келадиган шикоятлар сирасига киради (В. Л. Голубев, 2016; Е. В. Зорян, С. А. Рабинович, 2017).

Бош ва бўйин соҳасидаги оғриқларнинг ўзига хос хусусияти асосий касалликнинг кечишини оғирлаштирадиган минтақавий иннервациядан келиб чиқадиган вегетатив бузилишларнинг муқаррар мавжудлиги билан тавсифланади ва ўз навбатида, вегетатив дисфункцияни янада кучайтиради (Л. А. Медведева, 2018).

Оғриқ патофизиологияси тўғрисидаги янги маълумотлар яллиғланиш жараёнининг улкан ролини, жумладан, ўтказилган жарроҳлик аралашувидан кейинги аҳамиятини ҳам инфекцион, ҳам травматик жиҳатдан алоҳида таъкидлайди (Эе Соск, 2017).

Юз-жағ соҳасида юзага келган яллиғланиш жараёнлари уларнинг анатомик тузилишидан келиб чиқадиган бир қатор хусусиятлар билан фарқланади. Хусусан, нафақат оғриқ ҳисси, балки яллиғланишнинг клиник белгиларини янада кучлироқ намоён қиладиган қон таъминоти ва иннервацияни ҳам қайд этиш ўринлидир. Бундан ташқари, оғиз бўшлиғидаги яллиғланиш жараёни кечиши табиатига овқатланиш, сухбатлашиш пайтидаги доимий механик таъсир, бактериялардан кучли зарарланиш, тузилмаси турлича тўқималар ва ёпиқ бўшлиқнинг мавжудлиги сингари маҳаллий тажовузкор

шарт-шароитлар таъсир кўрсатади (П. В. Сидельников, 2016). Ушбу тажовузкор муҳит оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати хусусиятини ҳам белгилаб беради.

Оғиз бўшлиғи тўқималарининг табиий номахсус ва махсус резистентлиги механизмида фагоцитлар (мононуклеар ва полинуклеар), интерферонлар, пропердин, Т-лимфоцитлар ва иммунорегуляторлар - интерлейкинлар, лимфокинлар, простагландинлар, В- лимфоцитлар иштирок этади. Ҳимоялаш самарадорлиги шиллиқ қават яхлитлиги, лимфа тизими ҳолати ва лимфоид тўқималар жавобини белгилайдиган қурилмаси, микрофлора, шунингдек, биринчи ҳимоя чизиғининг гуморал омили - секретор иммуноглобулин А сингари кўплаб омилларга боғлиқ (А.2017).

Секретор иммуноглобулин 1965 йили Т. Тошаз 1 ва унинг ҳаммуаллифлари томонидан кашф қилинди. Секретор иммуноглобулин шиллиқ қават плазма ҳужайралари томонидан ишлаб чиқарилади ва уни антиген табиатнинг бегона агентларидан ҳимоя қилади, микроорганизмлар, уларнинг токсинлари, озиқ-овқат маҳсулотлари ва бактериал аллергенларнинг шиллиқ қаватига ёпишиши олдини олиш қобилиятига эга, бу эса уларнинг организм ички муҳитига кириб боришини тўсади.

Яллиғланиш ва иммун реакциясининг молекуляр даражадаги бевосита алоқаси уларда иммунитет ва яллиғланишнинг умумий медиаторлари борлиги билан белгиланади. Яллиғланиш жараёни уни келтириб чиқарувчи ва яллиғланишга қарши медиаторлар ўртасида жуда нозик ва тартибга солинадиган мувозанат бўлиб, у таъсирланишнинг зарарли жиҳатларини бартараф қилиш ва ўз тўқималарининг шикастланишини камайтиришга хизмат қилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати таъсирлантирувчи омилларга ҳужум қиладиган ва улар етказадиган зарарни камайтирадиган кўп сонли яллиғланиш медиаторларини экспрессия қилишга қодир.

Цитокинлар – бу яллиғланиш жараёнида ҳужайралараро ва тизимлараро қисқа муддатли мувофиқлаштиришни амалга оширадиган оксил ва пептид омиллар бўлиб, улар бошқа ҳужайралар ва тўқималарни фаоллаштиради,

бошқаради ёки рағбатлантиради. Цитокинлар хужайраларнинг яшовчанлиги, уларнинг ўсишини рағбатлантиради ва ингибиция қилади, фарқланиши, функционал фаоллиги ва апоптозини белгилайди. Қайд этилган функцияларни ингибиция қилиш қобиляти цитокинлар ва қўшимча рецепторларнинг хужайра юзасидаги ўзаро таъсиридан сўнг шаклланади, хужайралар ичидаги трансдукция элементлари орқали сигнал ядрога юборилади ва тегишли генлар фаоллашади. Оқсиллар, цитокинлар фаоллаштирган ген маҳсулотлари хужайралар томонидан синтез қилинади ва қайд этилган жараёнларни тартибга солади.

Яллиғланиш жараёнида аксини топган аксарият цитокинлар яллиғланган хужайралар (моноцитлар/макрофаглар, лимфоцитлар, нейтрофиллар) томонидан ишлаб чиқарилади, лекин айрим яллиғланмаган хужайралар (фибробластлар, эндотелиал хужайралар) ҳам бунга қодир. Цитокинлар секрецияси – генлар томонидан аниқланган рецепторлар ташаббуси билан бошланган қисқа муддатли, ўз-ўзини чекловчи жараён.

Функционал таснифга кўра, цитокинларнинг ҳар-хил йўналишдаги икки тури мавжуд: яллиғланишни келтириб чиқарувчи ва яллиғланишга қарши.

Макрофаглар/моноцитлар, шунингдек, фибробластлар, эндотелиал, дендрит хужайралар, табиий киллер-хужайралар, В-хужайралар томонидан ишлаб чиқариладиган интерлейкин-1 (ИЛ-1) яллиғланишга қарши цитокин намунаси дир. ИЛ-1 икки изошаклда мавжуд: ИЛ-1а ва ИЛ-1 р.

ИЛ-1 лейкоцитларнинг эндоген пирогени, эндоген медиатори сифатида иситма, ўткир фаза оқсиллари синтези сингари тизимли ўзгаришларни ҳосил қилади, гипералгезияни рағбатлантиради.

ИЛ-1 маҳаллий даражада Т-хужайраларни фаоллаштиради ва уларни ИЛ-2 ва простагландинлар ишлаб чиқаришга рағбатлантиради. ИЛ-1 ўсмалар некрози омили билан бирга эндотелиал хужайраларни фаоллаштиради ва уларнинг мембранасида адгезив молекулалар экспрессиясини юзага келтиради ва шу орқали яллиғланган хужайраларни шикастланиш жойига жалб қилишда ёрдам беради.

ИЛ-1/3 биологик таъсири лимфоцит ва макрофагларни фаоллашиши, хужайра адгезиясининг кучайиши ва яллиғланишнинг ўткир фазаси ривожланишида намоён бўлади.

Интерлейкин ИЛ-1Р яллиғланишга қарши бошқа цитокинлар билан бирга хужайрадан ташқаридаги матрица деградациясида иштирок этади, шиллиқ қават тўқималари парчаланиши ва ўз-ўзини қўллаб-қувватлайдиган яллиғланиш жараёни ривожланишига таъсир кўрсатади (Ни У, 2018).

Цитокинларнинг II тури - яллиғланишга қарши. Улар яллиғланишга қарши цитокинлар фаоллигини тартибга солади.

Интерлейкин-4 (ИЛ-4) яллиғланишга қарши цитокин намунаси. Семиз хужайралар, эозинофиллар, Т-хужайралар ИЛ-4 манбасидир. Бундан ташқари, ИЛ-4 синтези кўпинча Т_H хужайраларининг (Т-ёрдамчиларнинг) Т_H2 турига мансуб субпопуляция билан ҳам боғлиқликда кўрилади. Моноцитлар, эндотелиал хужайралар, фибробластлар, Т-хужайралар, В- хужайралар ИЛ-4 учун нишон-хужайралардир. Хусусан, ИЛ-4 В-лимфоцитлар ўсиши ва дифференциацияси, шунингдек, улардаги антитаналар биосинтезини тартибга солади. Иммуноглобулинлар ва I β E синтезини сезиларли даражада кучайтиради, интакт Т-хужайралар яшовчанлиги ва ўсишини қўллаб-қувватлайди, цитотоксик Т-лимфоцитлар фаоллигини оширади, гемопоэз прекурсорлари пролиферациясини қувватлантиради. CD4⁺ Т_H тури дифференциацияси ва улар томонидан цитокинлар ишлаб чиқарилиши антагонистидир. ИЛ-1, ИЛ-6 (ўсма некрози омили), ИЛ-6 — макрофаглар ва цитокинлар фаоллигини бостиради, яъни яллиғланишга қарши самара кўрсатади. Цитокиннинг терапевтик салоҳияти унинг хужайравий ва гуморал иммунитетни тиклаш қобилияти билан боғлиқ.

Сўнгги ўн йилликда иммунологик механизмларнинг оғриқ ривожланишидаги муҳим ролини исботлайдиган асосли ва етарлича маълумотлар тўпланган. Жумладан, Ое Сосис (2017) неврал/иммун муносабатларнинг жарроҳлик операциясидан кейинги оғриқ ва гипералгезия генезисида ҳал қилувчи роль ўйнашини таъкидлайди. В. А. Евсеев ва унинг

хаммуаллифлари маълумотларига кўра (2017), гипералгезия цитокинлар воситасидаги адаптив ўзгаришларга кирадиган таркибий қисм сифатида кўрилади.

Тажриба жониворларига интерлейкин-1, интерлейкин-6, ЎНОни экзоген тартибда киритиш оғриқ синдромини юзага келтиради ва бу жараён уларнинг рецепторлари антогонистларини юбориш орқали бартараф қилинади. Ю. Б. Абрамов (2018) турли цитокинларнинг оғриқ пайдо бўлишидаги иштирокини тасдиқларкан, инфекциялар, яллиғланиш ва жароҳатларда периферик иммун хужайралар оғриқни кучайтирадиган цитокинлар ишлаб чиқаришини эътироф этади. Улар глиал хужайралар воситачилигида миёда яллиғланишга қарши цитокинлар ишлаб чиқарилишини рағбатлантиради. Бундан ташқари, бир катор цитокинлар (жумладан, ИЛ-1Р) ноцицепторлар сенсibiliзациясида қатнашади.

Шундай қилиб, бир томондан, яллиғланишга қарши цитокинлар, бошқа тарафдан яллиғланишга қарши медиаторларни ўз ичига олган цитокин бўрони тўқималар шикастланиши патогенези асоси, ҳам инфекцион, ҳам травматик генезис пойдевори ҳисобланади. Цитокинларнинг ҳаддан ташқари кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши тизимли яллиғланиш реакцияси ва гипералгезия ривожланишига олиб келади. Хусусан, яллиғланиш медиаторларнинг тизимли таъсири (гипераутокоидия) септик шок, сурункали оғриқ ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Тизимли қон оқимида интерлейкин-1 ва интерлейкин-2, ўсмалар некрози омилнинг катта миқдорда мавжудлиги жиловсиз қусиш, ич кетиши, гиперкалиемиа, жигар етишмовчилиги, гипотензия, ацидозни юзага келтиради (П. Ф. Аверьянов, А. Г. Чиж, 2016).

Организм яллиғланиш медиаторларининг тизимли таъсиридан қочиб, уларни ингибиция қилиш механизмини кучга киритади. Хусусан, яллиғланишга қарши цитокинлар тизими фаоллашади (Секачева М. И., Буеверов А. О., 2019). Шундан келиб чиқиб, яллиғланиш касалликларини ўрганишда ҳам яллиғланишни келтириб чиқарадиган, ҳам унга қарши цитокинларни тадқиқ қилиш аҳамиятлидир, чунки икки қарама-қарши

гуруҳлар ўртасидаги мувозанат кўп жиҳатдан яллиғланиш жараёнининг кечиши ва оқибатини белгилайди (А. С. Симбирцев, 2020).

ИЛ-1Р ва ИЛ-4 цитокинлари организм ҳимоясини шакллантириш ва тартибга солиш, гомеостазни қўллаб-қувватлашда иштирок этадиган маҳаллий пептид медиаторлар бўлиб, уларнинг даражасини табиий суюқликлар – организм секрецияларида ўлчаш мақсадга мувофиқдир.

Қолаверса, цитокинларни бевосита яллиғланиш ўчоғида ўрганиш уларнинг ташхис қийматини сезиларли даражада оширади (М. Л. Маренкова ва ҳаммуаллифлари., 2018). Шундан келиб чиқиб, оғиз бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнларини ўрганишда аралаш сўлакдаги цитокин даражасини аниқлаш муҳим аҳамият касб этади. Бундан ташқари, оғиз суюқлигидаги цитокинлар таркиби уларнинг қондаги даражаси билан боғлиқ эмаслигини инобатга олиши зарур, чунки бу оғиз бўшлиғининг маҳаллий иммунитетини мустақиллигини кўрсатади, шу билан бирга, уни алоҳида ўрганишни талаб этади.

Шундай қилиб, оғиз бўшлиғи шиллик қаватини "иммунитет тизими таркибига кирган аъзо" сифатида эътироф қилиш мумкин. Аралаш сўлакдаги иммуноглобулинлар, интерлейкинлар сингари иммун ҳимоя кўрсаткичлари орқали шиллик қават ҳолати, ҳар бир одамда муайян ирсий детерминизмга эга иммунитет саломатлигини баҳолаш имкони мавжуд.

1.2. Одонтоген яллиғланиш касалликларини консерватив даволашнинг замонавий усуллари. Патогенетик ёндашув.

Одонтоген яллиғланиш касалликларининг ўткир даврида ҳам, жарроҳлик операциясидан кейин ҳам кучли оғриқ кузатилади, бу эса даволовчи шифокордан самарали ва хавфсиз ёрдамни талаб этади. Микробга қарши дори воситалари одонтоген яллиғланиш касалликларини даволашнинг таркибий қисми бўлиб, бу кўпинча юз-жағ соҳасидаги яллиғланиш жараёнининг юқувчи табиати билан боғлиқ. Лекин антибиотиклар асосий яллиғланиш белгиларини бевосита бартараф қилмайди, шу сабабли, улар анельгетиклар ва турли

яллиғланишга қарши воситалар билан биргаликда қўлланилади (Е. В. Зорян, С. А. Рабинович, 2017).

Бундан ташқари, бу гуруҳга кирган дори воситаларидан фойдаланиш даволаш муолажалари таркибига дисбактериознинг олдини олиш учун пробиотиклар, организмнинг иммуно-биологик реактивлигини меъёрлаштириш учун иммуномодуляторлар, шунингдек, антигистамин ва замбуруққа қарши воситалар киритишни талаб этади. Шу билан бирга, турли дори воситаларининг ўзаро таъсирини инобатга олиш зарур. Буларнинг барчаси, айниқса, соматик патологияларга эга беморлар учун оқилона, нафақат самарали, балки хавфсиз фармакотерапияни танлашни қийинлаштиради.

Бактерияга қарши воситаларни қўллаш кўп сонли ножўя таъсирларни келтириб чиқариши шифокорларни яллиғланиш касалликларини дори воситалари билан даволашнинг енгилроқ усулларини излашга ундайди.

Бугунги кунда оғриқни қолдириш учун қўлланиладиган наркотик анальгетиклар ва психотроп воситалардан фойдаланиш имконияти ва уларнинг айланмаси давлатнинг мураккаб назорат тизими билан чегараланган. Бундан ташқари, анальгетик даволашнинг замонавий ва оқилона терапияси концепцияси оғриқ синдроми патогенезининг турли бўғинларига таъсир кўрсатишни назарда тутди. Унинг биринчи босқичи – шикастлантирувчи омил таъсирини бартараф қилиш, шунингдек, организмнинг зарарланишга қарши реакциясини оғриқ ва яллиғланиш медиаторлари синтезини тўсадиган воситалардан фойдаланиб бостиришдан иборат (А. М. Беловол, 2017).

Шу боис, яллиғланиш жараёнларидан келиб чиққан оғриқ синдромлари фармакотерапиясида ностероид яллиғланишга қарши воситалардан (НЯҚВ) кенг қўламда фойдаланилади. НЯҚВ яллиғланишнинг жавоби, шу жумладан, жарроҳлик жароҳатига нисбатан реакцияни бостириш ҳисобига периферик ноцицепторлар сезувчанлигининг ривожланишига тўсқинлик қилади (Л. Н. Максимовская, 2017).

Хулоса қилиш мумкинки, НЯҚВ оғриқнинг патогенетик терапияси воситалари ҳисобланади ва амбулатор жарроҳликда анальгезия учун қўллаш мумкин дорилар гуруҳига киради.

1.3. Ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларининг замонавий тиббиёт ва стоматологиядаги ўрни

Юқорида қайд этилган воситаларнинг яллиғланишга қарши яққол фаоллиги лизасома мембранасининги барқарорлашиши (бу лизосомал ферментлар чиқишига тўсқинлик қилади ва ҳужайраларни шикастланишдан асрайди), нейтрофиллар агрегациясининг тормозланиши, АТФ маҳсулотлари ва яллиғланиш медиаторларининг камайиши билан боғлиқ. Хусусан, НЯҚВ оғриқ ва яллиғланиш синдромларининг пайдо бўлиши, динамикаси ва натижасини белгилайдиган асосий медиаторлар сирасига кирувчи простагландинлар ва эйкозаноидлар синтезини тўсиб, циклоксигеназа (ЦОГ) ферментини ингибиция қилади. Бундан ташқари, НЯҚВ таъсирида яллиғланишнинг экссудатив босқичи бостирилади, пролиферация босқичи пасаяди, коллаген синтези камаяди (И. В. Молчанов ва ҳаммуал., 2017).

НЯҚВ узоқ давр мобайнида периферик анальгетиклар сифатида кўрилган, лекин кейинчалик уларнинг марказий таъсири, жумладан, иккиламчи гипералгезия ривожланишини тўхтатувчи қобилияти тўғрисида маълумотлар олинди. Бу ноцицептив рағбатлантиришга нисбатан таламик жавобни бостириш ва орқа мия суюқлигидаги простагландинлар даражасини оширишга тўсқинлик қилиш ҳисобига амалга оширилади. Қўлга киритилган энг янги маълумотлар НЯҚВ циклооксигеназа метаболизмини чеклаш билангина кифояланмайди, улар силлиқ мушаклардаги Са мобилизацияси билан боғлиқ ПГ синтезига фаол таъсир кўрсатади (И. М. Щербенков, 2019).

Оғриқ қолдириш хусусиятлари, яллиғланишга қарши самарасининг бирлашиши, шунингдек, иситмани тушириш қобилияти мавжудлиги юз-жаф соҳасидаги яллиғланиш касалликларини даволашда ҳам муҳим аҳамият касб этади, бу эса ностероид яллиғланишга қарши воситалардан стоматология

соҳасида ҳам кенг кўламда фойдаланишни таъминлайди (Е. В. Зорян, С. А. Рабинович, 2017; Л. Н. Максимовская ва ҳаммуал., 2017).

Ҳар қандай касалликнинг ўткир даврини даволашда оғриқсизлантириш асосий вазифа ҳисобланади. Оғриқ қанчалар самарали бартараф қилинса, хасталикнинг ўткир босқичи шунча қисқа давом этади, бемор тезроқ тузалади, сурункали оғриқ синдромининг ривожланиши эҳтимоли камаяди. Сўнгги йилларда фаоллигига кўра трамадол билан бахслашишга қодир, оғриқ қолдириш салоҳиятига эга нонаркотик анальгетиклар пайдо бўлгани стоматологик амалиётда турли нуқталардаги кучли оғриқ синдромини бартараф қилишда ностероид яллиғланишга қарши воситаларни кенгрок кўллашга имкон яратди. Шундай воситалардан бири Напроксен а трометамин (кеторол) ҳисобланади.

Воситанинг таъсир механизми циклооксигеназа ферментини чегаралашга асосланган бўлиб, у асосан периферик тўқималарда кузатилади ва бунинг оқибатида простагландинлар биосинтези – оғриқ сезувчанлиги, терморегуляция ва яллиғланиш модуляторлари биосинтезининг тормозланиши қайд этилади.

Напроксен , шунингдек, дорсопатия, дорсалгиядаги кучли оғриқ синдромларини самарали бартараф қилишда ҳам муваффақият билан кўлланилмоқда (Н. А. Шостак ва ҳаммуал., 2018).

Напроксен нинг ноҳўя таъсирлари ҳам чуқур ўрганиляпти. J. V. Forrest et al. (2002) тадқиқотларида "йирик" жарроҳлик муолажалари, жумладан, аабдоминал ва кардиожарроҳлик операцияларидан кейин оғриқ қолдирувчи сифатида кўлланиладиган Напроксен нинг ноҳўя таъсирлари баҳоланди. Муаллифлар фақатгина 1.38% бемордагина жиддий ноҳўя таъсирларни аниқлашган. Улар операциядан кейинги қон кетиши, аллергия реакциялар (1.04%), ўткир жигар етишмовчилиги (0.09%) кўринишида намоён бўлган.

Тадқиқот натижалари муаллифларга Напроксен нинг қисқа курси камдан-кам вазиятларда жиддий асоратлар билан кечиши, ҳарқалай, унинг ноҳўя таъсирлари бошқа ностероид яллиғланишга қарши воситаларниқидан

кўп эмаслигини исботлашга имкон берди. Лекин тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра, беморда НЯҚВ гастропатияси ривожланиши хавфи омиллари мавжуд бўлса, протон помпаси ингибиторларининг стандарт дозасини профилактика мақсадида тайинлаш заруриятини юзага келтиради (омепразол 20 мг/сут).

Бошқа НЯҚВ каби, Напроксен ҳам арахидон кислотаси ва коллагендан келиб чиққан тромбоцитлар агрегациясини чеклайди ва АТФ билан боғлиқ тромбоцитлар агрегациясига таъсир кўрсатмайди. Юқорида айтилган фикрлар ундан операциядан кейинги даврда кекса беморлар, айниқса, юқори хавф гуруҳига кирган аёлларда учрайдиган тромбоэмболик асоратларнинг олдини олиш мақсадида фойдаланишга имкон беради (А. В. Павленко, Т. Н. Волосовец, 2017)

Напроксен нинг тизимли оғриқсизлантирувчи самараси яллиғланишга қарши таъсирдан сезиларли даражада устунроқдир (Г. И. Брагина, 2017). Табиийки, операциядан кейинги оқилона тузилган дори муолажалари таркибига патогенетик терапия тамойилларидан келиб чиқиб, асосан яллиғланишга қарши самарадорлиги юқори воситаларни киритиш зарур (Р. М. Балабанова, 2017; А. М. Беловол, 2017).

Шу билан бирга, НЯҚВнинг оғриқсизлантирувчи ва яллиғланишга қарши таъсири ЦОГ-2 фаоллигининг ингибиция қилинишига боғлиқ экани, ноғўя реакцияларнинг ривожланиши эса (биринчи навбатда, гастро ва гепатотоксиклик) ЦОГ-1 физиологик ("тузилмавий") фаоллигининг чегараланиши билан белгиланишини унутмаслик даркор (М. А. Евсеев, 2016; G. Joslinetal., 2001; C. Burkeetal., 2000; G. Steinbach, P. Lynchetal., 2000). Айнан ЦОГ изоформаларининг мавжудлиги НЯҚВнинг янги синфи — ЦОГ-2 селектив ингибиторларини яратиш учун асос бўлиб хизмат қилди ва улар ностероид яллиғланишга қарши воситаларнинг самарадорлиги ва хавфсизлиги тушунчаларини уйғунлаштириш имконини берди.

ЦОГ-2 ингибиторларининг "яллиғланишга қарши" изошаклига кучли таъсир кўрсатиш қобилиятига эга ушбу воситалар бардошлилиги, айниқса,

гастроэнтерологик хусусиятлари яхшироқ экани билан ажралиб туради (И. П. Никишина ва ҳаммуал., 2017).

Е. В. Зорян ва ҳаммуаллифларининг таъкидлашича (2017), сўнгги йилларда тиббиёт муассасалари, жумладан, стоматология клиникаларида ЦОГ-2 ингибиторларига ўхшайдиган бир неча воситалар синовдан ўтказилган.

1985 йилда яратилган ва умумий соматик салбий таъсирлари нисбатан камроқ ҳисобланган Ацеклофенак, аввало ЦОГ-2 ингибиторларига таъсир кўрсатадиган биринчи ностероид яллиғланишга қарши воситалардан бири сифатида эътироф қилинди.

Ушбу дори воситасининг яллиғланишга қарши таъсири механизми циклооксигеназа–2 ферментининг селектив ингибицияси ҳисобига простагландинлар синтезини блоклаш билан боғлиқ. Восита, шунингдек, яллиғланиш медиаторларининг (цитокинлар, масалан, интерлейкин-1, базофил гранулоцит ва семиз хужайралар гистамини, брадикинин, протеиназлар, тромбоцитлар фаоллиги омили, альфа ўсмалари некрози омили ва б.) биологик таъсирини ошириш ёки камайтириш, нейтрофиллар, комплемент тизимларининг яллиғланиш фаоллигини ўзгартириш қобилиятига эга. У, шунингдек, глюкокортикоид рецепторлар тизимини фаоллаштириб, кейин эса глюкокортикоидларнинг ирсий нишонлари экспрессиясини амалга оширишга қодир воситадир ва бу Ацеклофенакнинг яллиғланишга қарши таъсирини таъминлайди (Видалъ маълумотномаси, 2016).

Ацеклофенакнинг пайдо бўлиши тадқиқотчиларни ушбу воситани атрофлича ўрганиш ва ундан қатор касалликларни даволашда фойдаланиш йўллари излашга ундади.

Таърибалар давомида Ацеклофенакнинг даволаш самарадорлигини таъминлайдиган кўплаб хусусиятларга эга экани аниқланди. Восита яллиғланиш, шишга қарши курашади, иситмани туширади. Унинг оғриқни қолдирувчи таъсири цитокинлар синтези ва уларнинг тумор-некротик омил –а (ФНО-а), интерлейкин-6 (ИЛ-6) ва асаб учларининг брадикинин-цитокин рағбатлантирилиши билан боғлиқ.

Хондропротектив таъсир бириктирувчи тўқима оксиленинг тезкор деградациясини келтириб чиқарувчи протеазаларни (эластаза, коллагеназа) блоклаш қобилияти орқали таъминланади. Фосфодиэстераза IV ферментини ингибиция қилиш ҳисобига ц-АМФ маҳсулотлари оширилади ва бунинг натижасида мембрананинг барқарорлаштирувчи самараси намоён бўлади. Шунингдек, Ацеклофенакнинг ошқозон саратон хужайралари маданиятига антипролифератив таъсири ҳам тавсифланган.

Лейкоцитлардаги миелопероксидаза каскади функциялари редукцияси ва кислороднинг токсик метаболитлари инактивацияси (гипохлорид кислота, хлорамин, супероксид анион-радикал, водород перексид) восита ва унинг метаболитларига хос антирадикал таъсирни таъминлайди (Ф. М. Кудаева, 2019;. А. Е. Каратеев, 2019).

Кўплаб тадқиқотчилар бошқа НЯҚВга қараганда, Ацеклофенакнинг ножўя таъсирлари нисбатан кам эканини таъкидлашади. Е. В. Зорян (2002) ушбу дори воситаси курс сифатида қўлланилганда яхшироқ самара беришини таъкидлаган. Бу, айниқса, анамнезида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган беморлар, бронхиал астма, буйрак шикастланиши, қон ивишининг бузилиши каби хасталикларга чалинган хавф гуруҳи вакилларида яққол намоён бўлади.

Одонтоген яллиғланиш касалликлари патогенезисининг бир қатор бўлимларига таъсир кўрсатиш зарурияти дори воситаларининг ўзаро таъсирини ҳам инобатга олишни тақозо этади. 2-5 турдаги дори воситаларини бир пайтда қабул қилиш 3-5% ҳолатларда ножўя таъсирни келтириб чиқаради. Дори воситалари сони бештадан ошганда, 65 ёшдан катта ва буйрак етишмовчилигига чалинган беморларда хавф даражаси янада ортади. Шундан келиб чиқиб, дори воситаларининг ўзаро таъсири эҳтимолини камайтиришнинг самарали усулларида бири полипрагмазиянинг олдини олишдир (Л. Л. Коковин, 2020).

Бундай вазиятларда ОЯКни фармакологик даволашни жуда кам миқдордаги дори воситаларидан фойдаланиб амалга ошириш долзарб масаладир.

Ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларини қўллашнинг ижобий тажрибаси тўғрисидаги маълумотлар улардан фойдаланиш доирасини янада кенгайтиришга ундайди. Лекин яллиғланишга қарши воситалар аксарият ҳолларда эмпирик тамойил асосида тайинланишини инобатга олиб, одонтоген яллиғланиш касалликларини даволаш учун НЯҚВ гуруҳидан фойдаланиш схемаларини ишлаб чиқиш ва коррекциялаш муҳим йўналиш ҳисобланади. Биз ўрганиб чиққан илмий тадқиқотларда одонтоген яллиғланиш касалликларини даволашда ностероид яллиғланишга қарши воситалар гуруҳини (Ацеклофенак, Напроксен а трометамин) қўллаш схемалари, фармакотерапиянинг оптимал давомийлигига тўла ойдinлик киритилмаган, улардан амбулатор жарроҳликда монотерапия сифатида фойдаланиш бўйича тавсиялар берилмаган.

Ацеклофенак ва Напроксен а трометаминнинг одонтоген яллиғланиш касалликларини даволашдаги аҳамияти юзасидан ечимини топмаган саволлар мавжуд. Бу эса улардан янада самарали ва хавфсиз фойдаланиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишга имкон берадиган тадқиқотлар уюштиришни тақозо этади.

2-БОБ

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ

2.1. Клиник тадқиқотлар.

Клиник тадқиқотлар Оғиз бушлиғи жарроҳлик ва дентал имлантология стоматология поликлиникаси МДПМ (муниципалитет даволаш-профилактика муассасаси) негизидаги умумий амалиёт ва анестезиология кафедраси (кафедра мудирини профессор С. А. Рабинович), кафедранинг клиник базасида амалга оширилди. 135 нафар одам текширувдан ўтказилди. Улар орасидан одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриганлар ва соғлом кўнгиллилар ўрин олди.

2.1.1. Беморларнинг клиник текширувлари.

Тадқиқотларга жағлар альвеолити, жағларнинг ўткир йирингли периостити, ўткир периодондит, ретенирланган тишлар сингари одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган, тишларни олиб ташлаш бўйича мураккаб операцияларни бошидан кечирган 117 нафар одам, шунингдек, оғиз бўшлиғи санацияси ўтказилган, жиддий соматик патологияларга эга бўлмаган 18 нафар соғлом кўнгиллилар жалб қилинди.

Илмий тадқиқотларга киритишда одонтоген яллиғланиш касалликларининг қуйидаги хусусиятлари мезон сифатида танланди:

- бактерияга қарши тизимли терапияни тайинлашга кўрсатмаларнинг йўқлиги;
- "сабабчи" тишларни сақлаб қолиш шарт бўлмаган ўткир периостит ҳолатлари;
- юқори/пастки жағнинг учинчи моляри "сабабчи" тиш бўлган ўткир периодондит ҳолатлари;
- ретенирланган тишларнинг анамнезида яллиғланиш қайд этилган ҳолатлари;
- ретинирланган тишлар ташхиси қўйилган беморларда касаллик ремиссиясида режага кўра жарроҳлик аралашувини (пастки жағ учинчи молярини олиб ташлаш) амалга ошириш.

Беморларнинг 32 нафарига жағлар альвеолити ташхиси қўйилган бўлиб, уларнинг 26 нафарини аёллар ва 6 нафарини эркаклар (мос равишда 81,2 % ва 18,7 %) ташкил қилди. Уларнинг ўртача ёши $37,3 \pm 0,83$.

Ўткир йирингли периостит билан касалланган 32 беморнинг 9 нафарини аёллар, 23 нафарини эркаклар (тегишли равишда (28 % ва 72 %) ташкил қилди. Уларнинг ўртача ёши $42,3 \pm 0,94$.

Ўткир периодондитли беморлар 27 киши бўлиб, 17 нафари аёллар, 10 нафари эркаклардан таркиб топди. Уларнинг ўртача ёши $24,6 \pm 0,67$.

26 нафар беморда пастки жағнинг ретенирланган дистопик учинчи молярини олиб ташлаш операцияси ўтказилди. Уларнинг 22 нафарини аёллар, 4 нафарини эркеклар (тегишли равишда 84,6 % ва 15,4 %) ташкил қилди. Беморларнинг ўртача ёши $24 \pm 0,41$.

ОЯК билан оғриган беморларни ёши ва жинсига қараб тақсимланиши 1-жадвалда акс эттирилган.

1-жадвал.

ОЯК билан оғриган беморларнинг ёши ва жинсига қараб тақсимланиши

Ёш гуруҳи	Альвеолит		Ўткир йирингли периостит		Ўткир периодондит		Ретенирланган тишлар		Жами (n=117)
	Э	А	Э	А	Э	А	Э	А	
20 ёшгача	1		3			3			7
20-29	2	8	6	2	10	9	2	20	59
30-39	2	7	7			3	2	2	23
40-49	1	4		1					6
50-59		5	3	3		2			13
60-69		1	3						4
70 ва ундан катта		1	1	3					5
Жами	6	26	23	9	10	17	4	22	117

Тадқиқотларни амалга ошириш учун одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморлар уч гуруҳга тақсимланди. Улар ёши ва жинсига кўра ажратилди, текширувлар ягона усуллар бўйича ўтказилган бўлсада, тайинланган дори воситалари комплексида тафовутлар бор эди (2-жадвал). Лаборатория иммунологик тадқиқотлари натижаларини таҳлил қилиш ва баҳолаб бориш мақсадида соғлом кўнгиллилардан тўртинчи гуруҳ ҳам шакллантирилди ("соф назорат").

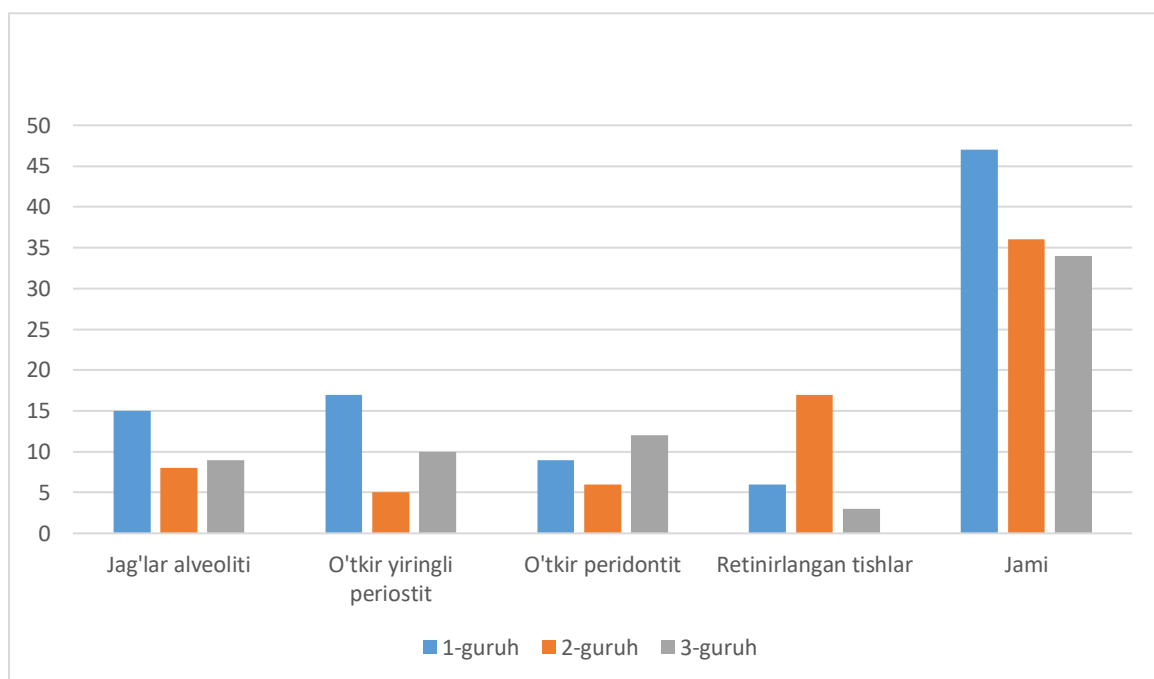
2-жадвал.

Текширувдан ўтказилган одонтоген яллиғланиш касалликлари беморлари сони ва уларнинг гуруҳлар бўйича тақсимланиши

ОЯК	1-гуруҳ (НЯҚВ монокурси)	2-гуруҳ (НЯҚВ изчил курси)	3-гуруҳ (Таккослаш)
-----	--------------------------	----------------------------	---------------------

Жағлар альвеолити	15	8	9
Ўткир йирингли периостит	17	5	10
Ўткир периодондит	9	6	12
Ретинирланган тишлар	6	17	3
Жами:	47	36	34

Текширувдан ўтказилган одонтоген яллиғланиш касалликлари беморлари сони ва уларнинг гуруҳлар бўйича тақсимланиши



Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларни у ёки бу гуруҳга киритишда саралашнинг қуйидаги мезонларидан фойдаланилди: жарроҳлик аралашуви ўтказилгандан кейинги дастлабки соатлардаги оғриқ ҳисси жадаллиги, ҳамроҳ соматик патология табиати.

1-гуруҳ беморлари "паст жадалликка" эга оғриқ ҳисси мезонларига кўра танланди, яъни уларнинг кўрсаткичлари РРШ (рақамли рейтинг шкаласи) бўйича < 4 баллни ташкил қилди.

"Ўртача ва юқори интензивликдаги" оғриқ ҳисси аниқланган, яъни РРШ кўрсаткичлари 4 баллдан 10 баллгача бўлган беморлар 2-гуруҳдан ўрин олди.

3-гурӯх оғриқ ҳисси турлича беморлардан шакллантирилди (РРШ бўйича 0 дан 10 баллгача).

1-гурӯх – даволаш муолажалари ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан иборат монокурсадан ташкил топган беморлар. 1-гурӯхга 18 ёшдан 72 ёшгача бўлган 47 бемор (27 эркак ва 20 аёл) киритилди (ўртача ёш — $35,1 \pm 0,7$). Уларнинг 15 нафари жағлар альвеолити, 17 бемор ўткир йирингли периостит, 9 нафари ўткир периодондит, 6 нафари ретинирланган тишлар ташхисига эга.

2-гурӯх — даволаш муолажалари ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларининг (Напроксен а трометамин, Ацеклофенак) кетма-кетликдаги курсидан иборат беморлар. 2-гурӯх 19 ёшдан 74 ёшгача бўлган 36 бемордан (5 эркак ва 31 аёл) шакллантирилди (ўртача ёши $30,1 \pm 0,76$). Улардан 8 нафарига жағлар альвеолити, 5 беморга ўткир йирингли периостит, 6 нафарига ўткир периодондит, 17 нафарига ретинирланган тишлар ташхиси қўйилган.

3-гурӯх — даволаш жараёни ностероид яллиғланишга қарши воситаларни қабул қилиш истисно этилган беморлар. Ушбу гурӯхдан ўз хоҳишига кўра дори воситалари истеъмолидан воз кечган беморлар, шунингдек, ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларини қабул қилиш таъқиқланган (ошқозон-ичак йўли аъзоларининг ярали касаллиги, НЯҚВга нисбатан аллергия реакция) шахслар ўрин олишди. 3-гурӯх 17 ёшдан 80 ёшгача бўлган 34 бемордан (11 эркак ва 23 аёл) ташкил топди (ўртача ёш кўрсаткичи $34,9 \pm 0,97$). Уларнинг 9 нафари жағлар альвеолити, 10 бемор ўткир йирингли периостит, 12 нафари ўткир периодондит, 3 нафари ретинирланган тишлар ташхисига эга. 3-гурӯх, шунингдек, таққослаш жамоаси ролини ҳам ўйнайди.

4-гурӯх — 20 ёшдан 27 ёшгача бўлган 18 нафар соғлом кўнгиллилар (ўртача ёш $23,2 \pm 0,53$).

Биз текширувларга жалб қилинган ҳамма беморларни махсус ишлаб чиқилган индивидуал клиник тадқиқот протоколларига киритдик ва улар кузатувлар давомида узлуксиз тўлдириб борилди. Протоколларга аввал бошдан кечирилган ва ҳамроҳ касалликлар, ҳозирги хасталикнинг ривожланиши,

объектив текширув маълумотлари, ўтказилган даволаш муолажалари ҳақидаги ахборотлар, шунингдек, амалга оширилаётган даволаш муолажалари пайтидаги оғриқ ҳисси ва яллиғланиш манзаралари динамикаси хусусидаги қайдлар батафсил ёзиб борилди.

2.2.Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларни текшириш.

Беморларни текшириш асосий ва қўшимча тадқиқот усулларини ўз ичига олди.

Текширувнинг асосий усуллари беморларнинг биринчи ва кейинги ҳар бир ташрифида ўтказилди ва батафсил анамнез маълумотларини йиғиш, ички ва ташқи кўздан кечиришлардан ташкил топди.

Ташқи текширув юз ва бўйин конфигурацияси, минтақавий лимфатик тугунлар, оғизнинг очилиши, тана ҳароратини ўрганишни назарда тутди. Бўйин ва юз конфигурациясининг ўзгариши соғлом тарафга қиёсан баҳоланди.

Ички текширувда шиллик қаватининг ҳолати, унинг ранг ўзгаришлари, намлиги, шиш, яра ёки ярали юзалар, инфилтратлар, экссудатнинг бор-йўқлигига эътибор қаратилди. Гигиена даражаси, тиш қаторлари, пародонт тўқималарининг ўзаро муносабати баҳоланди.

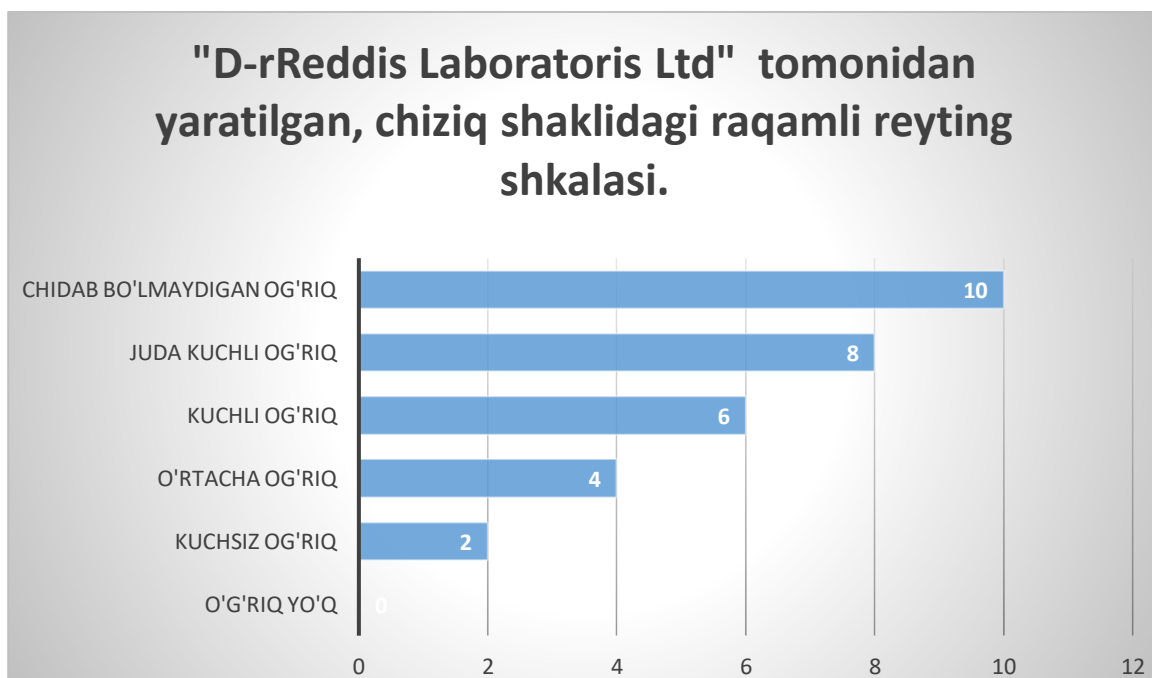
Қўшимча текширишлар нурли (рентгенологик ва ультратовушли) ва лаборатория тадқиқотларини ўз ичига олди.

2.2.1.Оғриқ ҳиссини баҳолаш.

Одонтоген яллиғланиш касалликларига чалинган беморлардаги оғриқ ҳисси биринчи текширувда ҳам, даволаш муолажалари даврида ҳам синчковлик билан баҳолаб борилди. Оғриқ динамикасини баҳолаш учун тадқиқот протоколида акс эттирилган 2 шкаладан фойдаланилди.

Биринчиси — 10 балли рақамли рейтинг шкаласи (РРШ) мустақил оғриқ жадаллигини ифодалади (Н. Вгемк ва ҳаммуалл., 2016). Аниқлик учун ушбу шкала икки томонли чизик шаклида тасвирланди ва оғриқ жадаллиги ҳиссиётларни ифодалайдиган расмлар кўринишида акс эттирилди. Ҳар бир

расм батафсил тавсифланди ва уларнинг ҳар бирига 0 баллдан 10 баллгача баҳо қўйилди (1-расм).



1-расм. "Д-рРедди'с Лабораторис Лтд" томонидан яратилган, чизик шаклидаги рақамли рейтинг шкаласи.

Ушбу чизик ҳар бир беморга намоиш қилинди ва батафсил тавсифлаб берилди, уларнинг қўлига эса айнан шундай шкаланинг қоғоз шаклидаги нусхаси топширилди.

Баллар бўйича баҳолаш натижалари оғриқ ҳиссини яллиғланиш жараёнида мониторинг қилиб боришга имкон берди ва ҳар бир маълумот беморнинг индивидуал протоколига жадвал сифатида қайд этилди (3-жадвал).

3-жадвал

Жарроҳлик операциясидан кейин ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан фойдаланиб оғриқсизлантириш самарадорлигини клиник баҳолаш

Кузатиш муддати	1 балл	РРШ	2 балл	РРШ	3 балл	РРШ	Восита, дозаси, киритиш йўли
2 соатдан кейин							
4 соатдан кейин							

6 соатдан кейин							
12 соатдан кейин							
1-суткада							
2- суткада							
3- суткада							
4- суткада							
5- суткада							

2.2.2.Соғлом (кўнгилли) иштирокчиларни текшириш.

Соғлом кўнгилли иштирокчиларни текшириш одонтоген яллиғланиш касалликларига чалинган беморларда ўтказилган тадқиқотлар сингари ўтказилди ва анамнез йиғиш, ташқи ва ички кўздан кечириш, шунингдек, оғиз суюқлигининг лаборатория шароитида амалга оширилган иммунологик текширувларини ўз ичига олади.

Ҳамма тадқиқот қатнашчиларининг иммунологик кўрсаткичлари ўрганилди (18 одам). Оғиз бўшлиғи санациясининг ўтказилгани ва умумий соматик патологияларнинг йўқлиги тадқиқотларга киритишнинг асосий мезони ролини ўйнади. Барча иштирокчлар учун клиник тадқиқотлар протоколи расмийлаштирилди ва унга бошдан ўтказилган ва ҳамроҳ касалликлар, тишлар, парадонт, шиллик қавати ҳолати тўғрисидаги маълумотлар киритилди, шунингдек, оғиз бўшлиғи гигиенаси даражаси қайд этилди.

2.3. Даволаш жараёни.

2.3.1. Ацеклофенак ва Напроксен а трометамин воситаларини қўллаш услубиёти.

Ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари сирасига кирадиган Ацеклофенак ва Напроксен а трометаминдан маҳаллий даволаш муолажалари фонида фойдаланиш 2-клиник курс шаклида амалга оширилади:

- I. Мустақил (НЯҚВ монокурси)
- II. Изчил (НЯҚВнинг кетма-кетликдаги курси)

I. Биринчи гуруҳ беморларини даволашда Ацеклофенакдан мустақил равишда фойдаланилди. Даволаш курси кунига 2 донадан Ацеклофенак қабул қилишдан ташкил топди (суткалик доза миқдори 200 мг) ва яллиғланиш жараёнининг оғирлик даражасидан келиб чиқиб 5-7 кун давом этди. Ушбу схема бўйича 47 нафар бемор муолажалар олди.

II. 2-гуруҳ беморларини даволашда Напроксен а трометамин ва Ацеклофенакдан кетма-кетликда фойдаланилди. Даволаш курси воситаларни куйидаги тартибда қабул қилишни ўз ичига олди:

- жарроҳлик операцияси куни ва жарроҳлик аралашуви амалга оширилганидан кейин бир соат ўтгач, шунингдек, биринчи суткаларда ҳар 4-6 соатда оғриқсизлантириш заруриятидан келиб чиқиб, ичга 10 мг Напроксен а трометамин (1 дона таблетка) қабул қилиш (суткалик максимал доза 60 мг).

- операциядан кейинги иккинчи суткадан бошлаб, 5 кун давомида кунига 2 донадан Ацеклофенак қабул қилиш.

Мазкур схема бўйича 36 нафар бемор даволанди.

Шундай қилиб, ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан иборат даволаш курсини икки шаклда ўтказиш ўртача 6 суткани ташкил этди. Напроксен а трометамин воситасини қабул қилиш давомийлиги ўртача бир суткадан ошмади. Напроксен а трометаминнинг жами дозаси НЯҚВни қабул қилиш курси мобайнида кўпи билан 60 мгни ташкил қилди. Ацеклофенак қабул қилиш курсининг жами дозаси 1000 - 1400 мгдан иборат бўлди.

2.3.2. Беморларни комплекс даволаш.

Одонтоген яллиғланиш касалликларига чалинган ва текширувдан ўтказилган ҳамма беморларда хасталикка мувофиқ келадиган жарроҳлик аралашувлари тўлиқ ҳажмда ўтказилди, шунингдек, умумий ва маҳаллий таъсирга эга дори воситалари тайинлайди. Жарроҳлик аралашуви 4,0 % артикаин (ультракаин ББ, убистезин) асосидаги карпул анестетиклари билан амалга ошириладиган инъекцияли анестезия остида ўтказилди.

Маҳаллий таъсирга эга дори воситалари стоматологик қабул пайтида яраларга тиббий ишлов бериш учун қўлланилди, шунингдек, уларни

беморларга уй шароитида мустақил истеъмол қилиш учун тайинланди. Хлоргексидин биглюконати 0,05% эритмаси (мирамистин 0,01% эритмаси – танлама дори воситаси), оғиз ванначалари шаклидаги гипертоник эритмалар, шунингдек, чок чизикларига аппликация кўринишида қўйиладиган метрогил-дента гели сингари маҳаллий антисептиклардан фойдаланилди.

Беморларни асосий касалликдан келиб чиқиб, жарроҳлик йўли ва дори воситалари билан маҳаллий даволаш ҳажми 4-жадвалда акс эттирилган.

4-жадвал

Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларни жарроҳлик ва дори воситалари билан маҳаллий даволаш муолажалари ҳажми

Одонтоген яллиғланиш касалликлари	Ўтказилган жарроҳлик аралашуви	Маҳаллий дори терапияси
Жағлар альвеолити	Тиш катаги кюретажи	1.Хлоргексидин биглюконат 0,05% (тиш катагини шифокор томонидан чайиш).
Ўткир йирингли периостит	Периостал кесим	1. Хлоргексидин биглюконат 0,05 % (яраларга ишлов бериш). 2. Гипертоник эритма (оғиз ванналари).
Ўткир периостит	Шиллиқ қаватни кесиш/ажратиш (перикоронотомия/ перикоронэктомия)	1.Хлоргексидин биглюконат 0,05% (оғиз ванналари). 2.Метрогил-дента (яра юзасига аппликация қўйиш).
Ретенитланган тишлар	Пастки жағ учинчи молярини олиб ташлаш бўйича мураккаб муолажа	1.Хлоргексидин биглюконат 0,05% (оғиз ванналари). 2.Метрогил-дента (чок чизикларига аппликация қўйиш).

1-гурух беморларини комплекс даволаш

Жарроҳлик йўли билан даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, тўлиқ ҳажмда ўтказилди.

1-гурух беморларини дори воситалари билан даволаш (НЯҚВ монокурси):

- Ацеклофенак 100 мг – яллиғланиш жараёни бартараф бўлганига қадар суткасига 2 маҳалдан 5-7 кун мобайнида қабул қилиш.

Маҳаллий даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, 4-жадвалдаги тартиб бўйича ўтказилди.

2-гурӯх беморларини комплекс даволаш

Жарроҳлик йўли билан даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, тўлиқ ҳажмда ўтказилди.

2-гурӯх беморларини дори воситалари билан даволаш (НЯҚВ билан даволашнинг кетма-кетликдаги курси):

- биринчи-иккинчи сутка: оғиз орқали Напроксен а трометамин 10 мг қабул қилиш (кўпи билан 60 мг/сут).
- иккинчи –бешинчи суткалар: Ацеклофенак 100 мг – оғиз орқали кунига 2 маҳал қабул қилиш.

Маҳаллий даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, 4-жадвалдаги тартиб бўйича ўтказилди.

Ўрганилаётган ва беморларга тайинланган ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари илмий гуруҳимиз томонидан ишлаб чиқилган схема бўйича қўлланилди. Ҳар бир беморга дори воситалари қўлланмаси ва уларни қабул қилиш схемаси топширилди.

3-гурӯх беморларини комплекс даволаш.

Жарроҳлик йўли билан даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, тўлиқ ҳажмда ўтказилди.

3-гурӯх беморларини дори воситалари билан даволаш:

3-гурӯх (таққослаш) беморларини даволаш схемасига ностероид яллиғланишга қарши воситалар киритилмади.

Маҳаллий даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, 4-жадвалдаги тартиб бўйича ўтказилди.

4-гурӯх беморларида ("соғлом кўнгиллилар") даволаш муолажалари ўтказилмади.

2.4. Материалларни статистик таҳлил қилиш усуллари.

Тадқиқотларда қўлга киритилган миқдорий кўрсаткичлар электрон маълумотлар базасига киритилди. Кейинги статистик таҳлил нопараметрик статистика усуллари қўллаган ҳолда амалий статистик дастурлар ёрдамида амалга оширилди.

Статистик таҳлил услубиёти ўртача арифметик M , ўртача хато t , тафовутлар эҳтимоли P кўрсаткичларининг ўртача қийматини Microsoft компаниясининг Excel компьютер дастурини қўллаган ҳолда ўрганишни ўз ичига олди. Икки намунанинг ўртача қиймати Стьюдентнинг t -мезони асосида таққосланди. 95% лик тафовут асосли деб ҳисобланди ($P < 0,05$) (Гублер Е.В., 1978, Зайцев В. М. ва ҳаммуал., 2017).

3-БОБ ШАХСИЙ ТАДҚИҚОТЛАР НАТИЖАЛАРИ

3.1. ОЯК билан оғриган беморларни бирламчи текшириш натижалари

1-гурух беморларини комплекс даволаш

Жарроҳлик йўли билан даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, тўлиқ ҳажмда ўтказилди.

1-гурух беморларини дори воситалари билан даволаш (НЯҚВ монокурси):

- Ацеклофенак 100 мг – яллиғланиш жараёни бартараф бўлганига қадар суткасига 2 маҳалдан 5-7 кун мобайнида қабул қилиш.

Маҳаллий даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, 4-жадвалдаги тартиб бўйича ўтказилди.

2-гурух беморларини комплекс даволаш

Жарроҳлик йўли билан даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, тўлиқ ҳажмда ўтказилди.

2-гурух беморларини дори воситалари билан даволаш (НЯҚВ билан даволашнинг кетма-кетликдаги курси):

- биринчи-иккинчи сутка: оғиз орқали Напроксен а трометамин 10 мг қабул қилиш (кўпи билан 60 мг/сут).
- иккинчи –бешинчи суткалар: Ацеклофенак 100 мг – оғиз орқали кунига 2 маҳал қабул қилиш.

Маҳаллий даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, 4-жадвалдаги тартиб бўйича ўтказилди.

Ўрганилаётган ва беморларга тайинланган ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари илмий гуруҳимиз томонидан ишлаб чиқилган схема бўйича қўлланилди. Ҳар бир беморга дори воситалари қўлланмаси ва уларни қабул қилиш схемаси топширилди.

3-гурух беморларини комплекс даволаш.

Жарроҳлик йўли билан даволаш:

Асосий касалликдан келиб чиқиб, тўлиқ ҳажмда ўтказилди.

3-гурух беморларини дори воситалари билан даволаш:

3-гурух (таққослаш) беморларини даволаш схемасига ностероид яллиғланишга қарши воситалар киритилмади.

3.2. Клиник тадқиқотлар натижалари.

Жағлар альвеолити билан хасталанган беморлар тиш олиб ташланганидан кейин ўртача 5 сутка ўтиб, унинг катакчаси соҳасидаги оғриқлардан шикоят қилиб клиникага мурожаат қилишган.

Ўткир йирингли периоститга чалинган беморлар шифохонага юз-жағ соҳасидаги оғриқ, юз юмшоқ тўқималаридаги шиш, тана ҳароратининг ошишидан шикоят қилиб келишган. 93,8% ҳолатда (30 бемор) тиш сурункали периодонтитининг кучайиши периостал яллиғланишнинг ривожланишидан келиб чиқади. Ўткир перикоронитда беморлар клиникага оғриқ, оғиз очишда

қийналишлари, тана ҳароратининг ошиши, юз юмшоқ тўқималари соҳасидаги шишдан нолиб мурожаат этишган.

Ретинирланган тиш ташхиси қўйилган беморлар шифохонага пастки жағнинг бурчак ҳудуди, ретромоляр, чакка, энса соҳасида вақти-вақти билан пайдо бўладиган оғриқ, оғизни очишдаги муваққат қийинчилик, ретромоляр соҳадаги шиш билан мурожаат қилишган. Аксарият беморлар юқорида айтилган аломатларнинг 1,5 йилда ўртача бир марта ўзидан ўзи юзага келишини қайд этишган. Зикр қилинган яллиғланиш белгилари 100% ҳолатда (26 бемор) пастки жағнинг учинчи моляри чиқишининг кечикиши, тиш каторидаги жойлашувининг бузилиши таъсирида шаклланган.

1-гурух беморларининг клиник ҳолати шифохонага мурожаат қилишган пайтида, ташқи текширув ёрдамида таҳлил қилинганда тадқиқот иштирокчиларининг 41,9% ида юз конфигурацияси ўзгаргани аниқланди. 1-гурухнинг 100% беморида (47 бемор) минтақавий лимфа тугунларининг катталашини қайд қилинган. Бундан ташқари, 21,2 %, яъни 10 беморда лимфа тугунларининг сезиларли даражада, 59,6 % — 28 беморда ўртача, 19,2 % — 9 шахсда минимал даражада катталашгани кузатилган. Гурух минтақавий лимфа тугунлари катталашинининг ўртача қиймати $2,06 \pm 0,11$ баллни ташкил қилди. Тадқиқот иштирокчиларининг 10 нафарида (21,2 %) чайнов мушакларининг оғиз очилиши чекланишида намоён бўладиган яллиғланиш контрактураси қайд қилинган бўлса, 7 нафарида (14,8%) бу жараённинг кўлами кам экани, 3 беморда (6,38 %) ўртача даражада кечиши аниқланган. 1-гурух беморларида яллиғланиш контрактурасининг оғир даражаси қайд қилинмаган. Чайнов мушакларининг яллиғланиш таъсирида тортишишининг ўртача даражаси 1-гурухда $0,29 \pm 0,13$ баллни ташкил қилди. 1-гурухнинг 3 нафар беморида (6,38 %) шифохонага мурожаат қилган куни тана ҳароратининг ошгани ($37,2 \text{ }^\circ\text{C}$) кузатилди.

2-гурух беморлари клиникага биринчи марта мурожаат қилишганда даволаш бошланишидан олдин клиник текширувдан ўтказилди ва уларнинг 17,3%ида юз конфигурациясининг ўзгаргани қайд қилинди. 2-тадқиқот гуруҳи

аъзоларининг 44,4 % ида (16 бемор) минтақавий лимфа тугунларининг катталашини аниқланди. 8,3 % — 3 беморда лимфа тугунларининг сезиларли даражада катталашгани, 19,4 % (7 бемор) ҳолатда ўртача, 16,6 % (6 бемор) вазиятда кам миқёсда катталашгани қайд қилинди. Бирламчи текширувдан ўтказилган гуруҳ аъзолари минтақавий лимфа тугунлари катталашувининг ўртача қиймати $0,9 \pm 0,21$ баллни ташкил этган. Текширувга жалб қилинган 4 беморда (11,1 %) чайнов мушакларининг яллиғланиш контрактураси аниқланди, уларнинг 3 нафариди (8,3 %) кам миқдордаги, 1 нафариди (2,8 %) ўртача даражадаги контрактура кузатилган. 2-гуруҳда яллиғланиш таъсиридаги тортишининг оғир даражаси қайд қилинмади. 2-гуруҳда чайнов мушаклари яллиғланиш контрактурасининг ўртача қиймати $0,17 \pm 0,14$ баллни ташкил қилди. Мазкур гуруҳнинг 1 нафар бемориди (2,8 %) шифохонага мурожаат қилган куни тана ҳароратининг ($36,7^\circ\text{C}$) кўтарилгани аниқланди.

3-гуруҳ беморлари даволашдан олдин шифохонага биринчи марта мурожаат қилишганда ташқи текширувдан ўтказилди ва тадқиқотлар 26,3 % иштирокчининг юз конфигурацияси ўзгаргани кўрсатди. 3-гуруҳнинг 58,8 % (20 бемор) қатнашчисиди минтақавий лимфа тугунларининг катталашини кузатилган. 14,7 % — 5 беморда лимфа тугунлари сезиларли, 35,2 % (12 бемор) ҳолатда ўртача, 8,9 % (3 бемор) вазиятда минимал даражада катталашгани қайд қилинган.

Гуруҳнинг бирламчи текширувида минтақавий лимфа тугунлар катталашини даражасининг ўртача қиймати $1,31 \pm 0,24$ баллни ташкил қилди. Оғиз очилишининг чекланиши билан кечадиган чайнов мушаклари яллиғланиш контрактураси тадқиқот иштирокчиларининг 12 нафариди (35,2 %) аниқланган бўлса, 11 нафариди (32,3 %) кам миқдордаги, 1 нафариди (2,9 %) ўртача даражадаги контрактура кузатилган. 3-гуруҳда яллиғланиш контрактурасининг оғир даражаси аниқланмади. Мазкур гуруҳ чайнов мушаклари яллиғланиш контрактурасининг даволашдан олдинги ўртача қиймати $0,42 \pm 0,17$ баллни ташкил қилди. Шифохонага мурожаат қилган куни

3-гурухнинг 3 нафар иштирокчисида (8,8 %) тана ҳароратининг ошгани (36,7 °С) қайд қилинди.

Гуруҳлардаги одонтоген яллиғланиш касалликларига чалинган тадқиқот иштирокчиларининг яллиғланиш белгилари тўғрисидаги маълумотлар 5-жадвалда акс эттирилган.

5-жадвал

Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморлардаги даволашдан олдинги яллиғланиш белгилари

Яллиғланишнинг ўрганилаётган кўрсаткичлари	1-гурух (НЯҚВ моно-курси) (n=47 бемор)	2-гурух (НЯҚВ барқарор курси) (n=36 бемор)	3-гурух (қиёслаш) (n=34 бемор)
Гиперемиянинг ўртача майдони (см ²)	8,98 ± 1,63	7,0 ± 1,95	7,63 ± 1,07
Шиш мавжуд (% ҳолатда)	93,6 %	60,8 %	100%
Лимфотугунларнинг катталаниш даражаси (1-3 балл) (1-3 балл)	2,06 ± 0,11	0,9 ± 0,21	1,31 ± 0,24
Катталашган лимфотугунлар сони	2,35 ± 0,21	1,0 ± 0,24	0,94 ± 0,26
Оғиз очилишининг чекланиши даражаси (1-3 балл)	0,29 ± 0,13	0,17 ± 0,14	0,42 ± 0,17
Яллиғланган экссудат мавжудлиги (% ҳолатда)	64,5 %	34,7 %	63,1 %
Гипертермия мавжудлиги (% ҳолатда)	6,38 %	2,8 %	8,8 %
Оғриқ ҳисси (0-10 балл)	6,58 ± 0,42	5,28 ± 0,43	5,57 ± 0,31

3.3. Одонтоген яллиғланиш касалликларига чалинган беморларни даволаш натижалари.

Беморларнинг шифохонадаги аҳволини назорат қилиш даволаш муолажалари охирига борганда Ацеклофенак ва Напроксен трометамин қабул қилганларда ҳам, қиёслаш гуруҳида яллиғланиш жараёнининг сусайгани қайд қилинган. Лекин яллиғланиш йўқолиши муддатида тафовутлар кузатилган.

3.3.1. Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларни НЯҚВ (Ацеклофенак) моно-курсидан фойдаланиб даволаш натижалари. Яллиғланишнинг умумий ва маҳаллий белгилари динамикаси.

Жарроҳлик операциясидан кейин Ацеклофенак қабул қилган 1-гуруҳ беморларидаги лимфа тугунларнинг катталашishi даражаси динамикаси таҳлил қилинганда ўтказилаётган даволаш муолажаларининг 3-суткасига борибоқ ижобий ўзгаришлар юз бергани аниқланди. Даволашнинг биринчи суткасида лимфа тугунлари катталашishi даражасининг ўртача қиймати $2,06 \pm 0,11$ баллни ташкил қилди. Муолажаларнинг 3-суткасида минтақавий лимфа тугунлар катталашishининг ўртача даражаси ишончли равишда 32,5 % камайди ва $1,39 \pm 0,11$ баллни ($P < 0,001$) ҳосил қилди. Дори терапиясининг 3-суткасидан 5-суткаси оралиғида ўрганилаётган кўрсаткичнинг ўртача қиймати 39,5 % пасайди ва $0,84 \pm 0,09$ баллни ташкил қилди, бу ўзгаришлар ишончли табиат ҳосил қилди ($P < 0,001$). 5-суткадан 7-суткагача лимфа тугунларининг катталашishi даражаси 30,9 % камайди ва $0,58 \pm 0,09$ баллни ҳосил қилди, лекин мазкур ўзгаришлар далилий асосларга эга бўлмади ($P > 0,05$).

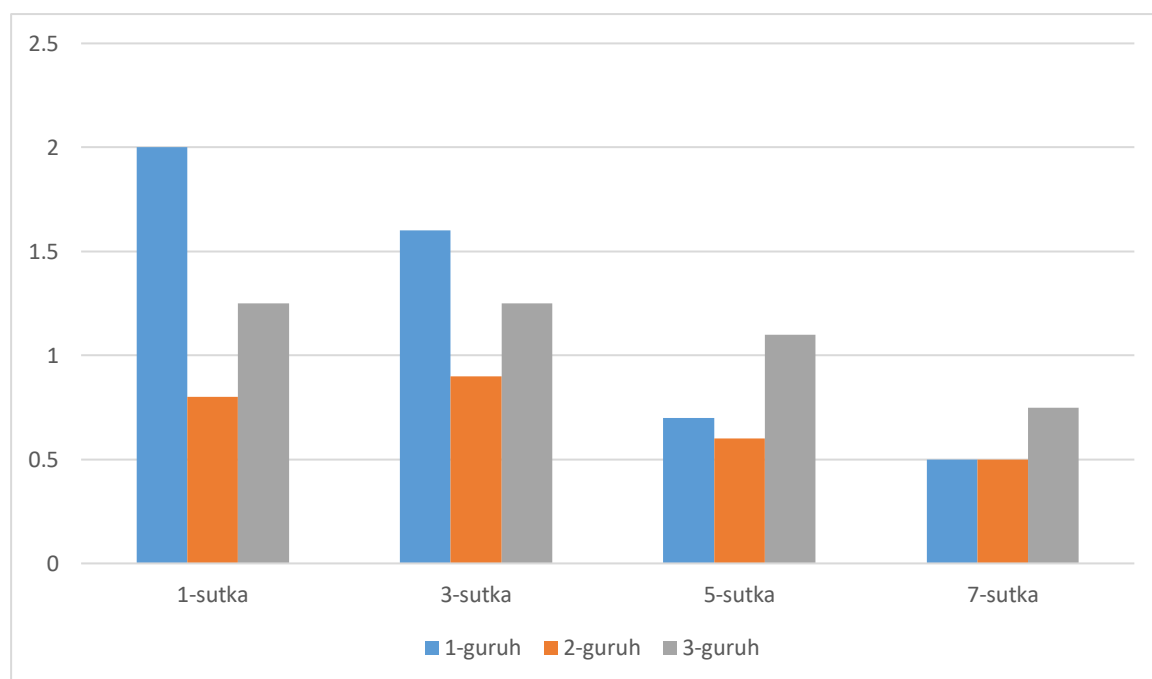
Шундай қилиб, 1-гуруҳда даволаш муолажалари бошлаганидан эътиборан 7-суткага борганда минтақавий лимфа тугунлари катталашishi даражаси ишончли равишда 71,8 % камайди ($P < 0,001$). (6-расм).

Баллар

Моно-курс

Барқарор курс

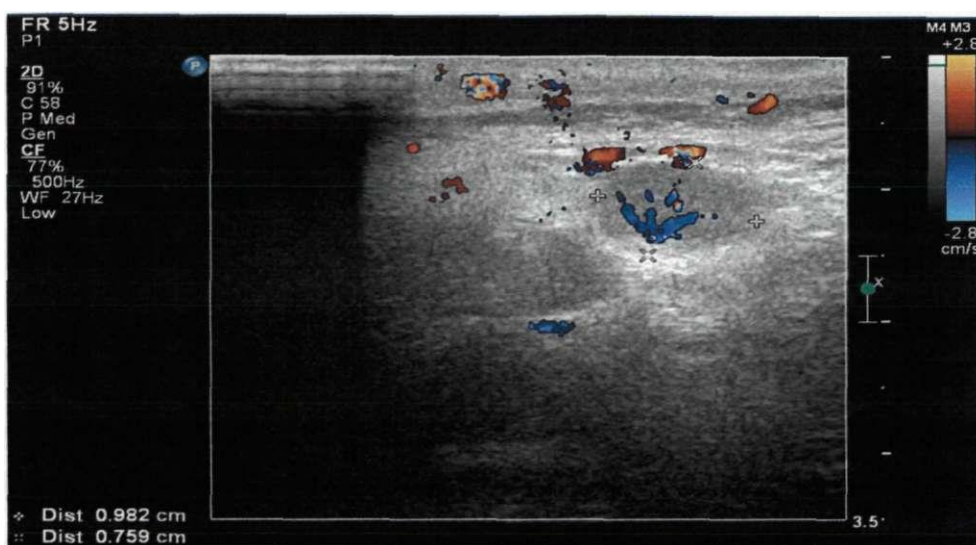
Қиёслаш гуруҳи



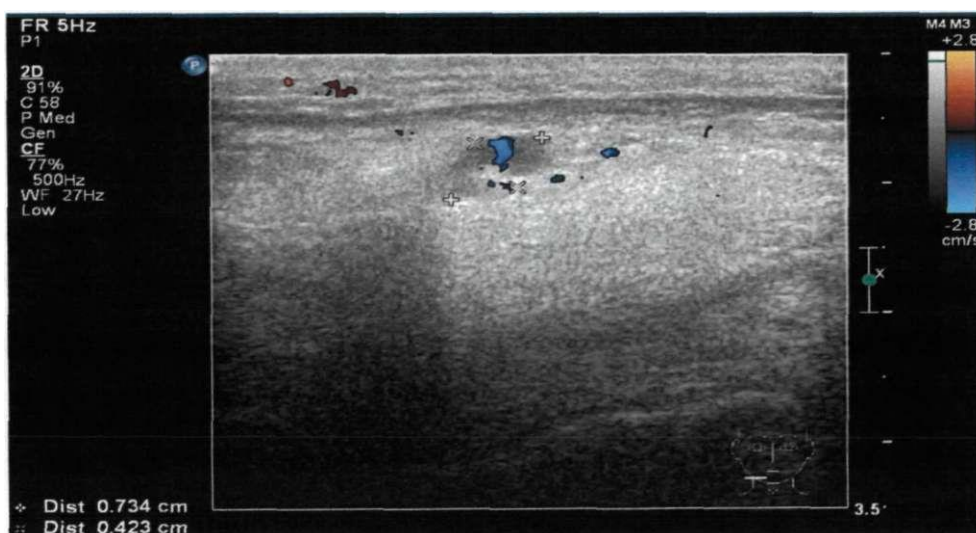
1- сутка 3-сутка 5- сутка 7- сутка Даволаш муддати

6-расм. Тадқиқот гуруҳлари аъзолари лимфа тугунларининг катталашини даражасидаги ўзгаришлар динамикаси

Қуйидаги сонограммаларда ностреод яллиғланишга қарши дори воситаларидан бири ҳисобланган Ацеклофенак қўлланилган шароитда минтақавий лимфа тугунларининг катталашуви даражасидаги ижобий ўзгаришлар динамикаси намоиш қилинган (7а, 7б-расмлар).

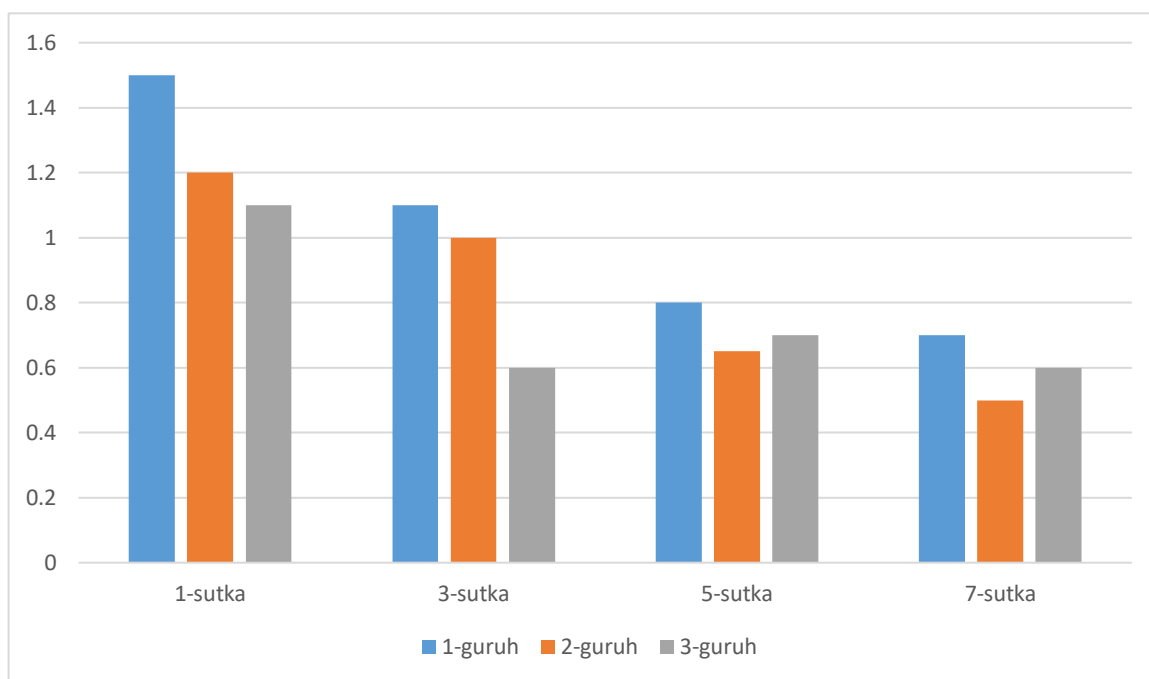


7а-расм. Юқори аниқликка эга ультратовуш тадқиқоти. РДХ тартиби. Пастки жағ ости соҳасининг ўнг тарафида 0,9x0,7 см ўлчамдаги, текис, айрим жойлари ноаниқ контур ва паст эхогенликка эга, фарқланиши камайган лимфа тугуни кўзга ташланади. Дарвоза проекциясида васкуляризация кучайган.



76-расм. Юқори аниқликка эга, динамикадаги ультратовуш тадқиқоти. РДХ тартиби. Пастки жағ ости соҳасининг ўнг тарафида 0,7x0,4 см ўлчамдаги, аниқ ва текис контурли, паст эхогенликка эга, фарқланиши камайган лимфа тугуни кўзга ташланади. Дарвоза проекциясида кам сонли қон томир тузилмалари қайд қилинди. Ижобий динамика.

Катталашган лимфа тугунлари миқдорини таҳлил қилиш НЯҚВ (Ацеклофенак) моно-курсини қабул қилган 1-гурух беморлари кўрсаткичлари муолажаларнинг 3-суткасида бошлаб ишончли миқёсда камайганини аниқлашга имкон берди. Дори терапиясининг дастлабки суткаларида катталашган лимфа тугунларининг ўртача миқдори $2,35 \pm 0,21$ баллга тенг экани қайд қилинди. 3-суткага борганда катталашган лимфа тугунлари миқдорининг ўртача қиймати 28,5 % камайди ($P < 0,05$) ва $1,68 \pm 0,2$ баллни ташкил қилди. 5-суткада ўрганилаётган кўрсаткич қиймати 34,5 % ($1,1 \pm 0,17$) ($P < 0,05$) пасайди. Даволаш муолажалари охирига борганда, катталашган лимфа тугунлари миқдори $0,77 \pm 0,15$ баллни ҳосил қилди, яъни кузатувнинг 5-суткасига нисбатан олганда 30 % камайди, лекин бу ўзгаришлар асосли қийматга эга эмаслигини кузатилди ($P > 0,05$) (8-расм).



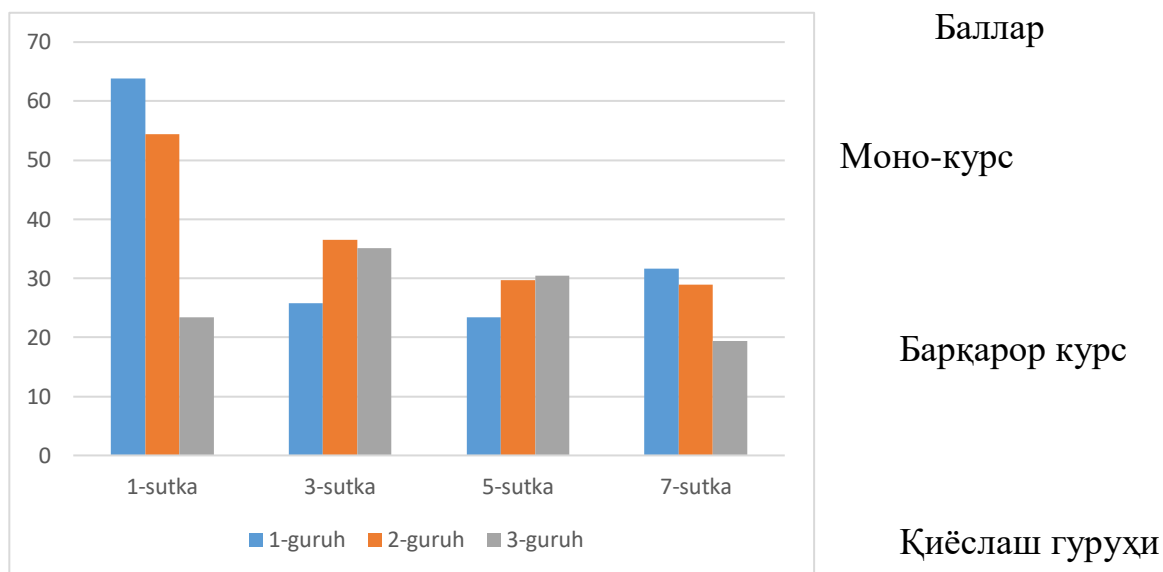
8-расм. Тадқиқот гуруҳлари аъзоларининг катталашган лимфа тугунлари миқдоридagi ўзгаришлар динамикаси

Шундай қилиб, НЯҚВ моно-курсини олган беморлар гуруҳида дори билан даволаш терапиясининг 7-суткасида катталашган минтақавий лимфа тугунлари сони ишончли равишда 67,2% камайган ($P < 0,001$).

1-гуруҳ беморларини даволаш жараёнида маҳаллий яллиғланиш кўринишларини ўрганиш уларнинг сусайиши динамикасини тасдиқлади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати шиши таҳлили жарроҳлик аралашувидан кейинги 1-суткада гуруҳ беморларининг 93,6 %да шиллиқ қавати шиши қайд қилинган (10-расм). НЯҚВ моно-курсининг 3-суткасида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати шиши аниқланган беморлар сонидa ўзгариш кузатилмади, 93,6 % беморда (44 нафар шахс) ўрганилаётган кўрсаткичлар кузатилди. Дори воситалари билан даволашнинг 5-суткасида 46,8 % (22 нафар) беморда оғиз шиллиқ қавати шиши қайд қилинган. 1-гуруҳнинг 40 нафар иштирокчисидa (тадқиқотнинг 85,1% қатнашчиси) даволашнинг 7-суткасида жарроҳлик аралашуви соҳасидa шиллиқ қавати шиши кузатилди. 13% беморда даволаш муолажалари яқунлангандан кейин ҳам, асосан альвеоляр ўсимта/қисм шиллиқ

қаватида, вестибуляр томоннинг "сабабкор" тишлар соҳасида шиш сақланиб қолган.



1-сутка 3-сутка 5-сутка 7- сутка Даволаш муддати

10-расм. Тадқиқот гуруҳлари аъзоларининг оғиз бўшлиғи шиллик қавати шиши динамикаси (% беморлар).

1-гуруҳ беморларида НЯҚВ моно-курсини қўллаш жараёнида яллиғланиш экссудати таҳлил қилинди. Унинг натижаларига кўра, даволашнинг биринчи суткасида 63,8 % тадқиқот иштирокчисида (30 нафар бемор) экссудат қайд қилинган. Муолажаларнинг 3-суткасида 8,51 %, яъни 4 нафар беморда сероз яллиғланиш экссудати аниқланган. Даволашнинг 5-суткасида тадқиқот гуруҳининг бир аъзосида (2,12 %) сероз экссудат мавжудлиги ойдинлашган. 7-суткага борганда гуруҳнинг бирорта беморида яллиғланиш экссудати кузатилмаган.

3.3.1.2. Оғриқ ҳисси жадаллиги динамикаси.

1-гуруҳнинг муолажалари каторидан моно-курс сифатида Ацеклофенак ўрин олган беморлари оғриқ ҳисси баҳоланганда, унинг ижобий динамикага эга экани қайд этилган. Даволаш жараёнидаги оғриқ аломатлари тўғрисидаги

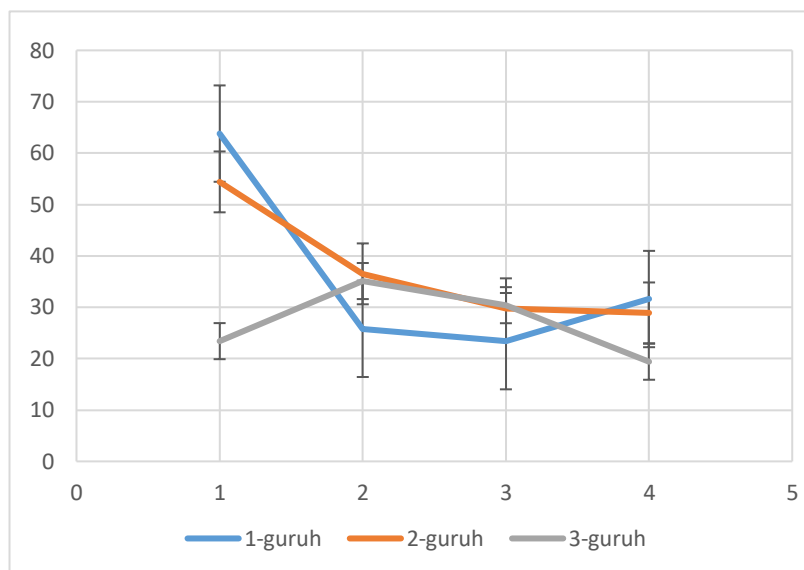
маълумотлар 12-расмда акс эттирилган. Дори билан даволаш пайтида оғриқнинг эгри чизиғи аниқланмаган. Ўтказилаётган дори терапияси якунида оғриқ ҳиссининг бир маромда пасайиб бориши кузатилган.

НЯҚВ монокурси бошланганидан кейинги 6 соатлик кузатув мобайнида оғриқ ҳиссининг 30,3 % камайгани қайд қилинди ($P < 0,05$). Биринчи суткаларда оғриқ ҳиссининг жадаллиги, жарроҳлик операциясидан кейинги дастлабки соатларга қараганда, 2 бараварга ишончли равишда пасайгани аниқланган ($P < 0,001$). Даволаш муолажалари якунида оғриқ ҳисси ишончли тарзда 74,7 % камайган (9-жадвал).

9-жадвал

Оғриқ ҳиссининг беморларни даволаш жараёнидаги жадаллиги динамикаси
(балл ҳисобида, $M \pm m$)

Даволаш муддати	Беморларнинг ўрганилган гуруҳлари		
	1-гуруҳ (НЯҚВ моно-курси)	2-гуруҳ2 (НЯҚП барқарор курси)	3-гуруҳ (Қиёсий)
Даволашдан олдин	6,58 ± 0,42	5,28 ± 0,43	5,57 ± 0,31
2 соат кейин	2,77 ± 0,27	4,66 ± 0,41	4,0 ± 0,37
4 соат кейин	2,58 ± 0,26	3,38 ± 0,41	6,02 ± 0,39
6 соат кейин	1,93 ± 0,23	1,85 ± 0,31	4,94 ± 0,41
12 соат кейин	1,74 ± 0,23	2,47 ± 0,35	3,68 ± 0,37
1- суткада	1,45 ± 0,21	2,38 ± 0,32	2,6 ± 0,33
2—суткада	1,2 ± 0,21	2,16 ± 0,3	2,55 ± 0,33
3-- суткада	1,1 ± 0,22	2,28 ± 0,33	2,1 ± 0,33
4—суткада	0,85 ± 0,21	1,78 ± 0,3	1,55 ± 0,31
5-- суткада	0,7 ± 0,2	1,5 ± 0,29	1,18 ± 0,26



12-расм. Дори терапиясининг турли шакллари қўллаш жараёнида беморлар оғриқ ҳисси жадаллигининг баллар бўйича баҳоланган динамикаси.

Лекин 1-гурухда НЯҚВ моно-курси терапияси асосида ўтказилган дори билан даволаш муолажалари бўйича олиб борилган кузатувлар оралиғидаги (2-4 соат, 4-6 соат ва ҳ.) оғриқ ҳисси ишончли асос ҳосил қилмади ($P>0,1$).

3.3.2. Одонтоген яллиғланиш касалликлари аниқланган беморларда Напроксен трометамин ва Ацеклофенак воситалари билан ўтказилган узлуксиз даволаш курси натижалари.

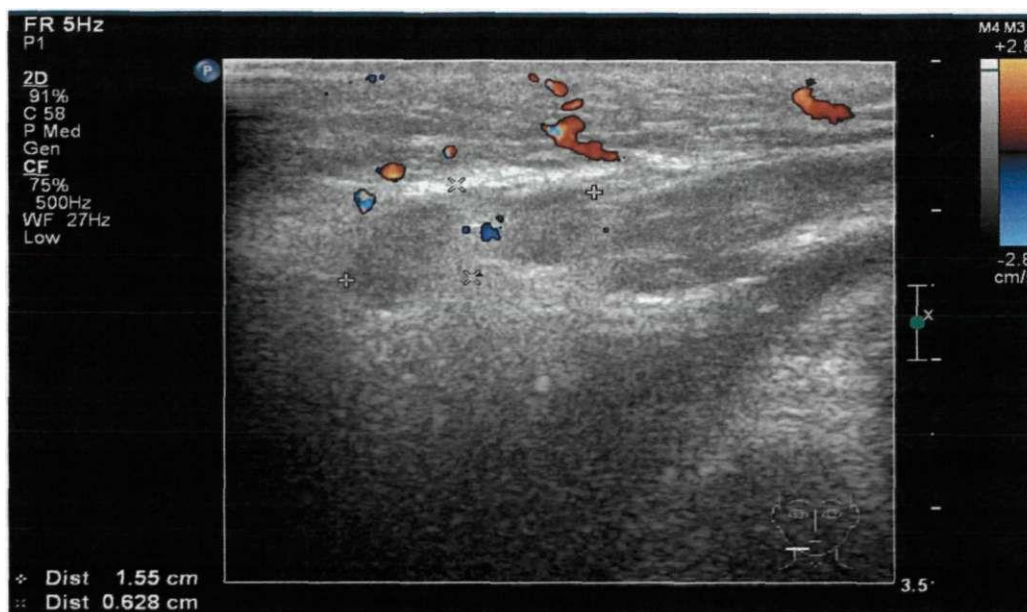
3.3.2.1. Яллиғланишнинг умумий ва маҳаллий белгилари динамикаси.

2-гурухнинг жарроҳлик операциясидан кейинги даволаниш жараёнида кетма-кетлик тартибида Напроксен трометамин ва Ацеклофенак қабул қилган беморларнинг лимфа тугунлари катталашиши даражаси динамикаси таҳлил қилинганда, муолажаларнинг 5-суткасига бориб ижобий динамика шаклланиши кузатилди. Даволашнинг биринчи суткаларида лимфа тугунларининг катталашиш даражаси ўртача $0,91 \pm 0,22$ баллни ташкил этди. Муолажаларнинг 3-суткасига борганда минтақавий лимфа тугунлари катталашишининг ўртача даражаси 9,9 %га ошган ва $1,0 \pm 0,15$ баллни ҳосил

қилган ($P>0,05$). Дори терапиясининг 3-суткадан 5-суткасигача бўлган ораликда ўрганилаётган кўрсаткичнинг ўртача қиймати 30,0 % пасайиб, $0,7 \pm 0,15$ баллни ташкил қилган ($P>0,05$). 5-суткадан 7-суткагача бўлган даврда лимфа тугунларининг катталашини даражаси 18,5 % камайган ва $0,57 \pm 0,16$ баллни ташкил қилган ($P>0,05$).

Шундай қилиб, 2-гурухда муолажаларнинг 7-суткасига бориб, минтақавий лимфа тугунларининг катталашини даражаси 37,3 % пасайган ($P>0,05$). Лекин 2-гурухдаги лимфа тугунларининг катталашини даражаси бўйича ўрганилаётган ўзгаришлар далилли асослар касб этмади, шунинг учун уларни биз тенденция сифатида эътироф қилдик (6-расм).

Қуйида тақдим этилган сонограммаларда Напроксен трометамин ва Ацеклофенак каби ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари қўлланилганда минтақавий лимфа тугунларининг катталашини даражасидаги ўзгаришлар ижобий динамикаси акс этирилган (13а, 13б-расм).



13а-расм. Юқори аниқликка эга, динамикадаги ультратовуш тадқиқоти. РДХ тартиби. Пастки жағ ости соҳасининг ўнг тарафида 1,5x0,6 см ўлчамдаги, аниқ ва текис контурли, паст эхогенликка эга, фарқланиши камайган лимфа тугуни кўзга ташланади. Дарвоза проекциясида кам сонли қон томир тузилмалари қайд қилинди.



136-расм. Юқори аниқликка эга, динамикадаги ультратовуш тадқиқоти. РДХ тартиби. Пастки жағ ости соҳасининг ўнг тарафида 0,8x064 см ўлчамдаги, аниқ ва текис контурли, паст эхогенликка эга, фарқланиши кескин камайган лимфа тугуни кўзга ташланади. Дарвоза проекциясида васкуляризация аниқланмаган. Ижобий динамика.

НЯҚВ изчил курсини қабул қилган 2-гуруҳ беморларининг катталашган лимфа тугунлари сонини мониторинг қилиш даволашнинг биринчи кунларида яллиғланиш жараёнининг ошганини кўрсатди. Муолажаларнинг якуний даврида ривожланган яллиғланишнинг сустрлашгани кузатилган. Дори терапиясининг биринчи суткаларида катталашган лимфа тугунларининг ўртача миқдори $1,0 \pm 0,29$ баллни ташкил қилган. 3-суткада катталашган лимфа тугунларининг ўртача кўрсаткичи далилсиз асосларга таяниб 4,0% ошган ($P > 0,05$) ва $1,04 \pm 0,2$ баллни ҳосил қилган. 5-суткада ўрганилаётган кўрсаткичлар, шунингдек, асоссиз далиллар бўйича 28,8% камайган ($0,74 \pm 0,16$) ($P > 0,05$). Даволаш муолажалари якунига борганда катталашган лимфа тугунлари миқдори $0,52 \pm 0,14$ баллни ташкил қилган, яъни кузатувнинг 5-суткасига нисбатан, 29,7 % камайган, лекин ўзгаришлар ишончли далиллар ҳосил қилмаган ($P > 0,05$). Катталашган минтақавий лимфа тугунлари

миқдоридаги ўзгаришлар кузатувларнинг 3-суткасидадан 7-суткаси оралиғида ишончли табиатга эга бўлган.

Шундай қилиб, 2-гуруҳ беморларида катталашган лимфа тугунларининг шаклланган максимал қиймати даволаш муолажаларининг якуний даврида ишончли равишда 50,0 % камайган ($P < 0,05$) (8-расм).

НЯҚВ кетма-кетликдаги курсини қабул қилган беморлар гуруҳидаги тана ҳарорати таҳлили даволашнинг дастлабки кунларида 1 нафар беморда (тадқиқот иштирокчиларининг 2,77 фоизи) гипертермия ($39,0\text{ }^{\circ}\text{C}$) қайд этилган. 3-суткада яна бир тадқиқот иштирокчисидан (2,77 %) тана ҳароратининг ошгани ($37,2\text{ }^{\circ}\text{C}$) кузатилган. Даволаш муолажаларининг 5-суткасига борганда 2-гуруҳ аъзолари орасида тана ҳароратининг кўтарилгани аниқланмади.

Даволаш жараёнида 2-гуруҳдаги маҳаллий яллиғланиш кўринишлари ўрганилди ва унинг натижалари муолажаларнинг 3-суткасида яллиғланиш динамикасининг ошгани ва дори терапияси ниҳоясида унга барҳам берилганини тасдиқлади.

Тадқиқотлар жарроҳлик аралашувининг 1-суткасида гуруҳнинг 52,7% беморларида (19 нафар) оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг жарроҳлик операциясидан кейинги шиши аниқланган (10-расм). НЯҚВ кетма-кетликдаги курсининг 3-суткасида ўрганилаётган кўрсаткич 63,8 % (23 нафар) беморда кузатилди. Дори воситалари билан даволашнинг 5-суткасида беморларда оғиз бўшлиғи шиллик қавати шиши аниқланмади (63,8% иштирокчи тадқиқ қилинди). Даволаш муолажаларининг 7-суткасига бориб, 10 нафар (27,7%) беморда оғизнинг жарроҳлик аралашуви ўтказилган соҳасидаги шиллик қаватда шиш сақланиб қолган. 2-гуруҳнинг 26 нафар беморларида (тадқиқот иштирокчиларининг 72,2%ида) шишнинг бутунлай йўқолиб кетгани қайд этилган.

Шундай қилиб, дори воситалари билан комплекс даволашнинг 7-суткасида кетма-кетликдаги НЯҚВ курсини ўтаган беморлар гуруҳида шиллик қавати гипермияси майдони 94,7 % камайган ($P < 0,001$) (8-жадвал, 11-расм).

2-гурух беморларида кетма-кетликдаги НЯҚВ курсини қўллаш жараёнидаги таҳлиллар даволашнинг биринчи суткаларида 30,5% (11 нафар) иштирокчида экссудат борлигини кўрсатган. Шу билан бирга, уч нафар беморда йирингли, 8 нафар қатнашчида сероз-геморрагик экссудат аниқланган. Муолажаларнинг 3-суткасида 11,1 % (4 нафар) иштирокчида сероз яллиғланиш экссудати қайд этилган. Экссудатнинг йирингли табиати бирон-бир беморда кузатилмади. Даволашнинг 5-суткасида 2-гурухнинг тадқиқотга жалб қилинган беморларида экссудат аниқланмади.

3.3.2.2. Оғриқ ҳисси жадаллиги динамикаси.

2-гурух беморларида ўтказилган муолажалар жараёнида улардаги оғриқ ҳисси икки томонлама табиат ҳосил қилди.

Жарроҳлик аралашувидан кейинги 6 соат мобайнида оғриқ жадаллигининг 60,3%га кескин пасайиши қайд қилинган. Кузатув даврлари оралиғида оғриқ ҳиссининг камайиши ишончли тарзда кечди. Хусусан, кузатувнинг 2-соатидан 4-соатигача оғриқ ҳисси 27,4 % пасайган бўлса, 4-соатдан 6-соат орасида 45,2 % камайган ($P < 0,01$). Кузатувнинг 12-соатига борганда оғриқнинг 25,1 %га ишончсиз кучайиши қайд қилинди ($P > 0,1$). Кейинги 2 кун давомида, яъни дори воситалари билан даволашнинг дастлабки суткасида оғриқ ҳисси 3,6%, иккинчи суткада 9,2% миқдорида пасайгани кузатилган ($P > 0,2$). Муолажаларнинг 2-суткасида 3-суткасига ўтишда оғриқ ҳиссининг кам миқдорда — 5,5% кучайиши қайд қилинган, лекин бу ўзгаришлар ишончли аҳамият касб этмади

($P > 0,2$). Келгусида оғриқ ҳиссининг бир маромда, лекин ишончсиз даражада пасайиши кузатилди. 4-суткада 21,9% кўрсаткични ташкил қилган бўлса, 5-суткага борганда 15,7 % камайгани қайд қилинди ($P > 0,2$).

Асосан ретинирланган тишлар ташхиси қўйилган беморлардан иборат 2-гурух вакилларининг оғриқ ҳиссини ўрганиш пайтида шуни инобатга олиш жоизки, пастки учинчи молярлар мураккаб тарзда олиб ташланганидан кейин яллиғланишнинг маҳаллий белгилари (юмшоқ тўқималарнинг перифокал

шиши катталашади, чайнов мушакларининг яллиғланиш контрактураси чуқурлашади) кўпайиб боради.

2-гурух беморларидаги оғриқ ҳисси жадаллигининг жарроҳлик аралашувидан кейинги дастлабки 6 соатда кескин пасайиши улар қабул қилган Напроксен трометаминнинг оғриқсизлантирувчи таъсирини яна бир карра исботлайди. Биринчи кўтарилиш Ацеклофенак қабул қилишга ўтиш даврида юзага келади ва бу ушбу дори воситасининг оғриқсизлантирувчи хусусияти камлиги билан боғлиқдир. Жарроҳлик аралашувининг тахминан 3-суткасида яллиғланиш маҳаллий белгиларининг максимал даражада ривожланиши оғриқ ҳисси жадаллигининг айнан шу даврда иккинчи чўққисига кўтарилишини олиб келади.

Шундай қилиб, кетма-кетликдаги НЯҚВ курсини қабул қилаётган 2-гурух беморларини кузатиш жараёни оғриқ ҳиссининг ишончли равишда 67,8 % камайганини кўрсатди ($P < 0,001$). Оғриқ ҳисси жадаллиги динамикасининг даволаш жараёнидаги ҳолати 9-жадвалда ва 12-расмда акс этирилган.

3.3.3. Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларни анъанавий усуллар ёрдамида даволаш натижалари (таққослаш гуруҳи).

3.3.3.1. Яллиғланишнинг умумий ва маҳаллий белгилари динамикаси.

Таққослаш гуруҳининг комплекс даволаш тизимига биз ўрганаётган Напроксен трометамин ва Ацеклофенак киритилмади. Ушбу гуруҳ лимфа тугунларининг катталашини даражаси таҳлил қилинганда, жарроҳлик операциясидан кейинги 5-суткада ижобий динамика қайд қилинди. Муолажаларнинг дастлабки суткаларида лимфа тугунлари катталашинининг ўртача даражаси $1,32 \pm 0,27$ баллни ташкил қилди. Кузатувнинг 3-суткасида минтақавий лимфа тугунлари катталашинининг ўртача қиймати ўзгармаган ($1,32 \pm 0,29$) ($P=1$). Анъанавий терапиянинг 3-суткасидан 5-суткасигача ўрганилаётган кўрсаткичларнинг ўртача қиймати 15,9 % камайган ва $1,11 \pm 0,25$ баллни ҳосил қилган ($P > 0,05$). 5-суткадан 7-суткагача лимфа

тугунларининг катталашини даражаси 24,3 % пасайган ва $0,84 \pm 0,22$ баллни ташкил қилган ($P>0,05$).

Шундай қилиб, таққослаш гуруҳида муолажалар бошланганидан кейинги 7-суткада минтақавий лимфа тугунлари катталашини 36,3 % камайган ($P>0,05$). 3-гуруҳ беморлари лимфа тугунларининг катталашини даражаси ишончли аҳамиятга эга бўлмагани сабабли, биз уларни тенденция сифатида эътироф қилдик (6-расм).

НЯҚВ қабул қилмаган 3-гуруҳ беморларининг катталашган лимфа тугунлари миқдорини ўрганиш яллиғланиш жараёнининг камайиш тенденциясига эга эканини қайд қилишга имкон берди. Анъанавий терапиянинг биринчи суткаларида катталашган лимфа тугунларининг ўртача миқдори $0,95 \pm 0,31$ баллни ташкил қилди. 3-суткага бориб, катталашган лимфа тугунлари миқдорининг ўртача қиймати 16,8 % камайган ва $0,79 \pm 0,16$ баллни ташкил қилган, лекин қайд қилинган пасайиш ишончли аҳамият касб этмаган ($P>0,05$). 5-суткада ўрганилаётган кўрсаткич қиймати ўзгармаган ($0,79 \pm 0,18$) ($P=1$). Келгусида – кузатувларнинг 7-суткасига борганда, катталашган лимфа тугунлари миқдори аҳамият касб этмаган ҳолда 13,9 % камайган ва $0,68 \pm 0,17$ баллни ҳосил қилган ($P>0,05$).

Умуман олганда, кузатув даврида таққослаш гуруҳида катталашган минтақавий лимфа тугунлари миқдори 28,4 % камайган, лекин бу ўзгаришлар ишончли асосга эга бўлмаган ($P>0,05$) (8-расм).

Таққослаш гуруҳи аъзоларини ўрганиш гипертермияни даволашнинг биринчи суткаларида 3 нафар (8,8 %) бемор тана ҳароратининг ўртача қиймати $37,7$ °C ни ташкил қилган. 3-суткада ҳам 3 нафар (8,8 %) беморнинг тана ҳарорати кўтарилгани қайд қилинган, лекин гипертермиянинг ўртача қиймати паст экани аниқланган ($37,2$ °C). Даволаш муолажаларининг 5-суткасида 3-гуруҳнинг бирон-бир беморида гипертермия қайд қилинмаган.

Даволаш жараёнида таққослаш гуруҳи беморларидаги маҳаллий яллиғланиш белгилари мониторинг қилинди ва анъанавий терапия ўтказилаётганларнинг фақат 5 нафарида ижобий динамика кузатилди.

Муолажалар даврида таққослаш гуруҳида яллиғланиш экссудати бор-йўқлиги ўрганилди. Текширувдан ўтганларнинг 61,7 %ида (21 бемор) даволашнинг биринчи суткаларида экссудат қайд қилинган. Уларнинг 15 нафарида йирингли, 6 нафарида сероз-геморрагик экссудат аниқланган. Даволаш терапиясининг 3-суткасида 14,7 % (5 нафар) беморда яллиғланиш экссудати кузатилган, уларнинг бирида йирингли экссудат қайд қилинган. Даволашнинг 5-суткасида 3-гуруҳнинг текширувдан ўтказилган бирон-бир беморида экссудат аниқланмаган.

3.3.3.2. Оғриқ ҳисси жадаллиги динамикаси.

Анъанавий даволаш жараёнида таққослаш гуруҳи беморларидаги оғриқ ҳисси икки томонлама хусусияти билан эътиборни тортди.

Жарроҳлик операциясидан кейинги бошланғич давр – дастлабки 4 соатда беморлар оғриқ ҳиссининг кескин ва ишончли тарзда 50,5 % ошганини таъкидлашган ($P < 0,001$). Оғриқ ўртача қийматининг 17,9% пасайиши эса кузатувларнинг 6-соатига боргандагина қайд этилди, лекин бу ўзгаришлар статистик аҳамият касб этмагани учун бу ҳолатни биз оғриқнинг пасайиш тенденцияси сифатида эътироф қилдик ($P > 0,05$). Жарроҳлик операциясидан кейин 12 соат ўтгач, оғриқ ҳисси жадаллиги ўртача қийматининг ишончли, яъни 17,9 % камайиши қайд қилинган ва кузатувнинг биринчи суткаларида эса бу кўрсаткич 25,5 %ни ташкил қилган ($P < 0,05$).

Кузатувнинг навбатдаги даври — жарроҳлик аралашувидан кейинги 5-суткагача оғриқ ҳисси жадаллигининг бир маромда, лекин ишончли асосга эга бўлмаган ҳолда пасайиши аниқланган ($P > 0,2$). Масалан, 1-суткадан 2-суткагача оғриқ ҳисси жадаллиги 1,92 %, 3-суткада 21,4 % пасайгани кузатилган бўлса, 4-суткада оғриқ ҳисси 26,1 %, 5-суткада 23,8 % камайгани қайд қилинган.

Умуман олганда, анъанавий даволаш жараёни ниҳоясига борганда таққослаш гуруҳидаги оғриқ ҳисси жадаллиги ишончли равишда 70,5 %гача пасайган ($P < 0,001$). Оғриқ ҳолатлари жадаллигининг даволаш жараёнидаги динамикаси 9-жадвал ва 12-расмда акс эттирилган.

Гуруҳлар ўртасидаги клиник тадқиқотлар натижаларини таққослаш орқали биз яллиғланиш белгилари динамикасидаги тафовутларни аниқладик.

Мисол учун, ўтказилган даволаш курсидан кейин 1-гуруҳдаги минтақавий лимфа тугунларнинг катталаниши даражаси (71,8 %), 2-гуруҳ (37,3 %) ва 3-гуруҳга (36,3 %) нисбатан олганда, сезиларли миқёсда камайган. Бундан ташқари, кузатувлар оралиғида ҳам, дори билан даволаш якунида ҳам 1-гуруҳнинг ўрганилаётган кўрсаткичлари ($P < 0,001$), ўзгаришлари аҳамият касб этмаган бошқа тадқиқот гуруҳларидан фарқли ўлароқ ($P > 0,05$), ҳаминча ишончли ва асосли қийматларни намоён этиди.

Катталанишган минтақавий лимфа тугунлари миқдори таҳлили 1-гуруҳдаги ижобий динамикани қайд этиди ва ўрганилаётган белгилар 67,2 % камайди. 2-гуруҳда катталанишган лимфа тугунлари миқдори 50,0 %, таққослаш гуруҳларида 28,4% пасайгани кузатилди. Шунингдек, 1-гуруҳда катталанишган лимфа тугунлари кўрсаткичларининг пасайиши даволашнинг 1-7-суткаларида ҳам, кузатув даврлари оралиғида ҳам ишончли табиатга эга бўлгани қайд қилинди ($P < 0,05$). 2-гуруҳда кузатув даврлари орасидаги ўзгаришлар аҳамиятга молик қиймат ҳосил қилмади, кетма-кетликда даволаш курси ниҳоясида эса белгиларга хос ва статистик жиҳатдан муҳим кўрсаткичларнинг пасайиши аниқланди ($P < 0,05$). Таққослаш гуруҳида қайд қилинган минтақавий лимфа тугунлари миқдорининг камайиши ишончли асос касб этмади ($P > 0,05$).

Шунингдек, НЯҚВ моно-курсини олаётган беморларда кузатувнинг 1 ва 3-суткасида минтақавий лимфа тугунларининг катталаниши даражаси ва уларнинг миқдори, таққослаш гуруҳи ва кетма-кетликдаги терапия курсини олаётган гуруҳларга қараганда, ишончли равишда камроқ экани қайд этилди. НЯҚВ кетма-кетликдаги курсини ўтаётган гуруҳда бу белгилар, таққослаш гуруҳига нисбатан, пастроқ экани аниқланди, лекин бу қийматлар ўртасидаги фарқ статистик аҳамият касб этмади ($P > 0,05$).

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг даволаш жараёнидаги тана ҳарорати бир хил тарзда ўзгариб борди, гипертермия эса ҳар бир гуруҳнинг

кўпи билан 2 нафар вакилида қайд қилинди, бу эса статистик аҳамият касб этмади.

Даволаш муолажалари якунида 1-гурухнинг 13% иштирокчисида оғиз бўшлиғи шиллик қавати шиши кузатилган бўлса, 2-гурухда бу кўрсаткич 27,7%, таққослаш гуруҳида эса 73,5%ни ташкил қилди.

3.4. Оғиз суюқлигининг одонтоген яллиғланиш касалликларини даволаш учун ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларининг турли схемаларидан фойдаланилгандаги иммунологик кўрсаткичларини мониторинг қилиш.

Одонтоген яллиғланиш касалликларига чалинган беморлар, шунингдек, соғлом кўнгиллиларни НЯҚВнинг турли схемалари билан даволаш натижасида олинган маҳаллий иммунитет кўрсаткичларининг ўртача натижалари 10-жадвалда келтирилган.

10-жадвал.

Оғиз суюқлигининг одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморлар ва соғлом кўнгиллиларни даволаш жараёнидаги иммунологик кўрсаткичлари

Муддат/кўрсаткичлар	Оқсил мг/мл		В ^А мкг/мл		1Б-4 пкг/мл		1Б-1р пкг/мл	
	Даволашдан олдин	7 кундан кейин	Даволашдан олдин	7 кундан кейин	Даволашдан олдин	7 кундан кейин	Даволашдан олдин	7 кундан кейин
1-гурух	1,28±0,2	1,16±0,12	150±3,21	134±3,05	1,16±0,3	1,63±0,34	444,6±4,8	271 ±3,66
2-гурух	1,21±0,24	1,05±0,25	104±2,34	82,2±1,92	4,4±0,6	1,64±0,45	301±6,04	237±4,65
3-гурух	1,16±0,18	1,22±0,25	147±3,81	162±4,46	2,24±0,44	2,85±0,63	310±3,91	228±3,25
4-гурух	0,7 ± 0,07		115,2 ± 1,47		2,08 ± 0,27		206,8 ± 1,8	

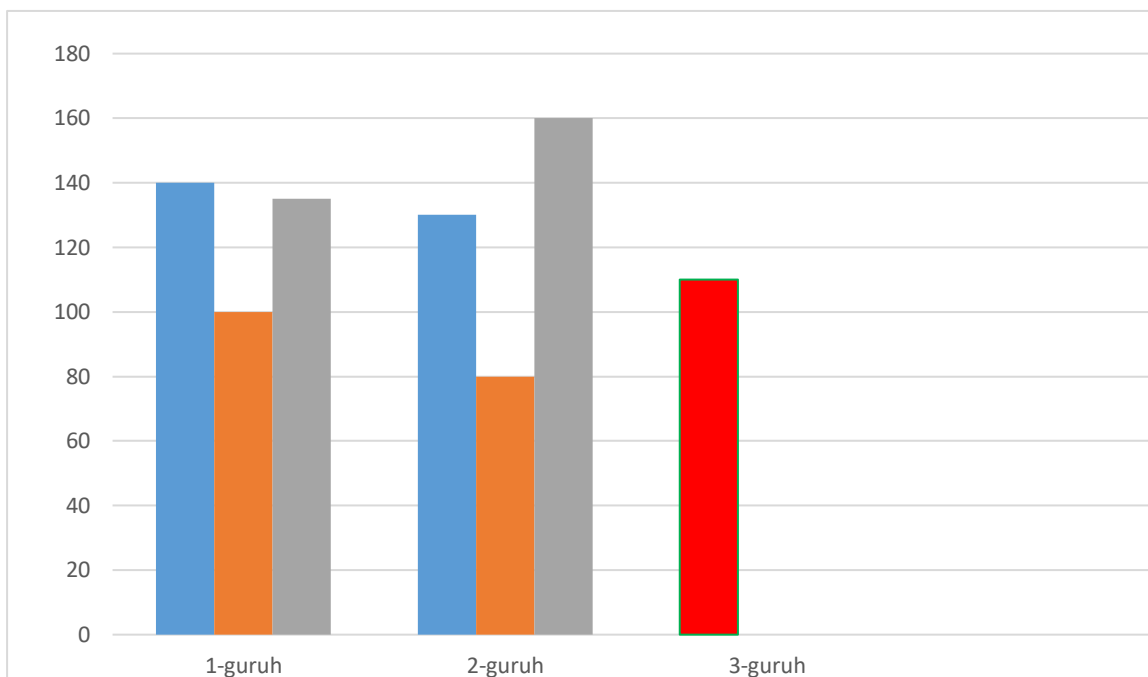
Ўрганилаётган кўрсаткичлар таҳлили одонтоген яллиғланиш касалликларига чалинган беморларнинг даволаш муолажаларидан олдинги оқсил даражаси (1-гурух: 1,28±0,2 мг/мл; 2-гурух: 1,21±0,24 мг/мл; таққослаш

гуруҳи: $16 \pm 0,18$ мг/мл), соғлом кўнгиллилар гуруҳиникига қараганда ($0,70 \pm 0,07$ мг/мл), баландроқ бўлганини намоёиш этди.

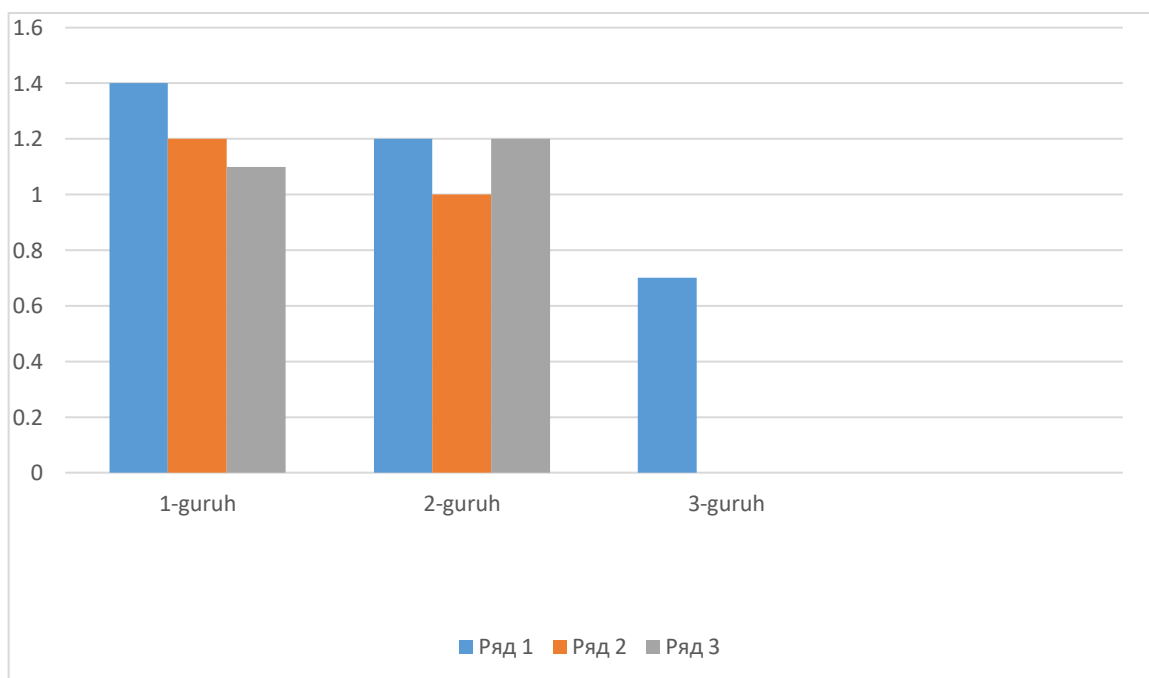
Умумий оқсил даражаси динамикаси ўрганилганда, комплекс терапия таркибида Ацеклофенак ва Напроксен трометамин қабул қилган беморлар гуруҳида унинг қиймати, ўрганилаётган кўрсаткичларнинг ошиши кузатилган таққослаш гуруҳига қараганда, пасайгани қайд этилди (14-расм). 1-гуруҳда НЯҚВ моно-терапиясининг 7-суткасида оқсилнинг умумий даражаси 3,9 % камайган. НЯҚВ кетма-кетликдаги курсини олган 2-гуруҳ беморларида унинг оғиз суяқлигидаги умумий даражаси 13,2% қисқарган. Таққослаш гуруҳида 7-суткага келиб, ўрганилаётган кўрсаткичларнинг 5,1% кўтарилгани қайд қилинган. Лекин тадқиқот гуруҳларининг бирортасида ҳам оғиз суяқлигининг умумий оқсил кўрсаткичи ишончли асос ҳосил қилмади ва биз бу ҳолатни тенденция сифатида баҳоладик ($P > 0,05$).

Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларда даволашдан олдин (1-гуруҳ: $50,0 \pm 3,21$ мкг/мл ва 3-гуруҳ: $147,0 \pm 3,81$ мкг/мл), соғлом кўнгиллилар гуруҳига нисбатан олганда ($115,2 \pm 1,47$ мкг/мл), юқори даража аниқланди (10-жадвал). Фақат даволашдан олдинги б^А кўрсаткичлари соғлом кўнгиллиларга нисбатан олганда, пастроқ бўлган 2-гуруҳ беморлари бундан мустасно ($104 \pm 2,34$ мкг/мл).

НЯҚВ моно-курсидан кейинги 7-кунга бориб, 1-гуруҳ беморларида сўлакдаги sIgA даражаси 10,6 % пасайди ($P < 0,01$). 2-гуруҳда эса НЯҚВнинг кетма-кетликдаги курсининг 7-кунига борганда сўлакдаги sIgA даражаси 20,9 % камайди ($P < 0,01$). Таққослаш гуруҳида оғиз суяқлигидаги б1 β A таркибининг 10,2% ўсгани қайд қилинди (15-расм).



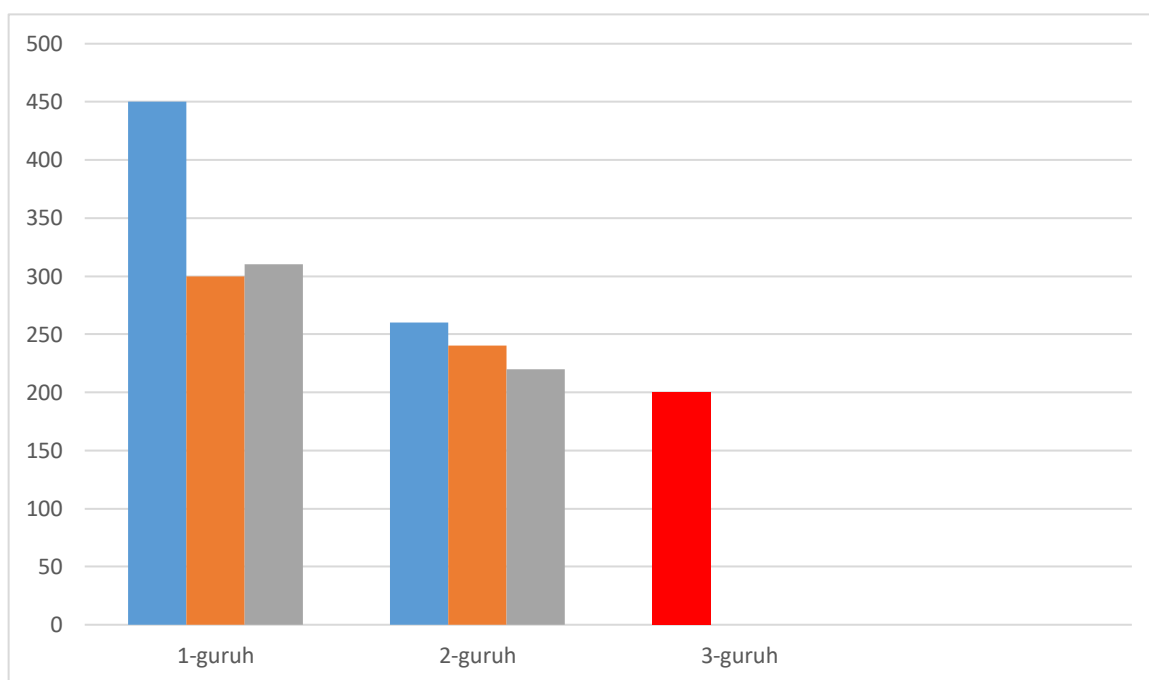
14-расм. Оғиз суюқлиги таркибидаги умумий оксил даражасининг фармакотерапиянинг турли схемалари фонидаги динамикаси (мг/мл)



15-расм. Оғиз суюқлиги секрецияси даражасининг фармакотерапиянинг турли схемалари фонидаги динамикаси (мкг/мл).

Яллиғланиш медиаторлари ва оғиз суяқлигининг иммун жавоби таҳлил қилинди ва ўрганилаётган одонтоген яллиғланиш касалликларининг ўткир даврида яллиғланишга қарши цитокин даражасининг (ИЛ-1р) ошиши қайд этилди. 1-гурӯҳда даволаш муолажаларидан олдин ИЛ-1Р даражаси $444,6 \pm 4,8$ пкг/млни ташкил қилган бўлса, 2-гурӯҳда унинг қиймати $301 \pm 6,04$ пкг/мл, таққослаш гурӯҳида $310 \pm 3,91$ пкг/млни ҳосил этди. Соғлом кўнгиллилар гурӯҳида бу кўрсаткич $206,8 \pm 1,8$ пкг/млга тенг экани қайд этилди.

Даволаш жараёнида барча тадқиқот гурӯҳларида интерлейкин-1р даражаси ишончли миқёсда пасайгани кузатилди ($P < 0,001$) (10-жадвал). 1-гурӯҳда ўрганилаётган кўрсаткичлар даражаси 38,9 %, 2-гурӯҳда 21,2 %, 3-гурӯҳда (таққослаш) 26,4 %га қисқарди (16-расм).

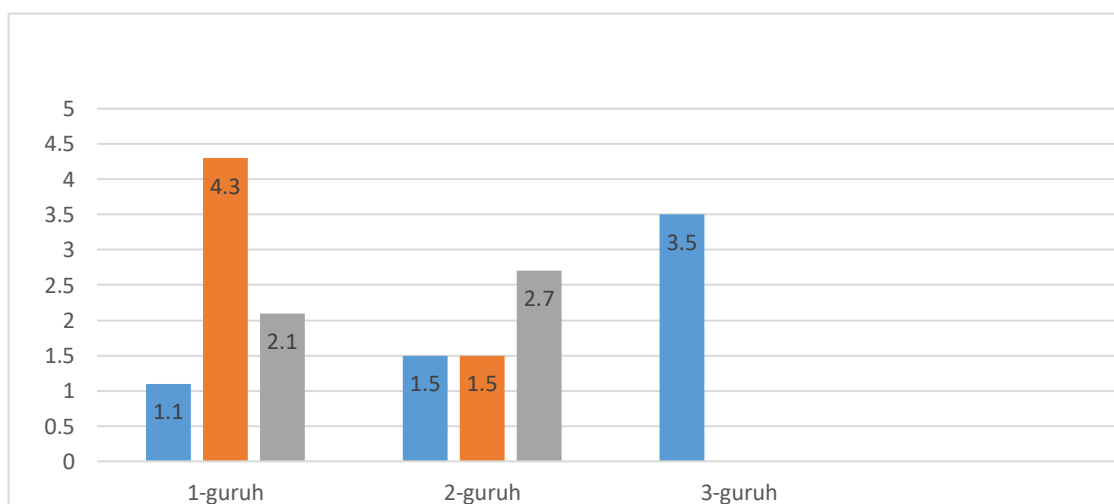


16-расм. Оғиз суяқлигидаги интерлейкин-1р даражасининг фармакотерапиянинг турли схемалари фонидаги динамикаси

Одонтоген яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморлар сўлагидаги яллиғланишга қарши цитокин ИЛ-4 кўрсаткичларининг ўртача қиймати, соғлом кўнгиллилар сўлагидаги кўрсаткичларнинг ўртача қийматидан баланд экани кузатилди ($2,08 \pm 0,27$ пкг/мл). Кўрсаткичлари соғлом

кўнгиллиларга нисбатан олганда паст бўлган 1-гурух беморлари бундан мустасно. 1-гурух беморларида ИЛ-4нинг ўртача даражаси $1,16 \pm 0,3$ пкг/млни ташкил қилган бўлса, 2-гурухда унинг қиймати $4,4 \pm 0,6$ пкг/мл, таққослаш гуруҳида $2,24 \pm 0,44$ пкг/млдан иборат экани аниқланди.

Беморлар гуруҳларидаги ИЛ-4 таркиби динамикаси даволаш муолажалари ниҳоясига етганда турли ўзгаришларни намоёйиш қилди. Кузатувнинг 7-кунида 1-гурух беморларида ўрганилаётган кўрсаткичларнинг 40,5% ўсгани ва унинг қийматлари соғлом беморларники қийматига яқинлашгани қайд этилди, лекин бу ўзгаришлар ишончли асос ҳосил қилмади ($P > 0,05$). 2-гурух беморлари аралаш сўлагининг цитокин профили таҳлил қилинганда ИЛ-4нинг ўртача қийматлари даволаш муолажаларининг ниҳоясида 62,7% камайгани аниқланди ($P < 0,002$). Таққослаш гуруҳида ИЛ-4 даражасининг 27,2 %га ошгани қайд этилди, лекин бу ўзгаришлар статистик аҳамият касб этмади ($P > 0,05$) (17-расм).



17-расм. Оғиз суяқлигидаги интерлейкин-4 даражасининг фармакотерапиянинг турли схемалари фонидаги динамикаси

Иммунологик кўрсаткичлар таҳлили одонтоген яллиғланиш касалликларининг ўткир даврида оғиз суяқлигидаги умумий оксил даражаси, секретор иммуноглобулин А, интерлейкин 1-р қийматлари ошганини кўрсатди.

Ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари ёрдамида даволаш фонид а умумий оқсил кўрсаткичлари даражаси, секретор иммуноглобулин А, интерлейкин 1-3 кўрсаткичларининг пасайгани, шунингдек, уларнинг соғлом кўнгиллилар натижаларига яқинлашгани қайд қилинди. Шунингдек, ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан фойдаланилганда ИЛ-4 кўрсаткичлари ўзгарган даражасининг меъёрлашгани кузатилди.

4-БОБ НАТИЖАЛАРНИ МУҲОКАМА ҚИЛИШ

4.1. Клиник тадқиқотлар натижалари муҳокамаси

Ўтказган тадқиқотларимиз НЯҚВ моно-курсидан фойдаланилган ҳолатларда яллиғланиш клиник белгиларининг даволаш жараёнида энг кўп ва ишончли равишда камайганини кўрсатди ($P < 0,05$), бу эса унинг яллиғланишга қарши яққол таъсирдан далолат беради (Ф. М. Кудаева, 2019; Н. В. Чичасова ва ҳаммуаллифлар, 2017; А. Н. Беловол, 2017; Е. В. Зорян, 2017). Лекин оғриқсизлантирувчи таъсирнинг юқори кўрсаткичи НЯҚВнинг кетма-кетликдаги курси (Напроксен трометамин ва Ацеклофенак) тайинланганда ва Напроксен қабул қилинганда қайд қилинди ($P < 0,02$) (И. Н. Костина, 2019; Н. Н. Яхно, 2017).

Оғриқ ҳиссини таҳлил қилиш жараёнида ҳар бир гуруҳда ўтказилган муолажалар ниҳоясида оғриқ жадаллигининг камайганини аниқладик. Кузатувларнинг 5-суткасида тадқиқот гуруҳларидаги оғриқ ҳисси жадаллиги кўрсаткичлари деярли тенглашди, бу эса ушбу даврда статистик аҳамиятга молик тафовутларнинг йўқлигидан дарак беради ($P > 0,05$).

Лекин турли фармакологик курслар мобайнида оғриқ кўринишларининг кечиши ва табиатида сезиларли фарқлар кузатилди. Бу ҳолатлар, айниқса, жарроҳлик операциясидан кейинги дастлабки соатларда, кузатувларнинг илк суткаларида яққол кўзга ташланди.

Таъкидлаш ўринлики, Напроксен трометамин қабул қилинган ҳамма ҳолатларда оғриқ ҳисси жадаллигининг пасайиши, натижалари статистик аҳамият касб этмаган Ацеклофенак қабул қилинган даврлардан фарқли равишда, ишончли табиатга эга бўлди. Ацеклофенакдан фойдаланилган

кузатув даврлари оралиғида оғриқ жадаллигининг ишончли асос билан таъминланмагани ушбу дори воситасининг анальгетик таъсири кам экани билан боғлиқдир. Напроксен трометамин қабул қилинган даврда оғриқ ҳиссининг ишончли равишда пасайиши эса мазкур дори воситасининг оғриқ қолдирувчи хусусиятини яна бир карра исботлайди (И. Н. Костина, 2019; Н. Н. Яхно, 2017) .

Шундан қилиб, оғриқ ҳисси мониторинги натижаларига кўра, таққослаш гуруҳи беморларидаги оғриқ ҳисси РРШ (рақамли рейтинг шкаласи) бўйича энг юқори кўрсаткичларни намойиш этди. НЯҚВ моно-курси "қуйи жадалликка" эга оғриқ ҳиссини самарали бартараф қилади. Кетма-кетликдаги курс Напроксен трометамин қабул қилинган даврда ҳосил бўлган "ўрта ва юқори интенсивлик"ка эга оғриқ ҳиссида самарадордир. Оғриқ ҳисси юқори жадалликка эга ҳолатларда Ацеклофенак қабул қилишга ўтилса, анальгетик самара сусаяди. Бу эса "ўрта ва юқори жадаллик"га эга оғриқ ҳиссида Напроксен трометаминдан фойдаланишни давом эттириш учун асосдир.

ХУЛОСАЛАР

1. Жарроҳлик аралашувидан кейинги оғриқ ҳиссини индивидуал тартибда баҳолаш тавсия қилинадиган ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларини танлаш учун асосдир.

2. Ностероид яллиғланишга қарши дори воситасининг (Ацеклофенак) моно-курси "қуйи жадалликка" эга (рақамли рейтинг шкаласи бўйича кўпи билан 4 баллгача) оғриқ ҳисси билан кечадиган одонтоген яллиғланиш касалликларини даволаш самарадорлигини оширади ва бу орқали, анъанавий муолажалардан фарқли равишда, яллиғланишга хос маҳаллий белгиларининг эрта регрессиясини ишончли равишда таъминлайди.

3. "Ўртача ва юқори жадалликка" эга (рақамли рейтинг шкаласи бўйича 4,0-10 баллгача) оғриқ ҳисси билан кечадиган одонтоген яллиғланиш касалликларида ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларининг (Напроксен трометамин, Ацеклофенак) кетма-кетликдаги курсидан

фойдаланиш жарроҳлик операциясидан кейинги дастлабки даврларда, анъанавий даволашдан фарқли равишда, яққол оғриқ қолдириш хусусиятини ишончли (43,8 %)таъминлайди.

4. Ацеклофенак ва Напроксен трометаминдан иборат ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларининг икки турдаги клиник курсидан фойдаланиш натижаларига асосланиб, уларни одонтоген яллиғланиш касалликларида қўллаш бўйича кўрсатмалар аниқланди ва улардан клиник амалиётда фойдаланиш юзасидан амалий тавсиялар ишлаб чиқилди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Жарроҳлик операциясидан кейинги даврда "ўртача ва юқори жадалликка" эга оғриқ ҳисси билан кечадиган ўткир перикоронит ва ретенирланган тишлар каби номахсус одонтоген яллиғланиш касалликларини даволашда оғриқни қолдириш ва яллиғланишга қарши самарадорликка эришиш мақсадида кетма-кетликда қабул қилинадиган Напроксен трометамин ва Ацеклофенакдан иборат ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларига асосланган усулдан фойдаланиш тавсия қилинади. Жарроҳлик аралашувидан кейинги дастлабки икки суткада Напроксен трометаминнинг 10 мг дозасини ҳар 4-6 соатда ичга қабул қилишни тайинлаш мақсадга мувофиқдир (бир курс дозаси 40-60 мг). Жарроҳлик операциясидан кейинги учинчи суткадан бошлаб, суткасига 2 маҳалдан 4-6 сутка мобайнида ичга 100 мг Ацеклофенак тайинлаш тавсия қилинади (бир курс дозаси (800-1200 мг). Даволаш муолажаларининг умумий курси 6-8 кун.

2. Бактерияга қарши терапиясини қўллаш учун қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, шунингдек, "куйи жадалликка эга оғриқ ҳисси" билан кечадиган жағ альвеолити ва ўткир периоститни даволашда, жарроҳлик операциясидан кейин ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан ташкил топган моно-курс схемасини қўллаш тавсия этилади. Ацеклофенакни суткасига 2 маҳалдан, 4-6 кун мобайнида 100 мг миқдорида тайинлаш зарур (курс дозаси 800-1200 мг).

3. Жарроҳлик операциясидан кейинги даврда ўткир перикоронитни даволашда Напроксен трометамин қабул қилишни 1 суткага узатириш керак (курс дозаси 80-120 мг).

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

Маҳаллий адабиётлар:

1. Абрамов Ю. Б. Иммунные аспекты центральных механизмов боли // Боль. - 2018. - № 4. - С. 2-8.
2. Аверьянов П. Ф., Чиж А. Г. Основы общей патологии. 2016. Феникс- 256 с.
3. Агаева Н. А. Роль секреторного иммуноглобулина А в патологии челюстно-лицевой области // Фундаментальные исследования. - 2018. - № 4 -С. 11-16.
4. Алексеев В. В., Подчуфарова Е. В. Целебрекс в комплексном лечении хронических головных болей напряжения // Боль. - 2004. - № 2. — С. 49-52.
5. Амелин А. В. Нестероидные противовоспалительные препараты при мигрени // Лечащий врач. 2017. - № 5. - С. 25-29.
6. Андреищев А. Р., Федосенко Т. Д. Осложненное прорезывание зубов // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области. СПб.- 2018. С. 115-146.
7. Атрушкевич В. Г., Пихлак У. А. // Эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных препаратов кеторол и найз в пародонтологической практике // Клиническая стоматология. - 2019. - С. 3436.

8. Ахмедов Э. Т. О. Оценка эффективности методов лечения хронических артритов височно-нижнечелюстного сустава // Российский стоматологический журнал. - 2018. - № 4. - С. 13-14.
9. Бабикова И. В., Макарова В. И. Возможности применения Ацеклофенака в детской ревматологии // Научно-практическая ревматология. - 2016. - № 5. - С. 87-89.
10. Багдасарова И. В. Значение ПГЕ2 И ШТ2альфа в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта и обоснование использования ингибиторов простагландинов в комплексной терапии гингивита и пародонтита : Дис. ...канд. мед. наук. / Московский государственный медико-стоматологический университет. М., 2019. - 130 с.
11. Базилян Э. А. Оценка эффективности кеторола и найза в клинической практике хирургической стоматологии // Стоматология. - 2019. - Т. 84. - №3. - С. 49-50.
12. Балабанова Р. М., Белов Б. С., Чичасова Н. В. Эффективность нимесила при ревматоидном артрите // Клиническая медицина. -2020. - Т. 80.-№6.- С. 49-52.
13. Балабанова Р. М. Современная стратегия и безопасность применения нестероидных противовоспалительных препаратов при ревматических заболеваниях // Лечащий врач. 2017. - № 5. - С. 76-79.
14. Барер Г. М., Зорян Е. В. Рациональная фармакотерапия в стоматологии. М.: Литерра, 2017. - 568 с.
15. Барскова В. Г., Елисеев М. С., Кудаева Ф. М. Ацеклофенак. // Терапевтический архив. — 2018. - Т. 79. - № 8. - С. 92-96.
16. Барскова В. Г., Гильмутдинова Е. В. Применение Ацеклофенака при подагрическом артрите: эффективность, безопасность и приверженность больных к лечению // Справочник поликлинического врача. - 2018. — № 7. - С. 40-45.
17. Безруков В. М., Григорьянц Л. А., Шафранский А. А., Герчиков Л. Н., Бадалян В. А. Опыт использования препарата кетанов при

- одновременном применении с местными анестетиками и средствами для внутривенной анестезии // *Стоматология*. - 2017. - № 4. - С. 67-68.
18. Бекетова Т. Возможности применения ингибитора ЦОГ-2 Ацеклофенака в симптоматическом лечении ревматоидного артрита // *Врач*. - 2016.-№4.-С. 52-55.
19. Беловол А. Н., Князькова И. И. Нестероидные противовоспалительные препараты: фокус на Напроксен // *Мистецтво лпеування. Журнал сучасного лжаря*. - 2017. - № 1. - С. 15-19.
20. Беловол А. Н., Князькова И. И. К вопросу о безопасности применения Ацеклофенака в клинической практике // *Новости медицины и фармации. Клиническая фармакология*. - 2017. - № 6. - С. 6-8.
21. Белоусов Ю. Б., Шатунов С. М. Антибактериальная химиотерапия. М.: Ремедиум, 2001. - 473 с.
22. Беляева Е. И., Герчиков Л. Н., Демина Л. М., Зидра С. И. Использование обезболивающего препарата «Кеторол» в комплексном лечении пульпита и периодонтита // *Стоматология*. - 1995. Т. 74. - № 1. - С. 29.
23. Бом К. Г., Вэрстюк Н. М. Клинико-микробиологическая оценка роли грибов в развитии альвеолита // *Современная стоматология*. - 2018. - № 4.-С. 85-87.
24. Брагина Г. И., Виноградова Л. А., Горшков Ю. М., Ерохин В. В., Литвинова Д. О., Сивкова С. К., Стремюхов А. А. Болевой синдром в поликлинической практике: кеторол // *Вестник семейной медицины*. - № 2. - 2017. - С. 44-47.
25. Бровкин С. В. Нимесил в комплексном лечении патологии опорно-двигательной системы // *Клиническое исследование лекарственных средств в России*. -2020. - № 1. - С. 11-15.
26. Бурместер Г. Р. Наглядная иммунология Текст. / Бурместер Г. - Р, А. Пецутто с участием Т. Улрихса и А. Айхер, - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2018. — 321 с.

27. Бутров А. В., Борисов А. Ю. Современные подходы к фармакотерапии послеоперационной боли с применением синтетических опиоидов и ненаркотических анальгетиков // Русский Медицинский Журнал. - 2004. - № 24. - С. 1434-1437.
28. Бутров А. В., Кондратенко Е. Н., Бут-Гусаим А. Б., Малахов П. С., Ибарра Пенья Н. А. Современные подходы к фармакотерапии послеоперационной боли с применением ненаркотических анальгетиков в травматологии и ортопедии // ConsiliumMedicum. - 2018. - Т. 11. - № 9. - С. 22-24.
29. Верткин А. Л., Тополянский А. В., Вовк Е. И., Наумов А. В. Место Напроксена в терапии острых болевых синдромов на догоспитальном этапе // Врач скорой помощи. - 2017. - № 6. - С. 1-6.
30. Верткин А. Л., Тамкаева М. А., Наумов А. В., Шамуилова М. М. Оценка эффективности и безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов при болевых синдромах в практике дежурного врача // ConsiliumMedicum. - 2018. - Т. 12. - № 9.- С. 78-84.
31. Виха Г. В. Молекулярный маркер адаптационной защиты организма и диагностический набор для его определения в секретах // Нетрадиционные природные ресурсы, инновационные технологии и продукты: Сб. статей - М. -2017. - вып. 10. С. 144-155.
32. Виха Г. В. Молекулярный маркер адаптации организма и диагностический набор для его измерения в секретах // Молекулярная медицина и биобезопасность: Сб. статей 1 Международной конференции. - М. - 2004. - С. 46-49.
33. Вовк Е. И., Горулева Е. И., Лукашов М. И. Внегоспитальная фармакотерапия острых болевых синдромов // Неотложная терапия. - 2019. - №34.-С. 22-23.
34. Воложин А. И. Патогенез острого воспалительного процесса. М.: ММСИ, 1984.-66 с.

35. Гайнова И. Г., Уварова Е. В., Ткаченко Н. М., Кудрякова Т. А. «Найз» в лечении дисменореи у девушек // Материалы II Российского форума «Мать и дитя». - М. - 2000. - С. 197-198.
36. Галанова Т. А., Цепов Л. М., Николаев А. М. Алгоритм лечения хронического апикального периодонтита // Эндодонтия Today. - 2018. - № 3. - С. - 74-78.
37. Галушко Е. А., Зоткин Е. Г., Салихов И. Г., Эрдес Ш. Клиническая эффективность и переносимость различных НПВП при остеоартрозе с выраженным болевым синдромом // Лечащий врач . - 2016. - N 4. - С. 82-85.
38. Гаркави А. В., Семевский А. Е., Силин Л. Л. Купирование острого болевого синдрома у пациентов с патологией опорно-двигательной системы в раннем посттравматическом и послеоперационном периодах // Врач. Фармакология. - 2017. - № 13. - С. 40-44.
39. Голубев В. Л. Боль - междисциплинарная проблема // Русский медицинский журнал. - 2016. - № 12/1. - С. 46.
40. Горшкова Ю. М., Комлев А. Ф., Стремоухов А. А. Антипиретическая эффективность Ацеклофенака при острых респираторных вирусных инфекциях // Вестник семейной медицины. - 2017. - № 4. С. 1-6.
41. Грачев Ю. В., Шмырев В. И. Височно-нижнечелюстная (миофасциальная и артрогенная) лицевая боль // Боль. - 2018. - N 1. - С. 2-12.
42. Грибова Н. П. Забелин А. С., Сотникова М. В. Диагностика и лечение синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава : Материалы 14 Российской научно-практической конференции «Невропатическая боль» // Вертеброневрология. - 2016. - Т. 15. - N 1/2 . - С. 77.
43. Грудянов А. И. Биохимические исследования различных биологических сред и тканей при воспалительных заболеваниях пародонта // Пародонтология. - 1997. - Т. 4. - № 6. - С. 3-13.

44. Гублер, Е. В., Генкин А. А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. Л.: Медицина, 1973. - 144 с.
45. Демина Л. М. Анальгетическое действие кеторола в клинике челюстно-лицевой хирургии // Стоматология. - 1995. - Т. 74. - № 6. - С. 35.
46. Джапшуев М. Применение кеторола в послеоперационном периоде у хирургических больных // Врач. - 2016. - № 4. - С. 40-42.
47. Евсеев В. А., Игонькина С. И., Ветрилэ Л. А. Иммунологические аспекты патологической боли // Вестник РАМН. - 2017. - № 6. - С. 12-16.
48. Евсеев М. А. Нестероидные противовоспалительные препараты и пищеварительный тракт. М.: Боргес, 2016. - 194 с.
49. Зайко Н. Н., Быць Ю. В., Атаман А. В. и др. Патологическая физиология. К.: ООО «МЕДпресс - информ», 2016. - 640 с.
50. Зайцев В. М., Лифляндский В. Г., Маринкин В. И. Прикладная медицинская статистика. М.: Фолиант, 2017. - 432 с.
51. Зорина О. А., Абаев З. М., Борискина О. А., Беркутова И. С., Антидзе М. К. Спектр применения препарата нимесил в пародонтологии // Российская стоматология. - 2017. - Т. 5. - № 3. - С. 30-36.
52. Зорян Е. В., Рабинович С. А., Антонова Н. А., Зорян А. В., Ушаков А. И., Киргизова Е. С. Нестероидные противовоспалительные средства: фармакодинамика и использование в стоматологии. М.: МЗ РФ, ВУНМЦ, МГМСУ, 2020. - 37 с.
53. Зорян Е. В., Рабинович С. А. Эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных средств // Стоматология для всех. - 2017.-№ 1.-С. 36-40.
54. Иванникова Т. В. Возможности применения препарата нурофен для детей в комплексном лечении дисбактериозов кишечника у детей

- раннего возраста // *Мать и дитя. Педиатрия.* - 2018. - Т. 15. - № 1. - С. 28-31.
55. Игнатов Ю. Д., Кукес В. Г., Мазуров В. И. Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных средств. М.: ГЭОТАР, 2018.- 258 с.
56. Ильин А. А., Карсанов В. Т., Куприянов И. А., Попова Т. Ф. Морфофункциональные показатели и соматотип больных с внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава. Раздел II. Клиника и методы лечения. Функциональная и инструментальная диагностика. Новые лекарственные формы // *Вестник новых медицинских технологий.* - 2004. - Т. 11.-N3.-С. 70-72.
57. Ильин В. К., Воложин А. И., Виха Г. В. Колонизационная резистентность организма в измененных условиях обитания. М.: Наука, 2019. - 272 с.
58. Кабанова А. А., Окулич В. К., Богдан Н. Ю. Содержание миелопероксидазы в ротовой жидкости и ее взаимосвязь с клиническими характеристиками у пациентов с одонтогенными флегмонами // *Российская стоматология.* - 2017. - Т. 5. - № 3. - С. 61-66.
59. Камчатнов П. Р., Радыш Б. Б., Чугунов А. В., Кутенев А. В. Купирование острого болевого синдрома у пациента со спондилогенной дорсалгией // *Фарматека.* - 2018. - № 15. - С. 60-63.
60. Капранов М. И., Шабалова Л. А. Использование Ацеклофенака в лечении больных муковисцидозом // *Пульмонология.* - 2001. - № 3. - С. 4650.
61. Каратеев А. Е. Напроксен : баланс эффективности и безопасности // *Фарматека.* - 2018. - № 12. - С. 23-31.
62. Каратеев А. Е. Российский опыт применения Ацеклофенака: обзор клинических испытаний // *Consiliummedicum.* - 2019. - Т. 13. - № 9. - С. 8995.

63. Кирюхин А. В., Парфенова Н. А., Максимова Т. А. и др. Оптимизация лечения часто и длительно болеющих детей: иммунокоррекция ликопидом // Иммунология. - 2017. - № 1. - С. 47-50.
64. Ковальчук В. В., Ефимов М. А. Сравнительная характеристика эффективности и переносимости кратких курсов терапии различными нестероидными противовоспалительными препаратами при лечении пациентов с дорсалгиями // Журнал неврологии и психиатрTM им. С.С. Корсакова. - 2018. - Т. 110. - № 1. - С. 55-58.
65. Коковин Л. А. Побочные эффекты антибиотиков и некоторые особенности их применения // Российские аптеки. -2020. - № 10. - С. 17-23.
66. Костина И. Н. Терапия послеоперационной боли в амбулаторной практике стоматолога // Проблемы стоматологии. - 2019. - № 2. - С. 27-29.
67. Котляр Е. В. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов в послеоперационном периоде у больных зубом. Дис... канд. мед. наук. / Алтайский Государственный Медицинский Университет. Барнаул. 2018.- 117 с.
68. Кудаева Ф. М. Сравнение скорости наступления анальгетического и противовоспалительного эффектов различных форм Ацеклофенака и диклофенака натрия при подагрическом артрите // Терапевтический архив. - 2018. - Т. 79. - № 5. - С. 35-40.
69. Кудаева Ф. М. Место Ацеклофенака (найза) в ревматологии // Современная ревматология. - 2019. - № 1. - С. 63-66.
70. Кузьмина Э. М. Профилактика стоматологических заболеваний. М.: ПолиМедиаПресс, 2001.-216 с.