

**PARODONTNING YALLIG‘LANISH KASALLIKLARIDA KOMPLEKS  
TERAPEVTIK DAVOLASHNING KLINIK SAMARADORLIGI****Namozova Munira Sirojiddinova**

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti Terapevtik stomatologiya yo'nalishi talabasi

**Pardayev Anvar Misirovich**

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti Stomatologiya fanlar kafedrası mudiri

**ANNOTATSIYA**

Parodontning yallig‘lanish kasalliklari, xususan gingivit va periodontit, dental biofilm bilan bog‘liq, bemorning individual xavf omillari va 31ntise-yallig‘lanish javobi ta’sirida rivojlanadigan ko‘p omilli patologiyalardir. Ularni samarali davolash bitta 31ntisepti yoki muolajaga emas, balki 31ntisepti, mahalliy va umumiy xavf omillarini qamrab oluvchi bosqichma-bosqich kompleks terapevtik strategiyaga asoslanadi. Ushbu maqolaning maqsadi parodont yallig‘lanish kasalliklarida kompleks davolashning klinik samaradorligini zamonaviy dalillarga asoslangan yondashuv nuqtai nazaridan baholashdir. Tahlilda bemorning individual og‘iz gigiyenasini yaxshilash, supra- va subgingival biofilmni mexanik nazorat qilish, scaling va root 31ntisept/subgingival instrumentatsiya, 31ntiseptic va 31ntis antimikrob vositalar, tizimli antibiotiklarning cheklangan ko‘rsatmalari, xavf omillarini boshqarish, qoldiq periodontal cho‘ntaklarda jarrohlik davosi hamda supportive periodontal care (SPC)ning o‘rni ko‘rib chiqildi. Dalillar shuni ko‘rsatadiki, cho‘ntak chuqurligining kamayishi, klinik birikma darajasining yaxshilanishi, qonashning pasayishi va uzoq muddatli tish saqlanishi davolash protokolining to‘liqligi va bemorning unga rioya qilishiga bevosita bog‘liq. Qo‘shimcha 31ntiseptic yoki antibiotik vositalar ayrim klinik holatlarda foyda berishi mumkin, biroq ular sifatli mexanik biofilm nazoratini almashtirmaydi.

**Kalit so‘zlar:** gingivit, periodontit, kompleks davolash, subgingival instrumentatsiya, scaling va root planing, antiseptik terapiya, antibiotiklar, periodontal cho‘ntak, supportive periodontal care, klinik samaradorlik.

## АННОТАЦИЯ

Воспалительные заболевания пародонта, прежде всего гингивит и периодонтит, представляют собой многофакторные заболевания, связанные с зубной биоплёнкой и модифицируемые индивидуальными факторами риска и особенностями иммунновоспалительного ответа. Эффективное лечение основывается не на одном препарате или процедуре, а на поэтапной комплексной стратегии, направленной на контроль этиологических факторов, локального воспаления и общих факторов риска. Цель статьи — оценить клиническую эффективность комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта с позиции современной доказательной стоматологии. Рассмотрены обучение индивидуальной гигиене полости рта, механический контроль наддесневой и поддесневой биоплёнки, скейлинг и планирование поверхности корня/поддесневая инструментальная обработка, антисептики и местные антимикробные средства, ограниченные показания к системным антибиотикам, коррекция факторов риска, хирургическое лечение остаточных глубоких карманов и поддерживающая пародонтальная терапия. Анализ показывает, что уменьшение глубины пародонтальных карманов, улучшение клинического уровня прикрепления, снижение кровоточивости и долгосрочная сохранность зубов зависят от качества всего лечебного протокола и приверженности пациента. Дополнительные антисептические и антибактериальные средства могут улучшать отдельные показатели у выбранных пациентов, но не заменяют качественный механический контроль биоплёнки.

**Ключевые слова:** гингивит, периодонтит, комплексное лечение, поддесневая инструментальная обработка, скейлинг и планирование корня, антисептическая терапия, антибиотики, пародонтальный карман, поддерживающая пародонтальная терапия, клиническая эффективность.

## ABSTRACT

Inflammatory periodontal diseases, particularly gingivitis and periodontitis, are multifactorial biofilm-associated conditions modified by patient-specific risk factors and the host inflammatory response. Effective management is therefore based not on a single drug or procedure but on a stepwise comprehensive strategy targeting etiological factors, local inflammation and modifiable systemic risks. The aim of this article is to evaluate the clinical effectiveness of comprehensive therapeutic management of inflammatory periodontal diseases from an evidence-based perspective. The analysis

considers individualized oral-hygiene instruction, mechanical control of supra- and subgingival biofilm, scaling and root planing/subgingival instrumentation, antiseptics and locally delivered antimicrobials, restricted indications for systemic antibiotics, risk-factor control, periodontal surgery for residual deep pockets, and supportive periodontal care. Current evidence indicates that reductions in probing pocket depth, gains in clinical attachment level, decreases in bleeding on probing and long-term tooth retention depend on the quality and continuity of the complete treatment pathway and on patient adherence. Adjunctive antiseptic or antimicrobial agents may provide additional benefit in selected situations, but they do not replace effective mechanical biofilm disruption and long-term maintenance.

**Keywords:** gingivitis, periodontitis, comprehensive therapy, subgingival instrumentation, scaling and root planing, antiseptic therapy, antibiotics, periodontal pocket, supportive periodontal care, clinical effectiveness.

## **KIRISH**

Parodontning yallig‘lanish kasalliklari stomatologik amaliyotda eng ko‘p uchraydigan surunkali kasalliklar guruhidan bo‘lib, ularning klinik spektri qaytar gingival yallig‘lanishdan boshlab periodontal birikma va alveolyar suyakning progressiv destruksiya bilan kechuvchi periodontitgacha davom etadi. 2017-yilgi xalqaro klassifikatsiya periodontitni bosqich (stage) va daraja (grade) asosida baholashni taklif qildi; bu yondashuv kasallik og‘irligi, murakkabligi, progressiya xavfi va individual prognostik omillarni bitta klinik tizimda birlashtiradi [1].

Periodontitning asosiy etiologik omili disbiotik subgingival biofilm bo‘lsa-da, kasallikning klinik ifodasi mezbon organizmning immun-yallig‘lanish javobi, chekish, glyukemik nazorat, genetik moyillik, og‘iz gigiyenasi, stress, ijtimoiy va xulqiy omillar bilan modifikatsiyalanadi. Shu sababli zamonaviy periodontologiyada davolashning maqsadi faqat tish toshini olib tashlash emas, balki biofilmga bog‘liq yallig‘lanish yukini kamaytirish, periodontal cho‘ntaklarni yopish yoki nazorat qilinadigan holatga keltirish, xavf omillarini boshqarish va uzoq muddatli periodontal barqarorlikni saqlashdan iborat.

Yevropa Periodontologiya Federatsiyasining (EFP) S3-darajadagi klinik amaliyot qo‘llanmasi I–III bosqich periodontitni davolash uchun ketma-ket to‘rt bosqichli konsepsiyani tavsiya qiladi: birinchi bosqichda xulqiy o‘zgarish va supragingival biofilm nazorati; ikkinchi bosqichda subgingival instrumentatsiya; uchinchi bosqichda qoldiq chuqur periodontal cho‘ntaklar uchun qayta

instrumentatsiya yoki periodontal jarrohlik; to'rtinchi bosqichda esa supportive periodontal care [2]. IV bosqich periodontitda ushbu tamoyillar tishni saqlash, okklyuzion barqarorlik va kompleks reabilitatsiya bilan integratsiya qilinadi [3].

Kompleks terapevtik davolash klinik samaradorligini baholashda birgina ko'rsatkich yetarli emas. Asosiy natijalar probing pocket depth (PPD), clinical attachment level (CAL), bleeding on probing (BOP), periodontal cho'ntaklarning yopilishi, tish harakatchanligi, bemor simptomlari, tishlarning uzoq muddat saqlanishi hamda qayta davolash ehtiyojini o'z ichiga oladi. Davolashdan keyin qoldiq 5–6 mm va undan chuqur cho'ntaklar kasallikning qaytalanishi va tish yo'qotilishi xavfi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Ushbu maqolaning maqsadi parodont yallig'lanish kasalliklarida kompleks terapevtik davolashning klinik samaradorligini, uning tarkibiy qismlari, qo'shimcha vositalarning real klinik qiymati, xavf omillarini nazorat qilish va uzoq muddatli qo'llab-quvvatlovchi davolashning rolini ilmiy adabiyotlar asosida tahlil qilishdan iborat.

## **ADABIYOTLAR TAHLILI**

Gingivit va periodontitni davolashning birinchi sharti — bemor tomonidan bajariladigan supragingival biofilm nazoratini optimallashtirishdir. Individual gigiyena bo'yicha ko'rsatma, tish cho'tkasi texnikasini moslashtirish, interdental cho'tkalar va zarur hollarda boshqa yordamchi vositalardan foydalanish professional muolajalarning barqaror natijasini ta'minlaydi. Agar bemor uy sharoitidagi biofilm nazoratini bajarmasa, klinikada mukammal bajarilgan subgingival instrumentatsiyaning natijasi vaqt o'tishi bilan pasayadi. Shu sababli zamonaviy EFP algoritmidagi bemor motivatsiyasi va xavf omillarini boshqarish alohida davolash bosqichi sifatida beriladi [2].

Periodontitning nonsurgik davolashidagi markaziy muolaja subgingival instrumentatsiya bo'lib, klassik adabiyotlarda scaling va root planing (SRP) atamalarini bilan ifodalangan. Zamonaviy konsepsiyada maqsad ildiz yuzasini haddan tashqari silliqlash emas, balki subgingival biofilm va kalkulusni samarali buzish va olib tashlashdir. Qo'l kuretlar, sonic va ultratovushli instrumentlar o'rtasidagi tanlov klinik vaziyat, ildiz anatomiyasi va operator tajribasiga bog'liq. Citterio va hammualliflar meta-tahlilida nonsurgik periodontal terapiyadan keyin cho'ntak yopilishi klinik jihatdan muhim natija sifatida baholanib, boshlang'ich PPD chuqurligi natijaga sezilarli ta'sir ko'rsatishi qayd etilgan [4].

Antiseptik vositalar mexanik biofilm nazoratiga qo'shimcha sifatida qo'llanadi. Xlorheksidin (CHX) plaque va gingival yallig'lanishni kamaytiruvchi eng ko'p o'rganilgan antiseptiklardan biridir. Tizimli sharhlarda CHX mouthrinse mexanik tozalashga qo'shilganda gingivit va plaque ko'rsatkichlarini yaxshilashi, periodontitda esa PPD bo'yicha qo'shimcha foyda odatda kichik bo'lishi ko'rsatilgan; tish va tilning bo'yalishi, ta'm sezgisining vaqtinchalik o'zgarishi kabi nojo'ya ta'sirlar uning uzoq muddatli rutindagi qo'llanishini cheklaydi [5, 6]. Demak, CHX eng ko'p qisqa muddatli, aniq ko'rsatmaga asoslangan adjuvant sifatida mantiqli.

Lokal yetkazib beriladigan antimikrob vositalar periodontal cho'ntakda yuqori mahalliy konsentratsiyaga erishish va tizimli nojo'ya ta'sirlarni kamaytirish imkonini beradi. Herrera va hammualliflarning EFP uchun tayyorlangan tizimli sharhi lokal antimikrob vositalar subgingival instrumentatsiyaga qo'shilganda statistik jihatdan qo'shimcha klinik foyda berishi mumkinligini ko'rsatadi [7]. Biroq ta'sir hajmi har bir preparat va bemor guruhida bir xil emas; shu sababli ularni barcha bemorlarga rutinda emas, qoldiq lokal chuqur cho'ntaklar yoki alohida klinik vaziyatlarda qo'llash asosliroq.

Tizimli antibiotiklarning periodontit davosidagi o'rni eng ko'p bahs qilinadigan masalalardan biridir. Teughels va hammualliflarning tizimli sharhi subgingival instrumentatsiyaga qo'shilgan tizimli antibiotiklar ayrim klinik parametrlarni yaxshilashini, ammo nojo'ya hodisalar test guruhlarida ko'proq kuzatilishini ko'rsatgan [8]. EFP S3 qo'llanmasi antibiotik stewardship tamoyiliga mos ravishda tizimli antibiotiklarni rutinda qo'llashni tavsiya etmaydi; ular yosh bemorlardagi tez progressiyalanuvchi, generalizatsiyalangan og'ir periodontit kabi tanlangan holatlarda individual xavf-foйда bahosidan keyin ko'rib chiqilishi mumkin [2].

Amoksitsillin va metronidazol kombinatsiyasi bo'yicha randomizatsiyalangan tadqiqotlar og'ir, tez progressiyalanuvchi periodontitda qo'shimcha klinik foyda ehtimolini ko'rsatgan. Cosgarea va hammualliflar Stage III/IV Grade C periodontitli bemorlarda 3 kunlik va 7 kunlik amoksitsillin/metronidazol rejimlarini subgingival instrumentatsiyaga qo'shimcha sifatida taqqoslab, qisqa rejim 6 oylik natijalarda non-inferior bo'lishi va nojo'ya ta'sirlar kamroq bo'lishi mumkinligini bildirgan [9]. Biroq bunday natijalar antibiotiklarni keng qo'llashga asos emas; mikroblarga qarshi rezistentlik xavfi va individual ko'rsatmalar har doim hisobga olinishi shart.

Antimikrob fotodinamik terapiya (aPDT) fotosensibilizator va yorug'lik energiyasi orqali bakterial hujayralarni zararlashga asoslangan adjuvant usuldir. So'nggi

Cochrane tahlillari bu yondashuvning ayrim klinik ko'rsatkichlar bo'yicha qo'shimcha foydasini baholagan, ammo protokollar heterojenligi va klinik yakuniy natijalar farqliligi sababli uni standart subgingival instrumentatsiyaning o'rni bosuvchi usul deb bo'lmaydi [10].

Chekish periodontitning rivojlanishi, davolashga javob va uzoq muddatli prognozga kuchli ta'sir qiluvchi modifikatsiyalanuvchi xavf omilidir. Nonsurgik periodontal terapiyaga javob chekuvchilarda odatda yomonroq bo'lib, PPD reduksiyasi va CAL yutug'i kamroq kuzatiladi. Meta-tahlillar chekishni tashlash periodontit xavfini va progressiyasini kamaytirishi hamda davolash natijasini yaxshilashi mumkinligini ko'rsatadi [11, 12]. Shuning uchun chekishni tashlash bo'yicha qisqa maslahat, kerak bo'lsa tegishli mutaxassisga yo'llash kompleks periodontal davoning bir qismi bo'lishi kerak.

Qandli diabet va periodontit o'rtasidagi ikki tomonlama bog'liqlik davolash rejasida glyukemik nazoratni hisobga olishni talab qiladi. Nonsurgik periodontal terapiyaning HbA1c ga ta'siri bo'yicha tadqiqotlarda natijalar bir xil bo'lmas-da, ayrim randomizatsiyalangan klinik sinovlar periodontal yallig'lanishni kamaytirish glyukemik va sistemik yallig'lanish ko'rsatkichlariga ijobiy ta'sir ko'rsatishi mumkinligini bildiradi [13]. Shuning uchun diabetli bemorda stomatolog va terapevt/endokrinolog o'rtasidagi hamkorlik periodontal prognozni yaxshilashga xizmat qiladi.

Faol davolash tugagandan keyin supportive periodontal care periodontitni nazorat qilishning majburiy davomi hisoblanadi. EFP tavsiyalarida I–III bosqichda tashriflar bemorning xavf profiliga qarab taxminan 3–12 oy oralig'ida individuallashtirilishi, IV bosqichda esa dastlab 3 oylik interval ko'proq mos bo'lishi qayd etiladi [2, 3]. Uzoq muddatli kohort tadqiqotlari muntazam SPC fonida hatto og'ir periodontit bilan davolangan bemorlarda ham tishlarning katta qismini o'nlab yillar saqlash mumkinligini ko'rsatadi [14, 15].

## **NATIJALAR**

Ilmiy manbalarni qiyosiy tahlil qilish parodontning yallig'lanish kasalliklarida kompleks terapevtik yondashuv klinik natijalarni bir necha darajada yaxshilashini ko'rsatdi. Eng barqaror samara biofilmni professional va individual mexanik nazorat qilish, subgingival instrumentatsiya, bemorning xavf omillarini modifikatsiya qilish va tizimli supportive periodontal care bir protokol ichida bajarilganda kuzatiladi.

Qo‘shimcha antiseptik, lokal antimikrob yoki tizimli antibiotiklarning klinik qiymati esa bazaviy muolajaga nisbatan odatda kichikroq va ko‘rsatmaga bog‘liqdir.

| <b>Davolash komponenti</b>            | <b>Asosiy maqsad</b>                                         | <b>Kutiladigan klinik natija</b>                                    | <b>Dalilning amaliy talqini</b>             | <b>Cheklov</b>                                                |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Individual gigiyena va motivatsiya    | Supragingival biofilmni doimiy kamaytirish                   | BOP va plaque kamayishi, davolash natijasining barqarorligi         | Barcha bosqichlar uchun fundamental         | Bemor adherensi past bo‘lsa natija sustlashadi                |
| Subgingival instrumentatsiya (SRP/SI) | Subgingival biofilm va kalkulusni buzish                     | PPD kamayishi, CAL yutug‘i, cho‘ntak yopilishi                      | Nonsurgik davolashning asosiy komponenti    | Chuqur/kompleks defektlarda qoldiq cho‘ntak qolishi mumkin    |
| CHX va boshqa antiseptiklar           | Kimyoviy plaque nazoratini kuchaytirish                      | Gingivit va plaque kamayishi; periodontitda kichik qo‘shimcha foyda | Qisqa muddatli adjuvant                     | Bo‘yalish, ta‘m o‘zgarishi; mexanik tozalash o‘rnini bosmaydi |
| Lokal antimikroblar                   | Qoldiq cho‘ntakda yuqori mahalliy konsentratsiya             | Ayrim lokal PPD/CAL ko‘rsatkichlari da qo‘shimcha foyda             | Tanlangan lokal holatlarda ko‘rib chiqiladi | Ta‘sir hajmi mahsulot va vaziyatga bog‘liq                    |
| Tizimli antibiotiklar                 | Og‘ir va tez progressiyalanuvchi infeksiya yukni kamaytirish | Tanlangan Stage III/IV Grade C holatlarda qo‘shimcha foyda          | Rutinda emas; individual ko‘rsatma          | Rezistentlik, nojo‘ya ta‘sir, stewardship talabi              |

|                                      |                                                                       |                                                                     |                                                      |                                                               |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| aPDT<br>boshqa<br>adjuvantlar        | va<br>Qo'shimcha<br>antimikrob ta'sir                                 | Ba'zi<br>parametrlar<br>yaxshilanishi<br>mumkin                     | Standart<br>davoga<br>qo'shimcha                     | Heterojen<br>protokollar;<br>uzoq muddatli<br>ustunlik noaniq |
| Xavf<br>omillarini<br>nazorat qilish | Chekish, diabet<br>va boshqa<br>modifikatorlarni<br>kamaytirish       | Davolashga<br>javob va uzoq<br>muddatli<br>prognoz<br>yaxshilanishi | Kompleks<br>davoning<br>majburiy<br>qismi            | Bemor xulqi va<br>tizimli kasallik<br>nazoratiga<br>bog'liq   |
| SPC<br>maintenance                   | /<br>Qaytalanishni erta<br>aniqlash va<br>biofilmni nazorat<br>qilish | Tish saqlanishi<br>va periodontal<br>barqarorlik                    | Faol<br>davolashda<br>n keyingi<br>doimiy<br>bosqich | Tashriflar uzilib<br>qolsa xavf<br>ortadi                     |

Birinchi natija shuki, subgingival instrumentatsiya periodontal davolashning biologik markazi bo'lib qoladi. U o'rtacha va chuqur periodontal cho'ntaklarda PPDni kamaytiradi va CALni yaxshilaydi. Biroq boshlang'ich cho'ntak chuqurligi qancha katta bo'lsa, bir martalik nonsurgik davodan keyin qoldiq patologik cho'ntak qolish ehtimoli shuncha yuqori. Citterio va hammualliflarning tahlilida "pocket closure" davolash samaradorligini baholashda klinik jihatdan mazmunli kompozit natija sifatida ko'rsatildi [4].

Ikkinchi natija — antiseptik vositalarning foydasi kontekstga bog'liq. Gingivitda xlorheksidin plaque va gingival indeksni aniq kamaytirishi mumkin, biroq periodontitda SRPga qo'shilganda PPD bo'yicha qo'shimcha klinik yutuq odatda katta emas [5, 6]. Shu sababli CHXni "asosiy davolash" emas, balki mexanik gigiyena vaqtincha cheklangan yoki yallig'lanish yukini qisqa muddatda kamaytirish talab qilinadigan vaziyatlarda yordamchi vosita sifatida ishlatish oqilona.

Uchinchi natija — lokal antimikroblar qoldiq patologik cho'ntaklarda individual yondashuv imkonini beradi. Tizimli ekspozitsiya kam bo'lgan holda lokal konsentratsiya yuqori bo'lishi ularning afzalligi, biroq barcha bemorlarda majburiy qo'llash iqtisodiy va klinik jihatdan asoslanmagan. Ularning qo'shimcha foydasi bazaviy subgingival instrumentatsiya sifati va lokal anatomiyaga bog'liq [7].

To'rtinchi natija — tizimli antibiotiklar bilan bog'liq eng muhim klinik xulosa ularning rutinda emasligidir. Ayrim og'ir, tez progressiyalanuvchi fenotiplarda amoksitsillin/metronidazol kombinatsiyasi qo'shimcha PPD reduksiyasi va CAL

yaxshilanishini berishi mumkin [8, 9]. Biroq antibiotik rezistentligi va nojo'ya ta'sirlar tufayli bu foyda bemor darajasida sinchiklab baholanishi kerak.

Beshinchi natija — xavf omillarini nazorat qilish periodontal davolashning “tashqi” emas, asosiy terapevtik komponentidir. Chekish davolashga javobni yomonlashtiradi; chekishni tashlash periodontal prognozni yaxshilashi mumkin [11, 12]. Diabetda esa glyukemik nazorat yomon bo'lsa yallig'lanish va progressiya xavfi ortadi; periodontal terapiya ayrim bemorlarda sistemik yallig'lanish va metabolik ko'rsatkichlarga ham ijobiy ta'sir ko'rsatishi mumkin [13].

Oltinchi natija — faol periodontal terapiyaning yakuni aslida uzoq muddatli maintenance bosqichining boshlanishidir. Tashriflar xavfga mos individuallashtirilganda, residual PPD, furkatsiya ishtiroki, chekish va bemorning compliance darajasi kelajakdagi tish yo'qotilishi xavfini aniqlashga yordam beradi. 2026-yilda e'lon qilingan uch o'n yillik universitet kohortida 30 yildan ortiq SPC olgan og'ir periodontitli bemorlarda ham tish yo'qotish tezligi nisbatan past bo'lgan, biroq  $\geq 6$  mm qoldiq PPD va II–III darajali furkatsiya xavfni oshirgan [15].

## **MUHOKAMA**

Kompleks periodontal terapiyani baholashdagi eng katta xato — bir adjuvant vositaning statistik ustunligini butun klinik strategiyaning o'rniga qo'yishdir. Periodontit biofilmga bog'liq, lekin faqat infeksiyon kasallik emas; mezbon javobi, xulqiy va tizimli omillar klinik fenotipni modifikatsiya qiladi. Shu sababli periodontal yallig'lanishni uzoq muddat nazorat qilish uchun mahalliy biofilmni buzish bilan birga bemorning kunlik gigiyenasi, chekish, diabet, recall tashriflari va qoldiq anatomik xavflar boshqarilishi kerak.

Nonsurgik davolashning klinik samaradorligi PPD va CAL o'zgarishi bilan o'lchanadi, ammo “cho'ntak yopilishi” amaliy qaror uchun qulayroq ko'rsatkichdir. Davolashdan keyin sayoz, qonamaydigan cho'ntak periodontal barqarorlikni anglatadi; aksincha, qonovchi 6 mm yoki undan chuqur qoldiq cho'ntak qayta instrumentatsiya yoki periodontal jarrohlikni ko'rib chiqish uchun signal bo'lishi mumkin. Bu bosqichma-bosqich qaror qilish EFP S3 algoritmining kuchli tomonidir [2].

Antiseptik va antimikrob vositalar bo'yicha dalillarni talqin qilishda statistik va klinik ahamiyatni ajratish zarur. Masalan, PPDning qo'shimcha bir necha o'n millimetr kamayishi statistik jihatdan ahamiyatli bo'lishi mumkin, ammo u har doim bemorning tish saqlanishi yoki jarrohlik ehtiyojiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi. Shu sababli

yordamchi preparatning narxi, nojo'ya ta'siri, bemor adherensi va antibiotik rezistentligi kabi omillar natija bilan birgalikda baholanishi kerak.

Xlorheksidinning klinik qiymati ayniqsa gigiyena mexanik jihatdan vaqtincha qiyin bo'lgan davrda, masalan periodontal jarrohlikdan keyin yoki qisqa muddatli yallig'lanish nazoratida yuqori bo'lishi mumkin. Lekin uzoq muddat rutinda ishlatilsa bo'yalish va boshqa nojo'ya ta'sirlar bemor roziligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shu sababli antiseptik preparat "doimiy davolash" emas, aniq vaqt va maqsadga ega intervension vosita sifatida buyurilishi kerak.

Tizimli antibiotiklar bo'yicha esa klinitsist ayniqsa ehtiyotkor bo'lishi shart. Periodontitda antibiotikning qo'shimcha klinik foydasi ayrim yuqori xavfli guruhlarda mavjud bo'lsa-da, bu foyda antibiotiklarni barcha Stage III yoki IV bemorlarga berishni oqlamaydi. Antibiotik stewardship nuqtai nazaridan bemorning yoshi, grade, progressiya tezligi, umumiy holati, oldingi antibiotiklar tarixi va nojo'ya ta'sir xavfi individual baholanadi.

Periodontal jarrohlik "kompleks terapevtik davolashga qarama-qarshi" usul emas; u nonsurgik bosqichdan keyin qoldiq patologik cho'ntaklarni bartaraf etish uchun stepwise davolashning uchinchi bosqichi hisoblanadi. Regenerativ yoki rezektsion yondashuvning tanlovi intrabony defekt morfologiyasi, furkatsiya, tish prognozi va bemorning umumiy davolash rejasiga bog'liq. Ayniqsa IV bosqich periodontitda periodontal barqarorlik ortodontik, protez va okklyuzion rehabilitatsiya bilan muvofiqlashtirilishi zarur [3].

SPC uzoq muddatli samaradorlikning eng muhim, lekin amaliyotda ko'p e'tibordan chetda qoladigan qismidir. Periodontit "davolab tugatiladigan" emas, nazorat qilinadigan surunkali kasallik sifatida ko'riladi. Faol terapiyadan keyingi nazorat tashriflarida plaque va BOP, PPD, yangi CAL yo'qotilishi, furkatsiya, tish harakatchanligi va radiografik o'zgarishlar qayta baholanadi. Riskga mos recall intervali bemorni ortiqcha tashriflardan himoya qilish bilan birga qaytalanishni erta aniqlashga imkon beradi.

2026-yilgi uch o'n yillik kohort ma'lumotlari SPCning uzoq muddatli qiymatini yana bir bor tasdiqlaydi: og'ir boshlang'ich kasallikka qaramay, muntazam parvarish fonida tish saqlanishi yuqori bo'lishi mumkin; shu bilan birga qoldiq chuqur cho'ntak va rivojlangan furkatsiya xavfni keskin oshiradi [15]. Bu natija klinitsistga faqat "davolash tugadi" degan yakuniy hukmdan voz kechib, har bir bemor uchun dinamik risk profilini yuritish zarurligini ko'rsatadi.

Amaliy klinik algoritmi quyidagicha ifodalanishi mumkin: aniq periodontal diagnostika va staging/grading; bemorning motivatsiyasi va individual gigiyenani yaxshilash; chekish va diabet kabi xavf omillarini nazorat qilish; supra- va subgingival biofilmni professional bartaraf etish; 6–12 hafta atrofida klinik qayta baholash; qoldiq patologik choʻntaklarda qayta instrumentatsiya yoki jarrohlik; keyin esa individual 3–12 oylik SPC. Antiseptik, lokal antimikrob yoki tizimli antibiotiklar ushbu algoritmi oʻrnini bosmaydi, faqat koʻrsatma mavjud boʻlsa uni kuchaytiradi.

## **XULOSA**

1. Parodontning yalligʻlanish kasalliklarida klinik jihatdan eng samarali yondashuv — etiologik omillar, mahalliy biofilm, bemorning xulqiy va tizimli xavf omillari hamda uzoq muddatli monitoringni birlashtirgan bosqichma-bosqich kompleks terapiyadir.

2. Gingivitda individual va professional supragingival biofilm nazorati asosiy davolash boʻlib, periodontitda subgingival instrumentatsiya PPDni kamaytirish, CALni yaxshilash va choʻntak yopilishiga erishishning markaziy komponentidir.

3. Xlorheksidin va boshqa antiseptiklar ayrim vaziyatlarda qoʻshimcha klinik foyda beradi, biroq ularning taʼsiri mexanik biofilm nazoratini almashtirmaydi va uzoq muddatli qoʻllanish nojoʻya taʼsirlar bilan cheklanadi.

4. Lokal antimikrob vositalar tanlangan qoldiq periodontal choʻntaklarda qoʻshimcha imkoniyat boʻlishi mumkin. Tizimli antibiotiklar esa rutinda tavsiya etilmaydi; ular faqat ogʻir va tez progressiyalanuvchi tanlangan holatlarda individual xavf–foйда bahosidan keyin qoʻllanadi.

5. Chekishni tashlash va diabetni nazorat qilish periodontal prognozni yaxshilovchi muhim modifikatsiyalanuvchi omillardir. Xavf omillarini boshqarish periodontal davoning fakultativ emas, majburiy komponenti hisoblanadi.

6. Nonsurgik davolashdan keyin qoldiq chuqur va qonovchi periodontal choʻntaklarda qayta instrumentatsiya yoki periodontal jarrohlik koʻrib chiqilishi kerak. Davolashning keyingi bosqichi klinik qayta baholashga asoslanishi shart.

7. Uzoq muddatli klinik samaradorlikning asosiy sharti supportive periodontal care hisoblanadi. Riskga mos 3–12 oylik kuzatuv intervallari, bemorning compliance darajasi va qoldiq PPD/furkatsiya kabi prognostik koʻrsatkichlarni nazorat qilish tishlarni uzoq muddat saqlash imkonini oshiradi.

**FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR**

1. Tonetti M.S., Greenwell H., Kornman K.S. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018;45(Suppl 20):S149–S161. doi:10.1111/jcpe.12945.
2. Sanz M., Herrera D., Kebschull M., Chapple I., Jepsen S., Berglundh T., Sculean A., Tonetti M.S. Treatment of stage I–III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. *Journal of Clinical Periodontology*. 2020;47(Suppl 22):4–60. doi:10.1111/jcpe.13290.
3. Herrera D., Sanz M., Kebschull M., Jepsen S., Sculean A., Berglundh T., Papapanou P.N., Chapple I., Tonetti M.S. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. *Journal of Clinical Periodontology*. 2022;49(Suppl 24):4–71. doi:10.1111/jcpe.13639.
4. Citterio F., Gualini G., Chang M., et al. Pocket closure and residual pockets after non-surgical periodontal therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2022;49(1):2–14.
5. James P., Worthington H.V., Parnell C., Harding M., Lamont T., Cheung A., Whelton H., Riley P. Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;3:CD008676. doi:10.1002/14651858.CD008676.pub2.
6. da Costa L.F.N.P., Amaral C.S.F., Barbirato D.S., Leão A.T.T., Fogacci M.F. Chlorhexidine mouthwash as an adjunct to mechanical therapy in chronic periodontitis: A meta-analysis. *Journal of the American Dental Association*. 2017;148(5):308–318.
7. Herrera D., Matesanz P., Martín C., Oud V., Feres M., Teughels W. Adjunctive effect of locally delivered antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2020;47(Suppl 22):239–256.
8. Teughels W., Feres M., Oud V., Martín C., Matesanz P., Herrera D. Adjunctive effect of systemic antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2020;47(Suppl 22):257–281.
9. Cosgarea R., Jepsen S., Heumann C., Batori-Andronescu I., Rosu A., Bora R., Arweiler N.B., Eick S., Sculean A. Clinical, microbiological, and immunological effects of 3- or 7-day systemic antibiotics adjunctive to subgingival instrumentation in patients with aggressive (Stage III/IV Grade C) periodontitis: A randomized placebo-

controlled clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology*. 2022;49(11):1106–1120. doi:10.1111/jcpe.13676.

10. Jervøe-Storm P.M., et al. Adjunctive antimicrobial photodynamic therapy for treating periodontal and peri-implant diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2024;7:CD011778. doi:10.1002/14651858.CD011778.pub2.

11. Leite F.R.M., Nascimento G.G., Scheutz F., López R. Impact of smoking cessation on periodontitis: A systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal observational and interventional studies. *Nicotine & Tobacco Research*. 2019;21(12):1600–1608.

12. Chang J., Meng H.W., Lalla E., Lee C.T. The impact of smoking on non-surgical periodontal therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2021;48(1):60–75. doi:10.1111/jcpe.13384.

13. Rapone B., Nardi G.M., Di Venere D., et al. Inflammatory status and glycemic control level of patients with type 2 diabetes and periodontitis: A randomized clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(6):3018. doi:10.3390/ijerph18063018.

14. Carvalho R., Botelho J., Machado V., et al. Predictors of tooth loss during long-term periodontal maintenance: An updated systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*. 2021;48(8):1019–1036. doi:10.1111/jcpe.13488.

15. Cyris M., Bartels P., Kahl M., Springer C., Sälzer S., Fawzy El-Sayed K., Dörfer C.E., Zhou L.L., Graetz C. Tooth loss during supportive periodontal care (SPC): A three decades retrospective study in a university setting. *Journal of Clinical Periodontology*. 2026. Online ahead of print. doi:10.1111/jcpe.70173.