

М.И.АЗИМОВ

ЖАРРОХЛИК СТОМАТОЛОГИЯ ПРОПЕДЕВТИКАСИ



М.И. АЗИМОВ

ЖАРРОҲЛИК СТОМАТОЛОГИЯСИ ПРОПЕДЕВТИКАСИ

Тиббиёт олий ўқув юртлари учун дарслик

“ЎЗБЕКИСТОН МИЛЛИЙ ЭНЦИКЛОПЕДИЯСИ”
ДАВЛАТ ИЛМИЙ НАШРИЁТИ
ТОШКЕНТ-2009

56.6

A37

Азимов М.И.

Жарроҳлик стоматологияси пропедевтикаси:
тиббиёт олий ўқув юртлари учун дарслик/ М.И.Азимов. - Т.: О'zbekiston milliy ensiklopediyasi, 2009-254б.

ББК 56.6я73

ISBN 978-9943-07-092-9

МУНДАРИЖА

1 БОБ.

Жарроҳлик стоматология бўлимларини стационар ва
поликлиникада ташкил қилиш.....7

2 БОБ. Жарроҳлик стоматологияда беморларни текшириш
асослари.....11

3 БОБ. Стоматологияда оғриксизлантириш

Маҳаллий оғриксизлантириш.....15

Стоматологияда оғриксизлантириш турлари ва
уларнинг таснифи.....15

Уч шохли нерв иннервация соҳасини инфльтрациялаш
(бўктириш) аппликацияли (суртиш) суяк ичи,
интралигаментар оғриксизлантириш усуллари.....18

Уч шохли нервни иккинчи толасини иннервация соҳасини
ўтказувчан оғриксизлантириш усуллари24

Уч шохли нервнинг учинчи толаси оғиз ичидан
ўтказувчан оғриксизлантириш.....34

Пастки альвеоляр нервни ташқаридан оғриксизлантириш
усуллари.....38

Маҳаллий оғриксизлантириш асоратлари. Сабаблар, ташҳис,
даволаш ва олдини олиш чоралари.....41

Кучайтирилган маҳаллий оғриксизлантириш. Йўлдош
касалликлари бор беморларни маҳаллий оғриксизлантириш
ва жарроҳлик амалиётига тайёрлаш44

Умумий оғриксизлантириш46

Стоматологик поликлиника шароитида умумий
оғриксизлантириш усуллари.....47

Стационар шароитида юз ва оғиз бўшлиғи
операцияларида ўтказиладиган наркоз усуллари, унинг
асоратлари ва реанимация асослари48

4 БОБ. Тиш олиш

Доимий тишларни олишга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар.
Беморни кўриқдан ўтказиш ва тиш олиш операциясига
тайёрлаш. Қўлни ювиш ва операция майдониغا ишлов бериш52

Тиш олиш учун ишлатиладиган омбур ва элеваторлар	56
Омбур ёрдамида тиш олиш операцияси услублари. Тиш олаётганда бемор ва шифокорнинг жойлашиш ҳолати	59
Юқори жағдаги тож қисми сакланиб қолган тишларини олиш	63
Пастки жағдаги алоҳида гуруҳ тишларни олиш услублари	67
Тиш илдизларини олиш (омбурлар, элеваторлар ва бормашина ёрдамида).....	71
Тиш олингандан кейинги ярага ишлов бериш ва парваришlash	71
Тиш олинаётганда рўй бериши мумкин бўлган маҳаллий асоратлар	81
Тиш олинганидан сўнг кузатиладиган асоратлар	85

5 БОБ. Юз –жағ соҳалари одонтоген яллиғланиш касалликлари.....90

Периодонтитлар таснифи. Ўткир ва сурункали периодонтитнинг клиник кечиши, ташҳислаш	90
Ўткир периодонтитни даволаш	90
Сурункали периодонтитни даволаш	95
Ўткир ва сурункали одонтоген периостит	108
Жағлар одонтоген остеомиелитининг ўткир даври (оқма касаллиги)	118
Одонтоген остеомиелитнинг ўткир ости ва сурункали даври, ташҳислаш ва даволаш принциплари	127
Ўткир одонтоген остеомиелитни периодонтит, периостит касалликлари билан қиёсий ташҳислаш.....	130
Юз-жағ ва бўйин соҳалари абсцесс ва флегмоналари.....	133
Юз–жағ ва бўйин соҳаслари абсцесс ва флегмоналари этиологияси.....	134
Жағ ости, даҳан ости абсцесс ва флегмоналари. Инфекциянинг тарқалиш йўллари. Клиникаси. Ташҳислаш. Жарроҳдик даволаш усуллари	147

Кулоқ олди чайнов, чайнов мушаги ости соҳаларнинг флегмонаси. Клиникаси. Ташҳислаш Жарроҳлик даволаш усули	149
Ютқин олди, қанотсимон-жағ ва жағ орти соҳаларининг абсцесс ва флегмоналари. Тўқималараро ораликларнинг топографик анатомияси	151
Тил-жағ тарнови, тил ости, ретромоляр соҳаларининг абсцесси. Клиникаси. Ташҳислаш Жарроҳлик даволаш усули.	156
Тил танаси ва илдизи абсцесслари, оғиз туби флегмонаси. Клиникаси, ташҳислаш, жарроҳлик даволаш усули	159
Кўз ости, кўз косаси, ёноқ ва лунж соҳалари абсцесс ва флегмоналари	164
Чакка, чакка ости ва қанотсимон-танглай чуқурчаси соҳасининг абсцесс ва флегмоналари. Инфекция тарқалиш йўллари. Клиникаси, ташҳислаш, жарроҳлик даволаш усули.....	169
Юз-жағ ва бўйин соҳалари <u>лимфангити</u> , <u>лимфаденити</u> , <u>аденофлегмонаси</u>	174
Юз жағ яллиғланишлари касалликларининг асоратлари: <u>сепсис</u> , <u>септик шок</u> , <u>медиастенит</u> , <u>юз веналари тромбофлебити</u> ва <u>ғоваксимон бўшлиқ тромбози</u>	183
Юз-жағ ва бўйин соҳалари абсцесс ва флегмоналарни даволаш принциплари	188

6 БОБ. Юз -жағ соҳаларининг инфекциян яллиғланиш касалликлари **197**

Актиномикоз	197
Сил (туберкулез)	202
Захм(сифилис)	204
ОИВ инфекция – ОИТС касаллиги	205
<u>Чипқон</u> , <u>хуппоз</u>	206
<u>Сарамас</u>	209

7 БОБ. Тиш чиқиш касалликлари (перикоронарит, перикоронит) **210**

8 БОБ. Одонтоген гайморит. Юқори жағ бўшлиғи тубининг тешилиши **217**

9 БОБ. Сўлак безларининг касалликлари.....	226
Сўлак безларининг ўткир яллиғланиши (сиалоаденит)	226
Сўлак тош касаллиги	231
Сўлак безларининг дистрофик касалликлари (сиалозлар, сиалоаденозлар)	234
10 БОБ. Чакка-пастки жағ бугими касалликлари.....	240

КИРИШ ҚИСМИ

«Жарроҳлик стоматология пропедевтикаси» ўқув дарслиги тиббиёт институтларининг стоматология факультети 3-4 курс талабаларининг ўқитиш учун шу фаннинг намунавий дастури талабларига жавоб беради.

Китобдаги маълумотлар тиббиётнинг охирги илмий ва амалий ютуқлари асосида тайёрланган. Ёзилган дарслик Тошкент тиббиёт академиясининг жарроҳлик стоматология кафедраси ишчи дастури асосида мавзуларга бўлинган бўлиб келтирилган маълумотларни ўзлаштириб олиш учун қулай бўлишига ёрдам беради.

Дарслик алоҳида бўлимлардан ташқил топган бўлиб, Ўзбекистонда жарроҳлик стоматология фанининг ривожланиш тарихини; жарроҳ, стоматолог ишини поликлиника ва стационар шароитида ташкил қилиш; беморларни текшириш, оғриқсизлантириш, тиш суғуриш, юз-жағ соҳаси яллиғланиш касалликлари ва уларнинг асоратлари кенг ёритиб берилган.

Юз-жағ соҳаси яллиғланиш касалликлари бўлими талабаларга қулай бўлиши учун мавзулар кетма-кетлиги Т.Г.Робустова тақризи остидаги «Хирургическая сто-матология» (М-2000г) дарслиги каби келтирилган. Яллиғланиш касалликлари мавзуларида касалликнинг ҳар бир шаклида унинг келиб чиқишига, патогенезига, патологик анатомиясига, клиник кечишига ва даволаниш жараёнларига катта эътибор берилган. Жарроҳлик йўли билан даволашга ва асоратларга алоҳида эътибор берилган.

Ушбу дарслик давлат тилида илк бор нашр қилинмоқда. Шу боис камчиликлардан ҳоли эмаслиги табиий. Билдирилган тақлиф ва танқидий мулоҳазалар дарсликни кейинги нашрга тайёрлашда уни мазмунан бойитилишига катта ҳисса қўшади деган умиддамиз. Муаллиф дарслик сифатини ошириш юзасидан билдириладиган тақлиф ва танқидларга олдиндан миннатдорчилик билдиради.

Жарроҳлик стоматология бўлимларини стационар ва поликлиникада ташкил қилиш

Ўзбекистон Республикасида МДХдаги давлатлар сингари бозор муносабатларига ўтиш, мулкчиликнинг ҳар хил шакллари ҳосил бўлиши, аҳолига стоматология хизматининг кўрсатилишида ўз таъсирини кўрсатмоқда.

Бугунги кунда аҳолига кўрсатилаётган стоматологик хизмат, шу жумладан жарроҳлик стоматология хизмати янгидан шаклланиб бормоқда. Республикада ўтказилаётган тиббиётдаги ислохотлар натижасида икки йуналиш шаклланди: бири шошилич тиббий ёрдам ва иккинчиси эса ихтисослашган тиббий ёрдам. Республикамизда ислохотлар натижасида кенг тармокли шошилич тиббий ёрдам тизими ташкил қилинди.

Тошкент ш. Республика шошилич тиббий ёрдам институти, вилоятларда унинг филиаллари ташкил қилинди. Тез ёрдам шифохоналари таркибида жарроҳ стоматологлар штати киритилган, аҳоли эҳтиёжидан келиб чиққан ҳолда ўринлар ажратилган. Бу муассасаларда тез ёрдамга муҳтож беморларга юз-жағ суяк ва юмшоқ тўқималар жароҳатлари, яллиғланиш касалликлари билан мурожаат қилган беморларга юқори малакали ёрдам кўрсатилади.

Тошкент шаҳрида ихтисослашган жарроҳлик стоматология ёрдами уч касалхонада: ТМА клиникасида, 17 шаҳар клиник касалхонаси ва шаҳар тез тиббий ёрдам касалхонасида ташкил қилинган бўлимларида кўрсатилади. Бу бўлимларда юз-жағ жарроҳлик ёрдамига муҳтож беморларга режали ва тез ёрдам кўрсатилади.

Юз-жағ жарроҳлик бўлимлари тузилиши барча жарроҳлик бўлимларидагидек операция –боғлам блоки, палаталар ва ёрдамчи хоналардан (шифокорлар хоналари, овқатланиш хонаси, моддий неъматлар хонаси, гигиёник хоналар ва бошқалардан) ташкил топади. Жарроҳлик стоматология ёрдами хусусиятларини эътиборга олган ҳолда кўшимча хоналар ажратилади. Оғиз ирригацияси учун, ортопед стоматолог учун, тиш-техник лаборатория хонаси ва эҳтиёждан келиб чиққан ҳолда бошқа хоналар мавжуд.

Катта бўлимларда (50 ўридан кўп) юз-жағ соҳасида ўтказиладиган катта тиклаш операцияларининг ўтказилиши ва бир вақтда бўлимда яллиғланиш касалликлари бўлганини эътиборга олинса, иккита операция ва иккита боғлам хоналари ташкил қилиш мақсадга мувофиқ бўлади. Операция хонаси битта бўлса, дастлаб йирингсиз (тоза) беморлар кейин, йирингли беморлар операция қилинади. Бундай вазиятда операция ва боғлам хоналарида тозалikka эътибор берилиши, кимёвий ва физик (бактериоцид лампалар) ишлов берилиши тақозо этилади.

Боғлам хонасида операцион столдан ташқари стоматологик курси бўлиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Стоматологик поликлиникаларда жарроҳлик бўлими ёки хоналарини ташкил қилиш шу корхона иш ҳажми ва штат бирлигидан келиб чиққан ҳолда очилади. Стоматологик поликлиникалар шифокорлар сонига қараб бўлинади. Тоифалик поликлиникалардан катта таркибда 40 дан ортик шифокор бирлиги бўлган корхона, 1-тоифали поликлиникада 31-40, 2 тоифали поликлиникада 26-30, 3 тоифали поликлиникада 21-25, 4 тоифали 16-20 ва 5 тоифали 11-15 стоматолог шифокор ишлашига мўлжалланган поликлиникалар тоифаси ажратилади. 2-5 тоифали поликлиникалар таркибда жарроҳлик хонаси ташкил қилиниб, у камида уч хонадан иборат бўлади. Иккита операция хонаси: бирида операцион стол, иккинчисида стоматологик курси ўрнатилади.

Катта (1 тоифали) ва ундан катта стоматологик поликлиникаларда жарроҳлик бўлими очилади. Бўлим таркибда 5 хона бўлади. Шу жумладан операция хонаси – бир операция столи (кресло) қўйилса, хона сатҳи камида 23м^2 ва ҳар бир қўшимча столга (креслога) яна 7м^2 , яна кутиш хонаси, операция олди хонаси, стерилизация хонаси, операциядан чиққан беморлар дам олиш хонаси ташкил қилинади.

Жарроҳлик бўлими хоналари девори (операцияга кириш олди хонаси, боғлам хонаси) текис, силлик бўлиши, камида $1,8\text{м}^2$ баландликда кафель терилган, операция хона девори шифтгача кафель ёки пластик билан қопланган бўлиши шарт. Пол ҳамма хоналарда линолеум ёки керамик плиткалар билан қопланади.

Ҳамма хоналар шифти сув-эмульсияли, елимли ёки мойбуёқлар билан оқланган бўлиши шарт. Эшик, ойналар эмаль ёки мойбуёқлар билан қопланилиши, деворлар ва эшик ойналари намлаб артишга чидамли бўлиши керак. Хоналарга албатта совуқ ва иссиқ сув марказлашган иситиш тармоғига уланиши ва хоналар иситилиши лозим. Хоналар мажбурий вентиляция қилиниши, ойналарда дарчалар бўлиши лозим.

Штатлар. Биринчи-учинчи тоифадаги поликлиникаларда 2-3 жарроҳ стоматолог лавозими: шу жумладан бўлим мудир, тўртинчи-бешинчи тоифали поликлиникаларда тегишли равишда 2 жарроҳ стоматолог лавозими киритилади.

Бир жарроҳ стоматолог лавозимига бир ҳамшира ва 3 врачлик бирлигига бир кичик тиббий ходим бирлиги ажратилади.

Жарроҳлик стоматология бўлими ва кабинетларида тозалик санитария эпидемиология меъёрларига жавоб берадиган даражада

бўлиши шарт. Бўлим хизматчилари антисептика ва асептика услубларини ишлатиб, тозаликни таъминлаб беришади. Бу талаблар стационар ва поликлиникаларда бир хил бажарилади.

Операция вақтида кийиладиган ҳалатлар, чойшаблар ва операцияда ишлатиладиган боғлаш материаллари биксларда, автоклавда стерилизация қилинади. Жарроҳлик хонасида стерил стол ташкил қилинади. Унга кун давомида ишлатиладиган стерил матолар ва асбоблар қўйилади. Ҳар куни стерил стол янгидан солинади.

Асбобларни стерилизация қилиш учун маҳсус хона ажратилади, иссиқлик шкафи ўрнатилади, ёки асбоблар оддий 20-30 минут қайнатиш усулида стерилланади. Кесув асбоблари (скальпель, қайчи, игналар) спиртга 2 соатга солиб олинади ва кейин бошқа антисептикларда сақланади. Стерилизация хонаси жарроҳлик кабинети ёнида бўлгани маъқул, икки хона орасида ойна орқали асбобларни узатиш имкони бўлса, у мақсадга мувофиқ бўлади. Хоналарнинг санитар ҳолати бактериологик текширув билан назорат қилиниб турилади.

Поликлиникада жарроҳлик стоматология бўлими (кабинет)ни жиҳозлаш.

Беморни қабўл қилиш учун жарроҳлик стоматология бўлими (кабинети)да стоматологик кресло, соя бермайдиган лампалар, асбоблар учун стол, темир винтда айланувчи стуллар, бормашина, бектериоцид ва ультрабинафша лампалар, асбоблардан пинцетларнинг ҳар хили шпателлар, тиш олиш учун омбурлар ва элеваторлар комплекти, кесиш асбоблари-скальпель, қайчилар, ажраткичлар, (распатор) кировчи қошиқчалар, исканалар, болға (тиббий), суяк кесувчи ўткир жағли омбурлар, қон тўхтатувчи қискичлар, тилни сиқиб ушловчи қискичлар, оғиз очкич омбурлар, алюмин симдан шина яшаш учун асбоблар, трахеотомик найчалар бўлиши керак.

Жарроҳ стоматолог иш либосида олди ёпик ҳалат, докали никоб, боши берк, (қалпоқча билан) ҳимояловчи кўзойнак тақиши, қўлига қўлқоп кийиши керак.

Жарроҳлик стоматологик бўлимда (кабинетда) ишни ташкил қилиш.

Эрталабдан ҳамшира хонани иш ҳолатига тайёрлиги-санитар ҳолатни назорат қилиб чиқади ва иккита стерил столни тайёрлайди.

Биринчиси асбоблар учун, иккинчиси боғлам материаллар учун. Катта стол бўлса яримига асбобларни, яримига боғлам материалларни жойлаштириш мумкин.

Поликлиника шароитида беморларга кўрсатиладиган жарроҳлик муолажалар ҳажми шундай бўлиши керакки, бемор ўзи ёки ёнидаги ҳамроҳ ёрдамида уйга етиб бора оладиган бўлиши керак. Поликлиникада кичик операциялардан ташқари стационар бўлимга етказиладиган беморлар текширилади ва операцияга таёрланади. Стационардан чиқарилган беморлар охиригача даволанади. Диспансер гуруҳларга киритилган беморлар кузатилади, ҳар бир шифокор махсус шаклдаги кундалик иш ҳисоботини тўлдириб боради.

Жарроҳлик стоматологияда беморларни текшириш асослари

Жарроҳлик муолажасига муҳтож стоматологик беморлар тиббиётда қабул қилинган анъанавий усулда текширувдан ўтказилади. Бу сўров-(шикоятларни сўраш, касаллик ривожланиш тарихи, ҳаёт даврида кечирган касалликлар).

Дастлаб – бемор билан суҳбат ўтказиб касаликка оид маълумотлар тўланади. Бу жуда масъулиятли иш. Шифокор биринчи саволидаёқ бемор ишончини қозонишга ҳаракат қилиши зарур. Хушмуомалалик билан, касалликни билан боғлиқ шикоятларни аниқлаш керак. Шикоятлар жуда кўп ва хилма-хил бўлиши билан айримларининг аҳамияти ҳам бўлмаслиги мумкин. Шунинг учун шифокор аҳамиятли бўлганини ажрата олиши керак.

Кўпчилик беморларнинг шикояти оғриқка бўлади. Аниқлаш керак - оғриқнинг бошланиши нимага боғлиқ, кучи қандай, қайтарилувчанми, тарқалувчанми, тез-тез хуруж бериб туради. Жағнинг ҳаракатига боғлиқми, йўқми?

Бир гуруҳ беморлар оғиз очилишининг чегараланишига, ютиниш қийинлигига, ҳолсизликка, терлашга, тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қиладилар. Бундай шикоятлар яллиғланиш касалликларига кўпроқ хос бўлади.

Агарда бемор оғиз қуришига шикоят қилса бу сўлак безларининг касаллигига, ёки қанд касаллиги белгиси бўлиши мумкин.

Бемор юзининг шакли ўзгаришига шикоят қилса, унга сабабини аниқлаш учун йўналтирилган саволлар бериб, қачондан бери бу ҳолатни сезгани, нимага боғлиқлигини сўраш зарур.

Баъзан бемор ўзи шикоятларини айтиб бера олмайди (масалан ёш бола, ёки кекса одам). Шундай ҳолда болани ота-онасидан, кексанинг ҳамроҳ бўлиб келганларидан сўраш керак бўлади.

Пайпаслаш – бу услубда юз териси, юмшоқ тўқималар ва суякнинг ҳолатига баҳо берилади. Терини ушлаб унинг зичлиги, чўзилувчанлиги, остидаги мушак ва суякларга ёпишганлигини аниқлаш мумкин. Юзда чандиклар бўлса уларни пайпаслаганда қанчалик чуқур, тагидаги тўқималар билан ёпишганлигини аниқлаш мумкин.

Пайпаслаганда юмшоқ тўқималардан ҳосил бўлган ўсма, ёки катталашган сўлак беzi, ёки лимфатик тугун аниқланиши мумкин. Пайпаслаб яллиғланиш жараёнининг катта-кичиклиги, тўқима каттиқлашгани, ёки юмшаш аломатлари (флюктуация - билқиллаш) аниқланади.

Ташҳис қўйишда юз-жағ ва бўйин соҳасида лимфатик тугунларга эътибор берилади. Уларни катталашини яллиғланиш жараёни билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Катталашган, зич лимфатик безлар хавfli ўсманинг метастазаси бўлиб чиқишини унутмаслик керак. Бу белги ўсма касаллиги даврини аниқлаш имконини бериши мумкин.

Ташқи кўринишга баҳо бергандан сўнг оғиз бўшлиғи аъзолари кўриқдан ўтказилади. Бунинг учун шпатель, стоматологик кўзгу, стоматологик пинцет ва бурчак шаклидаги зонд ишлатилади. Алоҳида эътибор оғиз очилишига берилади, очаётганда оғриқ борми, катта очиладимми ёки чегараланганми. Оғиз очилиши чекланган бўлса чакка-пастки жағ бўғими фаолиятига аҳамият бериш керак. Бўғим бошчасини экскурсияси иккала томонда баробарлигига, қирсиллаш ёки оғриқ борлигига, лунж ва лабларни суриб оғиз ўтув бурмаси ҳолатига, оғиз шиллиқ қавати ҳолатига баҳо берилади. Тишлар ҳолати, атрофидаги парадонт ҳолати, тил ости ва жағ тил тарновчаси ҳолатига, юмшоқ ва қаттиқ танглай тузилишига эътибор берилади.

Оғиз бўшлиғи намлиги, сўлак кўп-камлиги ҳам эътиборсиз қолмаслиги керак. Сўлак беzi найчаларидан сўлак чиқишига эътибор берилади. Кам ёки умуман сўлак ажралмаса, у бездаги яллиғланиш, ўсма ёки тош касаллиқ ҳисобига бўлиши мумкин. Сўлак йўлларида

тош борлигини икки қўл бармоқлари билан оғиз ичидан ва ташқаридан пайпаслаб аниқлаш мумкин.

Агарда альвеоляр ўсиқда оқма йўл аниқланса унинг йўналиши, давомийлиги ва қаерга бориб тугадини зонд киритиб аниқланади.

Айрим ҳолларда юқори жағ тишлари олингандан сўнг оқма ҳосил бўлади, оқма йўл юқори жағ бўшлиғига туташган бўлиши мумкин. Уни аниқлаш учун зонд киритиб, ёки шприцда оқма йўлга сув юбориб, уни бурундан чиқишини кузатиш, бурунни сиқиб пуфлаганда ҳавонинг оғизга кетишидан ёки тескариси оғиздан бурунга ҳаво ўтишидан аниқлаш мумкин.

Катта аҳамият тиш ва милкларга берилади: оғизнинг гигиёни ҳолатига (тишлар шиллик кават ҳолати терапевтик стоматологияда ўтилади, шунинг учун биз уни ёритмадик) Жарроҳ-стоматолог оғиз даҳлизи бурмасининг ҳолатига алоҳида эътибор бериши керак. Бурманинг саёзланиши, унда шиш ҳосил бўлиши ва бу шиш тишлар ва атрофдаги парадонт касалликлари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Тишларининг бир гуруҳи қимирлаши ва милк-тиш чўнтақларидан йиринг ажралиши жағ суягининг оғир яллиғланиш касаллигидан далолат беради.

Оғиз бўшлиғини текшираётганда прикусни (тишларини жипслашиш ҳолатига) эътибор берилади (бу масала ортопедик стоматологияда батафсил ўтилгани учун тўхтамадик). Дастлабки текширувда аниқланган касалликнинг маҳаллий ва умумий белгилардан шифокор тахминий ташҳис қўйиб, қайси гуруҳ касаллигига (яллиғланиш, жароҳат, ўсма, туғма нуқсон) мансублигини аниқлайди ва қўшимча текширув ўтказди.

Рентгенологик текширувлар жарроҳлик стоматологик касалликларда тишлар атрофидаги тўқималарга баҳо бериш, суякдаги ўзгаришлар, емирилиш, синиш, ўсмаларни аниқлаш учун ишлатилади. Юқори жағ бўшлиғи ҳолати, тубининг тишларга муносабатини билиш, бегона жисмларни аниқлаш мақсадида ўтказилади. Сўлак йўлидан контраст модда йодолипол юбориб сўлак безлари ҳолатини, яллиғланиш шакли ёки ўсма касаллигини аниқлаш мумкин. Сўлак бези ёки сўлак йўлларида тош борлигини аниқлаш мумкин: контраст моддани оқма йўлга юбориб унинг йўналиши, тугаган жойи аниқланади.

Компьютер томография ўта сезгир текширув усули. Бу усулда маълум, кесимда нафақат суяк, балки юмшоқ тўқимадан ҳосил бўлган ўсма унинг чегараси, қобиғи ва ички тuzилишини кўриш мумкин.

Айниқса бу усулда юз ва жағ суяклари жароҳатларини ўта аниқлик билан ташхислаш, мушаклар ҳолатини аниқлаш, динамик текширувда суякдаги репаратив остеогенез кечишини кузатиш мумкин. Шунинг билан бирга суяк тузилмаларида кечаётган минералланишни сон ва сифат ўзгаришларни, суяк усти пардаси ҳолатини баҳолаш учун ишлатилади. Бу усул айниқса юз ва жағ суякларидида реконструктив операцияни режалаштиришда катта ёрдам беради.

Магнито-резонанс томография - энг янги текшириш усуллардан бири асосида доимий магнит майдонида радиотўлкинли импульсларни водород ядросидан электромагнит тембранишларни ҳисоблаб, уни мониторга тасвир қилиб беришга асосланган. Компьютер томографиядан афзаллиги юкори даражада аниқлик билан юмшок тўқималарни бир неча хил кесимда томограф қисмларини ва беморни силжитмаган ҳолда кўрсата олиш. Афзалликлардан яна бири бу усулда ионланган нурланиш йўқлигидир.

Электроодонтодиагностика-бу усул тиш ичидаги ва илдиз атрофидаги тўқималарни, нерв толаларининг сезувчанлик ҳолатини аниқлаш учун ишлатилади. Бу услубда тиш пульпаси ҳолатини, яллиғланиш жароҳат, ўсма ва бошқа касалликда аниқлаш мумкин.

Микробиологик текширувлар-яра ажралмалари, бўшлиқларнинг ювиндилари, қон ва сўртамалар касаллик кўзғатувчиси ва унинг антибиотикларга бўлган сезувчанлигини аниқлаш имконини беради.

Иммунологик текширувлар-кайталанувчи, узоқ чўзилувчи ва тузалиш суст кечаётган яллиғланиш ва дистрофик касалликларда организмнинг қаршилиқ ҳолатини аниқлаш мақсадида қон ва сўлакда Т. В лимфоцитлар ва иммуноглобулинлар аниқланади ва иммун тизимга баҳо берилади.

Радио изотоплар билан ташхислаш юз-жағ травматологияси ва парадонтологияда суякдаги ўзгаришларни аниқлаш, сўлак безлари фаолиятини ва ўсма касалликларини ташхислаш мақсадида ўтказилади. Радиоактив изотоплар юборилиб улардан тарқалаётган гамма-нурлари ташқаридан радиометрия ва компьютер сцинтиграфия қилиб патологик жараён аниқланади.

Морфологик ташхислаш. Патологик жараённи (гиперпластик яллиғланиш, ёки ўсма) одий усулларда аниқлаш қийин бўлади. Шундай ҳолатларда патологик жараёндаги тўқима ёки унинг ҳосилалари морфологик текширилади. Текширишнинг икки хил усули бор: цитологик ва гистологик. Цитологик текширув анча осон ва поликлиника шароитида тез амалга ошириладиган усул. Бунда сўлак, пунктат ёки

сўлак, пунктат ёки суртма ойнага туширилиб микроскопия қилинади, хужайралар туркими ва улардаги ўзгаришларга қараб патологик жараёнга нисбатан хулоса қилинади. Гистологик текширувлар ўтказиш учун патологик жараён ва атрофидаги соғ **тўқима диагностика биопсияга олинади** ва 10-20% формалин эритмасига иложи борица тезрок солинади ва лабораторияга жўнатилади. Бу текширувда патологик жараён тўқималар туркими ва улардаги сифат ўзгаришлардан хулоса қилинади. Биопсияга олинган тўқима шу заҳотиёк бўялмаган ҳолда кўрилиб хулоса чиқарилса – **экспрес биопсия** деб аталади, 2-3 кун ичида тайёрланиб хулоса қилинса-**цитобиопсия**, агарда олинган тўқима катор маҳсус бўёқларга тайёрланиб кесилиб бўялса, у **оддий биопсия** ҳисобланади ва камида 10 кун ичида тайёр бўлади.

Биопсия ҳажмига қараб бўлинади: очиқ (патологик жараён соғ тўқима чегарасидан кесиб олинади), кенгайтирилган (патологик жараён ҳаммаси олинади) пункцион маҳсус ичи кенг игна ўсмага киритилади ва игна оралиғи тўқима билан суғурилиб олинади ва гистологик текширув қилинади.

III – БОБ

Стоматологияда оғриқсизлантириш турлари ва уларнинг таснифи

Бугунги кунда стоматологик муолажаларни оғриқсизлантиришсиз бажарилишини тасаввур ҳам қилиб бўлмайди. Бу тиш даволаш бўладими, олиш бўладими ёки протезлаш мақсадида чархлаш бўладими оғриқсизлантиришсиз бажариб бўлмайди.

Оғриқсизлантириш турлари ва бажариш усуллари бугунги кунда жуда яхши ишлаб чиқилган. Бажариладиган муолажанинг давомийлиги ва мураккаблигини эътиборга олиб, адекват оғриқсизлантириш услубини ва анестетикни тўғри танлаш учун улар ҳақида яхши маълумотга эга бўлиш шарт. Оғриқсизлантириш усуллари куйидаги схемада келтирилган:

Оғриқсизлантириш		
А. маҳаллий	Б. умумий (наркоз)	В. комбинацияланган (биргаликда қилинган)
1. Инъекцион (игнали) а) инфильтрацион (тўқимани тўйинтириш) б) ўтказувчан уч шохли	1. Ингаляцион (нафас йўли орқали) а)маскали бурун оғиз-бурун орқали.	а) нейролептаналгезия (НЛА) б) атаралгезия премедикация

<p>нервни бирон тармогини блокада қилиш. в) регионар – уч шохли нервни калла суягидан чиқиб бўлинган жойида блокада қилиш. 2. Ноинъекцион (игнасиз) а) аппликацион (сўртаиш, сепиш) б) электранестезия в) аудиовидео анестезия. г) акупунктура</p>	<p>б) эндотрахеал (кекирдакка махсус найча киргазиб) 2. Ноингаляцион (нафас йўли иштирокисиз) а) вена орқали б) мушаклар орқали в) ректал</p>	<p>+ ингаляция. в) баланслаштирилган – премедикация + вена орқали г) Премедикация + маҳаллий</p>
--	--	--

Стоматология амалиётида маҳаллий оғриқсизлантириш энг тарқалган усул. Бу усулнинг афзаллиги унинг осон бажарилишида ва катта самарадорлигида, оғриқсизлантирувчи дори воситалар бемор онгига таъсир этмаган ҳолда нервларни сезиш ва оғриқни ўтказишни вақтинча тўхтатади.

Анестетикларга ва маҳаллий оғриқсизлантириш усуллари-га умумий талаблар

1. Ҳар қандай оғриқсизлантирувчи препарат умум таъсир этувчи дори воситаси.

2. Албатта стерил ва тўқималарга беэиён бўлиши шарт.

3. Оғриқсизлантиришга ишлатиладиган анестетик ҳарорати тана ҳароратига тенг бўлиши керак.

4. Оғриқсизлантириш муолажасини бажараётган врач юз-жағ анатомиясини, хусусан қон томирлар, нерв толалари топографиясини, суяк ва юмшоқ тўқималарнинг жойлашишига қараб мўлжал олишни билиши шарт.

5. Анестезия муолажасини бажаришдан олдин игна санчиладиган юзани антисептиклар (фурациллин ёки 1% спиртли йод, эритмаси) билан ишлов бериш шарт.

6. Ишлатилаётган игна ўткир бўлиши, санчилаётган кесув юзаси суякка қаратилиши керак.

7. Оғриқсизлантирувчи эритма игна санчилиши билан тўқимага юборила бошланиши миқдоран қанча кам ва секин юборилса шунча оғриқсиз бўлишини эътиборга олиш керак.

8. Бир нуктага игнани икки, уч мартаба санчиш, игнани суякка тақаб, анестетикни тўқимага зўриқтириб киритиш, суяк усти пардасининг шикастланишига олиб келишини эътиборга олиш керак.

9. Нерв ва қон томирларни шикастламаслик учун анестетикни тўқимага юбориш игнани ичкарига киритиш билан баробар бажарилиши шарт.

10. Игна эритмадан ортда юриши керак.

Бугунги кунда стоматологияда оғриқсизлантириш учун жуда кўп препаратлар ишлатилмоқда. Уларнинг асосий сифатлари фармакологик структураларни оксиллар билан бирикиши, ёғлар эрувчанлиги, тўқима орасида тарқалувчанлиги билан баҳоланади. Оғриқсизлантирувчи модданинг оксил билан боғланиши қанча юқори ва ёғларда эрувчанлик паст бўлса у шунча яхши оғриқсизлантиради ва зарари кам бўлади. Шуларни эътиборга олганда бугунги энг самарали оғриқсизлантирувчи воситалар каторида новокаин, тримекаин, *лидокаин, артикаин препаратларидир.*

Новокаин – жуда кенг ишлатиладиган анестетик – пара аминбензойкислотани мураккаб эфири, сувда жуда эрувчан, молекулалари тўқималар билан мустаҳкам бўлмаган боғлам ҳосил қилгани учун заҳарловчи хусусияти жуда кам. Сезувчанлиги баланд бўлган нерв тўқималари молекулаларни танлаб ўз ичига қамраб олади, айниқса симпатик нерв системаси Новокаин таъсирида дастлаб совуқ ва иссикни сезиш, оғриқ, кейин эса босимни сезиш йўқолади. Бу ҳолатда юмшоқ тўқималарда ва тиш олиш операцияларини ўтказиш мумкин. Лекин эндодонтик муолажалар учун новокаин билан оғриқсизлантириш етарли бўлмайди, сабаби пульпа асосан новокаинга чидамли миэминлашган нерв толалардан тузилган.

Тримекаин – ароматик оминлар гуруҳига киради – тўқимага тез сурилади ва чуқур анестезия беради. Новокаиндан уч марта кучли оғриқсизлантиради, аммо 1,5 марта токсик.

Лидокаин – ароматик аминни амиди – анимид сувда яхши эричан, қайнатганда кислота ва ишқорлар таъсирида ўз хусусиятларини йўқотмайди. Новокаиндан 4 марта кучли оғриқсизлантиради, аммо 2 барабар зарарли. Секин парчланади ва узок (3-5 соат) таъсир қилади. Ҳамма гуруҳ нерв толаларига баробар таъсир қилади. Синонимлари астракаин, псилокаин, лигнокаин, бутвакаин.

Энг охирги замонавий маҳаллий анестетик бу артикаин- синоними ультракаин у тиофён катори ҳосиласига мансуб, бир вақтда қон томирларнинг кенгайиши ва текис мушакларга спазмолитик таъсир этади. Оксиллар билан юқори даражада боғланиши, ёғда кам эрувчанлиги яхши омил ҳисобланади. Шунинг учун ультракаинни

қўшимча касалликлари бўлган, айниқса қари ва хомиладор аёлларга ишлатиш тавсия қилинади. Инъекциянинг 3-4 минутдан сўнг таъсири бошланади ва 25 минутгача давом этади. Қисқа муддат таъсир этиши эътиборга олинса, бу анестетикдан узоқ давом этмайдиган муолажаларда фойдаланиш тавсия этилади.

Анестетикнинг таъсирини кучайтириш ва давомийлигини ошириш мақсадида одатда 100,0 мл 2% новакаинга 1 мл 0,1% адреналин қўшилади. Шунда адреналин миқдори 1:100000 ташкил қилади. Бу миқдорда қўшилган адреналин анестетикни тўқимага сўрилишини узайтиради, уни захарлилигини камайтиради, етарли даражадаги оғриқсизлантириш кам миқдор билан эришилади. Адреналинни қўшиб ишлатиш қондаларига тўлиқ риюя қилинмаса салбий оқибатлар кузатилиши мумкин. Одатда адреналин миқдори кўп юборилса, маҳаллий ишемия кузатилади, тўқима ранги ўчиб оқаради, катта миқдорда юборилса некроз бўлиши мумкин. Умумий таъсири натижасида бош оғриши, бўшашиш, тахикардия, артериал босим тушиши ва бошқа белгилар намоён бўлади.

Салбий асоратлар олдини олиш учун стандарт ампуланган адреналин қўшилган, айниқса карпула шаклида чиқарилган анестетиклардан фойдаланган маъқул.

Уч шохли нерв иннервация соҳасини инфльтрациялаш (бўктириш) аппликацияли (сўртаиш) суяк ичи, интралигаментар оғриқсизлантириш усуллари

Аппликацион анестезия

Оғриқсизлантирувчи модда тўқималарга (игнасиз) суртилиши ҳисобига таъсир қилади. Одатда бу усулдаги оғриқсизлантириш, оғиз ва бурун шиллиқ пардасида ўтказилади. Эритма холидаги анестетиклар (2% дикаин, 2% пиромекаин 5%, 10% лидокаин) кичик тампонга шимдирилиб, қуритилган шиллиқ парда устига суртилади ёки бир неча дақиқа бостириб ушлаб турилади. 5% лидокаин ёки 5% пиромекаин малҳами шиллиқ пардага ишқалаб суртилади. Оғриқсизлантириш 1-3 минутдан сўнг бошланади ва 20-30 минут давом этади. (Расм 1, 2).

Бу усулга кўрсатма - шиллиқ қатламдаги кичик жаррохлик ҳаракатлар, игна санчишни оғриқсиз ўтказиш, тишлар тошини олиш, юкори жағ бўшлиғи пункциясини бажариш.



Расм - 1



Расм - 2

ИНФИЛЬТРАЦИОН ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ (тўқимани анестетик билан тўйинтириш)

Юз юмшоқ тўқималарида бажариладиган жаррохлик муолажаларни оғриқсизлантириш мақсадида бевосита операция майдонига игна санчилиб анестетик юборилади ва шу соҳада тўқима тўйинтирилади. Оғриқсизлантирувчи модда нервнинг периферик рецепторлари ўтказувчи толалари орқали мия марказига таъсир этади. Маҳаллий оғриқсизлантириш асосида анестетик хужайра липид қобиғи оксиди билан ҳосил қилган макромолекула натрий каналини блокка тутиши ётади. Натрий канали ички деворидаги рецептор анестетик билан боғланади. Бунинг учун анестетик липид мембранадан ўтиши керак. анестетик ёғда қанчалик яхши эриса у шунча тез мембранадан ўтади ва оксид билан қанча узоқ боғланса шунча қучли ва давомли оғриқсизлантириш кузатилади.

Инфильтрацион оғриқсизлантиришга кўрсатмалар

Юз юмшоқ тўқималари, юқори жағ альвеоляр ўсиғи ва танглайда операция муолажалари тишларининг кариес қавагига шакл бериш, эндодонтик даво ўтказиш ва тишларини копламаларга чархлаш.

Анестетик юмшоқ тўқимага юборилган соҳада оғриқсизлантириш шу заҳоти бошланади. Анестетик юборилган тўқимага нисбатан тери, тери ости ёғ қатлами, мушак, шиллик ости,

суяк кобиғи ости, суяк ичи интралигамёнтар инфильтрацион усуллар фаркланади.

Шиллик парда ости инфильтрацион оғриксизлантириш Бажариш техникаси. (Расм - 3)

1. Анестетик шприцга олинганидан сўнг уни ўнг қўлга қаламни ёзиш учун ушлагандек уч бармоқ орасига олинади ва бош бармоқ шприц поршённи устига қўйилади.

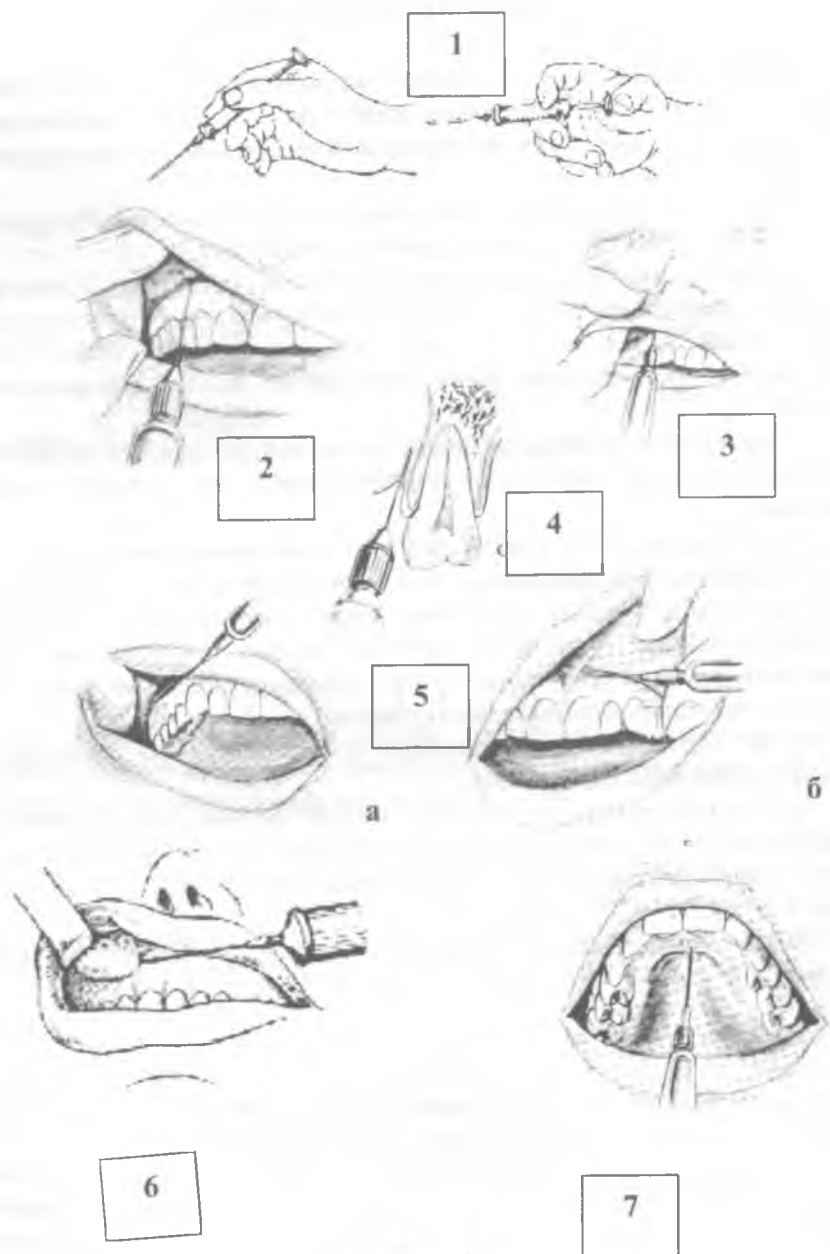
2. Чап қўлни кўрсаткич бармоғи билан юқори лаб кўтарилади.

3. Юқори лабни кўрсаткич ва бош бармоқ орасига олиб кўтариш ҳам мумкин. Шундан сўнг альвеоляр ўсикдаги сурилмайдиган милкдан 3-4 мл. юқорирокда игна санчилади, анестетик юборилиб игна тўқимага киритилади ва илдиз учи томон йўналтирилади (тиш даволаш мақсадида).

4. Игна киритилганидан сўнгги ҳолат.

5-6. Муолажа альвеоляр ўсикнинг бир неча тиш оралиғида бажариладиган бўлса, юқори лабни чап кўрсаткич бармоқ билан кўтариб игнани ўтув бурма шиллик пардага 40-45 градусда санчилади ва анестетик юборилиб, игна ўтув бурма бўйлаб керакли қўламда киритилиши билан 2-3 мл. анестетик юборилади.

7. Танглай шиллик пардаси оғриксизлантирилаётганда игна кесиги суякка қаратилиб, 40-45⁰ бурчак остида тўқимага киритилади ва 0,5 мл. анестетик юборилади.



Рисм - 3

ЭСИНГИЗДА БЎЛСИН.

Инфильтрация усулида бажарилган оғриқсизлантиришдан сўнг юмшоқ тўқималардаги жарроҳлик амалиётини бир неча дақиқадан сўнг бошлаш мумкин. Суяк ва тишлардаги амалиётни 7-10 дақиқадан сўнг бажариш мумкин.

Узоқ ва чуқур оғриқсизлантириш зарур бўлса анестетикнинг ҳар 10 мл.га 2-3 томчи адреналин эритмаси кўшилади.

Интралигаментар периодонтал оғриқсизлантириш. Ҳозирги даврда кенг қўлланилаётган усул. Анестетик периодонт тўқимасига босим билан киритилади. Бу усул карпула тутувчи шприц ва карпуладаги анестетик ва калта игна билан амалга оширилади. (Расм-4).

Анестезияни бошлашдан олдин тиш ва атрофидаги тўқималарга антисептик ишлов берилади, юмшоқ қараш ва тошлар олиб ташланади.

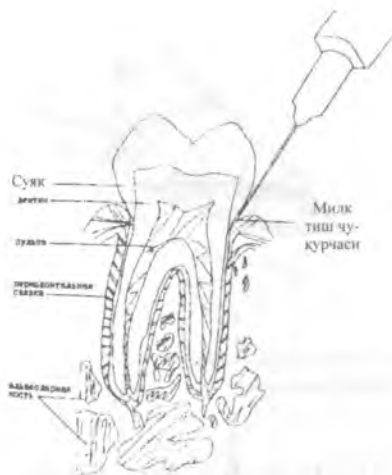
2. Апликация усулида милк тиш чўнтаги оғриқсизлантирилади.

3. Карпулалари шприц игнаси тиш марказидан ўтказилган шартли ўқига нисбатан 30° градус қияликда, игна кесигини илдиз юзасига қаратиб, периодонт тўқимасига санчилади ва зич тўқимага киргани сезилгунча 1-3 мм чуқурликка суриб борилади, олдин вестибуляр кейин тил ёки танглай томонидан қилинади.

4. Анестетик 0,2-0,6 мл миқдорда босим билан аста секин периодонтал ораликқа киритилади.

5. Игна қайтарилиб олинаётганда албатта босимни ушлаб тортиб олиш керак, чунки карпула ичидаги резинкали тутқич тўқима босимдан орқага қайтиб тўқима суюқлигини карпула ичига тортиши мумкин.

Оғриқсизлантириш шу заҳотиёқ бошланади ва 30 минутгача давом этади.



Бажарилдиш схемаси.



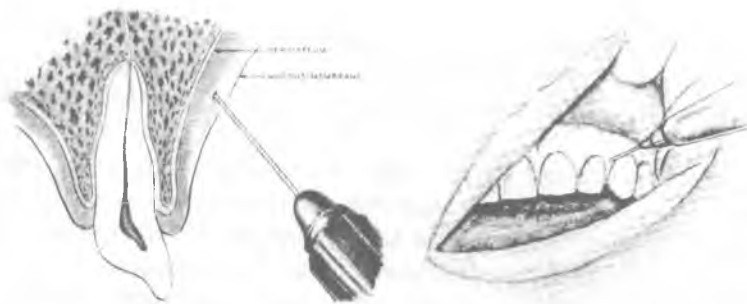
Интерлигаментар оғриксизлантириш учун игнанинг санчиладиган нукталари.

Расм – 4

Суяк усти пардаси тагига (субпериостал) анестезия қилиш тавсия қилинмайди, чунки анестетик суяк пардасини ажратиб оғрик беради ва бир неча кун шу соҳа оғриб туради.

Суяк ичи анестезияси. Инфильтрацион анестезия етарли оғриксизлантириш бермаса, суяк ичи (интраоссал) оғриксизлантириш ўтказса бўлади. Бунинг учун :1) операция майдонида инфильтрацион ёки аппликацион оғриксизлантириш ўтказилади 2) вестибуляр томондан альвеоляр ўсиқнинг икки тиш орасидаги компакт суяги думалок бор билан тешилади.

3. Очилган йўл орқали суякнинг ғовак қисмига игна санчилиб 1-2 мл анестетик босим билан юборилади. Игна санчилган томондаги икки тиш шу заҳотиёқ оғриксизлантирилади ва 60 минутгача давом этади. Пульпа ва периодонтга таъсир этгани учун стоматологик муолажаларнинг барчасини (кариес қавакка шакл бериш, пульпит, периодонтитни даволаш, илдиз учини резекция қилиш, тишни протезлаш мақсадида чархлаш ва бошқа) бажариш имкониятини беради.

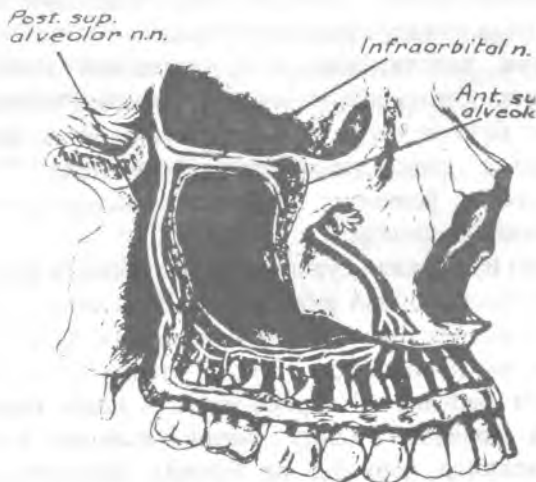


Расм - 5

Уч шоҳли нерв иккинчи толасининг иннервация соҳасини ўтказувчан оғрикисизлантириш усуллари

ЎТКАЗУВЧАН (ТАРМОҚЛИ) ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Ўтказувчан оғрикисизлантириш одатда операция майдонидан четда, уч шоҳли нервнинг катта тармоқлари атрофида ўтказилади. Ўтказувчан оғрикисизлантириш катта ҳажмдаги узоқ давом этадиган юз-жағ жарроҳлик аралашувларида ва тишларда даволаш, чархлаш муолажаларини бажариш учун ишлатилади.



Расм - 6

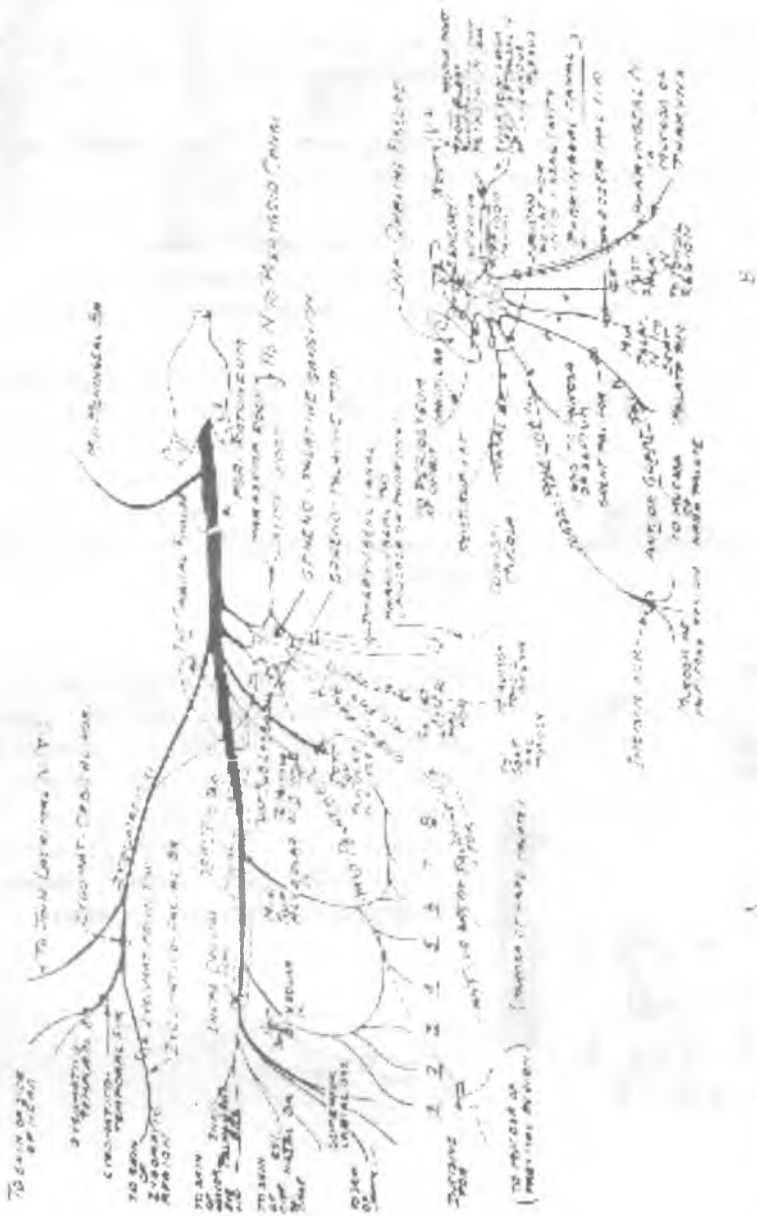


Fig. 10.—A, Maulary division, V2, of trigeminal nerve. B, Sphre population solution. (After detailed drawing of T. W. Benson.)

Инфраорбитал анестезия

Юкори жағ олдинги гурух тишларини даволаш, олиш кўйиш мақсадида чархлаш, альвеолар ўсик ва унинг устидаги шиллик парда жарроҳлик муолажалар ўтказиш.

Кўз ости нервини ўтказувчан оғриксизлантиришни икки услубда бажариш мумкин: оғиз ичидан ва ташқарисидан.

Кўз ости нерви жойлашган канал қия бўлиб, у тепадан пастга, олдинга ва ичкарига (медиал) йўналган бўлади. Шунинг учун игна санчилгандан сўнг пастдан юкорига, ташқарига қараб йўналтирилади.

Кўз ости канали чиқиш тешигини аниқлашнинг уч усули бор:



1. Кўз косаси пастки кирғоғини пайпаслаб юкори жағ ёноқ ўсимтаси ва ёноқ суяги чокини ҳосил қилган бўртмани топамиз, тешик шу бўртмада кўз косаси пастки киррасидан 0,5-0,75 см. пастроқда жойлашади.



2. Кўз косаси пастки киррасидан 0,5-0,75 см. пастроқда шартли горизонтал чизик ўтказамиз, иккинчи чизикни вертикал ҳолатда иккинчи кичик озик тиш илдизи ўртасидан ўтказамиз. Шу чизиклар кесишган нуқтани кўз ости нерви тешиги жойлашган деб тасаввур қиламиз.



Расм - 8

3. Кўз косаси пастки қиррасидан 0,5-0,75 см. пастрокда шартли горизонтал чизик ўтказамиз. Иккинчи вертикал чизик тўғрига қараб турган кўзни кора четидан ўтказилади. Шу чизикларнинг кесишган нуктаси кўз ости каналига кириш жойи бўлади.

ОҒИЗ ИЧИДАН БАЖАРИШ УСУЛИ.

Бажарилиш усули

1.Оғиз ичидан ўтказиш учун юқорида айтилган услубларнинг бирдан фойдаланиб кўз ости канали тешиги мўлжалга олинади. 2. Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи тешик таҳмин қилинган нуктага қўйилади. 3. Катта бармоқ билан оғиз ичидан юқори лаб кўтарилади .4. Игна марказий ва ён курак тишлар оралиғидан ўтув бурмага санчилади. Шу заҳотиёқ оғриксизлантирувчи эритма юборилади ва тешик таҳмин қилинган соҳага суякка еткунча киритилади. 5. Шу соҳага 1-2 мл. юбориб бир икки дақиқа ўтиб игна бир оз орқага тортилади ва тешикни топиш учун суякка бир неча марта санчиб тешик топилади 6. Игна каналга кирса “чуқурга тушгандай” бўлади, 0,5 см. каналга кириб 1 мл эритма юборилади.



расм - 9

2.Оғиз ташқарисидан бажарилиш усули.

1.Юқорида келтирилган усуллардан бирини ишлатиб кўз ости канал тешиги соҳаси таҳмин қилинади.

2.Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан тўқималар шу соҳага тақаб ушланади 3.Игна таҳмин қилинган тешиқдан 1 см. Пастга ва ёнга (медиал) ўтиб санчилади 4.Давоми оғиз ичидан бажарилган услубида ёзилганидек ўтказилади.



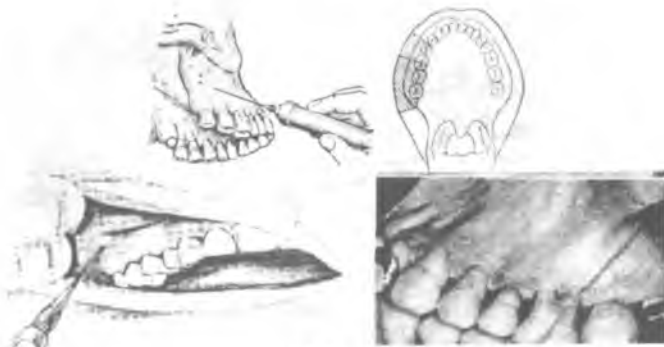
Расм - 10

Огоҳ бўлинг!

Анестезия муолажасини бажаришда услуб тўғри бажарилмаса қуйидаги асоратлар – гематома, диплопия, кўз ости нерви жароҳатланиши мумкин.

Туберал анестезия

Уч шохли нервнинг иккинчи шохини юқори орқа альвеоляр тармоқлари юқори жағ суягининг қанотсимон танглайга қараган орқа бўртмаси юзасидан бир неча тола орқали суякка кириб келади ва юқори жағни учта катта озиқ тишлар, шу соҳадаги суяк ва милкни иннервация қилади. Анестетик модда айнан шу соҳага етказилиши керак.



Расм - 11

Бажариш техникаси

1. Оғиз ярим очик ҳолатида чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи, ёки шпатель ёрдамида лунж кўтарилади

2. Игна учи кесигини суякка қаратиб ёнок альвеоляр қирраси ортидан иккинчи ва учинчи катта озиқ тиш ораси рўпарасидан ўтув бурмага санчилади.

3. Игнани киритиш билан эритма юборилади ва суяк усти пардаси устидан юқорига орқага ва ичкарига қараб 2-2,5 см. киритилади. Игна киритиш билан бирга 1,5-2,0 мл. анестетик юборилади.

Огоҳ бўлинг!

Нотўғри бажарилган муолажа қон томирларни жароҳатлашини (гематома) ёки қон томирига тушиб анестетик томир ичига кетиши мумкин.

Эҳтиёт чоралари.

Қон томирларни шикастламаслик учун игнани тўқимага киритилиши заҳоти анестетикни юбориш. Қон томирларга игна тушганлигини текшириш мақсадида шприц поршёнини орқага тортиб кўриш, қон чиқса игнанинг ҳолатини ўзгартириш лозим. Анестезия қилиб бўлганидан сўнг кафт билан лунжни сиқиб ушлаб туриш қондалаш олдини олади.

Танглай катта тешигида ўтказиладиган анестезия.

Уч шохли нервни иккинчи шохидан қанот-танглай чуқурчасида ҳосил бўлган қанот-танглай тугунидан ажралиб танглай нерви катта танглай канали орқали катта танглай тешигидан чиқади ва танглай шиллиқ пардасининг орқа қисмини иннервация қилади.



Расм - 12



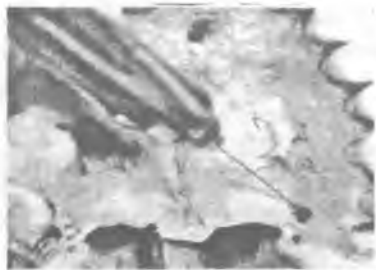
Расм - 13

Бажариш техникаси

1. Игнани санчишдан олдин танглай катта тешигининг жойлашишини тасаввур қилиш керак. Тешик проекциясини топиш учун ҳаёлан иккита бир бирини **кесиб** ўтувчи чизик ўтказамиз, бири учинчи катта озиқ тиши ўртасидан танглай параллел чокигача. Шу масофа учга бўлинади ва альвеоляр ўсиқ томондан масофанинг $1/3$ қисми мўлжалида иккинчи кесиб ўтувчи чизик ўтказилади. Шу чизиклар кесишган нуқта катта танглай тешиги проекцияси бўлади. Оғиз очиб турганда бу тешикка игнани перпендикуляр санчиб бўлмайди. Игна қиялаб боришини эътиборга олиб, у тешик проекциясидан 0,5 см. олдироқ ва ўртароқ санчилади.



Расм - 14



Расм - 15

Оғиз катта очилади, оғриксизлантиришга қарама-қарши томондан ўнг қўлда ушланган шприц катта танглай тешиги тахмин қилинган нуқтага қаратилади, игна санчилиб анестетик юборилади. Игна тўқимага суяка қадалгунча киритилади ва 0,5 мл. анестетик юборилади.

Огоҳ бўлинг !

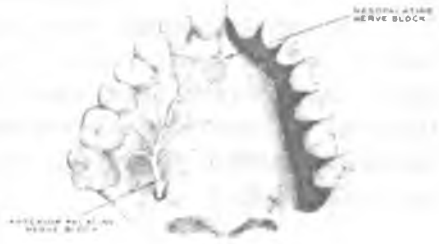
Анестетик кўп юборилса, юмшоқ танглай мушакларини ҳаракатлантирувчи нерв толалари блоклаб тўсиб танглай мушаклари ҳаракатсизланади. Натижада йўтал ва қусиш ҳаракатлари пайдо бўлади.

Бурун-танглай нервини оғриксизлантириш.

Бу нерв канот-танглай тугунидан ажралиб латерал ва медиал тармоққа бўлинади. Латерал тармоғи *p.nasopalatinus* бурун тўсиғидан пастга ва олдинга *can. Insisivus* орқали каттиқ танглайнинг олд қисмига чиқади.



Расм - 16



Расм - 17

Огрикисизлантиришга кўрсатма: Юқори жағ фронтал тишларини даволаш, олиш ва чархлаш, альвеоляр ўсиқ ва қаттиқ танглай шиллик каватидаги жарроҳлик муолажалари.

Бажариш техникаси Оғиз ичидан

Бурун-танглай нерви танглайга икки марказий курак тишлар ўртасидан ўтказилган чизикда жойлашган тешиқдан чиқади. Тешиқ устида шиллик пардадан ҳосил бўлган сўрғич бўлади. Игна санчишдан олдин шу сўрғич ва атрофига 10% лидокаин суртилади.



Расм - 18



Расм - 19

Бемор боши орқага ташлаб оғизни катта очиш сўралади. Игна сўрғичнинг орқа қисмига санчилади ва шу заҳоти 0,5 мл. анестетик юборилади. Игна тўкимага 5-6 мм киргач суякка қадалади. Шу ерга анестетик 0,25-0,5 мл юборилади. Канал ичига тушиш қийин, чунки тикка қаратилган игна кириши мумкин, аммо пастки жағ бунга ҳалақит қилади.

Бурун ичидан бажариш.

Оғриқсизлантириш бурун даҳлизи тубига ва тўсиғига икки томондан дикаин суртилгандан сўнг бажарилади. Шприц ўнг қўлда бўлиб оғриқсизлантириш икки тамондан ўтказилади, игна бурун йўлининг тубига тўсиқ асосига санчилиб юқоридан пастга ва ўртага караб йўналтирилади ва қадалгунча киритилади ва 0,5-1 мл. анестетик юборилади.

Ёдингизда бўлсин!

Бурун-танглай нерви ҳосил қилган сўрғичга игна санчишдан олдин албатта аппликация усулида оғриқсизлантириш шарт. Игна каналга чуқур киритилса бурун шиллиқ пардаси жароҳатланади ва қонайди.

SUBMAXILLARY GANGLION.

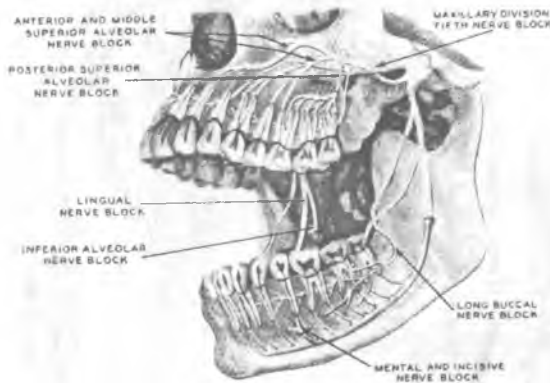


ПАСТКИ АЛЬВЕОЛЯР НЕРВНИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ УСУЛЛАРИ.

Мандибуляр оғриқсизлантириш

Бу оғриқсизлантиришни бажариш учун пастки альвеоляр нерв жағ суягига кирадиган тешик проекциясини яхши тасаввур қилиш керак. Тешик пастки жағ шох қисмининг ички юзасида жойлашган ўртача бўлиб, у жағнинг олд қиррасидан - 15 мм, орқадан - 13 мм, юкоридан - 22 мм, жағ бурчаги қиррасидан - 27 мм масофада жойлашган. Катта одамда тешик пастки қатта озик тишлар чайнов юзасидан горизонтал ўтказилган шартли чизик баландлигида жойлашган. Тешик олд қисмини *Linqila mandibulae* тўсиб туради. Шунинг учун игна тешикдан 0,75-1 см. юкорироққа санчилиб нерв каналига киришидан олдин жойлашган суякдаги тарновча (*sulcus coli mandubulae*) атрофига анестетик юборилади.

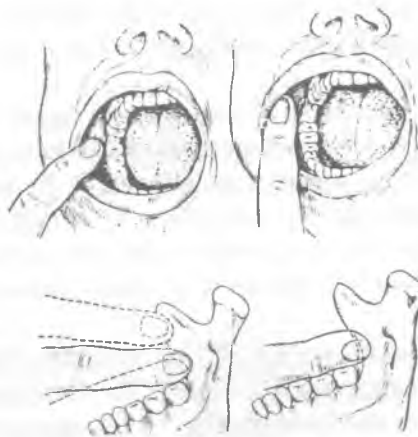
уч шохли нервнинг учинчи толасини оғиз ичидан ўтказувчан оғриқсизлантириш



Расм - 21

Пайпаслаб бажариш

Бу усулда пастки жағ суягидаги анатомик тузилмалар пайпаслаб топилади. Оғриқсизлантириш ўнг томонда ўтказилса чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи,



Расм - 22

чап томонда - чап қўлнинг бош бармоғи билан пастки жағ шохининг қирраси оғиз ичидан пайпаслаб топилади ва ичкарига киритилиб чакка қирраси аниқланади, ретромоляр чуқурчага бармоқни тираб ушланади. Ўнг қўлга шприцни олиб игна карама-қарши томондан кичик озик тишлар соҳасидан бармоқ билан аниқланган чакка қиррадан ичкарига 0,75-1 см. охириги катта озик тиш чайнов юзасидан 0,75-1 см. баландликда санчилади.



Расм - 23



Расм - 24

Шу йуналишда 0,5-1 мл. эритма юборилади, игнани 2-2,5 см. орқага ва ташқарига киритилиб, яна 2-3 мл анестетик юборилади

Аподактил (бармоқлар ёрдамисиз) усул

Бу усул оғриқсизлантиришда асосан қанот-жағ бурмаси (plica pteriqomandibylaris) мўлжал ҳисобланади. У пастки жағ шохининг чекка қиррасидан ичкарида вертикал йўналишда жойлашган.

1.Оғиз катта очилган ҳолда шприц ва игна қарши томондан иккинчи кичик ва биринчи катта озиқ тишлар ораси соҳасига жойлаштирилади.

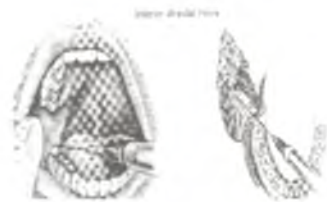
2.Игна бурма олд қирғоғи вертикал узунлиги ўртасига санчилади.

3.Ичкарига ва ташқарига 1,5-2 см. суякка теккунча киритилади.

4.Игна суякка тегмаса шприц бир оз орқага қайтарилади ва иккинчи учинчи катта озиқ тишлар соҳасидан қайтадан киритилади.



Расм – 25



Расм-26

ПАСТКИ ЖАҒ ТОРУСИ СОҲАСИДА М.М.ВАЙСБРЕМ УСЛУБИДА ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Бу услубда бир вақтда лунж, тил ва пастки альвеоляр нерв оғриқсизлантирилади.

Бажариш техникаси.

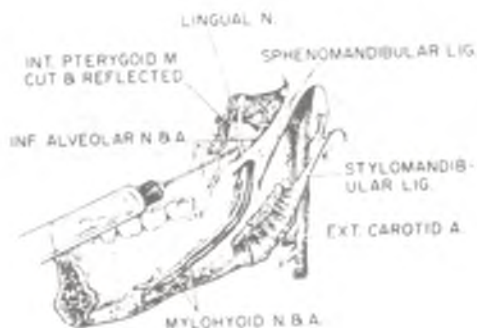
1.Беморни тўғрига қаратиб энгак сал пастрок туширилади ва оғиз катта очилади.

2.Чап қўлга шпатель ёки Фарабеф илмоғи олиниб, лунж ёнга тортилади.

3.Ўнг қўлга шприц олинади ва оғриқсизлантиришга қарши томон моляр тишлар соҳасидан игна учи санчиш нуқтасига йўналтирилади.

4. Санчиш нуктаси юкори жағ чайнов тишлар юзасидан 0,5 см. пастроқ ўтказилган шартли горизонтал чизикни канот-жағ тарнов-часи латерал кирғоғидан ўтказилган вертикал чизик билан кесишган жойига тўғри келади.

5. Игна шу нуктага перпендикуляр қилиб санчилади ва суякка қадалгунча киритилади 1,5-2 мл анестетик юборилади.



Расм - 27

ЭСЛАТМА: айрим ҳолларда бу услубдаги оғриқсизлантиришда лунж нерви сезувчанлиги сақланиб қолади ва қўшимча инфилтрацион оғриқсизлантиришни такозо этади.

ОҒИЗ ИЧИДАН БАЖАРИЛАДИГАН УСУЛ:

1. Бемор тишларини жипслайди.
2. Пастки лабни чап қўлнинг кўрсаткич ва бош бармоғи билан ушлаб ташқарига сурилади.
3. Ўтув бурмада кичик озик тишлар орасида тешиқ проекцияси тахмин қилинади.
4. Тахмин қилинган тешиқдан 0,5 см. юкоридан биринчи катта озик тиш рўпарасидан игна санчилиб каналга қараб юкоридан пастга, ичкарига ва олдинга суякка қадалгунча киритилади. Игна учи билан тешиқ топилади ва 3-4 мм ичига кириб 1-2 мл анестетик юборилади.



Расм - 28

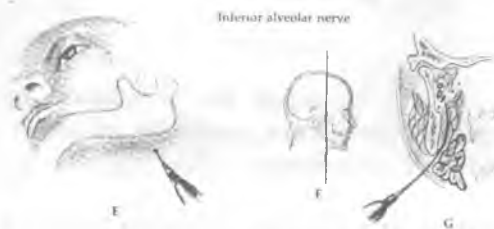
Пастки альвеоляр нерви ташқаридан оғриксизлантириш усуллари

Жағ остидан оғриксизлантириш техникаси.

1. Кулок супраси козелогининг юкорисидан чайнов мушаги олди киррасининг жағ танасига ёпишган жойига шартли чизик ўтказилади ва тенг бўлинади. Бўлинган нуқта foramen-mandibularisга тўғри келади.

2. Игна пастки жағ бурчагидан 1,5 см. олдинга санчилиб анестетик юборилади ва суякни сезган ҳолда унинг ички юзасидан, шохнинг орқа киррасига параллель равишда 3,5-4 см. юқорига мўлжал қилинган нуқтага қараб киритилади ва 2 мл анестетик юборилади.

3. Игна шу йўналишда яна 1 см. ичкарига ва юқорига киритилса тил нерви ҳам оғриксизлантирилади.



Расм - 29

Ёноқ суяги равоғи остидан ўтказиладиган оғриксизлантириш (Берше-Дубов усули).

1. Игна ёноқ суяги равоғининг пастки кирраси ости кулок супраси (козелок) дан 2 см. олдинга санчилади.

2. Шприц юзага нисбатан перпендикуляр ҳолатга келтирилиб ичкарига 2-2,5 см. киритилади. (Берше усули)

3. Киритиш давомида доим анестетик юборилиб турилади. Мўлжалга етиб борганда 2 мл. анестетик юборилади.

4. Игна янада чуқурроқ 3-3,5 см. киритилса пастки альвеоляр, тил ва айрим ҳолатларда лунж нерви оғриксизлантирилади (М.Д. Дубов усули).

Берше усулига кўрсатма – яллиғланган жағлар контрактурасини камайтириш, оғиз очилишини таъминлаш.

М.Д.Дубов усулида контрактурани камайтириш билан бир вақтда пастки альвеоляр нерв оғриқсизлантирилади.

ЭНГАК НЕРВИНИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ.

Бу нервни оғриқсизлантириш учун for mentalae проекциясини топиш ва нерв жойлашган канал йўлини яхши тасаввур қилиш керак. Нерв етган канал пастки жағ ичидан ташқарига биринчи ва иккинчи кичик озиқ тишлар тўсиғи оралиғида пастки жағ танасининг пастки қиррасидан 12-13 мм юқорида очилади. Суяк ичида у ярим халқа шаклида бурилиб ташқарига, юқорига, орқага қараб очилади.

Энгак нервини оғиз ташқарисидан оғриқсизлантириш техникаси

1. Агар оғриқсизлантириш ўнг томонда қилинса шифокор беморнинг орқасига ўнг ёнига ўтади, агар чап томонда бажарилса, олдида ва чап ёнида туради.

2. Чап қўл кўрсаткич бармоғи билан тахмин қилинган даҳан нерви чиққан тешикка, юмшоқ тўқималар суякка босиб ушланади.

3. Игна йўналиши каналга мос қилиб қаратилади ва мўлжалдан 0,5 см. юқори ва орқага санчилади. Анестетикни юбориш билан бир вақтда игна юқоридан пастга, ичкарига ва олдинга қараб суякка кадалгунча киритилади – 0,5 мл. анестетик юборилади.

4. Бир дақиқа кутиб, игна учи билан суякдан нерв чиққан тешик топилади ва 3-4 мм ичига кириб 1-2 мл анестетик юборилади.



Расм – 30

Юқори ва пастки альвеоляр нервларни канот-танглай чуқурчасида С.Н.Вайсблат усулида оғриқсизлантириш

Бажариш техникаси.



Расм - 31



Расм - 32

1. Кулоқ козелогидан кўз косасининг ташки қиррасига ўтказилган чизик (траго-орбитал) ўртаси белгилаб олинади.

2. Шприц ўнг қўлга олиниб 1x1 см резинка лахтагини игнага ўтказилади.

3. Белгиланган нуктага, юзага нисбатан вертикал ҳолда, игна санчилиб, ичкарига 5-6 см. учи понасимон суякнинг ташки канотсимон пластинкасига тақалгунча киритилади.

4. Игна орқага 2/3 қисмига тортиб олинади ва 15-20° орқага қаратиб қайтадан игнадаги резинка (пробка) терига теккунча киритилади ва 3-4 мл. анестетик юборилади. Техник жиҳатдан тўғри анестезия бажарилса юқори жағ шу томонидаги ҳамма тишлар ва атрофидаги юмшоқ тўқималар оғриқсизлантирилади.

5. Агарда игна орқага 2/3 қисмига тортиб олиниб яъни шу

масофага фақат 1 см. орқароққа киритилиб 4-5 мл. анестетик юборилса, уч шоҳли нервнинг учинчи шоҳини калла суягидан чиқиш жойида оғриқсизлантиришга эришилади. Бир вақтда пастки альвеоляр, тил ва лунж нервлари оғриқсизлантирилади.

Маҳаллий оғриқсизлантириш асоратлари: сабаблари, таъхислаш, даволаш ва олдини олиш чоралари

Маҳаллий оғриқсизлантириш натижасида ҳосил бўладиган асоратлар кўпинча хатолардан келиб чиқади. Ҳар бир асорат беморга ва шифокорга анча нохушликлар келтиради. Масалан анестетик ўрнига бошқа дориларни юбориш (кальций хлорид эритмаси, этил спирт, формалин ва бошқа моддалар) Ёки анестетикни кўп юбориб-заҳарланиш, ёки анестетикка алергик реакциялари бўлиши мумкин.

Бегона модда юборилганлиги белгилари:

Игна санчилиб шприцдаги модданинг биринчи томчилари тўқимага юборилиши билан ўткир кучли оғриққа шикоят – бегона моддани юборилганлиги белгиси. Шу заҳоти моддани юбориш тўхтатилади, янги шприцга шу ерга новокаин эритмаси юборилади ва тўқима кесилади, натижада тўқимадаги бегона модда чиқиб кетади ва унинг концентрацияси пасаяди.

Анестетиклардан заҳарланиш.

Стоматологик муолажаларда ишлатиладиган анестетиклар новокаин, тримекаин кам заҳарли моддалар, масалан, новокаин эритмасини бир маротаболик мушак орасига юбориш мумкин бўлган дозаси 1 г. ёки 2% - 50 мл.

Тримекаин новокаиндан кучли ва давомли оғриқсизлантирувчи анестетик 2% эритмасини 50 мл. юбориш мумкин. Лидокаин новокаиндан анча кучли оғриқсизлантирувчи препарат 1% ва 2% лидокаин новокаиндан 40-50% заҳарланиши баланд. Шунинг учун микдоран новокаинга нисбатан икки марта кам юборилади.

Одатда бу анестетиклар стоматологик муолажаларни бажараётганда кўп микдорда юборилмайди ва соғлом организмда заҳарланиш кузатилмайди. Анестетиклардан заҳарланиш қон зардобини холинэстероз активлиги пасайганда (гипертериоз, оғир алергик аҳвол, алимёнтар дистрофия) гепатит, жигар циррозиди бўлиши мумкин айниқса шундай беморларда қон томирга юборилса. Анестетик қонцентрацияси катта бўлиб у кўп юборилса, шунча заҳарланиш ошади.

Новокаиндан заҳарланиш белгилари

Бош айланиш, бош оғриши, холсизлик, бўшанқираш, кўнгил айниб қусиш, қўрқув. Маҳаллий тери ва шиллик қават рангининг учиши

(оқариш), муздек тер чиқиши, тез-тез ва юза нафас олиши, безовталаниш, айрим ҳолда тутқаноқ бўлиши. Артериал қон босим тушиб, пульс тезлашиб, сусайиши кузатилади. Кам учрайдиган хол бўлбар марказнинг сусайиши – брадикардия - пировардида юрак тўхташи ва нафас тўхташи.

Ёрдам чоралари. 1) Дарҳол анестетик юборилиши тўхтатилади, 2) Кресло горизонтал ҳолатга келтирилади, 3) нашатир спирт хидлатилади, 4) вена ичига 20 мл 40% глюкоза 1-2 мл кордиамин, 5% аскарбин кислота (2-5мл). Юрак гликозидларидан 0,06% корглюкон (1-0,5мл.) 0,05% строфантин 0,5 мл, 5) кучли безовталаниш бўлса вена ичига 1% натрий тиопентал 1-2 мл, 6) юрак қон томир етишмовчилиги бўлса – сунъий нафас олдириб, томчилаб юбориш учун венага система уланиб физиологик эритма ёки реополюглюкин 500-1000 мл қуйилади. Сийдик ҳайдаш мақсадида 2-4 мл лазикс юборилади.

Адреналиндан заҳарланиш белгилари: безовталаниш, кўрқув, калтираш, совук қотиш, тери ранги оқариш, ҳансираш, бош оғриғи, юрак уриб кетиши, қон босими кўтарилиб, юракда оғриқ бўлиши. Айрим ҳолларда юрак уриш режими бузилиб хушсизлик, бош мияга қон қуйилиши мумкин.

Ёрдам чоралари: 1) горизонтал ҳолатга келтириб, 2) вена ичига 0,6-1 мл. 0,1% атропин сульфат. 3) 0,5 мл 0,05% строфантин эритмаси юбориш, 4) амилнитрит ва кислород билан нафас олдириш, 5) қон босими ошса – 6-8 мл 0,5% дибазол, 5-10 мл 2,4% эуфиллин, 5-10 мл 25% магний сульфат эритмаси 6) тил остига 1-2 таблетка нитроглицерин тавсия қилинади.

Хушдан кетиш – кўп учрайдиган асорат. Маҳаллий оғриқсизлантиришнинг ҳамма босқичларида учрайди. Бош миянинг кислород билан кам таъминланганидан келиб чиқади. Белгилари: бош айланиши, қулоқлар шанғиллаши, кўнгил айниши эс-наш. Тери ранги ўчади, намланади, кўз қорағичи кенгайди, пульс тезлашиб, кучсизланади. Қон босим тушиб кетади. Нафас сийрақлашади ва юза олинади. Беҳушлик ҳолати юзага келиб мушаклар тонуси тушиб кетади.

Ёрдам чоралари – 1) Горизонтал ҳолатга келтириб, тоза ҳаво оқими кўпайтирилади (ойналар очилиб, ёқа ечилиб, вентилятор йўналтирилади) 2) Нашатирь спирт билан чаккалар артилиб, хидлатилади 3) Сочикни муздек сувда ҳўллаб, юз, бўйин ва тананинг очиқ қисмлари артилади. Шулар натижасида бемор ўзига ке-

лади. 4) Аҳвол ўзгармаса ва чуқурлашса вена ичига юрак қон томирга таъсир этувчи дорилар юборилади. Бу ҳолатни олдини олиш мақсадида доимий равишда беморни рухий ҳолатида тангликни бартараф қилиш керак.

Ўткир томир етишмовчилиги (қоллапс)

Бемор хушини йўқотмайди, бўшашади, атрофга бепарво, боши айланади. Тери ранги ўчиб, музлайди ва намланади. Пульс тезлашади, уриши суст, тўлиқ эмас. Артериал босим тушиб кетади, нафас олиш юза.

Ёрдам чоралари

1) Бемор горизонтал ҳолатга, боши гавдасидан пастрок ҳолатга келтирилади 2) Вена ичига 20-60 мл. 40% глюкоза эритмаси, 2-5 мл 5% аскорбин кислотаси эритмаси, 2-3 мл. кордиамин, 1-2 мл. кофеин эритмаси юборилади. Шулардан сўнг 10,0 мл. 10% кальций хлорид эритмаси юборилади. *600*

Анафилактик шок

Новокаин анафилактик шок берадиган дори воситалар ичида тўртинчи ўринда туради. Бу оғир асорат одатда аллергия касалликларга мойил, олдин ҳам дориларга аллергия реакция берган одамларда учрайди, ёки яқин қариндошларида аллергиялогик муаммолари бўлган тоифадаги беморларда учраши мумкин. Адабиётда анафилактик шокнинг 5 хил кўриниши фарқланади: кардиал, астмоид, церебрал, астмоид ва абдоминал. Кечиши бўйича – ўта тез, оғир, ўртача оғирликда ва енгил бўлиши мумкин. Анафилактик шок типик шаклида анестетик юборилганидан сўнг бир неча дақиқа ўтиб бемор безовталанади, қўрқув бошланади, юз, бош қўллар териси кичишиб ачишади, қулоқлар шанғиллайди, бош оғриб муздек терчиқади. Юз териси олдин қизариб кейин ранги ўчади. Тутқанок тўтиб бемор хушидан кетиши ҳам мумкин. Шунда кўз қорачиғи кенгайиб ёруғликни фарқламайди. Кардиал кўринишда кўпроқ нафас олганда оғрик юракка ўтади. Юрак уриши тезлашиб, қон босим тушади. Абдоминал кўринишда ошқозон атрофида пайдо бўлган оғрик бутун қорин бўйлаб таркалади, кўнгил бузилиб қайд қилиш қузатилади. Айримларда қорин димланади, беҳосдан ичи кетади ва сияди. Астмоид кўринишда нафас олиш қийинлашиб, ҳаво ўтмай қолиши мумкин.

Бошқа кўринишидаги анафилактик шокда ички аъзолар фаолиятининг бузилиши билан кечади. Ўта тез ва оғир кечаётган анафилактик шок қисқа вақт ичида ўлим билан тугаши мумкин. Енгил

ва ўрта кечаётган анафилактик шокнинг ҳамма белгиларини куза-тиш ва ёрдам бериш мумкин.

Ёрдам чоралари: Аҳволга баҳо бериб дарҳол қилинадиган чоралар амалга оширилади. 1. Юқори нафас йўлларида хаво ўтишини таъминлаш – бошини ёнга буриш, тилни чиқариб олдинга тортиш, оғиз бўшлиғини тозалаш, пастки жағни олдинга чиқариб сунъий нафас олдириш. 2. Антигеннинг қонга тушишини тўхтатиш. Шу жойнинг ўзига 0,5 мл 0,1% адреналин юбориш, иложи бўлса адреналинни 5-10 мл физиологик эритмага қўшиб атроф тўқималарига юбориш. 3. Сенсibiliзацияни камайтириш – антигистамин препаратлар (2-4 мл 1% димидрол, ёки 2-3 мл 2,5% супрастин, ёки 2 мл 2,5% пиполфён) 3-5 мл 3% преднизолон, 0,5 мл 0,1% адреналин гидрохлорид вена ёки мушак ичига, 5% эпсилон анимокапрон кислотаси – 100-120 мл. 4. Нафасни тиклаш ва бронхлар спазмини олиш мақсадида – 2,4% эуфиллин 10 мл. ёки 0,5% изадрин – 2 мл.

5. Юрак қон томир фаолиятини яхшилаш учун: 1-0,5 мл 0,06% корглюқон, 2-4 мл лазикс юборилади.

Аҳволда ўзгариш бўлмаса препаратлар қайта юборилади. Бемор реанимация бўлимига ўтказилади.

Кучайтирилган маҳаллий оғриқсизлантириш. Ёндош касалликлари бор беморларни маҳаллий оғриқсизлантириш ва жарроҳлик амалиётига тайёрлаш

Маҳаллий анестетиклар ёрдамида чуқур ва давомий оғриқсизлантиришга эришиш мумкин, аммо бажариладиган муолажани олдида бемор кечаётган ҳиссиётини (руҳий кечинмасини) ва вегетатив ўзгаришларни бартараф этмайди.

Кўпчилик беморларда стоматологик муолажа албатта оғриқ билан кечади деган ўз-ўзини ишонтириш, кўрқувни ҳосил қилади. Бемор ҳали стоматологик креслога ўтирмасдан беҳузур бўлади, пульс тезлашади, қон босими ошади, қонда катехоламинлар, гистамин ошади, қон томирлар торайиб ранги ўчади. Албатта бундай беморларда стоматологик муолажаларни умумий тайёргарликсиз бажариб бўлмайди.

Кўрқув ва ҳаяжонланиш натижасида бўладиган, нейровегетатив ўзгаришларни пасайтириш мақсадида ҳар хил

йўналишдаги бир-бирини кучайтирувчи дори воситалар ишлатилади.

Бу усул премедикация деб аталади. Премедикация қилиш учун беморга аналгетиклар, антигистаминлар, транквилизаторлар, уйқу дорилари, стационар шароитида наркотиклар ишлатилади.

Премедикация учун ишлатиладиган дорилар хили ва миқдори ҳар бир беморнинг руҳий ҳолатини эътиборга олиб индивидуал танланади. Улар маҳаллий анестетиклар таъсирини ўзгартирмайди, аммо умумий таъсири билан маҳаллий оғриқсизлантиришни кучайтиради.

Премедикация беморда кўрқувдан ҳосил бўлган руҳий ва вегетатив асабнинг салбий таъсирини фармакологик бартараф этиб маҳаллий анестезияни кучайтирадиган, шунинг учун бу тур оғриқсизлантириш кучайтирилган (потенциялашган) оғриқсизлантириш деб аталади.

Поликлиника шароитида премедикация учун транквилизаторлардан элениум, седуксен, триоксазин, фенозепам ва бошқалардан фойдаланиш мумкин.

Бемор ҳолсизликка, бош оғриғига, сабрсизликка шикоят қилса унга - фенозепам ёки диазепам таблеткаси ичиш тавсия қилинади.

Бемор жуда кўрқса, кайфияти ёмон бўлса оғриқсизлантириш ва муваффақиятли даволанишга ишонмаса, премедикация учун транквилизаторлардан седуксён, реланиум, сибазон 0.3 мг кг массага ичиш тавсия қилинади.

Бемор эшитишни ҳам хоҳламаса, жазаваси тутса, бўлмаган сабаблар билан қилинадиган муолажани орқага суришга ҳаракат қилса премедикацияни анестезиолог билан биргаликда вена ичига транквилизатор ва наркотик аналгетик ва бошқа фармакологик воситалар билан ўтказиш мумкин.

Поликлиника шароитида оғриқсизлантиришнинг бошқа усуллари ҳам ишлатиш мумкин.

Аудиоанестезия. Бу услубда оғриқсизлантириш бош миёда жойлашган эшитиш анализаторларга маълум частота диапазонида товушлар билан кучли кўзгатиш ҳолатини чақириб, қолган қисмларида тарқалган тормозлантириш ҳолатини ҳосил қилиш билан эришилади.

Гипноз – сўз таъсирида ухлатиш ва оғриксизлантириш. Бу усул юз ва жағларда ҳосил бўлган оғриқни (прозопалгияни) даволашда қўлланилади. Тиш олиш учун жуда камдам кам ишлатилади.

Акепунктур (игна санчиб) аналгезия. Бу усулда маҳсус нукталарга игнани механик ёки электр токи таъсирида санчиб оғриксизлантириш ҳосил қилинади. Кўпинча маҳаллий оғриксизлантириш билан биргаликда қўлланилади.

Стоматологик поликлиникада умумий оғриксизлантириш Хусусий кўрсатмалар

Стоматологик поликлиника шароитида наркоз анестезиолог томонидан амалга оширилади. Стоматолог ҳам анестезиологга ёрдам беради ҳам ўз вазифасини бажаради. Шунинг учун стоматолог умумий оғриксизлантириш ҳақида яхши тушунчага эга бўлиши шарт. Поликлиникада ўтказиладиган наркоз хусусиятлари: бемор ярим ўтказилган ҳолда, юқори нафас йўллари очиқ (ҳимоясиз ҳолатида) ўтказилади, операция тугаганидан сўнг бемор поликлиникадан уйига кетиши керак. Шунинг учун поликлиникада ўтказиладиган наркозга катта талаб қўйилади: анестезиологик ҳавф жуда кам бўлиши, бошқариш осон бўлиши, чайнов мушаклари яхши релаксация қилиниши, мустақил нафас олиши ва қон томир – юрак, жигар, буйрак фаолияти сусаймаслиги керак.

Наркоз стоматологик поликлиника шароитида нисбатан кам ишлатилади, унга сабаб бажариладиган муолажа давомийлиги ва оғирлигидан ҳам аввал анестезиологик ҳавф анча юқори. Чунки ҳар қанақа наркоз нафас олишга, юрак мушакларининг қисқариш фаолиятига, томирларда қон оқишига салбий таъсир этади. Шунинг учун наркозда стоматологик муолажа ўтказиш учун асосли тиббий кўрсатма бўлиши шарт.

Поликлиника шароитида наркозга кўрсатма

1. Болаларда ота-она ҳоҳиши билан.
2. Маҳаллий анестетиклар аллергия реакция мавжудли.
3. МНС, асаб ва руҳий ўзгаришлари бор шахслар (эпилепсия, олигофрениа, Даун касаллиги, БЦФ ва шунга ўхшашлар).
4. Асаби беқарор болалар (қўрққанидан хушидан кетиб, юраги уриб, кўнгли айниб, калтираб кетадиганлар)

5. Тезкор ёрдамга муҳтож яллиғланиш жараёни ва жароҳати бўлган беморлар

Поликлиникада наркоз ўтказишга нисбий қаршиликлар:

1. Юқори нафас йўллариининг ўткир инфекцион ва яллиғланиш касалликлари.
2. Бурундан яхши нафас олмаслик, ҳаво ўтказадиган найни бурундан киритиб бўлмаслик.
3. Сурункали қон-томир тизими касалликлари билан ҳасталанганлар.
4. Инсулт, инфаркт кечирганлар (6-8 ойгача)
5. Оғизни тўлиқ оча олмайдиганлар (анкилоз, контрактура ва бошқа сабабларга кўра)
6. Ҳомиладорликнинг охири ойлари.
7. Ошқозони тўла беморлар.

Поликлиника шароитида маскали наркоз.

Асосий наркотик модда сифатида азот оксиди, фторотан, трилен ва бошқа газлар билан. Сўлак миқдорини камайтириш мақсадида 0,1% Атропин эритмаси мушак ичи ёки вена ичига 0,5-0,7 мл юборилади.

Маскали наркоз ўтказиш босқичлари

Бемор стоматологик креслога керакли ҳолатда ўтказилади, кўлларини кресло қўлтуткичларига қўйилади.

Оғиз бурун маскаси керакли ўлчами танлаб мосламалар билан аппаратга уланади. Наркоз ўтказиш учун полинарқон ёки НАПП-2 аппаратларидан фойдаланилади.

Маска бемор юзига боғичлар билан маҳкамланиб 1-2 минут тоза кислород нафас олади аста секин наркотик азот оксиди газ кўшиб борилади ва ухлаш учун етарли миқдорга кўтарилади.

Наркотик уйқу босқичига етганда оғиз-бурун маска бурун маскасига алмаштирилади. Азот ва кислород нисбати 3:1 етказилади 3-4 мин. сўнг наркоз аналгезия босқичига етади. $\frac{3}{1}$

Оғиз омбур ёрдамида кенг очилади (муолажага қарши томондан)

Мўлжалдаги қисқа муддатли стоматологик муолажа (абсцессни ёриш, периоститни очиш, тиш олиш ва шу кабилар) бажарилади.

Назофаренгихал (бурун-ҳалқум) наркоз

1. Бу усул юкорида келтирилган тартибда маскали наркоз билан бошланади, фарқи бурунга 3% эфедрин ёки 2% пиромеканин эритмаси томизиб кўйилади.

2. Наркоз аналгезия босқичига етказилади, чайнов мушаклари тонуси бўшашганидан сўнг буруннинг пастки йўлларида бирига 5 мм диаметри найча ҳалқумгача киритилади.

3. Найча ёпишқоқ пластир билан маҳкамланади ва аппаратга уланади.

4. Оғиз 4 см. очилиб чайнов тишлар орасига резинкали тиргак сиқиб кўйилади.

5. Оғиз бўшлиғини бурун ҳалқумидан ажратиш мақсадида намланган дока билан тўлдирилади.

Стационар шароитда юз ва оғиз бўшлиғи операцияларида ўтказиладиган наркоз усуллари, унинг асоратлари ва реанимация асослари

Стационар шароитда кичик операциялар нейролептаналгезияда бажарилиши мумкин.

Нейролептаналгезия-Оғриқсизлантириш вена ичига юборилган кучли аналгетик фентанил ва нейролептик – дроперидол таъсирида бемор онгига таъсир этмаган ҳолда атрофда бўлаётган ҳодисаларга бефарқлик, ҳаракатсизланиш ҳосил қилинади. Бу ҳолатда кўшимча маҳаллий оғриқсизлантириш, жарроҳлик муолажаларни бажаришга имконият яратилади.

Атаралгезия – нейролептаналгезиянинг бир тури, фарқи кучли аналгетик ва нейролептиклар билан бир вақтда, маска усули билан азот оксиди бериб борилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш ҳам кўшимча қилиниши мумкин.

Марказий аналгезия. Бу услубда вена ичига марказий нерв системага кучли таъсир этувчи наркотик аналгетиклар катта дозада юборилади. Улар таъсирида наркозга кирмаган ҳолда оғриқни сезиш ва импульсларни узатиш бузилади.

Стационар шароитда операцияларни ўтказиш учун беморлар одатда олдиндан тайёрланадилар.

Тайёргарлик бемор билан суҳбат орқали уни кайфиятини кўтариш, бажариладиган муолажа зарурати шифокор томонидан тушунтирилади. Оғиз бўшлиғи, ошқозони, ичак тозаланади.

Операциядан олдинги кун кечкурун беморга энгил овқатланиши тайинланади, уйқудан олдин тозаловчи хуқна ўтказилади. Керак бўлса беморнинг рухий ҳолатига таъсир этувчи кичик транквилизаторлар тайинланади.

Наркоздан олдин бемор қовуғини бўшатиб олиши керак.

Операциядан олдинги кўркувнинг олдини олиш мақсадида, анестезиолог томонидан беморнинг умумий аҳволи, рухий ҳолати ва операция ҳажми, наркоз услуги ҳисобга олинган ҳолда премедикация тайинланади.

Стационар шароитда умумий огриксизлантиришнинг ингаляцион ва ноингаляцион усуллари қўлланилади.

Ингаляцион наркозда суюқ бугланувчи анестетик (диэтил эфир, фторотан, трихлорэтилен, пентран, хлороформ) ёки наркотик газлар (азот оксиди, циклопропан) нафас йўллари орқали организмга таъсир қилиб марказий нерв система фаолиятини ўтувчан заифланишга (тормозланишга) олиб келади.

Ингаляцион наркоз никоблар (оғиз-бурун, бурун) ёрдамида – маскали бурун ҳалқум найчалари (назофорентал) ёки кекирдак ичи найча ёрдамида (кекирдакли-эндотрахеал) ўтказилади. Найча кекирдакка найча оғиз ёки бурун йўли орқали ларингоскоп ёрдамида киритилади. Бу услубда наркотик газлар юқори нафас йўлларига таъсир этмаган ҳолда кекирдак ва бронхларга етказилади. Айрим ҳолларда най кекирдак операция қилиб очилиб (трахеостома) киритилади.

Ингаляцион услубдаги наркознинг асосий афзаллиги осон бошқарилиши.

Ноингаляцион наркоз услубларидан стоматологияда асосан вена ичига ёки мушак орасига (5% сомбровин, гексенал, тиопентал-натрий, кетамин ва бошқа дорилар) юбориб ўтказилади. Бу услубни ўтказишда битта анестетик (мононаркоз), икки - уч анестетик биргаликда (комбинациялашган), ёки анестетиклар ва бир вақтда бошқа хил дорилар билан ўтказиладиган полинаркоз.

Ўз-жағ соҳасидаги катта ҳажмдаги операциялар аралаш (комбинациялаштирилган) эндотрахеал наркозда амалга оширилади.

Эндотрахеал наркознинг хусусиятлари. Эндотрахеал наркоз стоматологик беморларда умумий хирургия қандай ўтказилса шундай ўтказилади. Аммо оғиз ичида бажариладиган ёки оғиз очилмайдиган беморларда интубация ўтказиш қийинчиликлари

туғилади. Бундай ҳолатлар айниқса чакка пастки жағ касалликлари (анкилоз, контрактура) тил, оғиз туби, ҳалқумдаги ўсма ёки яллиғланиш касаллиги жағ суякларининг айрим касалликларида юзага келади.

Интубация қилиш учун айрим ҳолларда кекирдакни кесиш (трахеостома) ва канюля (найча) ўрнатиш зарурати туғилади.

Кекирдакни кесм.асдан фибробронхоскоп ёрдамида интубацион найни трахеяга киритиш ҳам мумкин. Хусусиятлардан яна бири, бу интубацион найни оғиз ичида муолажаларни бажаришга ҳалақит қилмайдиган ҳолатга келтириш. Энг афзал усул бу найни бурун орқали киритиш. Аммо бу усулни ҳамиша ҳам бажара олиш қийин, айниқса бурун йўлидан най ўтмаса.

Яна бир хусусият операция бажараётганда оғиз ичидан киритилган найнинг чиқиб кетмаслигини таъминлаб бериш. Операция даврида бемор интубацион най орқали етарли даражада, ҳаво билан таъминланиши. Операциядан кейин бу ҳолат кескин ўзгариши мумкин. Операцияли жароҳат натижасида тил, ёки оғиз туби тўқималари тикилиб нафас олишга ҳалақит бериши. Суяк жароҳатларидан қон ўтиб кетиши, зардоб чиқиши ва улар нафас йўлларига ўтиб кетиши мумкин. Анестезиолог наркоз кетишини одатда кўз қорочиғини реакциясига қараб баҳолайди, аммо стоматологик операциялар бажарилаётганда юз-кўзлар билан бирга ёпилади. Шунинг учун назорат ўтказиш қийинлашади.

Эндотрахеал наркозга кўрсатмалар

Эндотрахеал наркозга асосий кўрсатмалар: операция даврида юкори нафас йўлларининг ўтувчанлиги бузилиши ҳавфи бўлган ҳолатлар – қон, сўлак ва бегона моддаларнинг, нафас йўлига тушиши; давомийлиги узоқ ва оғир жароҳатлар билан кечадиган ва ички аъзолар, фаолияти издан чиқиши ҳавфи бўлса, маскали наркоз операция бажаришга ҳалақит қилса. **Эндотрахеал наркозга қарши кўрсатмалар:** юкори нафас йўллари ўткир респиратор касалликлари, ўткир бронхит, фарингит, пневмония, юқумли касалликлар, жигар, буйрак ўткир касалликлари, миоқард инфаркти, юрак-қон томир етишмаслигининг декомпенсация босқичи, ички секреция безларининг ўткир касалликлари.

Юрак ўпка реанимацияси асослари.

Ҳар хил стоматологик муолажалар ва наркозда бажарилган операциялардан сўнг беморнинг юрак уриши тўхтаб, нафас олмай

колиши мумкин. Бу ҳолат клиник ўлим деб аталади у 3-5 минут давом этади, кейин биологик ўлим қайд этилади.

Юрак уриши тўхташи билан бош мия (тана ҳарорати меъёрда бўлса) 3-5 минут фаол ишлаб туради. Шу вақт ичида тезкор ҳаракатлар билан жонлаштиришга қаратилган муолажалар ўтказилиш керак.

Клиник ўлим белгилари: 1) беҳушлик 2) қатта қон томирларда (уйку артерияси) пульс бўлмаслиги 3) нафас олмаслиги 4) кўз қорачиғи кенгайиб ёруғликдан ўзгармайди.

Реанимация тадбирлари:

1. Нафас йўлларининг ўтувчанлигини таъминлаш.
2. Сунъий нафас олдириш.
3. Ёпик массаж билан юрак уришини таъминлаш.
4. Юрак-қон томирга таъсир этувчи дориларни юбориш.
5. Юрак фаолиятини тиклаш учун дефибрилляция ўтказиш.
6. Ҳаёт учун зарур аъзо ва системаларнинг фаолиятини дори воситалар билан таъминлаш.

Юқорида келтирилган тадбирларнинг биринчи тўртасини ҳар бир шифокор ва ҳамшира бажара олиши шарт, буларнинг қисқа муддат ичида тўғри бажарилиши инсон ҳаётини сақлаб қолиши мумкин. Амалда бу тадбирларни бажариш учун бемор – 1 зудлик билан белга ётқизилади (қаттиқ юзаликка) 2) боши орқага ташланади, 3) пастки жағ олдинга тортилиб оғиз очилади 4) оғиз ва юқори нафас йўллари қон, сўлак овқат қолдиқлари, йод жисмлардан тозаланади, 5) сунъий нафас оғиздан-оғизга, ёки оғиздан оғиз бурунга босим билан пуфлаш орқали олдирилади. Бунинг учун ёрдам берувчи бош томонда ёнидан келади. Бир қўлини пешонага қўйиб бармоқлари билан бурунни сиқиб, бошни пастга ва орқага итаради, иккинчи қўл билан энгақдан ушлаб пасти жағни олдига тортиб пастга туширади. Чуқур нафас олиб ёрдам берувчи беморни ярим очиқ оғзига оғзини зич қўйиб кескин куч билан пуфлаб ҳавони киритади ва кўкрак нафасининг кўтарилишини назорат қилади. Пуфлаб бўлгач оғзини ўзса, пассив ҳолда ўпқадан ҳаво чиқади. Бундай нафас олдириш 1 минутда камида 12 марта бажарилиши шарт.

Клиника шароитида сунъий нафас олдиришни S шаклдаги найча ёрдамида, ёки сунъий нафас олдириш аппаратида амалга ошириш бўлади.

Сунъий нафас олдириш билан бир вақтда сунъий равишда қон айланишини таъминлаб бериш керак, бунинг учун юракнинг ёпик массажи ўтказилади. Юрак тўш суяги ва умуртка орасида сикилганда бўшлиғидаги қон қатта томирларга сиқиб чиқарилади. Бунинг учун ёрдам берувчи ҳаво пуфлаганидан сўнг, бир қўли кафтини кўқракка юрак проекциясига қўяди (тўш суягини пастки 1/3 қисмини қовурғалар бирикиш жойи) ва иккинчи қўли кафтини қол устига қўяди, бармоқларни кўқракка теккизмаган ҳолда кескин, бутун гавда оғирлиги билан тушни умуртақага 4-5 см. яқинлаштириб сиқади ва 4-5 марта қайтаради (тахминан 1 минутда 60 марта) шунини орасида сунъий нафас олдиради. Ёрдам берувчилар икки киши бўлса бири сунъий нафас олдиради, иккинчиси-сунъий қон айланишини таъминлайди.

Ёрдам берувчилар билиши шарт: бир сунъий нафас олдирилганда камида 5 марта сунъий систола тўғри келиши керак. Сунъий нафас олдираётганда кўқрак эзилиши мумкин эмас. Акс ҳолда ўпкага етарли миқдорда ҳаво кирмайди. Шу ҳаракатлар бажаралаётган ҳолатда ҳамшира венага адреналин 0,1% эритмасини 0,5-1 мм миқдорида юборади ва вена ичига томчилаб юбориш учун системани улайди ва ҳар 4-5 минут ичида керак бўлса такроран юбориб туради. Вена ичига 4,2% натрий гидрокарбонат эритмаси томчилаб юборилади, шу вақт ичида 5-10 мл 10% кальций хлорид эритмаси, 0,1%-1,0 атропин сульфат юборилади.

Кўрилаётган чоралар натижа бермаса юракни электр дефибрилляция қилиб, ишга солишга ҳаракат қилинади (даволаш муоассаларида махсус тез ёрдам машиналарида.)

Самарали ўтказилган ёрдам беморда теридаги рангсизлик йўқолиши, шиллиқ қатлам кизариши, пульс сезилиши, нафас олиш ва ҳушига келиши билан билинади.

Аксинча 10-15 мин юқорида кўрсатилган тадбирларнинг тўлиқ ўтказилишига қарамасдан юрак – қон томир тизими фаолияти тикланмаса реанимация ҳаракатлари тўхтатилади, чунки бош миёда тиклаб бўлмайдиган ўзгаришлар содир бўлади.

4 БОБ. Тиш олиш.

Доимий тишларини олишга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар
Беморни кўриқдан ўтказиш ва тиш олиш операциясига тайёрлаш.

Қўлни ювиш ва операция майдонига ишлов бериш

Тиш олиш операциясини тезкор бажаришга кўрсатмалар

1. Натижасиз даволанган ўткир ёки ўткирлашган сурункали периодонтит

2. Йирингли яллиғланиш касалликлариға (остеомиелит, периостит, абсцесс, флегмона, ўткир гайморит, ва лимфаденит) сабаб бўлган тишлар.

3. Тишларининг жароҳатларида (тиш илдиз бўйлаб синганда, тиш бўйин кисмидан пастрок синганда, илдиз кисмида синиб бўлақлар силжиса)

4. Жағ суяклари синганда илдиз бўлақлари орасида колиб репозициясига ҳалақит берса.



Расм – 33

Тиш олиш операциясини режали бажариш учун кўрсатмалар.

1. Организмнинг сурункали сепсис ҳолатига сабабчи бўлган касалланган тишлар.

2. Анатомик тузилиши ҳисобига даволаниши қийин ёки даволаб бўлмайдиган тишлар.

3. Даволаш муолажасини бажараётганда тиш канали туби ёки илдизи тешилган тишлар.

4. Тож қисмини бутунлай емириб, илдизлари протезлашга ярамайдиган тишлар.

5. Тишнинг 3-4 даражада қимирлаши.

6. Шиллик қаватни ёки тилни сурункали жароҳатловчи тишлар.

7. Илдиз атрофида суякнинг резорбацияси.

8. Бир-бирига ётиб қолган ва протезлашга ҳалақит бераётган тишлар.

9. Ортодонтик даволаш мақсадида қаторга жойлашмаган ёки жой бўшатиш мақсадидаги соғлом тишлар.

10. Тўлиқ чиқмаган ва атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг яллиғланишига сабабчи бўлган тишлар.

11. Тўлиқ чикмаган ёки умуман чикмаган (8|8), аммо олдидаги (7|7) тишларини суриб, оғриққа сабабчи бўлган тишлар.

Юқорида келтирилган тиш олишга кўрсатмалар тезкор муолажа бажаришни талаб этмайди. Тиш олиш операциясини амалга ошириш учун олдин беморнинг умумий аҳволига эътибор бериш зарур. Керак бўлса мутахассислар (кардиолог, эндокринолог, гинеколог, гепатолог ва бошқалар) кўригидан сўнг ўтказиш тўғри бўлади.

Тиш олишга нисбий қарши кўрсатмалар:

1. Юрак-қон томир касалликлари (юрак ишемияси, миокард инфарктдан сўнг биринчи 3-4 кун ичида, қон босим кризис даврида, стенокардия хуружи даврида, юракнинг тез уриш ҳолларида, ўткир септик эндокардит ва бошқалар)
2. Парёнхиматоз аъзоларнинг (жигар, буйрак, ошқозон ости беzi) ўткир касалликлари.
3. Қон касалликлари (гемофилия, Верлгоф касаллиги, лейкоз, агранулацитоз)
4. Ўткир юқумли касалликлар (грипп, ўткир вирусли юқори нафас йўллари касалликлари, пневмония)
5. Марказий асаб системаси касалликлари (инсульт, менингит, энцефалит)
6. Руҳий касалликларнинг хуружи даврида (шизофрения, телбалик, тутқаноқ)
7. Ўткир нурланиш касаллигининг I-III даражасида
8. Оғиз шиллиқ пардасининг касалликларида (стоматит, гингивит, хейлит)
9. Оғиз шиллиқ пардаси ва жағ суякларида ҳавфли ўсмага шубҳа бўлганда

Юқорида келтирилган ҳасталиклардан тузалгандан сўнг ёки мутахассислар кўригида бўлиб, уларнинг қаршилиги бўлмаса, тиш олиш операциясини бажариш мумкин.

Тиш олишдан олдин беморни кўриқдан ўтказиш.

Тиш олишни режалаштираётган шифокор беморни кўриқдан ўтказиб олиниши режалаштирилаётган тишнинг ҳолатига баҳо бериши керак. Аввало тишнинг тож қисми ҳолатига эътибор берилди: 1) қанчалик у емирилган, 2) атроф тўқималарда яллиғланиш

борми 3) қимирлаш даражаси; рентген тасвиридан 4) илдиз атрофидаги суяк ҳолати, 5) илдизлар сони, шакли, узунлиги, ўзаро муносабати (бирлашиб ёки тарқалиб кетган), 6) юқори жағ бўшлиғи, бурун тубига яқинлиги, 7) пастки альвеоляр нерв ва каналга муносабати, 8) илдизлар орасидаги суяк қалинлигига.

Шуларни этиборга олиб тиш олиш учун керакли асбоблар танланади. Тиш олиш операциясини муваффақиятли бажарилиши шифокор ва беморнинг бир-бирини тушуниши ва ҳамкорлигига боғлиқ. Шунинг учун шифокор беморга бажарадиган муолажалар ҳақида тушунча бериши, бемор ҳис қилиши мумкин таассуротлар, масалан анестезия таъсирида юз тўқималари ва тилда жимирлаш, шиш, ҳаракатлари бўйсинмаслиги. Тиш олиш ҳаракатларида оғрик бўлмаслиги, аммо сезги сақланиб қолиши ҳақида тушунтириш зарур. Ҳар қандай маҳаллий оғриқсизлантириш тактил сезувчанликка таъсир этмаслигини, шунинг учун беморга бормашина ёки искана ёрдамида суяк кесилиши ва синишини сезиши ва уларга аҳамият бермаслигини уқтириш керак. Беморга ҳеч қачон тишни олиш енгил кечадиган ва жуда тез бажариладиган операция деб ишонтирмаслик керак.

Бемор жуда безовта бўлса, унга премедикация тайинлаш керак. Креслога ўтказишдан олдин қалин кийимларни ечиш, камарни бўшатиш, елкани кенг очиб қўйиш тавсия қилинади.

Операциядан олдин қўл ювиш.

Тиш олиш операцияси ҳар қандай жарроҳлик муолажасидан аввал шифокорнинг маълум тайёргарлигини талаб қилади.

Жарроҳ аввало маска ва ҳимоя ойнагини тақиши шарт. Алоҳида аҳамият қўл ювишга қаратилади. Оқиб турган сувда қўлни совунлаб ювиб, стерил салфетка ёки сочиқ билан қўл қуриштилади ва 2-3 минут 70 % ли этил спирти билан артилади. Спирт ўрнига қўл терисини 0,5% хлоргесидиннинг спиртли эритмасини ишлатиш мумкин. Шундан кейин стерил резина қўлқоп кийилади. Тиш олишдан ҳам каттароқ операциялар қилиш учун қўлни совун билан оқиб турган сувда 1 минут ювиб, стерил салфетка билан қуриштилади ва тоғорага солиб қўйилган маҳсус эритмагаС-4 рецептли «первомур» (1 л эритма таркибида 17,1 мл-30-33% водород пероксиди, 6,9 мл 100% ёки 8,1 мл 85% чумоли кислотаси, қолгани сув). Шундан кейин қўл стерил салфеткалар ёрдамида қуриштилади, стерил қўлқоп кийилади. Жарроҳлик амалиёти тугатилганидан сўнг қўлқоплар ечилиб совун билан қўл ювилади.

Жарроҳ доимо қўлини парвариш қилиб бориши керак, тирноқлар қисқа олиниб, лак суртилмаган бўлиши керак.

Операция майдонига ишлов бериш

Тиш олиш операциясидан олдин тишлардаги қаттиқ ва юмшоқ қараш олиб ташланади. Овқат қолдиқлари тиш ораларидан 0,1 % калий перманганат эритмаси билан юйиб чиқарилади. Бошқа антисептикларни ишлатиш ҳам мумкин. Тишлардан қаттиқ қараш кириб тозаланади, чунки тиш олиш операцияси жараёнида улар тиш катакчасига тушиши мумкин.

Агарда тиш олиш учун бормашина ва искана ишлатилса, унда юз териси 70% этил спирти ёки 0,5% хлоргексидин эритмаси билан артилади ва стерил маҳсус чойшаб ёки сочиқ билан ёпилади.

Тиш олиш учун ишлатиладиган омбир ва элеваторлар

Тиш оладиган омбурлар тишнинг тож ва илдиз қисмлари тузилишини ва жағ суяқларида жойлашишини эътиборга олган ҳолда хилма-хил бўлади. Шунга қарамай уларни ҳаммаси тузилишида бир принцип ётади. Тиш ва илдизларни қисиб олувчи (қискич) қисми, қўл билан ушлаб ишлатиладиган дастак қисми ва оралиғида асбоб қисмларини бирлаштирувчи-ўқи бўлади. Омбурнинг қискич қисмининг ич томони эгатча шаклида бўлиб, ичида узунаси бўйича таралган ариқчалар билан қопланган, улар тиш ва илдиз устидан қисқични сирпанмаслигини таъминлайди. Дастак қисмининг ички юзаси текис ташқи юзаси тарам-тарам (ботиқ ва бўртма) чизиқлар билан қопланган, улар омбурни қўлда сирпанмаслигини таъминлайди.

Баъжариладиган ишга нисбатан омбурлар бўлинади:

1. Юқори жағ тишлар ва илдизлар учун.
2. Пастки жағ тишлар ва илдизлар учун тож қисми сақланиб қолган тишлар учун омбурларни қисқич қисми учлари бир бирига тегмайди, илдиз олиш учун ишлатиладиган амбуларни қисқич қисми учлари бир бирига тегиб туради.

Юқори жағ тишларини оладиган омбурлар қисқич қисми ва дастаги ўқлари узунаси бўйича, мос тушади, ёки параллель айримларида ўткир бурчак остида ётиқ бўлади.

Юқори жағ кесув тишлар ва илдизлари туғри омбурлар билан олинади. Бу омбурларни дастак, ўқи ва қисқич қисми ўқлари бир йўналишда бўлади.

Юқори жағ кичик озиқ тишларини оладиган омбурлар қисқич қисми ўқи дастаги ўқиға нисбатан ўткир бурчакда ётиқ бўлади.

Тож қисми сақланган тишлар учун қисқич қисми юзаси кенг ва учлари туташмайди. Илдиз учун омбурларнинг қисқич қисми тор ва учлари туташган бўлади. Дастак қисми S шаклида кийшайган бўлиб ушлаш учун қулай. Ўнг ва чап томон тишларини олиш мумкин.

Юқори жағ катта озиқ тишлар оладиган омбурлар ҳам S шаклида бўлиб, тузилишида кичик озиқ тишларини оладиган омбурлардан қисқич қисми билан фарқ қилади. Юқори жағ катта озиқ тишларини бир вақтда уч илдизига ўрнатилиб сиқиб олиши керак.

Омбурнинг ташқи лунж томонидаги қисқичида икки илдиз орасига кириб сиқиб ушлайдиган тирмоқчаси бўлади. Бу омбурлар алоҳида ўнг ва алоҳида чап томон учун чиқарилади.

Юқори жағдаги учинчи катта озиқ тиш оғизнинг ичкарасида жойлашганлиги сабабли уни олиш учун махсус омбур ишлатилади. Бошқа омбурлардан фарқи ўқи ва қисқич оралиғида ўтув қисми бор қисқич қисми учлари тўмтоқ ва жипслашмайди.

Юқори жағ тож қисми ўқ тишлар илдизларни олиш учун махсус найзасимон омбурлар бор. Уларда ҳам ўқ ва қисқич қисм оралиғида ўтув қисми бор. Уларнинг қисқич қисми учланган, тор ва бир бири билан туташади. Шунинг учун улар ёрдамида ҳамма илдизларни олиш мумкин.

Пастки жағ тишларини олиш учун тумшуғи қирра бўйлаб эгилган омбурлар ишлатилади. Бу омбурларнинг қисувчи қисми ва дастаклари ўқи туғри бурчак ҳосил қилади. Қисувчи қисми вертикал, иккала дастак бир бирига параллел жойлашади. Тишлар тож шаклига мослаб омбурлар қисувчи қисми тузилиши ҳар хил бўлади.

Пастки кесув тишларни оладиган омбурларнинг қисувчи қисми учлари тор ва сикқанда туташмайди. Қозиқ тиш ва кичик озиқ тишларини оладиган омбурлар шакли шундай, аммо қисувчи қисми учлари кенг.

Катта озиқ тишларини оладиган омбурлар қисувчи қисми кенг, учлари тирноқчали, улар икки илдиз орасига кириб сиқиб ушлаш учун мўлжалланган.

Оғиз очилиши чегараланган ҳолларда тишлар тумшуғи (қисув қисми) текислик бўйлаб эгилган омбур ёрдамида олинади. Дастаклари горизонтал текисликда очилиши ҳисобига бу омбур-

ларнинг тумшук (кисув) қисми калта бўлади ва оғиз чегараланиб очилганда жуда қўл келади.

Пастки жағдаги илдизларни олиш учун тумшуклар (кисув қисми) учлари қўл сиқилганда туташмайдиган омбурлар ишлатилади.

Омбурларни ушлаш. Одатда омбурни тиш олаётганда ўнг қўл билан ушланади. Бармоқларни шундай жойлаштириш керакки, улар дастакларни бемалол очиб ёпиш ва илдиз ўқи бўйлаб суяк томон суриш имконини бериши керак. Икки хил ушлаш услуби бор.

Биринчи услубда иккинчи ва учинчи бармоқлар пастки дастакни ташқарисидан ушлаб, сиққанда омбурни кафтга яқинлаштиради: тўртинчи ва бешинчи бармоқлар юқори турган (кафтдаги) дастакни ушлайди. Биринчи (бош) бармоқ омбур ўқига икки дастак орасига ташқаридан қўйилади. Омбурни очиш учун тўртинчи ва бешинчи бармоқлар керилади, ёпиш учун II ва III бармоқлар сиқилади. Омбур ўрнатилгандан сўнг ҳамма бармоқлар дастакни ташқи томонига қўйиб ёпиш мақсадида сиқилади.

Иккинчи услуб. Юқори жағ тишларини олиш учун ишлатилади. Очиқ кафт юзасига омбур қўйилиб дастаклар орасига II ва III бармоқлар киритилади, бош бармоқ билан юқоридаги дастак ушланади IV ва V бармоқлар билан пастки дастак ушланади. Омбурни очиш учун III бармоқ ёрдамида дастаклар керилади, яқинлаштириш учун IV ва V бармоқлар сиқилади. Омбурнинг кисув қисми учларини суяккага киритиш учун дастаклар учи кафтга, тираб юқорига итарилади. Шундун сўнг III бармоқни пастки дастакка ўрнатиб тўрт бармоқ бир томондан, бош бармоқ қарши томондан сиқиб тиш суғуриш бажарилади.

Элеваторлар. Тиш ёки илдизни олиш учун элеваторлар ишлатилади. Элеваторлар ричаг асносида ишлайди. Элеваторда уч қисм ажратилади: ишчи қисми, дастак ва улар орасида бирлаштирувчи қисм. Элеваторлар асосан ишчи қисми шакли бўйича хилма-хил бўлади. Шаклидан қатъий назар, уч хил элеваторлар мавжуд: туғри, бурчақли, найзасимон.

Туғри элеватор ишчи қисми бевосита дастак билан бирлаштирувчи қисмдан келиб чиқади ва дастак билан бир йўналишда бўлади.

Ишчи қисмининг ташқи томони ярим ой шаклида бўртиб чиқса, ички томони акси бўлиб, ярим ой ботиқ бўлиб, ишлайдиган

учи тўмтоқлашган бўлади. Дастаги ноксимон шаклида уч томонга қараб торайиб боради.

Туғри элеватор билан юқори жағ бир илдизли тишларни олиш, кўп илдизли тишлар илдизларини ажратиб бўлиш, қатордан ташқарида турган тишларни, тиралиб турган пастки учинчи озик тишларни олиш мумкин.

Тумишуги қирра бўйича эгилган элеватор. Бу элеваторнинг ишчи қисми ўқига нисбатан тахминан 120° эгилган, ишчи қисми юзаси асосидан учига қараб торайиб, ичига қараб ботик, ички юзазида тарам-тарам эгатчалари бор, ташқи томони ярим думалок шаклида. Юзасининг ҳолатига қараб чап ва ўнг томон элеваторлари фарқланади. Айрим муаллифлар ўзига қараган (на себя) ўзингдан нари (от себя) деб аташади.

Ишлатилаётганда ботик томони ҳамиша илдизга, бўртган томони – каттакча деворига қаратилади. Одатда бу элеватор билан пастки жағ илдизлари олинади.

Найзасимон элеватор (Леклюз элеватори). Бу асбобнинг ишчи ва бирлаштирувчи қисмлари дастакка вертикал ёпишади. Ишчи қисми найзасимон шаклда бўлиб, учига қараб юпқаланиб боради. Бир томон юзаси текис. Орқа томони яссиланган. Бу элеватор билан пастки учинчи озик тиш олинади.

Омбур ёрдамида тиш олиш операцияси услублари.

Тиш олаётганда бемор ва шифокорнинг жойлашиш ҳолати

Тиш олиш операцияси - тишни каттакчада ушлаб турган боғламларни куч ишлатиб узиб, суғуриб олиш демакдир. Омбур тиш илдизини сиқиб олгандан сўнг, ричаг ҳосил қилади, кўл кучи ричагга узатилиб, илдизни йўналтирилган ҳаракатга келтиради ва атрофидаги периодонт тўқимасининг узилишига олиб келади. Тиш боғламлардан бўшаганидан сўнг суғурилиб олинади.

Шу жараён муваффақиятли бажарилиши учун унинг ҳар бир босқичи тўғри ва тўлиқ бажарилиши шарт.

Тиш олиш амалиётини адекват маҳаллий оғрикислантиришдан сўнг бажариш мумкин.

Дастлаб – тиш атрофидаги айлана боғлам ва альвеола атрофидаги юмшоқ тўқималар ажратилади. Милк кенг ва чуқур ажратилса, омбур солинганда йиртилмайди. Шундан сўнг тишни омбур билан кетма-кет бажариладиган ҳаракатлар ёрдамида суғурилади.

Омбурни солиш ҳаракати. Олинаётган тишга мос омбур танланади. Юқорида ўргатилган услублардан бири билан ушланади. Дастаклари керилиб тишнинг тож қисми сиғадиган даражада очилади. Омбурнинг сиқувчи қисми бир томони тишнинг ташқи (вестибуляр) иккинчиси ички (орал) томонига ўрнатилади. Омбур ишчи қисмининг ўқи албатта илдиз ўқи билан мос келиши шарт. Агарда ўқлар мос тушмаса илдиз синади.

Омбурни милк тагига киритиш ҳаракати. Омбур солиниб, ишчи қисми учлари милк тагида илдиз бўйлаб ичкарига суриб борилади. Юқори жағ тишларини олаётганда бу ҳаракат омбур дастакларини қафтда сиқиб бажарилади. Пастки жағда чап қўлнинг бош бармоғи ёрдамида амалга оширилади. Қимирлаб турган тишларни олаётганда омбурнинг ишчи қисми учи суякка қадалгунча киритилади. Тиш жойида мустаҳкам турган бўлса, ёки тож қисми емирилган бўлса, қисман альвеоляр суякни қўшиб ушлаш шарт.

Тиш олиш мақсадида омбур солинганда унинг учи албатта альвеоляр суякни қисман қўшиб қисилиши шарт. Омбур солинишига аҳамият беринг. Расмда омбурнинг ишчи қисми альвеоляр ўсиқни қисман қўшиб олгани ва сиқилганида суякнинг шиллиқ ости резекция қилиниши кўрсатилган.

Агарда олинаётган тишнинг атрофидаги суяк қалин бўлса, милк кесилиб суяк яланғочланади, бормашина ёрдамида кортикал суяк кесилади ва искана билан илдизлар очилгунча олиб ташланади. Тиш суғурилганидан сўнг, юмшоқ тўқима лахтаги жойига тикилади.



Расм - 34

Сиқиб ушлаш. Милк тагига етарли даражада киритилгандан сўнг, омбур учлари маҳкам сиқилади. Сиқилганда, омбур ишчи қисми тишни эзмаслиги, кесиб юбормаслиги, аммо қўл ҳаракатини

илдизга, ричагга узатилган бўлиши шарт. Омбур сўрилиши, сапчиб чиқиб кетмаслиги керак. Илдиз етарли даражада сиқиб ушланмаса, жойидан силжимайди. Керагидан кўп омбур сиқилса тишнинг юқори қисми узилиб кетади, айникса тиш даволанган бўлса.

Тишни катакчадан силжитиш ҳаракати. Бу ҳаракатни амалга ошириш жараёнида илдизни тиш катакчасида ушлаб турган периодонтал боғлам узилади ва қисман катакча атрофидаги суяк синади. Тишни силжитиш учун икки хил ҳаракат бажарилади. Биринчи тишни сиқиб, ташқарига (вестибуляр) ва ичкарига (орал) тебратувчи ҳаракатлар бажарилади. Бу ҳаракатлар бир неча марта қайтарилади. Дастлаб кичик амплитудада ва ҳар қайтарилишда амплитуда кенгроқ олинади. Бу ҳаракатлар тиш атрофдаги боғламлар тўлиқ узилгунигача қайтарилади.

Иккинчи хил ҳаракат, айланма (ротация) ҳаракати. Тишни ўз ўқи атрофида олдин бир томонга кейин қарама-қарши томонга 20-25° айлантирилади.

Иккала хил ҳаракатлар аста-аста бажарилиши керак, акс ҳолда илдиз синади.

Тишни кимирлатаётганда унинг суякда жойлашишига эътибор бериш керак, биринчи силжитиш ҳаракати суякнинг юпка томонига қаратилса мақсадга мувофиқ бўлади. Юқори жағ суягининг ташқи (вестибуляр) юзаси юпка бўлади, оғиз ичи томони эса қалин суякдан тузилган. Шунинг учун юқори жағ тишларини олаётганда, тебратувчи ҳаракат дастлаб ташқарига қилинади. Биринчи катта озик тиш бундан мустасно. Чунки ёноқ альвеоляр қирраси ҳисобига суяк қалинлашади.

Пастки жағда кесув, қозик ва кичик озик тишлар соҳасида суякнинг ташқи қисми юқароқ бўлади. Катта озик, тишлар айникса учинчи тиш атрофида ташқаридан чакка қирраси ҳисобига суяк қалинлашади. Шунинг ҳисобига катта озик тишларни олаётганда биринчи силжитиш ҳаракати оғиз ичига қараб қилинади. Қолган тишларни олаётганда ташқарига қилинади.

Суғуриб олиш ҳаракати. Тебратувчи ва айланма ҳаракатлар натижасида тиш илдизи атрофидаги боғламлардан тўлиқ ажраганидан сўнг, аста - секин тиш катакчасидан суғурилади ва оғиздан чиқарилади. Юқори тишларни олаётганда улар пастга қараб тортилади. Пастки жағ тишлари юқорига тортилади. Бу ҳаракат бажарилаётганда, тиш катта куч билан тортилса, тишни ушлаб турган боғламлар тўлиқ узилиб омбур қарши томондаги

тишларга зарб билан урилиши ва синдириши, юмшоқ тўқималарни жароҳатлаши мумкин.

Тиш олиш операциясининг муваффақиятли ўтказилиши жарроҳ стоматологнинг жисм.оний кучига эмас, балки, тиш олиш техникасининг тўғри бажарилишига боғлиқ эканини ёдда тўтиш лозим.

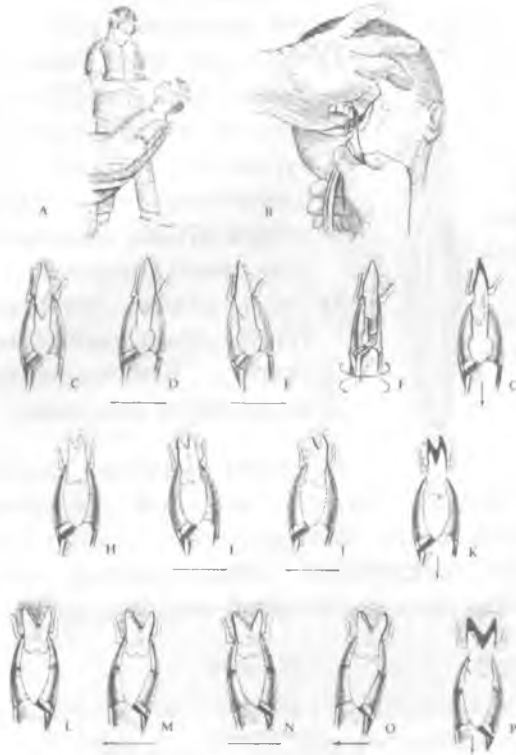
Бемор ва жарроҳнинг тиш олаётганда жойлашиш ҳолати операция муваффақиятли тугашининг асосий омилларидан бири.

Одатда тиш олиш операцияси бемор стоматологик креслода ўтирган ёки ярим ётган ҳолатида бажарилади. Бемор креслога ўтиганида операция майдони яхши кўриниши ва жарроҳ учун қулай бўлиши шарт. Бемор баланд кўтарилса ёки жуда пастда қолса жарроҳ тиш олиш ҳаракатларини бажаришда қийналади. Шунинг учун бўйига мос қилиб жарроҳнинг ўзи беморни жойлаштириши керак, албатта бош тутқичи беморга қулай маҳкамланиши керак.

Юқори жағ тишларини олаётганда, бемор гавдаси ва бошини бир оз орқага тислантириб ўрнаштирилади. Жарроҳ бемор қаршисида, ўнг томонида жойлашади.

Пастки жағ тишларни олаётганда, креслода ўтирган беморни, пастки жағи жарроҳ тирсаги билан бир сатҳда бўлиши лозим. Суянгич беморни вертикал ўтказиш учун мосланади. Боштутқич бир оз олдинга сурилади, бемор боши бироз чиқиб туриши таъминланади. Жағнинг чап томонидаги ва олдидаги тишларни олиш учун жарроҳ бемор қаршисида, ўнг томондаги кичик ва катта озиқ тишлар олинаётганда беморнинг ўнг ёнига орқароқ жойлашади.

Юқори жағдаги тож қисми сақланиб қолган тишларни олиш



Расм - 35

Юқори жағдаги тишларни олаётганда бемор ва жаррох жойлашиши ҳолати. Расм – 35 А

Тиш олиш жараёнида чап қўлнинг ҳолати ва ўнг қўл билан омбурни ушлаш. Расм – 35 Б

Юқори жағдаги қозиқ ва кесув тишлар олинаётганда тебратма ва айлана ҳаракатлар схемаси. С,D, E,F,G

Юқори жағдаги кичик озик тишни олаётганда тебратиб олиш схемаси. H-K

Юқори жағдаги катта озик тишларни олаётганда тебратиш ва суғуриш схемаси. L-P

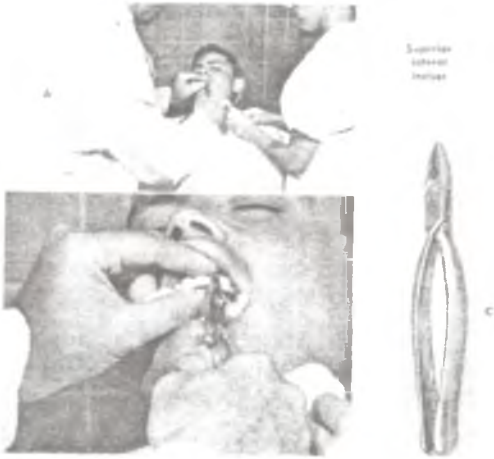
Юқори жағ кесув тишини олаётганда чап қўл билан альвеоляр ўсиқни маҳкам тутмоқ ва омбур солмоқ
 Тўғри омбур. Кичик озик тишларни оладиган S шаклидаги ишчи қисми учи туташмайдиган омбур

Чап қўл билан маҳкамлаш ва омбурни солиш жараёни.

Катта озик тишни олаётганда чап қўл билан маҳкамлаш ва омбур солиш

S шаклидаги чангақли омбур

Юқори жағ марказий курак тишларини олиш учун



Расм - 36

- 1) шифокор беморнинг олд ўнг томонида туради
- 2) чап қўл бош бармоғи билан бир салфеткани тишлар кесув юзасига, кўрсаткич бармоқ учи олинаётган тиш илдизи устига қўйиб, альвеоляр ўсик сиқиб ушланади.
- 3) Ўнг қўлда омбурни тутиб, олинадиган тиш ўқига йўналтирилган ҳолда омбур солинади.

4) Тишни маҳкам сиқиб, схемада кўрсатилган равишда силжита бошлайди: биринчи ҳаракат юқори лаб томонга, кейин танглай томонга, кейин ҳам айлана соат мили бўйича тескарисига йўналтирилиб, тиш ўрnidан силжитилади ҳамда ташқарига тортиб чиқарилади.



Расм - 37

Юқори жағ 3!3 тишларни олиш



Расм - 38

Шифокор беморнинг олдида ва ўнг томонида, ёрдамчи чап томонда туради.

Чап томондаги тиш олинаётганда бош ўнг томонга, ўнг томондаги тиш олинаётганда бош чап томонга қаратилади.

Ўнг қўл билан тўғри ёки найзасимон омбур тишга схемада кўрсатилгандай солинади. Шу вақтда чап қўлнинг кўрсаткич ва бош бармоқлар билан альвеоляр ўсик олинаётган тиш проекциясида. Маҳкам сиқилади кўрсаткич бармоқ ўтув бармоқга қўйилиб лабни кўтаради, бош бармоқ салфеткани тутиб туради.

Ҳаракатлар схемада кўрсатилганидек амалга оширилади.

Юқори жағ кичик озик тишларни олиш. Бу тишларни олаётганда уларнинг анатомик тузилишидаги хусусиятларига аҳамият бериш керак.

Биринчи кичик озик тиш илдизлари 50% ҳолатда ўртасига бориб икки ингичка учланиб кетувчи илдизга бўлиниб кетади (лунж ва танглай). Одатда танглай илдиз суякда чуқур жойлашади. Иккинчи кичик озик тиш бир илдизли ва у эзик шаклда бўлади. Иккала тишларни каттакчаси девори ташқаридан (вестибуляр) юпка суяк билан қопланган.

Ўнг томондаги тишларни олишда шифокор беморнинг олдида, чап томон тишларнинг олишда ўнг томонида ва олдида туради. Беморнинг боши ўнг томонга қаратилиб ўрнатилади.

Ҳаракатлар схемада кўрсатилгандек амалга оширилади.



Расм - 39



Расм - 40



Расм - 41

Юкори жағ катта озик тишларни олиш

А.Юкори жағ ўнг ва чап катта озик тишларни олиш учун шифокор беморнинг ўнг томони ва олдида туради. Беморнинг бошини тўғрига ва бир-оз орқага қилиб ўрнатилади.

В.Ўнг қўлга керакли S симон (ўнг ва чап) ишчи учи туташмаган чангақли омбур схемада кўрсатилгандек тишга солади. Ўнг томондаги тиш олинаётганда чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи альвеоляр ўсикни

олинаётган тиш илдизига тираб турилади, чап томондагилар олинаётганда икки бармоқ билан олинаётган тишни илдизлари сатҳида альвеоляр ўсиқ маҳкам сиқиб олинади ва схемада кўрсатилгандай силжитиш ва суғуриш ҳаракатлари бажарилади.

Пастки жағдаги тож қисми сақланиб қолган тишларни олиш услублари

Пастки жағ кесув тишларини олиш учун ишчи қисми ингичка ва кирра бўйича эгилган тумшуксимон омбур олинади.

Пастки жағдаги кесув тишларини олаётганда креслога суянчиғи вертикал ҳолатга келтирилиб бемор ўтказилади. Боши бир оз пастга эгилиб энгаги туширилади. Жарроҳ бемор олдида, ўнг томонида жойлашади.

Чап қўл бош бармоғи энгак остига, иккинчи бармоқ пастки лабни ташқарига ва пастга суриб, учинчи бармоқ билан тил пастга ва оркага сурилиб альвеоляр ўсик маҳкам ушланади.

Омбур ўнг қўл билан олинаётган тишга солинади, чуқуррок киритиб, тиш катакчаси қиррасига қўйиб сиқилади ва тебратувчи ҳаракатлар вестибуляр ва орал томонга қайта-қайта бажарилади. Тиш атрофидаги боғламлар узилганидан сўнг суғирилиб олинади.

Пастки жағдаги кесув тишларини олиш. Одатда кесув тишлар бир илдизли тўғри, чўзиқ, овал шаклда бўлади, учига якин қийшайган бўлиши мумкин. Ён томонда илдизлар эзилгандек, айникса иккинчи кесув тишнинг илдиз атрофида суяк нисбатан қалин. Вестибуляр томондан тиш катакчаси атрофидаги суяк оғиз тамондагига нисбатан юпка бўлади.



Рисунг - 42

Агарда пастки кесув тишни юзаси бўйича эгилган омбурда олинса, жарроҳ беморнинг оркасига, ўнг ёнига ўрнашади. Чап кўлини бемор боши устидан айлантириб ўтказади. Бош бармоқни альвеоляр ўсиқнинг ички (тил) томонига, кўрсаткич бармоқни ўтув бурмага ва қолган бармоқларни энгакка ўрнатиб, жағ суяги маҳкам ушланади ва юкорида келтирилган тиш олиш ҳаракатлари бажарилади.

Пастки жағдаги кичик озик тишларини олиш. Бу тишлар одатда бир илдизли, бўйин қисмида юмалок бўлиб, ёнлари эзилган шаклда ингичкалашиб тугайди. Илдиз атрофидаги суяк қалинлиги ташки ва ички томондан деярли бир хил.

Чап томондаги кичик озик тишларини олаётганда жарроҳ беморнинг рўпарасида ўнг томонида туради, бемор бошини ўнг томонга қаратади. Ўнг кўлга кирраси бўйича эгилган, тумшиғи туташмайдиган кенг омбурни олади. Чап қул бармоқлари билан (юкорида ёзилгандек) пастки жағни маҳкам сиқиб ушлайди. Омбур солиб, альвеола кирраси четини қўшиб сиқиб олади ва тебранма ҳаракатлар қила бошлайди.

Ўнг томондаги кичик озик тишларини олаётганда жарроҳ беморнинг оркасида, ўнг ёнида туради. Чап кўлини бемор боши устидан ўтказиб, бармоқлари билан пастки жағ ва альвеоляр ўсиқни сиқиб ушлайди ва тиш олиш ҳаракатларини бажаради.

Жарроҳ чап қўл билан ишласа (чапақай бўлса), унда беморнинг рўпарасида, ўнг ёнида туриб, ўнг қўл бармоқлари билан жағни ушлаб, лабини ташқарига суради. Чап қўл билан омбурни тишга солади ва тиш олиш ҳаракатларини бажаради.

Кичик озик тишлар атрофидаги суяк анча қалин бўлгани учун омбурни чуқур киритиб бўлмайди. Тебратувчи ҳаракатлар эҳтиётлик билан қилинмаса тишнинг тож қисми синади. Илдиз шакли конусга яқин бўлганлиги учун тебратувчи ҳаракатлардан кейин, айланма, ҳаракатларни ҳам қилиш мумкин.



Расм – 43

Тиш олиш операцияси босқичлари (Расм – 43)

- а) омбурни тишга солиш ва сиқиб ушлаши;
- б) тил томонга кимирлатиш
- с) лунж томонга кимирлатиш;
- д, е) илдиз ўқи атрофида ротацион (айланма) ҳаракат (соат стрелкаси йўналиши бўйича ва унга тескари)
- т) тишни суғуриб чиқариш.

Пастки жағ кичик озик тишларини олаётганда тебранма ва айлана ҳаракатлардан сўнг омбурни юқорига ва албатта ёнга қаратиб суғуриш керак акс ҳолда омбур юқори жағ тишларига зарб билан урилиб жароҳатлаши мумкин.

Пастки жағдаги катта озик тишларини олиш. Биринчи ва иккинчи катта озик тишлар одатда иккита олдинги-меднал ва орқадаги дистал илдизли бўлади. Иккала илдиз ясси икки ёнидан сиқилгандек шаклда бўлади. Олдинги илдиз узунрок калинрок, учи орқага қараб қайилган шаклда. Дистал илдиз кўпинча тўғри бўлади. Айрим ҳолатларда икки илдиз учи бир бирига яқин келади ва ораларида калин суяк қатлами бўлади. Тиш катакчалари девори калин ва каттик суякдан тузилган. Биринчи катта озик тишнинг лунж ва тил томон суяк калинлигида фарк йўқ, аммо иккинчи тиш атрофида лунж томондан пастки жағнинг чакка қирраси ҳисобига суяк анча калинлашади. Бемор ва жарроҳнинг жойлашиш ҳолати кичик озик тишни олишда ёзилганидек. (Расм – 45)



Расм - 45

Катта озиқ тишларини олиш учун кирраси бўйича ёки текислиги бўйича эгилган тумшуклари исканжали, туташмайдиган омбурлар ишлатилади. Омбурни тиш устидан солиб, чуқур киритилади шунда учбурчак шаклдаги исканжалар албатта икки илдиз орасига ўрнатилиши шарт, акс ҳолда тиш бўйин қисмидан синади. Омбур етарли даражада чуқур киритилиб сиқилади, биринчи озиқ тишни олаётганда тебранма ҳаракат лунж, кейин тил томонга қилинади, иккинчи озиқ тишни олаётганда тебранма ҳаракат аввал тил кейин лунж томонга бажарилади.

Пастки жағнинг биринчи ва иккинчи озиқ тишларини олиш.

Пастки жағнинг чап томонидаги тишларини олаётганда шифокор беморнинг олдида ёрдамчи эса чап томонида туради. Бемор боши ўнг томонга қаратилади. Ўнг қўл билан омбурни олинаётган тишга солиб, чап қўл бармоқлари билан юмшоқ тўқималарни ёнга суради ва бир вақтда пастки жағни маҳкам ушлаб туради. (Расм - 46).



Расм - 46

Пастки жағнинг ўнг томонидаги озиқ тишларини олаётганда шифокор беморнинг орқасида, ўнг томонига туради. Ўнг қўлидаги омбурни олинаётган тишга солади. Чап қўлини боши устидан

ўтказиб кўрсаткич ва бош бармоқлари билан альвеоляр ўсикни ушлайди ва бир вақтда юмшоқ тўқималарни ёнга суради.

Катта озиқ тишни олиш боскичлари: омбурни солиб, тиш каттиқ сиқилади, тиш лунж томонга силжитилади, кейин тил томонга силжитилади ва суғуриб олгунча ҳаракатлар қайтарилади.

Пастки жағни учинчи озиқ тиши текислиги бўйича эгилган омбур билан олинади. Бу омбур билан чап томондаги тишни олаётганда шифокор беморнинг орқасида ўнг томонида туриб, ўнг қўлдаги омбурни тишга солади. Чап қўлнинг бош бармоғини омбурни ўқиға қўйиб пастга ботириб суяккача киритилади. Қолган бармоқлар билан пастки жағ суяги маҳкам сиқилади. Пастки жағнинг ўнг томондаги тишни олиш учун шифокор бемор олдиға туриб, ўнг қўлга омбурни ушлаб, тишга солади, чап қўлни бош бармоғи билан омбур ўқиға босиб суякка кадалгунча ботиради. Шундан сўнг, омбур дастақларини маҳкам сиқиб, тиш ўрнидан дастлаб лунж, кейин тил томонга, яна лунж ва тил томонга бир неча маротаба силжитилади. Тиш илдизлари ўрнидан силжиганидан сўнг суғуриб олинади.

Тиш илдизларини олиш (омбурлар, элеваторлар ва бормашина ёрдамида). Олинган тиш катагига ишлов бериш ва парваришлаш

Тож қисми емирилган тишларини олиш ҳам осон, ҳам қийин. Агарда илдиз атрофидаги суяк паталогик жараён натижасида емирилган ва сурилган бўлса, ундай илдизни олиш осон. Илдизлар чуқурда синган, атрофдаги суяк қалин ва қаттиқ бўлса, уларни олиш катта қийинчилик туғдиради.

Илдизлар маҳсус омбурлар билан олинади. Юқори жағларнинг илдизлари одатда тўғри, S шаклли ёки найзасимон, ишчи юзаси тор, учлари жипсланувчи омбурлар ёрдамида олинади. Пастки жағдаги илдизлар кирраси бўйича эгилган, тумшуксимон, юзаси тор, учлари жипсланувчи омбурлар билан олинади. Альвеоляр ўсик ва милкидан чиқиб турган якка илдизларни олишда тиш олиш операциясида ёзилган тартибдаги ҳаракатлар бажарилади. Дастлаб, олинаётган илдиздан айлана боғлам ва милк атрофлича чуқур қилиб ажратилади. Омбур дастақлари керилиб, милк тагига илдиз ўқи бўйича чуқур киритилади. Шунда омбур учлари альвеоляр ўсикни ҳам қисман қўшиб ушлаши ва илдизни маҳкам сиқиши ва ўрнидан силжитиш учун яхши ричаг ҳосил қилиши керак, акс

ҳолда илдизнинг юкори қисми синиб, яна калталашади. Аста - секин тебранувчи ҳаракатлар қилиб илдиз жойидан силжитилади, боғламлари узилганидан сўнг суғуриб олинади.

Юкори жағдаги тишларининг илдизини олиш.

Юкори жағдаги олд тишлар илдизини олаётганда айланма ва тебратувчи ҳаракатлар қилинади. Иккинчи кичик озик тиш илдизини олаётганда худда шундай тебранма ва айланма ҳаракатлар алмашиб бажарилади. Агарда биринчи кичик озик ва катта озик тишлар илдизлари ажралган ҳолда бўлса, ҳар бирига алоҳида омбур солиниб олинади. Илдизлар бирлашган бўлса, уларни бормашина ёрдамида бир-биридан кесиб ажратилади ва ингичка учли найзасимон омбур ёрдамида айланма ҳаракатлар бажариб олинади.

Биринчи кичик озик тишни бир-биридан ажралмаган илдизларини олаётганда эҳтиёт бўлиш керак. Омбурни солиб керакли даражада альвеоляр ўсик суяги ва илдизларни сиқиб олгандан сўнг биринчи тебратувчи ҳаракат лунж томонга кейин танглай томонга бажарилади.

Катта озик тишларининг илдизлари ажралмаган бўлса, найзасимон учлари сербар омбурнинг бир учини танглай илдизига, иккинчи учини икки лунж илдиз орасига ёки илдизларнинг бирига қўйиб аста лунж ва танглай томонга тебратиб илдизлар жойидан силжитилади. Олаётганда илдизлар бир-биридан ажралиб кетса, ҳар бири алоҳида айланма ҳаракатлар билан суғурилади. Катта озик тишлар илдизларини омбур ёрдамида олиб бўлмаса, бормашина ёрдамида тиш қаваги туби думалоқ бор билан тешилади., фиссур бор билан орасидаги тўсик кесилади ва танглай илдиз, лунж илдизлардан ажратилади. Кесилганда ҳосил бўлган ораликка тўғри элеватор учи киритилиб дастагини айланма ҳаракат билан илдизлар ажратилади. Элеватор дастагини лунж томонга суриб танглай илдизини ўрнидан силжитилади ва найзасимон омбур билан сиқиб суғуриб олинади. Лунж илдизлар найзасимон омбур билан қийинчиликсиз суғуриб олинади.

Учинчи катта озик тишнинг илдизлари одатда бир-бирига ёпишиб кетган бўлади. Уларни олиш найзасимон омбурда осон бажарилади.

Пастки жағ тишлари илдизларини олиш

Пастки жағнинг кесув тишларининг илдизларини олиш тож кismi сакланиб қолган тишни олишдек бажарилади. Фарқи илдиз атрофидаги суяк қисман қўшиб ушланади ва сикканда синдириб олинади.

Кичик озик тиш одатда узун ва йўғон бўлади, илдизини олаётганда сербар лунжли омбур ишлатилади. Илдиз суяк билан қўшиб сиқилади, олдин лаб кейин тил томон тебратувчи ва енгил айлана ҳаракатлар бажарилиб ўрнидан силжитилади ва суғуриб олинади.

Пастки жағда катта озик тишларининг илдизини олиш анча қийин, чунки ўраб турган қалин суяк омбурни милк тагида чуқур киритишга йўл бермайди. Суяк қалинлигидан омбур лунжлари сапчиб кетади ва илдизни сиқиб ушлаб бўлмайди.

Фақат илдизлар атрофидаги суяк емирилган бўлса, учи юпқа эгилган элеватор ва бошқа асбоблар ёрдамида илдизларнинг бири чиқариб олинади, кейин иккинчиси қўпориб ташланади.

Агарда илдизлар бир-биридан ажралмаган бўлса, омбурни бир (мустаҳкам ўтирган) илдизга солинади ва олдин тил кейин лунж томонларга тебратиб суғуриб олинади. Айрим ҳолларда иккинчи илдиз қўшилиб чиқади. Илдизлар орасидаги тўсик қалин бўлса, фақат бир илдиз чиқади. Иккинчисини олиш учун бурчақли элеватор ёрдамида тўсик синдирилиб илдиз ҳам чиқарилади.

Учинчи катта озик тишнинг вертикал жойлашган илдизларини олиш катта қийинчилик туғдирмайди. Одатда бундай илдизлар текислиги бўйича эгилган омбур ёрдамида олинади. Жойлашиши бўйича ётиқ ёки горизонтал илдизни олиш мураккаб бўлади.

Тўғри элеватор ёрдамида тиш илдизларини олиш.

Тиш илдизлари суяк ичида чуқур жойлашганда омбур билан олишнинг иложиси бўлмайди. Чунки омбурни чуқур киритаман деб милк йиртилади. Тиш каттагининг четларига катта жароҳат етказилади, шунга қарамай илдизни ушлаш қийин бўлади ва олинмаслиги ҳам мумкин. Шундай ҳоллар элеваторни ишлатишга кўрсатма бўлади. Элеватор ёрдамида пастки учинчи озик тиш ва қатордан ташқарида жойлашган бошқа тишларни олиш мумкин.

Тўғри элеватор билан тиш илдизларини олиш услуби.

Тўғри элеватор ёрдамида одатда юкори жағдаги тиш илдизлари олинади. Бемор тиш олинadиган ҳолатда креслога ўтказилади,

жарроҳ рўпарада туради. Ўнг қўлга элеваторнинг дастасини сиқиб ушлайди, кўрсаткич бармоқни ўтувчи қисмига қўяди, чап қўлнинг икки бармоғи билан олинаётган илдиз рўпарасидаги альвеоляр ўсик икки томонидан сиқиб олинади ва элеватор сапчиб чиқиб кетишининг олди олинади. Элеватор учи олинаётган илдизга ва катакча девори орасига киритилади. Ишчи қисмининг ботик томони илдизга, дўнг томони катакча деворига қаратилиши керак. (Расм-47).



Расм - 47

Дастакка босиб асбоб учи ичкарига-юқорига киритилади ва бир вақтда ўз ўқи атрофида ярим айлана ҳаракатлар бир ўнгга бир чапга қилиб қайтарилади. (Расм - 48)

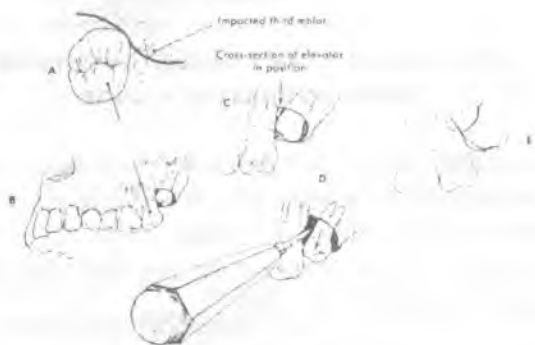
Бу ҳаракатлар натижасида илдизни ушлаб турган бойламлар қисман ўзилади, илдиз қарши томонга сурилади. Элеватор учи 4-5 мм ичкарига киритилиб ёнга ричагсимон ҳаракатлар билан илдиз чиқариб олинади.



Расм - 48

Юқори жағ тишлар илдизини олиш учун тўғри элеваторлардан фойдаланиш: олинаётган тиш илдизи ва тиш катакчасига девори орасига элеваторнинг уч қисми тираб киритилади ва илдизни силжитишга ҳаракат қилинади. Элеватор танглай, кейин, ён тарафлардан солинади. Илдиз силжиганидан сўнг элеватор янада чуқурроқ киритилиб илдиз кўпориб чиқарилади.

Элеваторлардан фойдаланиб, юқори жағнинг кичик ва катта озик тишлар илдизини олаётганда уларнинг ўзига таяниб бўлмайди. Кўпол ва ортиқча ҳаракат қилинса, илдизларни юқори жағ бўшлиғига киритиб юборилиши мумкин.



Расм – 49

Тўғри элеватор ёрдамида юқори жағнинг тўлик чиқмаган 8 тишини олиш мумкин. (Расм – 49)

А) Дастлаб чизмада кўрсатилган шаклда суяккача кесма ўтказилади

Б) Юмшоқ тўқималар суякдан ажратилиб тишнинг тож қисми очилади.

С) тишнинг тож қисми бормашина ёрдамида очилади.

Д) Тўғри элеватор учи тишлар орасига киритилиб олдидаги тишлар илдизига таянган ҳолда орқага ва пастга қараб силжитилади. Силжитиш жараёни қайта-қайта қилиниб элеватор учи ичкарига киритилади. Бир неча ҳаракатдан сўнг тиш катакчадан тўлик чиқади. Юмшоқ тўқималар ўрнига қайтарилиб жойлаштирилади.

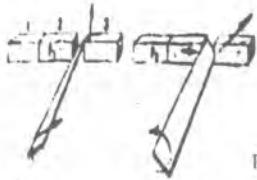
Ричаг принципи



Расм – 50

Пастки жағ учинчи озик тишларини элеватор ёрдамида олиш

Айрим вақтда тишни омбур билан олиш нмконияти бўлмайди. Жумладан, тишнинг тож қисми йўқ ёки тўлиқ чикмаган бўлса, горизонтал жойлашиб олдиндаги тишга тиралиб қолса ва бошқа шўнга ўхшаш ҳолатларда элеваторлардан фойдаланиш учун ричаг принципи ишлатилади. (Расм – 50).

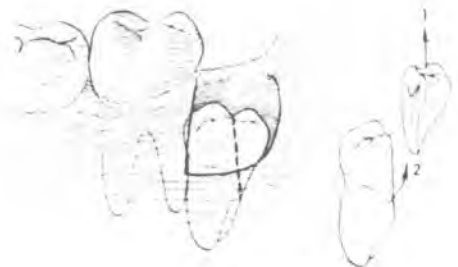
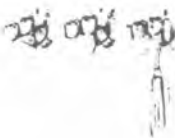


Расм - 51



Расм - 52

Расм - 53



Расм – 54



Расм - 55

Тўлиқ чиқмаган ва энгашиб олдиндаги тишга тиралиб жойлашган 818 тишни олиш.

А) Олинаётган тишнинг проекциясида альвеоляр ўсиқнинг киррасидан шиллиқ қават суяккача кесилади ва олдиндаги икки тишнинг лунж томонидан давом эттирилади. Суяк усти пардаси ажратилиб четга сурилади. Расм – 52.

Б) Бормашина ёрдамида олинаётган тишларининг тож қисми атрофидаги суяк олиб ташланади. Олинаётган тиш тож қисмининг тагида элеваторнинг учини киритиш учун жой очилади. Расм – 53.

В) Тўғри элеватор учи суякда очилган жойга киритилади ва тишни ўрнидан силжитиш учун чизмада кўрсатилган ричаг принципидаги ҳаракатлар бажарилади.

Г) Тиш олинганидан сўнг катакча тозаланиб юмшоқ тўкималар жойига қайтарилиб чок қўйилади (расм – 55).

а) Агарда олинаётган тиш чуқур жойлашган бўлса, бормашина ёрдамида атроф очилади. Тож қисмини вертикал кесиб тушиб, бўлақлар алоҳида элеватор ёрдамида чиқариб олинади. Расм -54.

б) Тож қисмини кесиб тушгандан сўнг элеватор ёрдамида тишни силжитиш қийин бўлса, унда тож қисми олиб ташланади ва илдиз учи бўлақларга ажратилади ва ҳар бири алоҳида чиқариб олинади.

в) Тиш ҳам чуқур ва горизонтал ётиб қолган бўлса, уни бир неча бўлақларга ажратиш олган мақсадга мувофиқ бўлади.

Эсингизда бўлсин, элеватор ишлатаётганда эҳтиёт бўлинг. Керагидан кўп ишлатилган куч жағ суягининг синишига олиб келади.

Эгилган (бурчакли) элеватор билан илдизларни олиш.

Пастки жағнинг катта озиқ тишлари илдизини омбурда олиш қийин бўлади. Чунки илдизлар ён томонидан қалин ва қаттиқ компакт суяк орасида жойлашади. Шундай ҳолатда илдизларнинг учини эгилган элеватор ёрдамида олиш тавсия этилади.



Расм - 56

А) Катта озик тишнинг тож кismi бўлмаса, илдиз элеватор ёрдамида бифуркациядан ажратилади. (Расм - 56).

Б) Дистал илдиз ёнидан ўткир учли элеватор суякка тираб киритилади ва дастагини олди ва оркага айлантириш ҳисобига илдиз ўрнидан силжитилади ва чиқарилади.

В) Иккинчи илдизни чиқариш учун илдизлар орасидаги тиш катакчасининг тўсиғи ярмигача синдирилади ва шундан сўнг илдиз ўрнидан силжитилади ва чиқарилади.

Бир вақтда бир нечта тишлар олинганда орасидаги тўсиқлар туртиб чиқиб қолади. Туртиб қолган тўсиқ ва тиш катакчаси қирраси резекция қилинади ва бир текисда силлиқланиб милк тикилади.



Расм -57

Бормашина ёрдамида тиш илдизларини очиш ва олиш.

Илдиз қийшиқ, учи гиперцементоз ёки аномалия шаклида бўлса, олаётганда синиб қолади. Жароҳат натижасида ҳам илдиз синиши мумкин. Илдиз учи бундай ҳолларда тиш каттаги тубида (чуқурда) бўлади. Юқорида келтирилган усуллар билан бундай илдизларни олиб бўлмайди. Илдизни бормашина ёрдамида очиб олиш катта операция ҳисобланади. Уни бошлашдан олдин керакли асбобларни тайёрлаш зарур.

Илдиз ва тишларни бормашина ва искана ёрдамида олиш учун борлар ва асбоблар намунаси расмда келтирилган (Расм – 58).



Расм – 58

Илдизни суяк ичидан олиш операцияси бир неча босқичдан иборат

1. Илдиз олинадиган соҳада асоси ўтув бурмага қаратилган кенг трапеция шаклидаги шиллиқ қават ва суяк усти қобиғи суяк-кача кесилади ва лахтак ажратилиб, пастга сурилади
2. Бормашина ёрдамида думалок борлар билан жағ суягининг ташқи кортикал пластинкаси илдиз рўпарасида доира қилиб тешилади. Улар бир - бирига фиссур бор билан бирлаштирилиб, илдиз тўлик очилгунча суяк кесиб олинади.
3. Бурчақли элеватор ёрдамида (юқорида келтирилган услубда) илдиз ўрnidан кўзгатилади ва чиқариб олинади.
4. Суякдаги ўткир кирралар текисланиб лахтак жойига тикиб қўйилади.

Тиш олингандан сўнг ярага ишлов бериш ва парваришлаш

Тиш суғуриб олингандан сўнг уни кўриқдан ўтказиш керак - илдизлари бутун чиққанми? Бўлиниб чиққан илдизлар ўрнига қўйилиб, майда бўлақлар қолиб кетмаганлигига ишонч ҳосил қилиш керак. Шундан сўнг тиш катакчаси текширувдан ўтказилади-патологик грануляцион тўқима, гранулёма тўқималари, суяк парчалари қириб тозаланади.

Аҳамият бериб илдиз катакчаси девори кўриқдан ўтказилади, четлари синган бўлса, суяк қобиғидан ажратилиб олиб ташланади. Илдиз оралиғидаги тўсиқ туртиб чиқиб қолган бўлса, синдириб чиқариб олинади. Бир нечта тиш баробар олинган бўлса, суякнинг бўртиб турган қирралари қисқич ёрдамида кесиб текисланади. Бор ёрдамида ёки ўткир хирургик қошиқча билан ўткир қирралар силлиқланади. Албатта бармоқ учи билан пайпаслаб шиллиқ парда тагида ўткир қирралар йўқлигига ишонч ҳосил қилинади. Тиш олаётганда илдиз каттаги деворлари ташқари ва ичкарига йирилиб, оғзи кенг бўлиб очилади. Уларни яқинлаштириш мақсадида салфетка қўйиб, альвеоляр ўсиқни икки томонидан сиқиб келинади ва яқинлаштирилади. Шиллиқ қават бир-бирига яқинлашса, бир нечта чок қўйилади.

Тиш олаётганда атроф тўқималарнинг қон томирлари узилади ва бир оз қон кетиши кузатилади. 3-5 дақиқадан сўнг қон тўхтаб, катакча қон билан тўлади. Ивиб қолган қон катакчани яллиғланишдан асрайди. Катакча қонга тўлмаса, уни йодоформли дока билан зичламасдан тўлдириш керак. 5-7 кундан сўнг олиб ташланади.

Тиш катакчасидаги ивиб қолган қонни эҳтиёт қилиш мақсадида беморга 3-4 соат давомида оғизни чаймаслик, овқатланмаслик, бармоқ билан тегмаслик тайинланади. Шу кунни оғир жисм.оний ҳаракатлар ва иссиқлик муолажалари қилинмаслиги шарт.

Тиш олиш жараёни маҳаллий тўқималарнинг жароҳати билан кечади ва анестезия тарқалганидан сўнг оғриқ сезила бошлайди, айримларда кучли, тарқалувчан ва давомий бўлади. Бундай ҳолларда аналгетиклар тавсия қилинади.

Беморга оғиз бўшлиғининг тозалигини сақлаш уқтирилиши керак. Кун давомида овқатлангандан сўнг 2-3 марта калий перманганат эритмаси 1:3000 ёки 1-2% натрий гидрокарбонат эритмаси билан овқатдан сўнг ва тунги уйқудан олдин оғизни чайиш тавсия

қилинади. Тишларини чўтка билан ярага теккизмасдан тозалаш тавсия қилинади.

Тиш олингандан сўнг яранинг битиши.

1. Олинган тишнинг ўрни одатда иккиламчи биттади. Тиш олингандан сўнг катакчанинг карама-қарши томондаги милки яқинлашиб бирикади. 3-4 кундан сўнг катакчада ивиган қондан грануляциян тўқима ҳосил бўлиб 14-15 кунда етилган грануляциян тўқимага айланади ва суяклаша бошлайди. Суякланиш жараёни 1-4 ой давом этади. Шу жараён билан бир вақтда катакча қиррасидаги суяк қисми сурилиб кетади.

Тиш олинган вақтда катакча қон билан тўлмаган бўлса, грануляцияли тўқима суякнинг ўзидан ҳосил бўлади ва тубидан юқорига қараб тўлиб чиқади. Аста секин милк яқинлашиб катакчадаги грануляцияли тўқима остеоид тўқимага ўтади ва суяклашади. Тиш олиш жараёнида атрофдаги тўқималарга катта шикаст етказилган бўлса, битиш жараёни анча узаяди.

Тиш олаётганда рўй бериши мумкин бўлган маҳаллий асоратлар

Тиш олиш операцияси давомида бир қанча умумий маҳаллий асоратлар келиб чиқиши мумкин.

Умумий асоратлар беҳушлик, ўткир қон томир етишмовчилиги; айрим ҳолларда – шоқ ҳам бўлиши мумкин. Бу ҳолатларга тушишнинг асосий сабаби жарроҳлик хонасидаги муҳит, операциядан олдин беморнинг ҳаяжонланиши ва қўрқиши натижасидаги руҳий зўриқиш бўлиши мумкин: айрим ҳолларда етарли даражада бўлмаган оғриксизлантириш. Ҳаммаси биргаликда нейрорефлектор равишда гемодикамика ва микроциркуляциянинг бузилишига олиб келади. Бу ҳолатларда юқорида келтирилган тезкор реанимация тадбирлари ўтказилади.

Маҳаллий асоратлар

Тишнинг тож қисми ёки илдизи синиши энг кўп учрайдиган асорат. Сабаблари: 1) қариес натижасида тиш катта қисмининг емирилиши ва ўтказилган даволардан сўнг мўрт бўлиши 2. Ингичка, узун, ҳар тарафга қийшайган илдизлар 3. Илдиз атрофи суяк тўқимасининг (тиш катакчаси деворларининг, илдизлар оралиғидаги тўсикнинг) қалинлиги. 4. Тиш олиш техникаси тўғри бажарилмаслиги, (омбурнинг ишчи қисми ўқи илдиз ўқи билан

мос тушмаслиги, омбур ва элеватор тўғри танланмаганлиги, керагидан қаттиқ кисиб олиниши ва бошқалар) сабаб бўлади.

Синган тиш илдизи (айниқса ўткир яллиғланишга сабаб бўлаётган бўлса) шу куниек албатта олиб ташланиши шарт. Қолдирилган илдиз эртами, кечми яллиғланиш чақириши мумкин. Фақат айрим ҳолларда операция 7-10 кунга кечиктирилиши мумкин.

Илдизларни элеватор билан олаётганда таянч нуқтаси тўғри танланмаса, ёнидаги тиш чиқарилиб юборилиши мумкин. Тиш тўлиқ чиқиб кетса реплантация, нотўлиқ чиқса репозиция қилиниб, жойига қўйиб маҳкамланади.

Тиш олиш техникасининг қўпол бузилиши натижасида милк ва жағ атрофидаги юмшоқ тўқималар шикастланиши мумкин. Сабаблари:

1. Тиш атрофидаги айлана боғлам тўлиқ ажратилмаганлиги.

2. Оғиз яхши очилмаган ва яхши ёритилмаган ҳолда тиш, ёки илдизни кўрмасдан, омбурнинг қисувчи қисмини тўқималарга чуқур киритилиши.

3. Милк суякдан кенг ажратилмасдан, омбур қисувчи қисмлари альвеоляр ўсиқ устидан чуқур киритилиши.

4. Лунж, танглай, тил ости, ва тил тўқималарига омбур ёки элеваторни сирғалиб кетиши натижасида санчилиши.

Бу асоратларнинг олдини олиш учун:

- 1) Тиш атрофидаги айлана боғлам ва милкнинг тўлиқ ажратилганини текшириб кўриш.
- 2) Оғиз очилишини маҳаллий оғрикислантириш (Берше Дубов усули билан) таъминлаш. Етарли ёруғлик тушириш, омбур ишчи қисмини тўғри ўрнатилганлигига, юмшоқ тўқима қисилмаганлигига ишонч ҳосил қилиш.
- 3) Омбур билан илдиз олиш режалаштирилганда, альвеоляр ўсиқ ва жағ танасидан милк ва суяк қобиғини кенг ажратиш.
- 4) Тиш ёки илдизни олаётганда омбур ва элеваторни ўрнадан сирғалиб чиқмаслиги учун бармоқлар билан атрофдаги тўқималарни ҳимоялаш.

Милк ва юмшоқ тўқималар зарарланган бўлса, қон тўхтатилади, каттиқ эзилган тўқималар кесиб ташланади, қолганлари сиқиб яқинлаштирилади ва чок қўйилади.

Альвеоляр ўсиқнинг қисман синиши.

Омбур чуқур киритилиб, тиш суғирилаётганда атрофдаги суяк қисман синиб чиқади. Бу ҳол одатда яра битишига таъсир этмайди. Расм – 59

Айрим ҳолларда периодонтал ораликдаги яллиғланиш суяк ҳосил бўлиши билан тугайди, натижада илдиз катаги билан ёпишиб кетади. Шундай тишни олаётганда альвеоляр ўсиқнинг бир қисми синиши мумкин. Одатда суяк бўлақлари олинаётган тиш билан бирга чиқади.

Чикмай қолса, бўлак атрофидаги юмшоқ тўқималардан ажратилиб, олиб ташланади. Суяк ўткир қирралари текисланади.

Кўпинча юқори жағнинг учинчи катта озик тиши олинаётганда альвеоляр ўсиқ жағнинг бўртмаси билан бирга синиб чиқади. Бундай ҳолда суяк ўткир қирралари текисланиб ярага чок кўйилади.

Катта озик тишларини олаётганда, катта куч ишлатилса, альвеоляр ўсиқ ёнидаги бир нечта тишлар билан биргаликда синиши мумкин. Бўлак, атрофдаги юмшоқ тўқималардан узилмаган бўлса, жойига қайтариб маҳкамланиши мумкин.



Расм – 59

Пастки жағнинг чиқиши.

Тиш олаётганда кам учрайдиган асорат. Пастки катта ва кичик озик тишларини олаётганда катта одамларда жағнинг чиқиши юзага келиши мумкин.

Жағнинг чиқиши, одатда тиш олинаётган томонда кузатилади. Айрим ҳолларда икки томонлама чиқиш кузатилади. Жағ чиқиб кетганини бемор дарҳол сезади-оғиз катта очилиб, жағ соғ томонга сурилиб кетади. Оғиз ёпилмайди. Икки томонлама чиқса – жағ олдинга сурилиб, оғиз катта очилиб қолади. Оғиз юмилмайди. Бундай

ҳолат юзага келмаслиги учун тиш олаётганда чап қўл бармоқлари билан пастки жағни керакли ҳолатда ушлаб туриш керак.

Пастки жағнинг синиши.

Кам учрайдиган асорат. Пастки жағ учинчи ва иккинчи катта озик тишларини элеватор ёки искана билан олаётганда катта куч ишлатилса юзага келади. Бу асоратнинг юзага келишига суякдаги патологик ўзгаришлар (радикуляр ёки фолликуляр киста, амелобластома, сурункали остеомиелит, ёки кексалик давридаги суяк атрофияси) омил бўлади.

Зарарланган тўқималарнинг, жағ оғриғи, оғиз очилиши кийинлиги, тиш олинishi билан боғланади. Рентгенологик текширув натижасида жағ синганлиги аниқланади.

Юқори жағ бўшлиғи тубининг тешилиши

Катта ва кичик озик тишларини олаётганда учрайди. Сабаблар:

1. Тиш илдизи юқори жағ бўшлиғи тубига жуда яқин ёки ичига кириб туради, айниқса юқори жағ пневматик типда тузилган бўлса бўшлиқ катта бўлиб, тишлар илдизидан 0,2-1 мм калинликдаги суяк пардаси билан ажралиб туради.
2. Илдиз учидаги сурункали патологик жараён юқори жағ бўшлиғи тубини ҳосил қилган суякни емиради ва шиллик парда билан бирикади. Тиш олинса, юқори жағ бўшлиғи шиллик пардаси узилиб чиқади ва туби тешилади.
3. Шифокор айби билан. Тиш олиш техникаси қўпол бузилиши натижасида илдизни ушлайман деб омбур билан ситиб бўшлиққа киритиб юбориш, искана билан ёки элеватор билан илдизларни ажратаётганда қокиб киритиб юбориш.
4. Илдиз катакчасида қолган грануляцион тўқимани тозаланаётганда асбоб билан бўшлиқ тубини тешиб қўйиш.

Юқори жағ бўшлиғи туби тешилганлиги белгилари:

- 1) Олинган тиш катакчасидан қон, ҳаво пуфакчалари билан чиқиши
- 2) Бурунни сиқиб, пуфланганда тиш катакчасидан шувиллаб ҳаво ўтиши.
- 3) Хирургик зонд ёки қошиқча катакча тубидан қаршиликсиз юқори жағ бўшлиғига ўтиши.
- 4) Тиш олинганидан сўнг энгашиганида бурундан қон кетиши
- 5) Олинган тиш катакчасидан йиринг келиши.

Юқори жағ катта ва кичик озиқ тишларини олаётганда биронта илдиз йўқолиб қолса ва юқори жағ бўшлиғи тешилганига хос белгилар аниқланса, албатта рентгенологик текширув ўтказиб аниқлаш лозим. Йўқолган илдиз юқори жағ бўшлиғида, бўшлиқ шиллик пардаси остида ёки киста ичида бўлиши мумкин.

Юқори жағ бўшлиғи тешилганда, яллиғланиш аломатлари бўлмаса тиш катакчасининг қон билан тўлиб, ивишишини таъминлашга қаратилган тадбирлар бажарилади: йодоформли дока катакча устига бостириб қўйилади ва атрофдаги тишларга боғланади, тез қотувчи пластмассадан каппа ясалади ва тақилади, беморнинг ўзида олиб қўйилувчи протез бўлса, шу билан бостирилади, катакчада қон ивиши суст бўлиб қонга тўлмаса ичига йодоформли дока юза киритилиб атрофидаги шиллик каватга чок билан маҳкамланади ва бир ҳафта шу ҳолатда ушланади.

Юқори жағ бўшлиғи туби тешиги катта бўлиб атрофдаги тўқималар зарарланган бўлса беморни жарроҳлик стоматология бўлимига тезкор равишда юбориш керак.

Пастки альвеоляр нерв невропатияси шу нервнинг суяк ичидаги каналда жароҳатланишидан келиб чиқади. Пастки жағнинг катта озиқ тишларини илдизлари пастки альвеоляр нерв каналига жуда яқин келади. Сурункали периодонтит оқибатида канал деворлари емирилиб кетади. Шундай тишларини олаётганда айниқса элеватор ёрдамида нерв жароҳатланади, оқибатда қисман ёки тўлиқ фаолияти бузилади: жағ оғрийди, пастки лаб ва даҳан соҳасида сезувчанлик бузилади. Тишлар сезувчанлиги ва пульпанинг электр кўзгалувчанлиги пасаяди.

Бу асоратнинг олдини олиш учун тиш олиш техникасига тўлиқ амал қилиш ва жароҳатлангирмаслик лозим.

Тиш суғирилганидан сўнг кузатиладиган асоратлар

Тиш суғиргандан сўнг бўладиган асоратлар ичида кўп учрайдигани - қон кетиши. Бу асоратнинг сабаблари маҳаллий ва умумийга ажратилади.

Маҳаллий сабаблари:

- 1) Тиш суғирилганда атрофдаги тўқималарнинг шикастланиши (йиртилиши, тўқималарнинг юлиб олиниши, тиш катакчаси тубини чуқур кюретаж қилганда томирларнинг ўзилиши)
- 2) Альвеоляр ўсиқнинг қисман синиши ёки илдизлар орасидаги тўсиқ суягининг синиши

- 3) Беморнинг интисомсизлиги - олинган тиш катакчасига тили билан ёки бармоқ билан тегиши, қон чиқса, сўриб катакчадаги ивиган қонни силжитиб, жойидан чиқариш.

Умумий сабаблар:

қон ивиш тизимининг бузилиши, қон касалликлари, гемофилия, қон босим касаллиги, жигар касалликлари, С гиповитаминози, нурланишдан сўнгги ҳолат, антикоагулянтлар ичиб турган даврда.

Қон кетиши тиш суғирилганидан сўнг тўхтамасдан давом этиши ёки 3-4 дақиқада тўхтаб, бир неча соатдан сўнг яна қайта кетиши мумкин. Қон кетиши сабабидан қатъий назар, узок давом этса, йўқотилган қон миқдори беморнинг умумий аҳволига салбий таъсир этади. Бемор ўзини нохуш сезади, бўшашади, боши айланади, ранги оқаради. Пульси тезлашиб, қон босими тушади. Тиш катакчаси қон қуйқаси билан қопланишига қарамай тагидан қон кетаётгани кўринади.

Қон тўхтатишнинг маҳаллий усуллари

Маҳаллий оғриқсизлантириш остида, тиш катакчаси эҳтиётлик билан хирургик қошиқча ёрдамида тозаланади, қуритилади ва қон кетиш сабаблари ва соҳаси аниқланади. Қон катакча тубидан ёки милқдан кетиши мумкин. Кўпинча шиллиқ пардадан артериал томирдан қоннинг отилиб чиқишини кузатиш мумкин. Бундай ҳолларда қон кетишини тўхтатишнинг икки усули қўлланилади - юмшоқ тўқималарга чок қўйиш, зарурати бўлса, альвеоляр ўсиқдан суяк усти пардасини (суяк қобиғини) ажратиб, яқинлаштириб тикилади. Майда қон томирларда қон кетаётган бўлса, электрокоагуляция қилинади. Катакча деворларидан ёки илдизлар орасидаги тўсиқдан қон кетаётган бўлса, найзасимон ёки крампон омбур билан эзиб сиқилади.

Катакча тубидан келаётган қонни тўхтатиш учун эни 0,5-0,75 см. бўлган йодоформ шимдирилган пилик учи катакча тубига киритилади ва зич қилиб тахланади. Агарда икки ёки уч илдизли тиш олинган бўлса, ҳар бир катакча алоҳида тампон билан бостирилади. Тампон тушиб қолмаслиги учун тиш қаваги атрофидаги бир неча чок қўйиб, яра чети яқинлаштирилади ва устидан бир асептик тампон қўйиб тишлатилади, 15-20 дақиқадан

сўнг, қон тўхтатилганлигига ишонч ҳосил қилинган, олиб ташланади.

Тиш катакчасидан кетаётган қонни тўхтатиш учун пиликни қон тўхтатувчи бошқа препаратлар билан ҳам шимдириш мумкин. Масалан тромбин, гемафобин эритмаси, этиллон-аминокапрон кислота, «Катрофер». Булардан ташқари ярада сўрилувчан биологик препаратлар - одам қонидан қилинган гемостатик губка, фибрин плёнка, ҳайвон қони ва тўқималаридан - гемостатик коллагён губка, желатин губка «Кровостан» гентамицинли ёки канамицинли антисептик губка ва бошқалар ишлатилиши мумкин.

Қон кетишини тўхтатиш учун ивиш тизимига таъсир этиш.

Кетаётган қонни бевосита катакчада тўхтатишга қаратилган тадбирлар билан бир вақтда, ивиш тизимига қаратилган тадбирлар ҳам ўтказилади. Қон кўп йўқотилиб тўхтамаётган бўлса, вена ичига 10 мл. 10% кальций хлорид ёки 10 мл. 10% кальций глюконат эритмаси, 2-4 мл 5% аскорбин кислотаси юборилади ва бемор стационар бўлимига ётқизиلىб бошқа керакли муолажалар коагулограмма кўрсаткичлари асосида ўтказилади. қон босими юкори бўлган беморларга маҳаллий тадбирлар билан бир вақтда босимни туширишга препаратлар қилиниши керак.

Қон кетишининг олдини олиш.

Биринчи навбатда анамнезни тўлиқ йиғиш ва илгари ҳам ҳар хил сабабларга кўра қон кетиши кузатилганлигини аниқлаш. Шубҳа бўлса, қон таҳлилини қилиш, қонаш ва ивиш вақтини, тромбоцитлар миқдорини аниқлаш, зарурат бўлса, коагулограмма қилиш. Физиологик меъёрлардан фарқ қилса, мутахассислар билан маслаҳат ва тайёрлов ўтказиб, сўнг тиш олиш. Асоратлар орасида энг ноҳуши, олинган тиш катакчасининг қон билан тўлмаслиги. Бундай ҳолат анестетик адреналин билан юборилганида кузатилади. Тиш олиш операцияси узоқ давом этиб, суяк жароҳатланса, унинг устига катакча қон билан тўлмаса альвеолитга мойиллик ошади. Тиш олгандан 2-3 суткадан сўнг, яллиғланиш бошланади. Альвеолитнинг етакчи белгиларидан бири - оғриқ. Оғриқ узоқ давом этиб уч шоҳли нерв толалари бўйлаб тарқалади ва беморга азоб беради.

Бундай шикоят билан мурожаат қилган беморнинг оғиз бўшлиғи кўрилганда, олинган тиш соҳада шиллик парданинг шиши ва қизариш аломатлари, катакча атрофида яллиғланиш жарёни кузатилади. Катакчани тўлдириб турган қора-қулранг қон қуйқасининг чириши натижасида оғиздан бадбўй ҳид келиши мумкин, айрим ҳолатларда тиш катакчаси бўш бўлиб деворлари қулранг қараш билан қопланган бўлади. Регионар лимфа тугунлар катталашиб, тана ҳарорати $37,5-37,8^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади.

Даволаш:

1. Тиш катакчасини овқат қолдиқлари, чириган қон қуйқасидан ва бошқа ёт моддалардан илик фурацилин эритмаси билан ювиб тозалаш.
2. Катакчага асептик малҳамларни қўйиш (оқсиколь, диоксиколь, солкосерил, полимиксин, метрогил дента ва бошқалар)
3. Тиш катакчасини ювиб, ичига антисептик, аналгетик, антигистамин ва ферментлардан ташқил топган махсус малҳамлар киритилади.
4. Яллиғланишга қарши умум таъсир этувчи сульфаниламид ва антибактериал ва антигистамин препаратлар тайинланади.
5. Физиотерапевтик муолажалар (магнит майдони, ультраби-нафша ва лазер нурлари) ўтказилади
6. Юқоридаги тадбирлар ўтказилишига қарамай 7-8 кундан сўнг сезиларли ўзгариш бўлмаса, тиш катакчаси ревизия қилинади. Фақат тагида ётган чириган тўқималар кириб олинади, катакча деворларидаги иккиламчи грануляцион тўқима сақланиши шарт, суяк яланғочланса, остеомиелит ривожланади.

Тиш катакчаси остеомиелити.

Бемор умумий ҳолсизлик, кучли бош оғрик, тана ҳароратининг $37,6-37,8^{\circ}\text{C}$ кўтарилишига, бутун бадан титраб-қакшаб оғришига, уйқу бўзилганлигига, ишлаш қобиляти йўқолганига шикоят қилади. Олинган тиш катакчасидаги кучли оғрик атрофдаги соғ тишларга ҳам тарқалади.

Тиш катакчаси ичи бўш бўлиб, деворлари ифлосланган ва ичидан бадбўй ҳид келади. Атроф шиллик пардаси қизарган, шиш-ган, суяк қобиғи қалинлашган бўлади. Пайпаслаганда, шу соҳада альвеолар ўсиқнинг вестибуляр ва орал томонларида ва ёндаги

тишлар соҳасида кескин оғриқ бўлади. Ён соғлом тишлар перкусияси оғриқ беради.

Жағ атрофидаги юмшоқ тўқималар шишади, лимфа тугунлар катталашиб, қаттиқлашиб оғрийди. Агарда яллиғланиш пастки жағнинг катта озиқ тишлари катакчаларидан бирида бўлса, жараён чайнов мушакларига тарқалиб, оғиз очилишининг чегараланишига сабаб бўлади.

Даволаш: Ўткир даврда маҳаллий оғриқсизлантриш, тиш катакчасининг ревизиясидан (тозалашдан) бошланади, чириган тўқималар яхшилаб қирилади, антисептиклар билан ювилади ва антибактериал малҳамлардан бири шимдирилган пилик билан тўлдирилади. Суяк қобиғида яллиғланиш кузатилса, унга 1,5-2,0 см. узунлигида суяккача кесма ўтказиб, резина чиқаргич қолдирилади. Яллиғланишга қарши антибактериал десенсибилизация қилувчи дори воситалар ва физиотерапевтик муолажалар буюрилади. Ўткир давр 7-10 кун ўтганидан сўнг организмнинг резистентлигини ошириш учун умум қувватловчи ва иммунстимуляторлар буюрилади.

20-25 кундан сўнг тиш катакчаси паталогик грануляцияли тўқималар ва майда секвестрлардан тозалаб ташланади. Катакча ювилиб, қурилади ва янгитдан йодоформ шимдирилган дока билан тўлдирилади. Тиш катакчаси тубида яхши янги грануляцион тўқима ҳосил бўлгунча ҳар 2-3 кунда пилик алмаштирилади.

Олинган тиш катакчаси четидаги ўткир қирралар шиллик пардани остидан шикастлаб оғриқ бериши мумкин. Одатда, ўткир қирра бир нечта ёнма-ён турган тишлар ёки узоқ вақт яқка турган тиш олинганидан сўнг ёки суякка катта шикаст етказиб тиш суғирилса ҳосил бўлади. Оғриқлар тиш олинганидан 1-2 кундан сўнг бошланади. Чайнаганда ёки текканда оғриқ кучаяди. Бундай оғриқни альвеолитда кузатиладиган оғриқдан фарқлаш керак. Тиш катакчасидаги қон қуйқаси яллиғланмаган, пайпаслаганда ўткир қирра шиллик остида яхши сезилади ва оғриқ беради.

Даволаш: Оғриқни йўқотишнинг бирдан - бир йўли - альвеолэктомия операциясини ўтказиш. Маҳаллий оғриқсизлантриш остида ярим ой ёки трапеция шаклида шиллик парда суяккача кесилиб, лахтак ажратилади. Ўткир қирра искана ёки қисқич омбур билан бартароф қилинади ва ярага чоклар қўйилади.

5 БОБ. Юз-жағ соҳалари одонтоген яллиғланиш касалликлари.

Периодонтитлар таснифи. Ўткир ва сурункали периодонтитнинг клиник кечиши Ўткир периодонтитни ташхислаш ва даволаш. Периодонтит

Периодонтит (periodontitis) – периодонтал ораликда жойлашган периодонт тўқимасининг яллиғланишидир. У инфекцион, травматик ва медикаментоз бўлиши мумкин. Инфекцион периодонтит оғиз бўшлиғида бўладиган ауто-инфекция периодонт тўқимасига тушганда ривожланади. Инфекция тиш чўққисидаги тешикдан, камроқ периодонтал оралик ва илдиз атрофидан тушади.

Травматик периодонтит бир марталик (зарб, лат ёйиш) ўткир шикаст таъсирида ёки сурункали шикастлар (тиш тож қисмининг сунъий тиш, пломба билан кўтарилиб кетишида, зарарли одатлар - тишларда михларни тишлаб, ипни тиш билан ўзиш, писта, ёнғок чакиш ва бошқалар) натижасида ривожланади. Периодонтит пульпитни даволаш жараёнида юзага келиши мумкин, бунда канал тозаланганда кучли таъсир этувчи дори моддалар ишлатилиши (медикаментоз периодонтит), шунингдек периодонтитнинг дори-дармонларга аллергик реакцияси оқибатида пайдо бўлиши мумкин. Клиник манзара ва патологоанатомик ўзгаришларга кўра, И.Г.Лукомский периодонтитнинг яллиғланиш касалликларини қуйидаги гуруҳларга ажратади.

1. Ўткир периодонтит

- а. Сероз (чегараланган ва тарқоқ (диффуз))
- б. Йиригли (чегараланган ва тарқоқ (диффуз))

2. Сурункали периодонтит

- а. Грануляция ҳосил қилувчи (грануляцияловчи)
- б. Гранулёматоз (гранулёма ҳосил қилувчи)
- в. Фиброз.

3. Ўткирлашган сурункали периодонт.

Ўткир периодонтит.

Ўткир периодонтит – бу периодонтитнинг ўткир яллиғланишидир.

Этиологияси. Ўткир йиригли периодонтитлар аралашган флора таъсири остида ривожланиб, бунда стрептококklar баъзан стафилококklar ва пневмококklar бўлади. Таёқчасимон шакллар (граммусбат ва грамманфий) анаэроб инфекция топилиши ҳам мумкин.

Патогенези. Периодонтда ўткир яллиғланиш жараёни биринчи марта инфекциянинг тиш илдизи чўққисидаги тешик ёки пато-

логик тиш-милк чўнтаги орқали кириб қолиши натижасида ривожланади. Периодонтит апикал қисмининг зарарланиши пульпанинг яллиғланиши ва унинг некрозга учраганидан сўнг кузатилади, бунда тиш каналининг микрофлораси периодонтга илдиз чўққиси орқали тарқалади. Баъзан илдиз каналининг чириндилари периодонтга чайнаш вақтида, овқат лукмаси босими остида тушиб қолади.

Маргинал ёки чекка периодонтит инфекциянинг милк чўнтаги орқали кириб қолиши оқибатида, шикастланиш оқибатида, милкка дори моддалар, шу жумладан мишьякли паста тушиб қолганда юзага келади. Микроблар периодонтал ёриққа тушиб, кўпайиб кетади, эндотоксинлар ҳосил қилади ва периодонт тўқимасида яллиғланишни келтириб чиқаради. Баъзи бир маҳаллий хусусиятлар: пульпа камераси ва каналида ҳосил бўлган экссудатнинг ташқарига чиқа олмаслиги (пульпа камераси очик бўлмаганлиги ёки пломбаланганлиги) натижасида периодонтда бирламчи ўткир жараён ривожланади.

Умумий сабаблар: организмни совук олдириш, кечирилган инфекция ва бошқа касалликларнинг ҳам аҳамияти катта. Лекин кўпроқ микроблар ва токсинларнинг бирламчи таъсиридан периодонт тўқималари ва организмнинг турли номахсус ва махсус реакциялари устун келса, ўткир инфекция-яллиғланиш жараёни юзага келмайди. Аммо микроблар ва улар токсинларининг такрор ва такрор, баъзан узоқ вақт таъсир кўрсатиши сенсибилизацияга олиб боради. Периодонтда турли хил хужайра реакциялари, натижасида сурункали фиброз, грануляцияловчи ёки гранулёмали периодонтит ривожланади. Ҳимоя реакцияларининг бузилиши ва микробларнинг қайта таъсири периодонтда ўткир яллиғланиш касалликларининг ривожланишига ёки сурункали периодонтитнинг ўткирлашувига олиб келади.

Бирламчи - ўткир жараёнда ва сурункали периодонтнинг ўткирлашувида жараён периодонтда йирингли ўчоқ ривожланиши билан чекланади. У консерватив даво қилинганда илдиз канали, милк чўнтаги орқали ёки тиш олиб ташланса, ёки йирингли ўчоқ кесиб очилганда бартараф бўлиши мумкин.

Патологик анатомияси. Ўткир периодонтитда тўқимада кечаётган ўзгаришларнинг икки босқичини фарқлашади бири-зардобли, иккинчи экссудатив жараён. Зардорбли босқичда турли хил хужайралар-макрофаглар, моноклеарлар, гранулоцитлар ва

бошқаларнинг микроблар тўпланган зонага кўчиши юз беради. Экссудатив жараён босқичида яллиғланиш ҳодисалари зўрайиб боради, микроабсцесслар ҳосил бўлади, периодонт тўкимаси эриб кетиши содир бўлади ва йиринг шаклланади.

Микроскопик текширувда, ўткир периодонтнинг дастлабки босқичида илдиз атрофидаги периодонт гиперемиyasi, шишуви ва лейкоцитларнинг кичик инфильтрациясини кўрса бўлади. Бу даврда, таркибида якка полинуклеарлар бўлган, периваскуляр лимфогистиоцитар инфильтратлар топилади. Яллиғланиш ҳодисалари тобора зўрайиб, борган сари лейкоцитар инфильтрацияси кучайиб бориб, периодонтнинг катта қисмини камраб олади. Алоҳида йиринг ўчоқчалари, микроабсцесслар ҳосил бўлади, периодонт тўкималари эриб кетади. Микроабсцесслар ўзаро бирлашиб, йирингли ўчоқ ҳосил қилади.

Периодонтдаги ўткир йирингли жараён уни ўраб турган тўқималарда (альвеола деворларининг ҳосил қилган суяк тўкимаси, альвеоляр ўсик, периостит, жағ атрофидаги юмшоқ тўқималар, регионар лимфа тугунлар) маълум ўзгаришларнинг ривожланишига олиб келади.

Периодонтга яқин турган ва анчагина масофада жойлашган суяк илиги бўшлиқларида суяк илиги шишуви ва унинг нейтрофил лейкоцитлар томонидан бир мунча диффуз инфильтрацияси қайд қилинади.

Альвеоланинг кортикал пластинкаси соҳасида остеокластлар билан тўлан, сўрилиш жараёни устунлик билан кечаётган лакуналар пайдо бўлади.

Тиш катакчаси деворларида ва асосан туби соҳасида суяк тўқимасининг тузилишида ўзгаришлар қайд қилинади. Тиш катакчаси деворларидаги тешикларнинг кенгайиши, суяк бўшлиқларининг илиги периодонт томонига очилиб қолишига олиб келади.

Суяк усти пардасида, милқда, жағ атрофи тўқималарида гиперемиya, шиш кўринишидаги реактив яллиғланишга хос бўлган белгилар намоён бўлади. Яллиғланиш инфильтрацияси кузатилади (газак).

Ўткир периодонтитда, йирингли яллиғланиш фокуси асосан периодонтал оралиқдаги тўқимада бўлади. Тиш катакчасини ҳосил қилган суяк ва атрофи тўқималаридаги яллиғланиш ўзгаришлари реактив ёки перифоқал характерда бўлади.

Клиник манзараси. Ўткир периодонтитда бемор тишдаги оғриққа шикоят қилади, ўнга босиб кўрилганда, чайнаганда, шунингдек устидан уриб кўрилганда (перкуссияда) оғриқ сезиларли кучайганини таъкидлайди. Гўё тиш “ўсиб чикқан”, узайгандек туюлади. Тишга бирмунча узоқ вақт босиб турилганда, оғриқ бироз босилади. Кейинчалик оғриқ сезиларли кучайиб, узлуксиз пульсация билан давом этади. Иссиклик билан таъсир этилса, бемор горизонтал ҳолатда бўлганида, тишга тегиб кетилса у янада кучлироқ оғрийдди. Оғриқнинг уч шохли нерв бўйлаб тарқалиши (иррадиацияси) кузатилади. Тишлашда, тишга тегиб кетишда оғриқнинг кучайиши беморга оғзини бир оз очиб туришга мажбур қилади.

Ташқаридан кўздан кечирилганда, одатда ўзгаришлар бўлмайди, зарарланган тишга алоқадор бўлган лимфа тугунларини пайпаслаганда уларнинг катталашувини ва оғришини кузатиш мумкин. Айрим беморларда шу тиш яқинидаги юмшок тўқималарда унча кўп ифодаланмаган коллатерал шиш юзага келиши мумкин. Сабабчи тишни вертикал ҳамда горизонтал йўналишдаги перкуссияси оғриқли. Милк, альвеоляр ўсиқ, баъзан эса тиш илдизи проекциясидаги ўтув бўрмасининг шиллик пардаси қизарган ва шишган бўлади, сабабчи тиш атрофидаги альвеоляр ўсиқ, айниқса тиш илдизи чўққиси тешигига тааллуқли жойни пайпаслаш оғриқ беради. Баъзан оғиз бўшлиғи даҳлизи юмшок тўқималарига асбоб билан босиб кўрилганда, уларнинг шишганлигидан далолат берадиган чуқурча қолади.

Ташхислаш. Юқорида келтирилган клиник белгилардан ташқари тиш қавагини зондлашга алоҳида аҳамият берилади. Зонд учи билан қариес қавагини тиш бўшлиғи билан туташганлигини, пульпа некрозга учраганлигини билиш мумкин. Электроодонтодиагностикада сезувчанлик 200МАдан ошади. Рентгенограммада: ўткир жараёнда периодонтда патологик ўзгаришлар аниқланмаслиги ёки периодонтал ёриқнинг кенгайиши аниқланиши мумкин. Сурункали жараён зўрайганда, грануляцияловчи, гранулёматоз, гоҳо фиброз ўткир периодонтит учун хос бўлган ўзгаришлар пайдо бўлади.

Конда одатда ўзгаришлар кузатилмайди, лекин баъзи беморларда таёқчасимон ва сегмент ядроли лейкоцитлар ҳисобига лейкоцитоз ($9-11 \cdot 10^9$ /л гача), ўртача нейтрофилёз кузатилади, ЭЧВ кўпинча норма доирасида бўлади.

Давоси. Ўткир чўкки периодонтити ёки ўткирлашган сурункали периодонтитни даволаш периодонтдаги яллиғланиш жараёнини йўқотиш ва йирингли экссудатнинг атрофдаги тўкималар ҳисобланган суяк усти пардаси, жағ олди юмшоқ тўкималари, суякка ёйилишини бартараф этишга қаратилган. Асосан доридармонлар бериб (консерватив) даво қилинади, у «Терапевтик стоматология» дарслигининг тегишли бўлимида баён қилинган қодаларга мувофиқ олиб борилади.

Новокаинли блокада қилиш яллиғланиш жараёнларининг бир қадар тезроқ йўқолишига ёрдам беради - бунда альвеоляр ўсимтанинг зарарланган ва қўшни 2-3 тишлар соҳасига 5-10 мл 0,25-0,5% ли новокаин ёки тримекаин эритмасини инфилтрацион анестезияга ўхшаб юборилади. Бу ўткир периодонтитни самарали даво қилиш имконини беради. Илгари кенг тавсия қилинган новокаин-пенициллинли ва новокаин стрептомицинли блокадаларда тез-тез учраб турадиган аллергия реакциялар ва шу дориларга сезувчанликни аниқлашнинг зарурлиги, сўнгги вақтларда уларнинг ишлатилишини чеклаб қўйди. Новокаинли ёки тримекаинли блокада (5-10 мл 0,5% ли новокаин эритмаси ва 0,02% фурациллин эритмаси) яхши натижа беради. Блокадалардан яхши натижа олиш учун, тўпланган экссудатни тиш канали ёки тиш милк чўнтаги орқали чиқарилган бўлиши шарт, бўлмаса натижа бермаслигини ҳисобга олиш зарур. Блокадани ўтув бурма бўйича суякка қадар кесув билан бирга ўтказса бўлади. Бу айниқса консерватив даво наф бермаганда ва яллиғланиш жараёни зўрайиб борганда кўрсатма ҳисобланади. Ўтказилган муолажа натижасида оғрик тўхтади яллиғланиш қайтади ва тишни режали равишда даволаш имкони туғилади.

Ўтказилган даво чоралари яхши натижа бермасдан, яллиғланиш жараёни зўрайиб борганда, тишни олиб ташлаш лозим. Сабабчи тишни олишни ўткир периодонтит билан зарарланган тиш илдизи соҳасида периостотомия (ўтув бурма бўйлаб кесма) билан бирга ўтказиш мумкин. Бундан ташқари, тишнинг тож қисми бутунлай емирилиб кетган, канал ёки каналлар тикилиб қолган, каналда ёт жисм бўлган ҳолларда тишни олиш кўрсатилган. Одатда, тиш олиб ташланганда, яллиғланиш аломатлари камаяди ва бутунлай йўқ бўлиб кетади. Ҳатто тиш олиб ташлангандан кейин ҳам оғриқларнинг кучайиши, тана ҳарорати кўтарилиши кузатилиши касалликнинг авж олаётганидан далолат беради. Бирок, 1-2 кундан

кейин бу ҳолат яллиғланишга қарши дори билан тегишли даволаш ўтказилганда йўқолади.

Тишни олиб ташлашдан кейинги асоратларнинг олдини олиш учун тиш альвеоласига стафилококка қарши плазма, унга стафилококкли ёки стрептококкли бактериофаг юбориш, ферментлар билан ювиб уни тозалаш мумкин.

Ўткир ёки ўткирлашган сурункали периодонтитда умумий даво аналгетик, амидопирин (0,25-0,5 г дан), фенацетин (0,25-0,5 г дан), ацетилсалицилат кислотасини (0,25-0,5 г дан) суткасига 3-4 марта тайинлашдан иборат бўлади. Бу препаратлар оғриқсизлантирувчи, яллиғланишга қарши ва десенсибилизацияловчи таъсир кўрсатиш қобилиятига эга бўлади.

Яллиғланиш ҳодисаларини тўхтатиш учун совукни (муз солинган пуфакни тишга мувофиқ юмшоқ тўқималар соҳасига) тиш олиб ташлангандан кейин 2-3 соат мобайнида даврий равишда кўйиш мақсадга мувофиқ бўлади. Яллиғланиш ҳодисалари босилганидан кейин соллюкс 15 минутдан, бошқа даволаш усулларини, УВЧ, флюктуоризация, димедрол, кальций хлорид, протеолитик ферментларни электрофорезини тайинлаш мумкин бўлади.

Оқибати. Кўпгина ҳолларда, ўткир ва ўткирлашган сурункали периодонтларга тўғри ва ўз вақтида консерватив даво ўтказилса тишни сақлаб қолиш мумкин бўлади.

Яллиғланиш жараёни суяк усти пардасига, суяк тўқимасига, жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарга тарқалиши, яъни ўткир периостит, жағ остеомиелити, абсцесс, флегмона, лимфаденит, юкори жағ бўшлиғининг яллиғланишини келтириб чиқариши мумкин.

Профилактика чоралари: оғиз бўшлиғини санация қилиш (тозалаш), патологик одонтоген ўчоқларга ўз вақтида ва тўғри даволашга, ортопедик усуллар билан даволаш ёрдамида тишларни функционал бўшатиб кўйишга, шунингдек гигиёник ва соғломлаштириш чора-тадбирларига асосланган бўлади.

Сурункали периодонтитни даволаш. Сурункали периодонтит Чўкки сурункали периодонтит-ўткир жараённинг сурункали жараёнга ўтиши натижасида юзага келадиган ёки ўткир босқичсиз шаклланадиган периодонтнинг сурункали яллиғланишидир. Сурункали периодонтит ўткир периодонтитга нисбатан кўпроқ учраб туради, ўткир периодонтит сифатида

ташҳис қилинган касалликларнинг талайгина қисми зўрайган сурункали периодонтит бўлиб чиқади.

Сурункали грануляцияловчи периодонтитнинг морфологик ва клиник манзараси хилма-хилдир. Грануляцияловчи, гранулёматоз ва фиброз сурункали периодонтитлар фарқ қилинади. Микроскопик жиҳатдан сурункали периодонтитнинг грануляция ҳосил қилувчи турида тиш илдизининг чўкки қисмида периодонтининг анчагина йўғонлашгани ва қизаргани топилади. Ўзгарган қисмининг сатҳи ғадир-будур бўлиб, унга грануляцион тўқиманинг ўсиб киришини кузатиш мумкин.

Чўкки олди атрофида ўсаётган грануляцион тўқималар аста-аста катталашиб, илдиз чўққиси соҳасида суякнинг емирилишига олиб келади ва суяк илигининг грануляцион тўқимага алмашиниши билан давом этади. Бир вақтнинг ўзида цемент ва илдиз дёнтини емирилиши кузатилади. Баъзи бир жойларда яллиғланиш ўчоғи периферияси бўйича суяк тўқимасининг янги тўзилмалари юзага келади. Кўпинча чўкки олди ўчоғининг марказий бўлимларида, айниқса дард зўрайганда грануляцион тўқиманинг йирингли эриб кетиши алоҳида ўчоқлари пайдо бўлади. Яллиғланиш жараёнининг зўрайиши натижасида периодонтдаги грануляцияловчи ўчоқ альвеоланинг янги қисмларига ўтиб, асосан оғиз дахлизи томонига аста-секин тарқала бошлайди, бу қатор ҳолларда альвеоляр ўсикнинг компакт пластинкасида кемтиклар ҳосил бўлишига олиб келади. Йирингнинг доим оқиб туриши, грануляцияларнинг чиқиши, оқма йўлининг (свищ) шаклланишига олиб келади.

Клиник манзараси. Грануляцияловчи периодонтит сурункали периодонтитнинг бошқаларидан кўра фаол тури бўлиб, жуда хилма-хил клиник манзарага эга. Грануляцияловчи периодонтитдаги шикоятлар жуда хилма-хил бўлади. Кўпинча беморлар каттик ва иссиқ овқат еганларида, босганда оғрик пайдо бўлишига шикоят қиладилар. Грануляцияловчи периодонтит кўпинча турли жадалликдаги зўрайиш билан кечади. Яллиғланиш жараёни фаоллиги тишга босим тушганда ўқтин-ўқтин оғриқларда намоён бўлади. Грануляцияловчи периодонтитда тиш илдизи чўққиси соҳасидаги альвеоляр ўсиқ шиллиқ пардаси одатда бир оз шишган бўлади, милкка пинцет ёки зонд билан босиб кўрилганда асбоб изи ва қизариши қолади.

Яқин турган юмшоқ тўқималар патологик жараёнга жалб қилинганда шиллик пардада оқма йўли пайдо бўлади. Оқма йўли оғиз бўшлиғи даҳлизидида илдиз чўққиси рўпарасида, нуктадек тешик ёки грануляцион тўқимадан ҳосил бўлган думбоқча шаклида кузатилади.

Баъзан йиринг чиқиши тўхтаб, оқма йўл ёпилиб қолади. лекин навбатдаги зўриқиш натижасида оқма яра ўрнида шиллик парда шишиб чиқади ва қизариш пайдо бўлади, бир оз йиринг тўпланиб, у оғиз бўшлиғига ёриб чиқади. Сурункали грануляцияловчи периодонтит тузалгандан кейин, битиб кетган оқма яра жойида, кичкина чандик бўлиб кўриниб туради.

Грануляцияловчи периодонтитда оқма яра йўли терида очилиши ҳам мумкин. Пастки кесув тишлар ва қозик тишнинг сурункали грануляцияловчи периодонтитида оқма йўллари иякдаги териси юзасига очилади. Лунж соҳасида ва пастки жағ остида - пастки катта озик тишлардан, ёнок соҳада-биринчи юкори катта озик тишдан, кўзнинг ички бурчагида эса юкори қозик тишдан оқма йўллари пайдо бўлади. Бўйин пастки қисмининг терисида оқма яра йўллари нисбатан камроқ очилади. Бундай оқма яра йўлларидан ажралмалар кам чиқади. Улар сероз - йирингли ёки қон-йирингли бўлади. Баъзан оқма яра йўли қонли пўстлоқ билан ёпилган бўлади. Баъзи беморларда оқма яра йўлидан грануляциялар тешиб чиқади. Айрим ҳолларда оқма яра ёпилиши мумкин. Аста-секин тўқималарнинг чандикли ўзгаришлари натижасида оқма яра йўли четидан суякка ёпишади, ичга ботади ва тери воронкасимон шаклда тортилиб қолади. Муайян тиш соҳасидаги патологик жараённинг теридаги оқма яра йўли билан алоқасини ҳамма вақт ҳам осонликча аниқлаб бўлмайди. Масалан, ёнма-ён турган бир нечта тишларда сурункали периодонтит бўлса. Баъзи ҳолларда альвеоляр ўсик ёки жағнинг ташқи сатҳи пайпаслаб кўрилганда ўтув бурмаси соҳасида у ёки бу тиш соҳасида зич чандикли тугунни топиш мумкин. Бу касалликка сабаб бўлган тишни аниқлашга ёрдам беради. Оқма яра йўли орқали контраст модда юборилса рентгенография усули аниқлик киритиши мумкин. Сурункали грануляцияловчи ўчоқ периодонтитида периост остига, юмшоқ тўқималарга, шиллик ости ва тери ости клетчаткасига ўсиб чиқиб одонтоген гранулёма ҳосил қилади.

Грануляцияловчи периодонтитда одонтоген гранулёма клиник кечиши бир мунча тинч бўлади. Тишда ёки юмшоқ тўқималардаги оғриққа шикоятлар деярли бўлмайди.

Суяк усти пардаси ости одонтоген гранулёмасида кўпрок альвеоляр ўсиқнинг зарарланган тишга мувофиқ қисмидаги суякда думалоқ шаклдаги шиш чиқиши кузатилади. Бу жой устидаги шиллик парда кўпинча ўзгармаган бўлади, баъзан унча яхши намоён бўлмаган яллиғланиш кузатилиши мумкин.

Шиллик ости одонтоген гранулёмаси чегараланган, зич ўчоқ сифатида аниқланади, у ўтув бурмасининг шиллик пардасида, ёки инфекция манбаи ҳисобланган ва шунга алоқадор бўлган тугун шаклида тишга яқин жойлашган шиллик парда билан бирлашиб кетган бўлади. Кўпинча жараённинг зўрайиши ва шиллик ости гранулёманинг йиринглаши кузатилади. Бунда шу соҳада оғриқ пайдо бўлади. Шиллик парда тагидаги тўқималар билан бирлашиб кетади ва кип-қизил рангга киради. Шиллик ости ўчоғининг абсцессланиши ва суюқликнинг ҳосил бўлган окма яра орқали оқиб чиқиши сурункали жараённинг қайта авж олишдан далолат беради. Фаол жараён тугаганидан кейин кўпинча окма яра йўли чандикланади ва шиллик ости гранулёмаси яна “тинчланади”.

Тери ости гранулёмаси тери ости клетчаткасидаги думалоқ, зич, оғриқсиз, ёки кам оғриқ берадиган инфильтрат. Тиш альвеоласидан юмшоқ тўқималарга қараб бириктирувчи тугун йўналади. Тери ости гранулёмаси йиринглаб зўрайиш манзарасини бериши мумкин. Бундай ҳолатларда тери остидаги тўқималар билан бирлашиб, гранулёма тўқ пушти ёки қизил тусга киради, юмшаш жойи пайдо бўлади. Абсцессланган ўчоқ юпқалашган терини тешиб ташқарига ёриб чиқади. Ҳосил бўлган окма яра йўли орқали йиринг оқиб чиқади.

Рентгенограммада грануляцияловчи периодонтитга хос типик ўзгаришлар – илдиз чўққиси соҳасида, суяк тўқимасининг емирилиш ўчоғи аниқланади. Тиш катакчаси девори ўзининг периодонтал ораликқа хос текис тузилишини йўқотади, суяк, цемент ва дентинда емирилиш ва ўрнига грануляцияцион тўқиманинг инфильтратив ўсиб кириши ҳисобига деструкция зонаси кўринади. У аланга учларини эслатади, ҳар тарафга қараб ўсиб кирганлиги учун аниқ бир шаклни олмайди ва чегараси аниқ бўлмайди.

Гранулёмали периодонтит (гранулёма). Апикал ёки чўққи олди сурункали яллиғланиш жараёнининг бу тури кўпинча

грануляцияловчи периодонтитдан ривожланади ва бирмунча суст кечади.

Патологик анатомияси: Организмда кечаётган грануляцияловчи периодонтитни чегаралашга қаратилган жараёнлар кечади. Ўсиб кетган грануляцияцион тўқима четидаги етилган хужайраларидан фиброз капсула ҳосил бўлиб, у гранулёмага айланади. Гранулёмани ҳосил қилган тўқималар таркибига қараб, уч хили фарқланади 1) содда гранулёма етилган бириктирувчи тўқимадан тузилган, 2) эпителиал гранулёма-грануляцияцион тўқима ва эпителиал хужайралардан тузилган, 3) киста-гранулёма - бўшлиққа эга гранулёма, етилган бириктирувчи тўқимадан қобик ҳосил қилган ва ички девори эпителий билан қопланган бўлади.

Клиник манзараси. Гранулёмали периодонтит турлича кечади. Кўпинча гранулёма анча вақт катталашмайди ёки жуда ҳам суст ўсади. Бунда беморлар шикоят қилмайдилар. Фақат рентгенологик текширувда тасодифан гранулёмали ўчоқ аниқланади.

Гранулёма секин-аста катталашиб боради ва атрофдаги суякни емиради, илдиз рўпарасидаги суякда, чегаралари аниқ бўлмаган оғриқсиз бўртма ҳосил бўлади. Ҳар хил сабаблар билан яллиғланиш жараёни авж олиб (гранулёма тўқимасидаги тегишли ўзгаришлар: гиперемия, шиш, нейтрофил лейкоцитлар сонининг кўпайиши, абсцессланиши кузатилади) сурункали жараён ўткирлашиб гранулёма капсуласининг бутунлиги бузилади, атрофдаги тўқималарда эса реактив яллиғланиш ва дистрофик жараёнлар пайдо бўлиб, тиш альвеоласи деворларига яқин соҳаларда емирилиш устунлик қилади. Клиник жиҳатдан бу зўрайиш турлича намоён бўлади. Баъзи ҳолларда бир мунча сезувчанлик ортиши, баъзан эса перкуссия қилинганда ва тишга босиб кўрилганда оғриқ пайдо бўлиши билан бошқа ҳолларда ўткир периодонтитга хос белгилар намоён бўлади. Гранулёмали периодонтитда рентгенограммада сабабчи тиш илдизи учи соҳасида чегаралари аниқ, суяк тўқимасининг 0,5-0,7 см. диаметридаги думалок шаклдаги емирилиш ўчоғи кўринади.

Фиброз периодонтит Ўткир периодонтитни сурункали грануляцияловчи ва сурункали гранулёмали периодонтитлардан даволаш натижасида ўлган тўқималар ўрнини фиброз тўқима эгаллайди. Шунинг учун уни сурункали фиброз периодонтит деб аталади. Баъзан, фиброз периодонтит бирламчи ривожланади,

яъни грануляцияловчи ёки гранулёматоз периодонтитларсиз ўзи ривожланишига асосли далиллар ҳам бор.

Патологик анатомияси. Макроскопик жиҳатдан фиброз периодонтитда тишда периодонт йўғонлашган, зич, оч пушти рангда бўлади. Бу ўзгаришлар баъзи ҳолларда фақат илдиз чўққисининг атрофини ўраб олади, холос, бошқа ҳолларда жараён диффузли ёки бутун периодонтга ёйилади. Аксарият ҳолларда, фиброзли периодонтит цементнинг ортикча миқдорда ҳосил бўлиши – гиперцементоз билан бирга кечади.

Клиник манзараси. Фиброз периодонтитда беморлар одатда шикоят қилишмайди. Овқат чайнашда ёки перкуссияда тиш сезувчанлиги ошгани қайд қилинмайди. Тиш қавагини текшириб кўрилганда пульпаси некрозга учраганлигини аниқласа бўлади.

Диагноз рентгенографияга асосланиб қўйилади. Рентгенограммада периодонт оралиғи, тиш илдизининг чўққиси атрофи кенгайганлиги аниқланади. Баъзан гиперцементоз натижасида илдиз чўққиси атрофии ва тиш катагининг суяк пластинкаси йўғонлашган, склерозга учраганлиги кузатилади.

Сурункали периодонтитга хирургик даво ўтказиш: тишни олиб ташлаш, тиш илдизи чўққисини резекция қилиш, реплантация операцияси, баъзан тиш илдизини ампутация қилиш ва тишнинг яримини илдизи билан олиб ташлаш-гемисекция қилишдан иборат бўлади. Тишни олиб ташлаш китобнинг IV бобида баён қилинган қоидаларга мувофиқ олиб борилади. Ўткир ёки сурункали периодонтит сабабли тиш олингандан кейин грануляциялар ва гранулёмани яхшилаб қириб ташлаш лозим. Милқда окма яра йўли бўлганда, уни тафтиш қилиш ва грануляцияни бутунлай қириб ташлаш зарур. Айрим ҳолларда окма яра йўлини кесиб ташлаш ва 2-3 кетгут чоки қўйиб, жароҳатни тикиб қўйиш лозим. Шиллиқ ости, суяк усти пардаси (периост) ости, тери ости гранулёмалари билан асоратланган сурункали грануляцияловчи периодонтитда, тиш олиб ташланганидан кейин шиллиқ пардаси остидан, суяк усти пардаси ости, гранулёматоз тўқималар қириб тозаланади. Ҳосил бўлган жароҳатни йодофорли дока билан тампонада қилинади. Тери ости клетчаткасидаги ҳамда юз терисидаги патологик тўқималар кесиб ташланади ва яра тикиб қўйилади, айниқса Окма яра анчагина ичкарига ботиб кетганда ва чандикли ўзгаришларда ярани кесиб ташлангандан кейин эстетик мақсадида, бир-бирига қараган икки учбурчак лахтақларни силжитиб тўқималар пластикаси ўтказилади.

Операциядан кейинги даврда анальгин, амидопирин ва бошқа дорилар, 3-4чи куни физик даво усуллари тайинланади.

Тиш реплантацияси – олинган тишни катакчасига кайтаришдир. Консерватив даво самарали бўлмаганда тишни сақлаш мақсадида операция ўтказилади. **Операция босқичлари:** 1) тиш эҳтиёткорлик билан олинади, 2) альвеола ва илдиз сатҳидаги патологик тўқималар қириб ташланади, 3) каналлар пломбланади, 4) илдиз чўққилари резекция қилинади, 5) тишни ўз катакчасига киритилиб маҳкамланади. Асосан кўп илдизли тишлар реплантация қилинади. Тиш эҳтиётлик билан олинади, бунда тиш альвеола-си тўқималари ва яқин турган юмшоқ тўқималарни шикастлантирмасликка ҳаракат қилинади.

Эҳтиётлик билан альвеола кюретажи қилинади, грануляцион тўқималар ёки гранулёма йўқотилади, альвеола юзаси бўйича периодонт толаларини ва айлана боғламни сақлаб қолишга ҳаракат қилинади. Шундан сўнг антибиотиклар қўшилган фурациллин, натрий хлориднинг илик изотопик эритмаси билан ювиб ташланади ва стерил дока билан юза тампонада қилинади.

Олинган тишни ишлов берилгунча антибиотиклар ёки нитрофуран препаратлари қўшилган натрий хлориднинг изотоник эритмасига (36,6⁰С) солиб қўйилади. Тиш бўшлиғи ва каналлари цемент ёки тез қотиб қоладиган пластмасса билан пломбланади, илдиз чўққилари бор машина ёрдамида кесиб ташланади. Суюқни тозалаб бўлгандан кейин, тиш альвеолага жойланади ва уни симли шина, тез қотиб қоладиган пластмассадан қилинган ҳимоя пластинкаси ёки каппа аппарати ёрдамида 2-3 ҳафтага фиксация қилинади. Тиш ўз жойида қотиб ўрнашиши учун, уни ташқи таъсирлардан сақлашга ҳаракат қилиш керак. Шунинг учун тишланмадан (прикусдан) чиқарилиши зарур, бунинг учун реплантация қилинган тиш ёки унинг антагонисти дўнглари силлиқланади. Операциядан кейинги даврда анальгин, амидопирин, метиндол ва бошқа препаратлар, авайлайдиган парҳез таомлар буюрилади, айниқса маҳкамловчи шиналар қўйилганда, оғиз бўшлиғининг гигиёни ҳолатини яхши сақлаш бўйича тавсиялар берилади. Ўткир ва зўрайиб кетган сурункали периодонтитларда, гоҳо бошқа ўткир одонтоген яллиғланиш жараёнларида ҳам тишни реплантация қилиш усули қўлланилади.

Баъзи ҳолларда операция икки босқичда ўтказилади. Биринчи босқичда тиш олинади, антибиотик аралашмаси шимдирилган

тампонни тиш катакчасига киритилади, яллиғланишга қарши даво тайинланади. Олинган тиш антибиотикларни натрий хлорид эритмасида 4⁰Сда сақланади. Ўткир яллиғланиш белгилари босилиб қолганидан кейин, тиш альвеоласидан тампон олиб ташланиб, реплантация ўтказилади. Баъзан ўткир одонтоген касалликларда реплантация бир босқичда ўтказилади. Бундай ҳолатларда ўтув бурма бўйича кесма қилинади, жароҳатни резина тасма билан дренаж қилинади. Суяк жароҳати яхшилаб тозаланади ва периодонт толалари олиб ташланади.

Илдизлар учи резекция қилинмай пломбланади ва ўз катакчасига жойланади ва маҳкамланади. Бир босқичли реплантациядан кейин умумий даво учун сульфаниламидлар, антибиотиклар, антигистамин препаратлар тайинланади. Бириқиш жараёни 3-4 ҳафтадан 6-10 ҳафтагача давом этади. Битиб кетишнинг периодонтал типи дуруст ҳисобланади.

Реплантация қилинган тишларнинг функционал жиҳатдан жағларда яхши туриши 5 йилдан ошмайди, кейин илдизлар секин-аста сурилиб, тиш кимирлаб қолади ва олиб ташланади.

Тиш аутоотрансплантацияси - олинган тишни бошқа альвеолага кўчириш операцияси камдан-кам қилинади. У бутунлай яроқсиз бўлиб қолган тишни олиб ташлангандан сўнг, ҳосил бўлган тиш катакчасига, комплектдан ташқари тишни кўчириб ўтказиш имкони бўлганда бажарилади. Операция услуби тиш реплантацияси сингаридир. Бироқ, ҳамма вақт натижа кутилгандай бўлмайди. Ўтказиладиган тишга альвеолани шакллашда суяк зарарлангани туфайли битиш жараёни оғирлашади.

Аллоотрансплантация - бир кишидан олинган тишни бошқа кишига кўчириш етарлича ишлаб чиқилмаган, холбуки онда-сонда муваффақиятлар ҳақида маълумотлар бор. Олинган тиш ўрнига бошқа одамнинг тишини танлаш, уни олдиндан тўғри консервация қилиш ва кўчириб бўлгандан кейин организмнинг қабул қилмаслик реакциясини бартараф этиш мураккабдир. Операция реплантация услубига ўхшаш ўтказилади.

Тиш катакчасига металдан ясалган трансплантатлар киритиш бир мунча истикболли операция ҳисобланади. Операция услуби: тиш олинганидан сўнг, альвеолага ишлов берилади, металл конструкция шаклланган катакчага киритилади ва шиллиқ пардасига иплар билан чок қўйилади. 4-6 ҳафтадан кейин уни протезлаш учун ишлатса бўлади.

Тиш илдизи чўккисини резекция қилиш. Бу операция периодонтитда консерватив даво усуллари ёрдамида сурункали яллиғланиш жараёнини бартараф этиш иложиси бўлмаганда, шунингдек тиш каналида периодонтитга даво қилишга тўсқинлик қиладиган тикилиб қолган ёт жисм. (бор бошчаси, пульпэкстрактор бўлаги ва бошқ.) билан берқилиб қолган ҳолларда кўрсатилган. У шунингдек канал етарлича тўлмаслигида, пломба материали (цемент) қотиб қолганда ёки илдиз девори тешилиб қолганда, ҳам кўрсатилган. Асосан кесув тишлар ва козик тиш илдизи чўккиси, шунингдек пастки жағдаги кичик озик тишлар, гоҳо юқори жағдаги тишлар резекция қилинади.

Бу операция ўткир периодонтитда, ёки сурункали периодонтит ўткирлашганда, пародонт ҳасталиқларидан тиш анча кимирлаб қолганда, шунингдек тиш қисман емирилиб кетган ҳолларда ўтказилмайди.

Тишни операцияга тайёрлаш: илдиз каналига механик ва кимёвий ишлов бериб цемент ёки тез котувчи пломба ашёлари (беовита тайёрланган эвенол ва рух оксидли қотиб қоладиган паста) билан пломбалаш (яллиғланиш жараёни авж олишига йўл қўймаслик).

Операция услуги. Операция ўтказувчан ва инфилтратсион анестезия остида ўтказилади. Альвеоляр ўсикнинг ташқи юзаси соҳасида ёйсимон, чизикли, бурчаксимон ёки трапециясимон кесма ўтказилади. Кесмани жароҳат тикилганда кесма чизиғи трепанацион тешиқ сатҳидан ўтмаслигини, лахтак эса уни ўз чеккалари билан ёпиб туришини ҳисобга олган ҳолда режалаштирилади. Расм – 60.

Распатор ёрдамида суяқдан шиллиқ суяқ усти пардаси лахтагини ажратиб қўйиб, уни ўтув бурма йуналиши бўйича тўмтоқ ёки ўткир тиш илгаги билан тортиб қўйилади. Кўпинча сурункали чўкки олди ўчоғи соҳасида тиш альвеоласи олди деворини емирилиши кузатилади.

Баъзан тиш катакчасининг ташқи девори емирилиб, чўкки олди ўчоғи суяқ усти пардасига бириқиб кетади. Бундай ҳолларда шиллиқ суяқ усти пардаси лахтагини бириққан тўқималардан эҳтиёт бўлиб скальпель ёрдамида кесиб ажратиб қўйиш керак.



Расм – 60

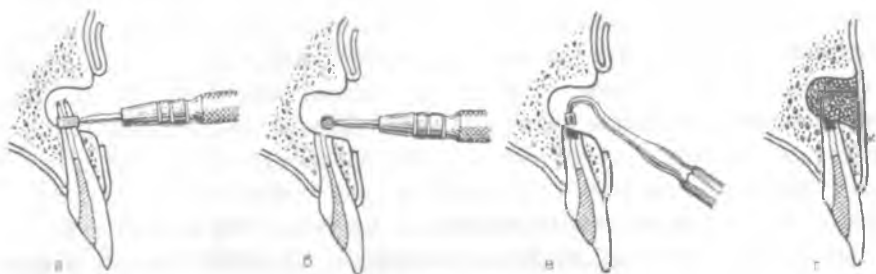
Тиш альвеоласи ташқи деворини очиш учун ясси искана билан, илдиз чўккисининг олдинги юзаси очилиб қолгунига қадар тўқималар юпка катлам-катлам қилиб олиб ташланади. Бундан кейин альвеоляр ўсик деворидаги тешиқ тарновсимон искана ёрдамида кенгайтирилади. Баъзи ҳолларда худди шу асбоб билан касал тиш альвеоласи девори кераклигича кенгайтирилади. Олдинги деворни йирик шарсимон, шунингдек фиссур борлар билан трепанация қилса бўлади.

Грануляцияон тўқима билан ўралган илдиз чўккисини шу йўл билан очиб, кириб олиб ташланади. Искана билан илдиз чўккисини кесиб ташлаш тавсия қилинмайди чунки тиш илдизи қийшиқ синиши мумкин. Шунини ҳисобга олиб, илдиз чўккисини фиссур бор билан арралаб ташлаш керак, бу нохуш илдиз шикастларини, шунингдек тиш чиқиб қолишини бартараф этади.

Ажратиб қўйилган илдиз чўккиси хирургик қошиқча ёки пинцет билан олиб ташланади, шундан кейин грануляциялар ва юмшаб қолган суяк участкалари олиб ташланади.

Баъзан операция пайтида, илдизи қўндаланг кесигини қўздан кечирганда, тиш каналида пломба материали йўқлиги аниқланади ёки каналда металл штифт, тикилиб қолган бор бўлакчаси, борлигидан уни пломбалаш иложи бўлмаслиги олдиндан белгиланади.

Бундай ҳолларда илдиз чўққиси олиб ташлангандан кейин тиш канали ретроград усулида пломбланади.



Расм – 61

Бунинг учун фреза билан илдиз чўлтоғини бир оз қия қилиб силликлаб, кичкина шарсимон бор билан канал ёриғи кенгайтирилади, кейин тескари конуссимон бор билан илдиз чўлтоғидаги бўшлиқ шакллантирилади ва уни кумуши амальгама билан тўлдирилади. Кумуш амальгама кичик порцияларда киритилиб, ортиқчасини, шу заҳоти олиб ташлаган ҳолда пломбалаш асбоблари билан зичлаштирилади. Расм – 61.

Суяк яраси деворлари қонаб турганда, қон докали шарга оҳиста шимдирилади, бунда амальгаманинг суяк сатҳига тушиб қолмаслиги учун синчиклаб қараб турилади, чунки бу яранинг битиб кетишини мушқуллаштиради.

Айрим ҳолларда тиш каналдан кўп миқдорда экссудат ажралиб тишни пломбалаш имконини бермайди. Даволашнинг самарали бўлиши учун тиш альвеоласи деворини трепанация қилиб, илдиз чўққиси резекция қилинади, кейин эса суяк ярасини маҳкам тампонада қилиб, каналга ишлов бериб, уни цемент билан пломбланади. Шундан кейин илдиз чўлтоғини кўздан кечириб, канал тешигини пломба материали билан яхши тўлганлигига ишонч ҳосил қилиб, шиллик –суяк усти пардаси лахтагининг жойига қўйилади ва кесилган чизик бўйлаб 3-4 чок қўйилади.

Операциядан кейин гематома ҳосил бўлишига йўл қўймаслик учун бемор лабига, операция соҳасига, 10-12 соатга босиб турувчи боғлам қўйилади.

Операциядан кейинги оғриқларни бартараф этиш учун соф ҳолдаги анальгин, амидопирин, фенацетин ёки кофеин ва фенобарбитал билан аралашмаси, баралгин, кальций хлорид эритмаси тавсия этилади.

Айрим тишларда илдиз чўққисини резекция қилиш операциясининг қатор хусусиятлари бор.

Чунончи, пастки кичик озик тишлар илдиз учини резекция қилишда ияк тешигидан чиқадиган томир-нерв тутамини шикастлантирмаслик учун кесмани юқорирок (тиш илдизи ўртасининг дамида) қилиш лозим. Юқори ва пастки жағда қозик тишлар илдизларини резекция қилишда тармоқланган томирларга шикаст етказмаслик учун кесма милк эгатидан пастрок ёки тегишлича юқорирок қилиш зарур. Юқори биринчи кичик озик тиш илдизи резекциясида операциядан олдин нечта канал борлигини (уларни пломбалашда визуал ва рентгенограмма бўйича) билиш лозим. Агар канал иккита бўлса, битта илдизни ва илдизлараро тўсикни, кейинчалик иккинчи илдизни резекция қилиш зарур. Биринчи ва айниқса иккинчи озик тиш резекциясида юқори жағ бўшлиғининг тешилиб қолишини ва у ерга грануляцион ўсмалар ёки тиш илдизи чўққиларининг кириб қолиши мумкинлигини эсда тутиш зарур. Қаттиқ танглай суяк деворининг тешилиб қолиш эҳтимоли борлигини ҳам ҳисобга олиниши лозим.

Асоратлари. Биринчи ва шунингдек иккинчи юқори кесувчи тишлар илдизи чўққисини резекция қилишда бурун бўшлиғи туби, юқори кичик озик тишлар гоҳо қозик тиш соҳасида операция қилишда эса юқори жағ бўшлиғи туби беҳосдан тешилиб қолиши мумкин. Ушбу асоратларнинг олдини олиш учун рентген суратга асосланиб, тиш илдизларининг бурун ёки юқори жағ бўшлиғига муносабатини билиш ва суяк ярасининг юқори бўлимидаги грануляцион тўқимани оҳиста олиш лозим. Бўшлиқ тасодифан очиб қўйилганда, тешилган ёриқни зонд ва тампонада қилинмайди. Операциянинг ҳамма қоидаларга биноан, грануляцияларни кириб илдиз учини кесиб ташлаб тугатиш лозим.

Суяк ярасини одатдагидек муко-периостал (шиллик - суяк усти пардаси) лахтаги билан ёпилади ва чоклар қўйилади.

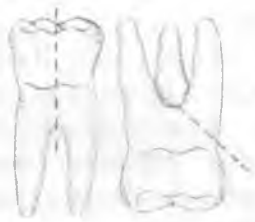
Пастки кичик озик тишлар илдизи чўққиларини резекция қилишда ияк нерви шикастланиши эҳтимоли бор. Бу асоратнинг олдини олиш учун шиллик суяк усти пардаси муко-периостал лахтагини ияк тешиги ва ундан чиқадиган томир-нерв тутами кўринадиган қилиб қўйиш лозим. Шундан кейин резекция қилинадиган тиш катакчаси ташки деворининг суяк тўқимаси ияк тешиги дамидан юқорирок трепанация қилинади ва уни оҳиста айланиб ўтиб, суяк яраси кенгайтирилади, кейин фиссур бор билан

илдиз чўққисини ажратиб, олиб ташланади, грануляциялар ва юмшаб қолган суяк қириб ташланади, шундан кейин яра тикиб қўйилади. 3-4 ҳафтага тишни тишламдан (прикусдан) чиқариб қўйиш тавсия этилади.

Илдиз учи резекциясининг натижаси одатда дуруст бўлади, илдиз чўққилари резекция қилинган тишлар узоқ йиллар сақланиб туради, чайнашда қатнашиб, олиб қўйилмайдиган протезлар учун таянч бўлиб хизмат қилади. Қоникарсиз натижалар консерватив даволаш усуллари ва операция техникасини бузиш оқибати ҳисобланади.

Илдиз гемисекция ва ампутацияси.

Гемисекция бу чўққисида патологик ўчоғи бўлган илдизни ўнга тегишли бўлган тож қисми билан резекция қилиш ва олиб ташлашдир. Операция кўпроқ юқори ва пастки жағдаги биринчи ва иккинчи катта озиқ тишларда ўтказилади. Илдизро тўсиқ суягининг резорбцияси, илдизларнинг бири тешилиши ёки катакча суяги чўнтагининг борлиги гемисекцияга кўрсатма ҳисобланади.



Расм – 62

Қоладиган илдиз каналлари пломбаланганидан сўнг, бор ёрдамида илдизлар бифуркацияси соҳасида патологик ўчоғи бўлган илдиз ва тож қисми кесиб ажратилади ва олиб ташланади. Суяк ярасига ишлов берилгандан кейин унинг устидаги шиллик пардаси кетгут чоклар билан тикиб қўйилади. Расм – 62 а.

Илдиз ампутациясида зарарланган илдиз бифуркацияда бор билан кесилиб олиб ташланади. Унинг гемисекциядан фарқи тишнинг тож қисми сақланиб қолади, фақат илдиз олиб ташланади. Ампутация қилинадиган илдиз соҳасида трапеция ёки бурчакли кесм.а қилиниб суяк очилади. Илдиз, фиссур бор ёрдамида, кесиб олиб ташланади. Суяк яраси тозаланади, шиллик-суяк усти пардаси лахтаги жойланади ва чоклар қўйилади.

Ўткир одонтоген периостит Жағнинг ўткир йирингли периостити

Жағнинг ўткир йирингли/периостити - альвеоляр ўсиқ ёки жағ танаси суяк усти пардасининг ўткир йирингли яллиғланишидир. Периостит кўпроқ альвеоляр ўсиқнинг, гоҳо жағ танасининг суяк усти пардасида ривожланади. Суяк усти пардаси остидаги йирингли жараён Т.Г.Робустова берган маълумотларга кўра, асосан альвеоляр ўсиқ ва жағ танасининг вестибуляр сатҳида (85,6 %), гоҳо танглай (танглай абсцесси) томонида (5 фоиз), ёки тил ости бурмаси сатҳида (9,4 фоиз) учрайди.

Кўп ҳолларда жараён пастки жағда жойлашади. Касаллик (16 дан 40 ёшгача) ёш ва ўрта ёшдаги кишиларда, кўпроқ эркаларда учрайди.

Пастки жағда ўткир йирингли периоститининг кўп ривожланишига сабабчи биринчи катта озик ва ақл тишларидир, иккинчи катта ва иккала кичик озик, иккинчи курак тишлар камроқ ҳамда биринчи курак ва қозик тишлар бир хилда кам сабабчидирлар.

Ўқори жағда ўткир йирингли периостит кўпроқ биринчи катта ва кичик озик ва иккинчи кичик озик тишларидан инфекция тарқалиши натижасида ривожланади. Катта озик, иккинчи курак, кейинчалик – биринчи курак, қозик ва ақл тишлар эса кам ҳолларда яллиғланиш жараёни ривожланиши сабабчилари бўладилар.

Этиологияси. Ўткир йирингли периоститлардаги йиринг текширилганда стрептококк ва стафилококкнинг ҳар хил турлари, грамусбат ва грамманфий таёқчалар ва айрим ҳолларда чиритувчи бактериалардан иборат аралаш микрофлора топилади.

Патогенези. Ўткир йирингли периостит ўткир ёки сурункали периодонтитнинг ўткирлашуви, шулар жумласидан маргинал (чекка) периодонтитнинг асоратидир. Бу жараён тишларининг қийин чиқишида, радикуляр кисталар йиринглаганда, ретенцияланган ёки ярим ретенцияли тишлар яллиғланишида, одонтомада, пародонт касалликларида вужудга келади ва тишларини консерватив даволашни мушкуллаштиради.

Баъзан касаллик тиш олиш жараёнида етказилган шикастланиш натижасида ёки операциядан кейин инфекция кучайганида ривожланади. Организмни совуқ олдириш, толиқиш, стресс вазиятлари ҳисобланган умумий салбий омиллар яллиғланиш жараёни ривожланишига шароит туғдиради.

Ўткир ва ўткирлашган сурункали периодонтитларда периодонтал ораликда тўпланган йиринг тиш канали ёки милк чўнтаги орқали ташқарига чиқиш имконига эга бўлмаса, экссудат периодонтдан суяк усти пардаси томонига тарқала бошлайди. Инфекция альвеоланинг компакт пластинкасидан майда тешиқлар орқали, озиклантирувчи каналлар ва остеон каналлари бўйича ёриб чиқади. Шунингдек микроорганизмлар периодонтдан суяк усти пардасига лимфа томирлари бўйича ҳам тарқалиши мумкин.

Патологик анатомияси. Суяк усти пардасида ўткир жараён ривожланганда, унинг йўғонлашуви, толаларининг титилиши ва суякдан ажралганлиги кузатилади. Микроскопик жиҳатдан суяк қобиғи ва яқин турган юмшоқ тўқималар лейкоцитлар билан инфильтрацияланади, томирлар тўлишади, стаз ва айрим ерларга қон куйилиши кузатилади.

Шу билан бир қаторда бириктирувчи тўқима толалари ва томир деворларининг фибриноид шишуви кузатилади. Суякдан ажралган суяк усти пардасининг ички қатлами тезда эриб кетади, у билан суяк ораси таркибида талайгина нейтрофил лейкоцитлар сақловчи сероз - йирингли экссудат тўпланади.

Суяк қобиғининг ички томонида микроорганизмлар атрофида лейкоцитлар тўпланиб, микро-абсцесслар ҳосил қилади. Бу ўчоқлар ўзаро қўшилиб йирингли экссудатни ҳосил қилади. Экссудат кўпайган сари суяк усти пардасининг ажралиши шунча кенгайди.

Суяк қобиғининг эриб кетиши натижасида яллиғланган суяк усти пардаси бутунлиги бузилади ва йиринг массалари оғиз даҳлизининг шиллиқ пардаси остига йиғилади. Суяк усти қобиғининг тешилган жойида қон томирлар деворлари қисман емирилади ва йирингли тромблар билан тўлади. Ўз ҳолига қолдирилса 5-6 кун ўтгандан сўнг, йирингли яра шиллиқ пардани ёриб оғиз бўшлиғига чиқади.

Суяк тўқимаси устида кечаётган йирингли жараён унинг резорбциясини чақиради, илиқ бўшлиқлари ва озиклантирувчи каналларнинг кенгайиши ҳисобига жағ кортикал қаватининг юпқалашиши ва хатто унда емирилиш ўчоқлари ҳосил бўлиши кузатилади. Суяк усти пардаси (периост) ажралиши ҳисобига суяк кортикал қатламининг қон билан таъминланиши бузилади ва баъзи жойлари некрозга учрайди.

Суяк қобиғи йирингли ярасининг чеккасидан суякнинг периостал шаклланиши кузатилади. Одатда янги, ёш суякнинг ҳосил бўлиши болаларда, ўсмирлар, ёш, соғлом кишиларда кузатилади. Бу морфологик ўзгаришлар жағнинг сурункали периостити (остити) деб изоҳланади (Я.М. Биберман, А.Г.Шаргородский).

Клиник манзараси. Жағнинг ўткир йирингли периостити клиник манзараси хилма-хил бўлиши ва этиологик, патогенетик омилларига яллиғланиш жараёнининг жойлашуви ва кўламига боғлиқ бўлади. Кўпроқ жағларнинг вестибуляр сатҳидаги суяк усти пардаси зарарланади. Бундай ҳолларда беморлар оғриққа, юз юмшоқ тўқималари шишувига, умумий аҳволнинг ёмонлашувига, тана ҳароратининг кўтарилишига, бош оғриққа, холсизлик, уйқунинг бузилганлигига шикоят қиладилар. Дастлаб оғриқ ва шишув унча кўп бўлмайди, кейин тезда, 2-3 кун мобайнида зўраяди. Оғриқ баъзан бутун жағга тарқалади, уч шохли асаб тармоқлари бўйича қулоққа, чакка ва кўзларга тарқалади. Иссиқлик муолажалари таъсири остида оғриқ кучаяди, совуқ эса оғриқни бир оз камайтиради.

Бемор кўпинча оғриқнинг аввал тиш соҳасида пайдо бўлганлигини, 2-3 кундан кейин эса, тўқималарнинг шишиб чикқанлигини айтади. Юзда шиш пайдо бўлганда, тишдаги оғриқ анча камайган бўлади.

Ўткир йирингли периоститда беморларнинг умумий аҳволи кониқарли. айримларда ўртача оғир бўлади. Тана ҳарорати $37,5-38^{\circ}\text{C}$ атрофида кўтарилган бўлади, лекин у баъзан $38,5-39^{\circ}\text{C}$ гача етиши мумкин. Жағдаги оғриқ ва юзага келадиган заҳарланиш натижасида умумий холсизлик, иштаҳа йўқолиши, уйқусизлик кузатилади.

Альвеоляр ўсик ёки жағ танасининг ўткир йирингли периоститда оғиз даҳлизи тарафидан ва жағ атрофидаги юмшоқ тўқималар соҳасида яллиғли шиш пайдо бўлади. Унинг жойлашуви инфекция манбаи ҳисобланган тишга боғлиқ бўлади. Чунончи, юқори кесувчи тишлардаги йирингли жараёндан ривожланган периоститда бурун қаноти ва тубига ўтиб, юқори лабнинг анчагина шишиб чиқиши кузатилади. Катталашган лаб кескин олдинга бўртиб чиқиб туради. Агарда инфекция юқори қозик тиш ва юқори кичик озиқ тишлардан тарқалса, йирингли ўчоқ альвеоляр ўсик қозик тиш чуқурчаси соҳасини эгаллайди.

Бунда коллатерал шиш юзнинг ўрта ва пастки учдан бир қисмини қамраб олади. Лунж, ёнок соҳаси, пастки ва кўпинча юқори қовоқ тўқималари шишади. Юқори катта озиқ тишларидан ривожланган ўткир йирингли периоститда шиш лунж, ёнок, кулоқ олди соҳаларига баъзан пастки қовоққа ҳам тарқалади.

Учинчи юқори катта озиқ тиш инфекция манбаи бўлиши мумкин ва периостит юқори жағнинг дўнгча соҳасида пайдо бўлади. Юзда шиш одатдагидан кўра кечроқ пайдо бўлиб, лунж ва чакка соҳасида жойлашади.

Пастки кесувчи тишлар сабаб бўлган ўткир йирингли периостит учун пастки лаб, ияк соҳаси ва ияк ости соҳаси шишиб чиқиши хосдир. Инфекция қозик тиш ва кичик озиқ тишлардан тарқалганида лунжнинг пастки қисмида, жағ ости учбурчаги ва оғиз бурчагининг коллатерал шиши пайдо бўлади.

Пастки жағ катта озиқ тишлар соҳасидаги йирингли периоститлар лунж, пастки жағ ости ва кулоқ олди чайнов соҳасининг коллатерал шишуви билан намоён бўлади. Жараён пастки жағ шохининг суяк усти пардасига тарқалиши чайнов ва медиал қанотсимон мушакларнинг яллиғли инфильтрациясини келтириб чиқаради, бу уларнинг яллиғли контрактурасига олиб келади (I, II даражалари).

Жағнинг ўткир йирингли периоститида оғиз даҳлизида 3-5та тиш оралиғидаги альвеоляр ўсик, ўтув бурмаси ва лунж шиллик пардаси гиперемияси ва шишуви билан кузатилади. Ўтув бурмаси яллиғланиш инфилтрати хисобига саёзланади ва силликланади ҳамда пайпаслаб кўрилганда, оғриқли диффуз инфилтрат аниқланади.

Яллиғланиш жараёни натижасида ҳосил бўлган йиринг 5-6 кун давом этган суяк усти қобиғини емиради ва шиллик парда остига ёриб чиқади. Оғриқ анча камаёди. Ўтув бурмада чегараланган шиш юзага келади. Шиллик парда остида тўпланган йиринг унга сарғимтир тус беради, пайпаслаб кўрилганда, билқиллаш белгиси аниқланади. Йиринг ўз ўзидан оғиз бўшлиғига ёрилиб қуйилиши мумкин, шундан кейин оғриқ босилади ва яллиғланиш белгилари камайиб боради.

Пастки жағ альвеоляр ўсикнинг тил сатҳи томонидаги ўткир периостит коллатерал шиш ва пастки жағ ости учбурчагидаги лимфа тугунларининг катталашганлиги билан намоён бўлади. Баъзан лунж соҳаси тўқималарининг сезиларли бўлмаган шишуви

қайд қилинади. Оғиз бемалол очилади, лекин айрим касалларда медиал қанотсимон мушакнинг яллиғланишга жалб этилиши муносабати билан оғиз очилиши оғриқли ва чегараланган бўлади.

Альвеоляр ўсик тил сатҳидаги пастки жағ периоститида бемор ютинишда ва гаплашишда оғриқ сезади. Кўздан кечирилганда жағнинг ички сатҳи бўйлаб суяк усти пардасининг шишганлиги, пайпаслаб кўрилганда оғриқ қайд қилинади. Шиллик парда шишуви ва қизариши (гиперемия) тил ости бурмасида, жағ-тил ва танглай - ютқин ёйларида кузатилади. Тил ҳаракатлари кийинлашган ва оғриқли бўлиб қолади, оғиз очиш чекланади ва оғриқли бўлади.

Юқори жағ альвеоляр ўсиғининг танглай томондаги ўткир йирингли периоститида (танглай абсцесси) юзда ўзгаришлар бўлмайди. Қаттиқ танглайда шиш юзага келади, у тез орада ярим шар ёки овал шаклида бўртиб чиқади. Танглайда шиллик ости қатлам бўлмагани учун яллиғланиш шишуви унча катта бўлмайди. Йиринг ўчоғи катталашиб танглай кўндаланг бурмаларининг силликланиб кетишига олиб боради. Пайпаслаб кўрилганда инфилтратнинг марказий бўлимида юмшаш аниқланади. Катта озик тишлар сабаб бўлган танглай абсцессининг ривожланиши яллиғланиш шишнинг каттиқ танглайдан юмшоқ танглайнинг шиллик пардасига, танглай-тил ва танглай-ютқин равоқчаларига тарқалганлиги билан намоён бўлади, бунинг оқибатида ютинишда оғриқ пайдо бўлади.

Қаттиқ танглайнинг суяк усти пардаси остида йирингли экссудатнинг тўпланиши юмшоқ тўқималарнинг суякдан ажралишига олиб боради. Бу кўпинча пульсацияловчи гаплашганда ва овқат еганда кучаядиган оғриқ билан кечади. Касаллик бошланганидан бир ҳафта ва бундан кўра кўпроқ вақтдан кейин йирингли бўшлиқ ёрилиб, йиринг оғиз ичига қуйилади

Жағ ўткир йирингли периостити бўлган касалларда кон текшириб кўрилганда, лейкоцитлар сонининг $10,0-12,0 \cdot 10^9/\text{л}$ гача кўпайиши сезиларли нейтрофилез ($70-78$ фоизгача) қайд қилинади.

Айрим беморларда лейкоцитлар сони $8-9 \cdot 10^9/\text{л}$, айрим ҳолларда $4,0-5,0 \cdot 10^9/\text{л}$ гача бўлиши мумкин (лейкопения). Беморларнинг аксариятида ЭЧВ меъёрида қолади, баъзан соатига $15-20$ мм гача, айрим касалларда соатига $50-60$ мм гача ортади. Касаллик динамикасида ЭЧВ ортиши операциянинг етарлича бўлмаганлигини, ёки иккиламчи кортикал остеомиелит

ривожланганини кўрсатиши мумкин. Сийдикда деярли ўзгаришлар бўлмайди, фақат айрим касалларда оксил изларидан то 0,33 г/л гача топилади ва лейкоцитлар кўриш майдонида 10-20 микдорда кузатилади, рентгенограммада жағ суягида ўзгаришлар кузатилмайди.

Дифференциал диагноз. Ўткир йирингли жағ периоститининг аниқ клиник симптомлари бўлишига қарамадан, унга диагноз қўйишда баъзан хатоларга йўл қўйилади. Бу жараённи ўткир периодонтитдан, қатор жойларни эгаллаган абсцесс, флегмона, лимфаденитлар, ўткир сиалоденитлардан ва энг муҳими - жағнинг ўткир остеомиелитидан ажрата билиш лозим.

Ўткир периодонтитдан фарқли равишда жағнинг ўткир периостити инфекция манбаи ҳисобланган Тиш, перкуссиясида бироз оғриқнинг бўлиши ёки оғриқ бўлмаслиги билан намоён бўлади. Ўткир периодонтитда ўтув бурма бўйлаб шиллик парданинг яллиғланиш ўзгаришлари юмшоқ шиш кўринишида бўлса, жағнинг ўткир периоститида эса, яллиғланиш инфильтрацияси кузатилади. Ўткир периодонтитда суяк усти пардаси кесилганда периоститдан фарқли ўлароқ йиринг бўлмайди.

Абсцесс, флегмона, лимфаденит, ўткир сиалоденит кўпинча жағ олди юмшоқ тўқималарининг анчагина шишиб чиққанлиги билан таърифланади, шиш устидаги тери кизарган, тўқималар билан бириккан зич ва пайпаслаганда оғрувчи инфильтрат аниқланади.

Пастки жағ тил сатҳидаги ўткир йирингли периоститини жағ-тил тарновчаси абсцессидан ажрата билиш лозим. Жағ-тил тарновчаси абсцессида ушбу тузилманинг зич, оғриқ берувчи инфильтрати, медиал канотсимон мушак ва тил мушаги соҳасида яллиғланиш ўзгаришлари кузатилади.

Кулок олди ва пастки жағ ости сўлак безларининг ўткир яллиғланишида шишган тўқималар ичкарасида зич оғриқли без пайпасланади, сўлак чиқарув найчасидан йирингли ажралма чиқиши кузатилади.

Ўткир йирингли периоститни жағнинг ўткир остеомиелитидан ажрата билиш лозим. Жағнинг ўткир остеомиелити организмнинг заҳарланиши билан кечади. Тана ҳароратининг юқори даражага кўтарилиши, бош оғриғи, лоҳаслик, қувватсизлик, эт увишиши, терлаш билан намоён бўлади. Регионар лимфа тугунларининг реакцияси бирмунча кўпроқ ифодаланади. Суякнинг периостал йўғонлашуви жағнинг ҳар иккала томонида кузатилади: шиллик

парданинг яллиғланиш ўзгаришлари дахлиз томонда ҳам, оғиз бўшлиғи тарафида ҳам бўлади. Суякнинг зарарланган соҳасидаги бир нечта тишларининг перкуссияси оғриқли, уларнинг қимирлаб қолганлиги аниқланади. Пастки жағ остеомиелитида пастки лаб ва ияк терисининг увишиб қолиши (Венсан симптоми) кузатилади.

Давоси. Жағнинг ўткир йирингли периоститини комплекс даволаш зарур: йирингли ўчоқни кесиб очиш; ва консерватив (медикаментоз) даво. Жағ ўткир периостити ривожланишининг бошлангич босқичида (ўткир сероз периостит) тиш бўшлиғини очиб, канални тозалаб, ҳосил бўладиган ажралмага йўл очиб қўйилса натижа яхши бўлади. Йирингли периоститда эса, инфекция манбаи ҳисобланган тиш олиб ташланади.

Кўпчилик касалларда жағнинг ўткир йирингли периостити амбулатор шароитида даволанади, айримларга –стационар даво ўтказилади.

Ўткир йирингли периоститда операция маҳаллий ўтказувчан ёки инфилтрацион анестезия остида ўтказилади. Инфилтрацион анестезия ингичка игна ёрдамида қилиниб, оғриксизлантирувчи эритма шиллиқ парда остига игна орқали оҳиста киритилади ва мўлжалланган кесма чизиги бўйича тўқималар инфилтрация қилинади. Игнани йирингли бўшлиққа киритмаслик лозим. Беморларни дори-дармонлар бериб тайёрлаш яхши натижа беради. Айрим беморларда операция наркоз остида қилинади.

Агар йирингли ўчоқ оғиз дахлизи соҳасида жойлашган бўлса, кесма ўтув бурмаси бўйлаб бутун инфилтрат узунлигида шиллиқ ости тўқимаси ва суяк усти пардасида ўтказилади. Одатда кесма узунлиги сабабчи ва икки ёнидаги тишлар соҳасида ўтказилади. Жароҳат четларининг ёпишиб қолмаслигининг олдини олиш ва йиринг оқишини таъминлаш учун ярага юпка резина (қўлқоп)нинг энсиз тизимчаси зичланмасдан киритилади.

Йирингли ўчоқ юқори жағнинг дўнги суяк усти пардаси остида жойлашганда кесма юқори жағ молярлари соҳасидаги ўтув бурма бўйича қилиниши лозим, лекин яллиғланиш ўчоғини ёриб очиш учун распатор ёки тарновсимон зонд билан кесмадан суяк бўйлаб юқори жағнинг дўнги йуналишида, орқага ва ичкарига ўтиш керак. Қозиқ тиш чуқурчасида жойлашган жағ периоститида ҳам йирингли ўчоқ ана шу усулда ёриб очилади.

Пастки жағнинг тил томон периоститидаги яллиғланиш ўчоғини, инфилтрат энг кўп шишиб чиққан жойда, альвеоляр

Ўсикнинг шиллик пардасини суяккача кесиб очиш тавсия қилинади. Гарновсимон зонд билан суяк сатҳи бўйлаб пастга қараб ўтилади ва суяк усти пардаси суриб қўйилиб, йирингга йўл очиб берилади.

Танглай абсцессиди кесма тўқималар энг кўп шишган соҳада қилинади, бунда альвеоляр ўсик асосидан бир оз чекиниб, ёки танглайнинг ўрта чизигига, параллел ҳолда чекинилади ва суяккача кесилади. Кейин жарроҳлик ярасига юпка (кўлқоп) резинанинг сербар тизимчаси киритилади, бу, жароҳат четларининг ёпишиб қолмаслигига ва йирингнинг тўсиксиз оқиб кетишига имкон беради. Йирингли ўчоқ деворидан учбурчак шаклидаги шиллик парданинг кичик лахтаги кесиб олиб ташланади, кесиб олиб ташлаш яхши натижа беради, бу йирингнинг бирмунча эркин оқиб кетишини таъминлаб беради.

Яллиғланиш жараёни пастки жағ шохининг ички сатҳида бўлса, кесма ретромольяр соҳада (танглай-тил ёйчаси асосида) суяккача қилинади, распатор билан жағнинг ички сатҳига ўтилади, йирингнинг яллиғланиш ўчоғидан оқиб кетиши таъминланади.

Жараён пастки жағ шохининг ташқи сатҳида бўлса, вестибуляр томондан иккинчи ва учинчи катта озиқ тишлар соҳасида қия қилиб суяккача кесилади, распатор билан суяк усти пардаси остидан пастки жағ бурчаги йуналишида чайнов мушаги ташқарига сурилади, ичкарига ўтилади. Ўчоқ очиб жароҳатга дренаж учун албатта резина тизимчаси чуқур қилиб киритилади. Бундай операция наф бермаса, кейинги суткада беморни касалхонага ётқизиш, операцияни ташқаридан қилиш лозим бўлади. Йирингли ўчоқ очиб қўйилгандан кейин беморга оғизни калий перманганатнинг кучсиз эритмаси, ёки 1-2% натрий гидрокарбонат эритмаси билан чайиб туриш, шунингдек жароҳатни этакридин лактат ёки фурациллин билан ювиб ташлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Абсцесс бўшлиғини оксациллинли димексид эритмаси (50мл дистилланган сув) билан ювиш ва жароҳатга 15 мин.давомида 40% ли димексид линиментини аппликация қилиш яхши натижа беради.

Агар инфекция манбаи ҳисобланган тиш емирилиб, функционал ёки эстетик қимматини йўқотган бўлса, суяк усти пардаси остидаги йирингли ўчоқни очиш билан бир вақтда уни олиб ташлаш лозим. Бу, йирингли ўчоқни бартараф этишга ва яллиғланиш аломатларини бир қадар тезроқ йўқотишга ёрдам беради. Баъзан операциянинг техник қийинчиликлари борлиги, ёки

беморнинг аҳволи қониқарли бўлмагани туфайли тишни олиб ташлаш кейинроққа қолдирилади. Бошқа ҳолларда, тиш сақлаб қолинади: унинг бўшлиғи очиб қўйилади ва кейин сурункали периодонтитга хос консерватив даво қилинади.

Ўткир йирингли периоститни дори-дармонлар билан даволаш сульфаниламид препаратлари (норсульфазол, сульфадиметоксин, сульфадимезин ва бошқ.) тайинлашдан, пиразолон ҳосилалари (анальгин, амидопирин, фенацетин ва бошқ.), шунингдек уларнинг комбинациялари, кальций препаратлари, витаминлар суткасига 2 ёки 3 г.дан (поливитаминлар, витамин С.) буюришдан иборат.

Бемор операциядан кейинги кун кўздан кечирилиб, яллиғланиш даражаси аниқланади ва жоиз бўлса қўшимча даво тайинланади.

Жағнинг ўткир йирингли периоститида яллиғланиш аломатларига тезроқ барҳам бериш учун йирингли ўчок очилганидан кейин 2-3нчи кун физиотерапевтик даволаш усуллари: ёруғлик-иссиқлик билан даволаш (соллюкс-лампа), антисептик ёки дезодорацияловчи эритмалардан илик ванначалар, суртма дори боғламлари (Дубровин бўйича, вазелинли, 20% ли камфора мойи, облепиха, наъматак мойи), УВЧ, СВЧ, флюктуоризация, гелий-неон нурлари билан лазер терапияси тайинланиши лозим. Ҳамда даволаш физкультураси олиб борилиши мақсадга мувофиқ.

Кўпчилик ҳолатларда яллиғланиш ходисалари тез орада (2-3 кундан кейин) камайиб боради. Агар яллиғланиш ходисалари камаймаса, 2-3 марта новокаин ёки тримекаин блокадаси ўтказилади. Бунда теридаги яллиғланган тўқималар атрофи 0,25-0,5%ли тримекаин ёки новокаин эритмаси билан 40-50 мл миқдорда фурациллин, ферментлар қўшиб инфльтрация қилинади.

Мадори қуриган баъзи беморларга, шунингдек яллиғланиш ходисалари зўрайиб борувчи шахсларга антибиотиклар тайинланади. Йирингли ўчокни кесиб очиш (бирламчи жарроҳлик ишлови бериш) антибиотиклар билан даволашнинг зарурий шarti ҳисобланади. Поликлиника шароитида таъсир кўрсатиш доираси кенг бўлган антибиотиклар (тетрациклин, тетрациклин, олететрин, оксациллин ва бошқ.) ни 5-6 кун мобайнида суткасига 5-6 маҳал 100000 ТБ мушаклар орасига юбориш мақсадга мувофиқ бўлади.

Оқибати: Жағларнинг ўткир йирингли периоститига ўз вақтида ва тўғри ўтказилган даво соғайиш билан тугайди, 3-5 кундан кейин беморлар ишга яроқли бўлишади. Баъзи беморларда даволашдаги нуқсонлар, яллиғланиш жараёнининг зўрайиб бориши, йирингли экссудатнинг суякка тарқалишига ва жағнинг ўткир остеомиелити ривожланишига ёки экссудатнинг жағ атрофидаги, юмшоқ тўқималарига тарқалиши, абсцесс ёки флегмона ҳосил бўлишига олиб келади.

Жағларнинг ўткир периостити профилактикаси оғиз бўшлигини санація қилиш (тозалаш) ва сурункали одонтоген инфекция ўчоқларини бартараф қилишдан иборат бўлади.

Жағнинг сурункали периостити.

Жағнинг сурункали периостити кам учрайди. Яллиғланиш жараёни, аксарият пастки жағнинг суяк усти пардасида ривожланиб, яллиғланиш гипергик реакциясига хос бўлиб кечади. Бундай касаллик бирламчи ёки иккиламчи иммунодефицит ҳасталикларга ва ҳолатларига учраган беморларда кузатилади.

Касаллик узоқ давом этиб, 8-10 ойдан, то бир неча йилгача давом этиши, вақти- вақти билан ўткирлаши мумкин.

Клиник жиҳатдан беморларни кўздан кечирганда юз тузилишининг бир оз ўзгарганлиги, пайпаслаб кўрилганда эса суякнинг оғриқсиз қалинлашганлиги аниқланади. Пастки жағ ости соҳасида 2-3 лимфа тугунларнинг катталашган, зич, оғриқсиз ёки кучсиз оғриқ беради. Оғиз бўшлиғида: 4-5 тишлар соҳасида альвеоляр ўсиқни ва ўтув бурмани қоплаб турган, шишган, қизарган шиллик парда пайпаслаб кўрилганда альвеоляр ўсиқдан пастроқда жағ танасининг периостал йўғонлашуви қайд қилинади. Рентгенограммада жағнинг периостал йўғонлашувининг сояси кўринади. Касаллик 2-3 ойдан ортиқ давом этганда йўғонлашган суяк қобиғи суякка ўтиши яъни оссификация кузатилади. Касаллик узоқ давом этганда, айниқса болаларда, пастки жағ чеккаси бўйича янги тузилган суяк аниқланади. Рентгенограммада у қатлам-қатлам, баъзан вертикал тарам шаклида ва бетартиб тузилганлиги яхши кўриниб туради.

Жағлар сурункали периоститини қатор ўсма ва ўсмасимон ҳосилалар билан дифференциал диагностика қилишни талаб этади.

Давоси. Сурункали периоститни даволаш одонтоген патологик ўчоқни бартараф этишдан бошлашади. Физиотерапевтик даво усуллари: димедрол, димексид, кальций хлорид, калий йодид

қўшилган ион фореизи, шунингдек гелий-неон нурлари билан лазер терапияси тайинланади. Айниқса дард чўзилиб кетганда, даво кор қилмаганда оссификат олиб ташланади. Болаларда жағ сурункали периоститини даво қилиш «Болалар ёшидаги стоматология» дарслигининг тегишли бўлимида келтирилган.

Прогнози. Жағ сурункали периоститида прогноз ҳавфли эмас. Жараён суяк усти пардасидан суякка ўтиши мумкин ва унда сурункали гиперпластик остеомиелит ривожланади.

Профилактика. Одонтоген инфекциянинг сурункали ўчоқларини бартараф этиш, иммунитет дисбалансини тўғрилашдан иборат бўлади.

Жағлар одонтоген остеомиелитининг ўткир даври (оқма касаллиги)

Жағнинг одонтоген остеомиелити.

Жағнинг одонтоген остеомиелити - жағларнинг суяк тўқимасидаги инфекцион йирингли-некротик яллиғланиш жараёнидир. В.В.Паникаровский ва А.С. Григорьянларнинг таснифига кўра (1975), ўткир остеомиелит «остит»нинг кёнжа тури ҳисобланади. Ю.И. Бернадский (1995), А.Г.Шаргородский (1985) бу касалликни «паностит» деб аташ бир мунча тўғрироқ буларди, деб ҳисоблайдилар. Биз эса А.И.Евдокимов ва Г.А.Васильевларнинг таснифига биноан умум қабул қилинган «остеомиелит» атамасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз.

Жағнинг одонтоген остеомиелити касаллиги билан 20 дан 40 ёшгача бўлган шахсларнинг, аксари асосан эркакларнинг оғришини кўпчилик муаллифлар таъкидлаб ўтадилар. Пастки жағнинг юқоригига нисбатан кўпроқ зарарланиши кузатилган.

Этиологияси. Ўткир йирингли остеомиелит одонтоген инфекциянинг суякка ўтиши натижасида ривожланади. Остеомиелитик йирингли ўчоқлар микрофлораси орасида аксари олтинсимон ва оқ стафилококklar, стрептококklar ва бошқа кокklar, кўпинча, чириган бактериялар билан бир қаторда таёқчасимон шакллар ҳам учраб туради. Жағ остеомиелитининг оғир турларида аксари анаэроб стрептококklar ва стафилококкнинг патоген штамmlари топилади. 70- йилларда стафилококklarга (айниқса антибиотикларга чидамли бўлган штамmlарга) катта ўрин ажратилган. Булар остеомиелитнинг энг

огир турларини, шунингдек жағлардаги даволаниши қийин бўлган ва узок давом этадиган остеомиелитик жараёнларни келтириб чиқарган. Бу касалликнинг келиб чиқишида анаэроб инфекцияга ва улар орасида аспороген анаэробларга катта жой ажратилган.

Остеомиелитда кўзгатувчи микроблар орасида фузобактериялар, бактероидлар пептострептококklar холидаги анаэроб флоранинг 3-4 хили бўлиши аниқланган, буларнинг 70 фоизи кўпчилик антибиотикларга нисбатан резистентли бўлади (Кочеревец В.И., 1981).

Патогенези. Чўкки олди, апикал гоҳо-маргинал тиш ўчоқлари микрофлораси жағ остеомиелити ривожланиши учун инфекциянинг асосий манбаи ҳисобланади. Баъзан бу патологик жараён, илдиз олди кистаси йиринглаганда, бошқа ўсмасимон зарарланишларда, шунингдек инфекция стоматоген дарвозалардан кирганидан кейин ҳам ривожланади. Жағ остеомиелитининг қай даражасида учраб туриши, айрим тишлар гуруҳлари периодонтида яллиғланиш жараёнининг нечоғлик тез учраб туришига боғлиқ бўлади. Пастки жағдан биринчи ўринда биринчи пастки катта озиқ тиш, иккинчи ўринда пастки ақл тиш туради, бу тишнинг доирасида фақат чўкки олди яллиғланиш жараёнларигина эмас, балки аксари маргинал яллиғланиш жараёнлари юзага келади, учинчи ўринда пастки иккинчи катта озиқ тиш туради ва х.к. Юқори жағнинг одонтоген остеомиелити, аксари биринчи юқори озиқ тишдан бошланадиган аввалги яллиғланиш жараёнига алоқадор бўлади.

Жағ остеомиелити патогенези назарияларининг талайгина қисми адабиётдан маълум. Булар орасида иккита йуналишни ажратиш лозим. Биринчиси –гематоген остеомиелитининг инфекцион-эмболик келиб чиқиш назариясидир (Бобров А.А., 1889; Лексер, 1894).

Бу назария асосида, яллиғланиш ривожланишида томирга тушган инфекциянинг тромб ҳосил қилиши ётади. Тромб суякларнинг охириги капиллярларида эмбол сифатида ўтириб қолади. Томирлар тромбланиши натижасида, қон айланиши ва суяк озиқланишининг бузилиши, унинг некрозига олиб келади ва инфекция қўшилиб, йирингли яллиғланиш юзага келади деб тушунтирадлар. Анатомик ва морфологик текширувлар муаллифларнинг локалистик инфекцион-эмболик назарияси касаллик ривожланишини тушунтириб беролмаслигини исботлаган. Бошқа

назария тарафдорлари организм реактивлигининг турли хил таассуротлар таъсири остида ўзгаришига ва уларнинг суякдаги маҳаллий яллиғланиш жараёни ривожланишида акс этишига асосланиб (М.Артюс, Г.П.Сахаров, С.М.Дерижанов), пастки жағ остеомиелитининг моделини яратганлар (Г.А.Васильев, Я.М.Снежко). Муаллифлар яллиғланиш жараёнининг пайдо бўлишига сабаб бўладиган омиллар орасида сансибилизацияни таъкидлаб ўтганлар. Бу клиникада тасдиқланди: кўпчилик беморларда жағ остеомиелити сурункали периодонтитнинг такрор ва такрор зўрайиши заминида ривожланган.

Г.И.Семёнчёнко (1958) жағ остеомиелити ривожланишида нерв рефлектор бузилишлар (нейротрофик назария)га асосий ўрин берган.

Микробиология, биокимё, иммунология, патофизиологиянинг замонавий ютуқлари, жағ остеомиелити патогенезининг асосий механизмларини ажратиш имконини беради.

Организм реактивлиги суякда йирингли-некротик жараён ривожланишида, унинг қанча давом этишида ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Жағ остеомиелити ривожланганда, организмнинг носпецифик ҳимоя механизмлари сусайган бўлиши мумкин. Бу совуқ қотиш, толиқиш, стресс вазиятлари, бошдан кечирилган ўткир респиратор, аденовирусли ёки бошқа инфекциялар, қўшилиб қолган ҳасталиклар, шунингдек дори бериб даволаш билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Иммунитет суяк тўқимасида йирингли некротик жараён ривожланишида муҳим роль ўйнайди. Организмнинг иммунологик реактивлиги антиген таассурот-микробларни топа билиш ва уларга специфик реакция қилиш (блокадалар, нейтраллаш, парчалаб юбориш ва бошқ.) имконини белгилаб беради. Сурункали одонтоген ўчоқлар, уларнинг зўрайиб кетиши иммун реакцияларнинг издан чиқишига олиб келади. Уларнинг дисбаланси жағ остеомиелити негизида ётади. Микробларнинг ва уларнинг парчаланиш махсулотлари ҳисобланган эндотоксинларнинг такроран таъсир кўрсатиши, уларга ошган ўта сезувчанликни-сенсибилизацияни юзага келтиради. Сенсибилизациянинг юқори даражаси жағнинг ўткир остеомиелитида яллиғланиш гиперергик кечиши эҳтимolini оширади. Сенсибилизация даражасининг ошиши билан, иммунитет дисбаланси ва организмнинг адекват ҳимоя реакциясини таъмин

эта олмаслиги ортади-суяк тўқимасининг йирингли некротик жараёни ривожланади.

Жағ остеомиелити ривожланиши учун диабет, қон касалликлари, рухий ҳасталиқлар туғма ва орттирилган иммунитет бузилишлар (бирламчи ёки иккиламчи патологик иммун касалликлар ва ҳолатлар) маълум аҳамиятга эга. Аксари жағ остеомиелити бод, полиатритлар, жигар ва буйрак касалликларига учраган беморларда ривожланади. Айрим беморларда бундай касалликлар жағ остеомиелитининг яллиғланиш реакцияси гипергик яъни суст кечишини белгилайди.

Маҳаллий иммунитет ҳолати жағ остеомиелити ривожланишида муҳим роль ўйнайди. Сурункали одонтоген ўчоқ, баъзан унинг такрорланадиган зўрайишлари маҳаллий ҳужайрали ва гуморал ҳисобланган носпецифик ва специфик реакциялар балансини бузади. Микроблар ва уларнинг парчаланиш маҳсулотларининг суяк илигига доим таъсир кўрсатиши унинг структурасини, ҳужайра қувватини ва химоя реакцияларининг фаоллигини издан чиқаради. Оғиз суюқлиги, периодонт тўқималари, кейин эса суяк илиги маҳаллий иммунитетнинг муҳим органлари сифатида инфекцияга қарши таъсир кўрсата олмайди, бундай ҳолатларда инфекция суяк тўқимасига бемалол киради.

Йирингли жараённинг периодонддан альвеоляр ўсиқ ва жағ суягининг ичкарасига тарқалишига баъзи анатомик хусусиятлар ҳам ёрдам беради: альвеолалар деворларида қон томирлар ва лимфа томирлари шунингдек асаб толалари ўтадиган майда тешиқларнинг кўп миқдорда бўлиши. Ўткир ва ўткирлашган сурункали периодонтитда тиш илдизи чўккиси доирасида суяк тўқимасининг сезиларли резорбцияси ва қайта тузилиши, альвеолаларининг деворларида табиий тешиқларнинг кенгайиши ва баъзи жойларда периодонт ва яқин турган суяк илиги бўшлиқлари орасида кенг алоқа ҳосил бўлиши юзага келади. Бунинг натижасида йирингли экссудатнинг яллиғланган периодонддан альвеоляр ўсиқ ва жағ танаси суяги ичкарасига тарқалиши учун қулай шароит яратилади. Суяк тўқимасининг йирингли некротик жараёни - жағ остеомиелити ривожланади.

Қон айланиши остеомиелит ривожланишида муҳим роль ўйнайди. Яллиғли экссудатнинг суякка кириб қолиши, суяк илиги микроциркуляциясинининг издан чиқишига олиб келади. Микроциркулятор бузилишлари асосида аллергия феноменлари ётади: 1)

антиген билан антителолар бирикмалари сабаб бўлган томир реакциялари, бу бирикмаларга базофиллар ёки семиз хужайраларнинг жалб қилиниши; 2) хужайралар ва тўқималар мембраналарида антиген-антителонинг ўзаро таъсири сифатидаги цитотоксик реакциялар; 3) комплимент катнашган антиген-антитело реакцияси; 4) секинлашган гиперсезувчанлик реакцияси. Бу механизмлар суяк қизил илиги микроциркулятор ўзани томирлари деворининг ўтказувчанлигини, ивитувчи ва фибринолитик тизимлар бузилишини белгилаб беради. Суяк илиги томирларининг тромбози ва тромбларнинг йирингли эриши охирги натижа сифатида ривожланади. Суякда йиринг тўпланиши суяк ичи гипертензиясига ва жараёнга экстраоссал томирларнинг жалб этилишига олиб келади. Жағнинг ўткир остеомиелитида гемодинамиканинг маҳаллий бузилиши ивитувчи фибринолитик ва бошқа қон тизимлари умумий кўрсаткичларининг ўзгариб қолишига олиб келади.

Шундай қилиб, жағ остеомиелити кўпинча аъзо патологияси кўриниши ҳолидаги бирламчи ва иккиламчи иммунологик етишмовчиликнинг заминида инфекцияга қарши умумий носпецифик ва специфик организм ҳимояси сусайганда ва бузилганда ривожланади. Умумий иммунологик реактивлик маҳаллий ҳимоя реакцияларига ва бевосита оғиз суюқлигининг турли компонентларига ва суяк илигининг тўқима ва томирли структураларига таъсир кўрсатади. Сенсibiliзациянинг юқори даражаси остеомиелит ривожланишининг патогенетик омили бўлиб ҳисобланади. Аллергиянинг турли хил феноменлари гемодинамика ва қон ивиш тизимининг бузилишига олиб келади ва суякда йирингли-некротик жараён ривожланишини белгилаб беради.

Патологик анатомияси. Микроскопик жиҳатдан суяк илигида кўп сонли, ҳар хил ҳажмдаги микробларга бой йирингли ўчоқлар аниқланади. Аста-секин йирингли ўчоқлар бир-бири билан кўшилиб кетади. Суякнинг зарарланган соҳаларида томирларнинг анчагина ўзгаришлари: кенгайиши, қон қуйилиши стаз, тромбоз ва тромбларнинг йирингли эриши аниқланади. Жараён атрофидаги суяк илиги сероз экссудат билан инфльтрацияланиш босқичида бўлади. Яллиғланиш ўзгаришлари суяк илигидан суякнинг озиклантирувчи каналларига ўтади, бу ерда ҳам томирлар кенгайиши уларнинг стази ва тромбози, кейин эса, уларнинг йирингли эриши кузатилади.

Томирлар доирасида тўқималар зардобли кейин эса йирингли экссудат билан бўкади, натижада суяк некрозга учрайди. Суякдаги йирингли некротик жараённинг тарқалиш кўлами касалликни чакирган, микрофлора ва организмнинг иммунобиологик ҳолати ва маҳаллий химоя кучларининг сифатларига боғлиқ. Шунинг учун айрим беморларда остеомиелит чекланган, айримларда тарқалган (диффуз) шаклда бўлади. Чеклаган ва диффуз жағ остеомиелитида суякни ўраб турган тўқималарда: суяк усти пардасида, жағ олди юмшоқ тўқималари, лимфа тугунларида яллиғланиш ўзгаришлари юзага келади.

Реактив яллиғланиш кўринишидаги коллатерал шиш пайдо бўлади. Шикастланган суяк устидаги парданинг шишуви, гиперемияси кузатилади, суяк йўғонлашиб, толалари йўқолади.

Нейтрофил лейкоцитларни ўзида жамлаган сероз экссудат йирингли экссудатга айланади, суякнинг иккала тарафидаги суяк усти пардасини ажратиб қўяди ва пастки жағ суягининг икки томонида ҳам периостит ҳосил қилади. Йирингли экссудатнинг жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарга тарқалиши содир бўлиб, абсцесслар ва флегмоналар ҳосил бўлади. Абсцесслар ва флегмоналарнинг ривожланиши жағ остеомиелитининг кечилишини оғирлаштириб қўяди. Гемодинамика ва қон ивувчанлиги тизимининг интраоссал ва периостал бузилишларидан ташқари суяк усти пардаси томирлари ва жағ олди юмшоқ тўқималарининг ўзгаришлари юзага келади. Бу суяк катта участкалари озиқланишининг бузилишига ва суяк тўқимаси жонсизланиш ҳажмининг кўпайишига олиб келади. Йирингли некротик жараён марказида ва атрофида суякнинг қон билан таъминланишининг бузилиши натижасида секвестрлар ҳосил бўлади. Улар юза (кортикал) ва яхлит (тўлиқ, суякнинг ҳамма қисми). Катта ва кичик бўлиши мумкин.

Суяк некрозидан кейин, ундан йирингли экссудат чиқиб бўлганидан сўнг, ўткир яллиғланиш жараёнлари босилиб, жараён ўткир ости босқичига ўтади. Некрозга учраган суяк атрофида томирларга бой бўлган грануляцион тўқиманинг ўсиши, секвестрнинг қисман сўрилишига олиб келади. Натижада жонсизланган суяк секин-аста соғлом тўқимадан ажралади. Секвестрация бошланади. Бир вақтнинг ўзида суяк усти пардаси ва қисман суяк томондан янги суяк тўқимаси ҳосил бўла бошлайди. Жараённинг сурункали босқичга ўтишида яллиғланиш ўчоқларининг чегараланиши, секвестрларнинг ажралиши содир бўлади. Янги суяк тўқимасининг

ҳосил бўлиши давом этиб, борган сари йўғонлашиб боради.

Остеомиелитда, янги ҳосил бўлаётган суяк тўкимаси некрозга учраган суяк атрофида секвестрал қутичани ҳосил қилади, ёш соғлом одамларда суякнинг ортиқча ҳосил бўлиши содир бўлади. Ўз-ўзидан ажралиб чиққан, ёки операция йўли билан олиб ташланган секвестрнинг ранги кир-қул ранг тусда ва четлари ғадир - будур бўлади. Секвестр олиб ташланганидан сўнг, ҳосил бўлган бўшлиқ, аста-секин ўсиб, борувчи грануляцион ва остеоид тўкима билан тўлади, у кейинчалик суякка айланади.

Жағнинг айрим жойларида грануляцион тўкимага тўлган, баъзан эса кичик ёки майда секвестрлари бўлган яллиғланиш ўчоқлари қолиши мумкин. Бу ўчоқлар яллиғланиш жараёнининг зўрайишига ва шу жараённинг узок вақт чўзилишига сабабчи бўлиши мумкин. Грануляциялар билан тўлган ва микроблар сақлаган бўшлиқ, сурункали яллиғланиш ўчоғини ҳосил қилиб, умумий ҳимоя омилларига ҳам, маҳаллий омилларга ҳам салбий таъсир кўрсатиши билан бирга, бир вақтнинг ўзида организмда аутоиммун жараёни юзага келтиради. Буларнинг ҳаммаси сурункали остеомиелитнинг узок муддат кечишига, суяк янги участкаларининг зарарланишига, жараённинг секвестрсиз кечишига замин яратади.

Одонтоген остеомиелитнинг клиник манзараси

Жағлар остеомиелитининг клиник кечиши хилма-хил бўлиши мумкин ва микрофлоранинг хусусиятларига, инфекцияга қарши ҳимоянинг носпецифик ва специфик омилларига, организмнинг бошқа индивидуал хусусиятларига, шунингдек касалликнинг жойлашуви, давомийлиги ва босқичига боғлиқ бўлади. Бу омиллар яллиғланиш реакцияларининг турли хил типлари: нормергик, гипергик ва гипоргик хилларида акс этади. Ёши қайтган кишиларда, қарияларда иммунитетнинг анчагина пасайганлиги муносабати билан гипергик реакция сусайиб анэргик холда кечиши мумкин.

Одонтоген остеомиелит кечиши уч босқичда (фазада) ўтади: ўткир, ўткир ости ва сурункали. Яллиғланиш жараёнининг қўламига қараб, чегараланган (яъни жағ суягининг бир анатомик қисми - альвеоляр ўсиқни 3-4 тиш соҳасида, ёки жағнинг танаси ёки бурчаги) тарқалган ва диффуз – турлари (жағ суягининг ярми ва ундан зиёд қисми) ажратилади.

Жағ суяқларининг у ёки бу жойларида остеомиелитнинг ривожланиши учун уларнинг анатомик тузилиши муаъян аҳамиятга эга бўлади. Юқори жағда, унинг танасида, альвеоляр ўсигида ғоваксимон модда кам, компакт пластинкада тешиқлар кўп бўлади, бу экссудатнинг периодонт ва суяқдан чиқишини осонлаштиради. Шу сабабли юқори жағ кам зарарланади ва остеомиелит кўпроқ чегараланган турда бўлади.

Пастки жағда ғоваксимон модда кўп миқдорда бўлади. Унинг компакт кавати зич, йўғон, тешиқлари кам бўлади. Экссудатнинг периодонтдан суяқ орқали чиқиши қийин бўлиб, кўпинча у ғоваксимон моддага тарқалади. Пастки жағдаги остеомиелитик жараёнлар юқоридагига қараганда, айниқса танаси ва унинг шохи соҳасида оғирроқ кечади. Бемор ранги оқаради, ёпишқоқ тер босади, кейин бош айланиши, умумий ҳолсизлик пайдо бўлади. Бошқа аъзолар ва системалар, шу жумладан ичаклар фаолиятининг бузилиши (одатда ич котади, гоҳо – ич кетади)ни қайд қилиш мумкин.

Жағнинг чекланган остеомиелитида тана ҳарорати субфебрил, лекин кўпроқ 1-3 кун мобайнида $39-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади. Эт увишиши, бир неча кун мобайнида, ёки фақат тунда профуз тер босиши мумкин. Ўртача заҳарланиш рўй беради. Жағнинг диффуз остеомиелитида тана ҳарорати баланд – $39,5-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади, ҳароратнинг эгри чизиғи “лихорадка” типиди. Ҳарорат $2-3^{\circ}\text{C}$ га кадар ўзгариб туради. Заҳарланиш турлича ифодаланган бўлади. Эт увишуви ва тер чиқиши унинг ҳарактерли симптомларидир.

Пастки жағ ости, энгак ости, баъзан олдинги бўйин лимфа тугунлари жуда катталашган бўлади, пайпасланганда оғрийди. Айрим касалларда йирингли лимфаденит ривожланади (аденоабцесс).

Жағ ўткир остеомиелитига дучор бўлган беморларда оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда, тишларни караш қоплаган, тупуги қуюқ ва чўзилувчан бўлади, оғиздан ёкимсиз, гоҳо чириган қўланса ҳид келади. Овқат ёйиши, ютиниш кўпинча қийинлашган бўлади. Альвеоляр ўсикнинг шиллиқ пардаси одатда бир неча тиш давомида қизарган бўлади ва оғиз бўшлиғи даҳлизи томонидан ҳам, тил ёки танглай тарафидан ҳам шишган бўлади.

Диффуз остеомиелитларда бу ўзгаришлар суяқнинг анчагина қисмига тарқалган бўлиб, жағнинг иккала тарафида бир қанча суяқ усти пардаси остига йирингли ўчоқлари ҳосил бўлади.

Юқори ва пастки жағлар ўткир остеомиелитининг клиник манзарасида қатор ўзига хос хусусиятлар бўлади. Юқори жағнинг ўткир остеомиелити пастки жағнинг ўткир остеомиелитига қараганда бир қадар енгил ўтади. Йиринг альвеоляр ўсиқдан юқори жағ бўшлиғига тарқалади. Бу оғрикнинг кучайиши, бурундан йирингли ажралманинг пайдо бўлиши билан давом этади. Юқори жағ остеомиелитида, дўнг соҳасида суяк усти пардасининг йирингли ўчоқлари кам ҳосил бўлади, йирингли экссудат эса чакка ости чуқурчасига ва кейинчалик чакка соҳасига тарқалади.

Жағнинг ўткир остеомиелити қон ва пешобнинг ўзгаришлари билан кечади. Улар организмнинг индивидуал хусусиятларига, носпецифик ва специфик химоя омилларининг ҳолатига ва тегишлича яллиғланиш реакциясининг хилига алоқадор бўлади.

Ўткир даврда суякнинг чекланган ва диффуз зарарланишларининг нормергик кечиши лейкоцитлар сонининг $10 \cdot 10^9/\text{л}$ дан $15 \cdot 10^9/\text{л}$ гача ошиши, нейтрофиллар сони (70-80 фоизгача), шу жумладан таёқча ядроли нейтрофилларнинг (15-20 фоиз) кўпайиши билан таърифланади. ЭЧТнинг аста-секин соатига 15 дан 40 мм гача кўпайишига мойиллик бўлади. Носпецифик иммунитет тестларининг турли хил кўр- саткичлари ўзгарган бўлиб, реакцияларнинг химоя характери ни акс эттиради. Сийдикда оксилни юқидан тортиб, то 0,033 г/л гача лейкоцитлар кўриш майдонида 20-25 донагача топилади.

Айрим ҳолатларда сийдикда оксил (0,033 дан 3 г/л гача), гематурия, цилиндрурия аниқланади.

Жағ ўткир остеомиелитининг гипергик кечишида, қонда асо- сан гемоглобин миқдори ва эритроцитлар сони камайган бўлади, лейкоцитлар миқдорининг нормал бўлиши ва камайишга мойилли- ги бўлади. Айрим беморларда лейкопения $4,0 \times 10^9/\text{л}$ гача етиши мумкин. Шу билан бир вақтда ЭЧТ норма чегарасида бўлиши мум- кин, баъзи бир беморларда, айниқса ёши катта бўлган гуруҳда ка- майган бўлади. Пешобдаги ўзгаришлар ҳар хил бўлиши ва бемор- нинг ёшига, унинг бошқа ҳасталиқларига алоқадор бўлиши мум- кин. Бирламчи ва иккиламчи иммунодефицити бор беморларда, турли хил ўзгаришлар андек альбуминуриядан тортиб, то оксилнинг кўп миқдорда бўлиши, гематуриялар, цилиндруриялар- гача қузатилади.

Қариялар ва заиф беморларда турли компенсатор реакциялар пасайган бўлади, айрим иммунитет кўрсаткичларининг дисбаланси ва ареактивлик кузатилади.

Жағ остеомиелитининг ўткир даврида рентгенограммаларда суяк ўзгаришлари аниқланмайди. Фақат айрим тишлар ёки илдизларининг периодонтитига хос патологик ўзгаришларгина кузатилиб, булар сурункали периодонтит учун характерли бўлади. Ўткир жараённинг 10-14 кунидан суяк тўқимаси деструктив ўзгаришларнинг дастлабки белгиларини, суяк усти пардасининг йўғонлашганини аниқлашга эришилади. Айрим беморларда фақатгина периостал йўғонлашув ва суяк структурасининг рентген суратда бир оз хиралашганлиги кузатилади.

Одонтоген остеомиелитнинг ўткир ости ва сурункали даври.

Таххислаш ва даволаш принциплари.

Жағ остеомиелитининг ўткир ости босқичи. Жағ одонтоген остеомиелитининг ўткир даври одатда 10-12 кундан 2 ҳафтагача, диффуз турида- 3 ҳафтагача давом этади ва ўткир ости даврига ўтади. Остеомиелитнинг ўртача кечаётган ўткир ости босқичида умумий аҳвол ва кайфият яхшиланади, уйку тикланади, иштаха очилади, ичаклар функцияси нормаллашади. Тана ҳарорати пасаяди ва бир сутка мобайнида унинг ўзгаришлари камаяди. Беморларда эрталабки ҳарорат одатдагидек 37°C дан озгина ошади. Қатор беморларда тана ҳарорати нормаллашади, баъзиларда кечки пайтда субфебрил бўлади. Суяк усти пардаси ўчоқлари, абцесс ва флегмона очилгандан кейин тўқималарда яллиғланиш ўзгаришлари аста – аста камайиб боради.

Суяк усти пардасининг йирингли ўчоғи очилган ерда йирингли ажралмаси жуда кам бўлган окма яра йўллари пайдо бўлади. Тиш катагидан грануляциялар шишиб чиқади. Зарарланган суяк соҳасидаги тишларнинг қимирлаб қолганлиги қайд қилинади, периферия бўйича турган тишлар бирмунча кам қимирлайдиган бўлиб қолади.

Қонда қизил кон кўрсаткичлари нормаллашади, лейкоцитлар шу жумладан нейтрофиллар, ЭЧТ сони анчагина камаяди. Жағ остеомиелитининг диффуз турига учраган касалларда лейкоцитлар сони фақат $12-15 \cdot 10^9/\text{л}$ гача пасайиши мумкин, лейкоцитар

формуланинг чапга сўрилиши сакланади, ЭЧТ ошган бўлади. Сийдик меъёрда ўзгарган бўлади (оксил, лейкоцитлар).

Жағ остеомиелитининг сурункали боскичида беморлар текширилганда, жағни ўраб турган юмшоқ тўкималар ва периост йўғонлашуви натижасида юз конфигурациясининг ўзгариши аникланади. Йўғонлашган суяк устидаги тери бир қадар юпкалашган ва таранглашган бўлади. Пастки жағ шохининг зарарланиши сабабли зарарланган томондаги чайнов мушагининг анчагина зичлашуви ва суяк йўғонлашуви ҳисобланади.

Остеомиелитнинг сурункали боскичида операция жароҳатларининг битиб кетиши содир бўлади. Уларнинг ўрнида суяккача борадиган оқма яра йўллари қолади, улардан йиринг ажралди, жуда кўп қонайдиган грануляциялар шишиб чиқади.

Остеомиелитнинг сурункали боскичида айрим зўрайишлар кузатилади. Улар умумий аҳвол ва кайфиятнинг ёмонлашуви, тана ҳароратининг кўтарилиши билан ҳарактерланади. Айрим ҳолатларда йиринг чиқиши тўхтаб қолса, оқма яра йўли очилиши билан ундан экссудат ташқарига қуйилади, бошқа ҳолатларда инфекция бош ва бўйин соҳасига тарқалиши мумкин, бу ерда абсцесс ёки флегмона ҳосил бўлади.

Сўнгги икки ўн йилликда сурункали жағ остеомиелити атипик формаларининг сони анча кўпайди, бунда патологик жараёнда продуктив реакциялар некротик реакциялардан устун туради. Асосан пастки жағ унинг танаси, бурчаги ва шохи зарарланади. Бу суякда эндостал ва периостал янги тузилмалар ҳосил бўлиши жуда ҳам ифодаланган бўлиши мумкин. Кўпгина муаллифлар буни пастки жағ сурункали остеомиелитининг продуктив, гиперпластик ёки гиперостоз шаклининг кўриниши деб изоҳлаб берадилар.

Касалликнинг бирламчи-сурункали кечиши ҳам бўлади, бунда касалликнинг ўткир даври ажратилмайди, анамнезда эса тиш соҳасидаги яллиғланиш ҳодисалар ҳақидагина маълумот бўлади. Ҳасталик кўпроқ ёш кишиларда кузатилади. Секвестрларнинг ажралиши беморларнинг умумий аҳволига, уларнинг ёшига, иммун реактивлигига, шунингдек секвестрнинг ҳажмига қараб, турли муддатларда кечади. Чунончи, ёш кишиларда юпқа кортикал секвестрлар 3-4 ҳафтадан кейинроқ ажралиб чиқади. Пастки жағда остеомиелитнинг чекланган турлари тиш альвеоласи деворлари, альвеоляр ўсиқнинг кичик булақлари ёки жағ танасининг секвестрациясига олиб келади.

Диффуз остеомиелит пастки жағ танасининг катта участкалари, шохининг секвестрацияси билан характерланади.

Сурункали остеомиелитнинг рентгенологик манзараси анча хилма-хил бўлади. Рентгенограммада: марказида кўпроқ кичик бўлган секвестрлар соялари бор, нотўғри шаклдаги суяк резорбциясининг битта ёки бир қанча ўчоқлари кўринади.

Некрозланган суякнинг айрим участкалари ўртасида жонсизланмаган тўқима зоналари жойлашади (расм 63). Рентгенограммада секвестрларнинг ажралиши билан бир қаторда янги тузилган суяк тўқимаси кўриниб туради, шу туфайли жағ контурлари ўзгаради, унинг чеккаси йўғонлашади ва ғадир-будур бўлиб қолади.

Бир неча йил мобайнида пастки жағ ичида секвестрлари кичик ёки уларсиз, лекин грануляциялар билан тўлган, думалоқланган майда ўчоқлар қолади. Йиллар ўтган сари склерозланиш жараёнлари бир мунча ифодаланган бўлиб қолади ва деструкция ўчоқларининг остеосклероз ўчоқлари билан алмашуви кўринади.



Расм – 63

Пастки жағнинг сурункали остеомиелитида продуктив ўзгаришларнинг ифодаланганлиги рентгенограммада суяк тўқимасининг эндостал ва периостал қайта тузилиши билан характерланади. Фоваксимон тузилишнинг хира кўриниши, унинг анчагина зичлашуви, суяк склерози қайд қилинади. Суяк тўқимаси сийрақлашувининг кичик ўчоқларини қийинлик билан қайд қилишга эришилади. Ҳосил бўлган секвестрал капсула бир қанча вақт ўтгандан кейин етарлича барқарор бўлиб қолади ва талайгина зўриқишга бардош бера олади. Лекин заифлашган ва ёши қайтган

беморларда регенерация жараёнларининг сусайиши туфайли етарлича кучли секвестрал капсула ҳосил бўлмайди.

Жағ одонтоген остеомиелитининг сурункали босқичида жонсизланган суяк участкалари тўлиқ ажралганда кон ўзгаришлари манзарасининг нормаллашуви кейинчалик содир бўлади.

Гемоглобин даражаси, эритроцитлар сони ошади, лейкоцитлар миқдори камаяди. ЭЧТ анчагина кечроқ нормаллашади.

Ўткир одонтоген остеомиелит, периодонтит, периостит қиёсий ташҳиси.

Ўткир периодонтит, ўткир пульпитдан жағнинг периоститидан, остеомиелитидан, илдиз кистаси йиринглашидан, ўткир одонтоген гайморитдан фарқ қилинади.

Ўткир периодонтитда, пульпитдан фарқли равишда оғриқлар доимий, пульпанинг диффуз яллиғланишида – хуружсимон бўлади. Ўткир периодонтитда (ўткир пульпитдан фарқли уларок), тиш атрофидаги милкда яллиғланиш ўзгаришлари кузатилади, перкуссия бир қадар оғрикли бўлади. Бундан ташқари, электроодонтометрия пульпа некрозга учраганини билдиради.

Ўткир периодонтитни жағнинг ўткир йирингли периоститидан дифференциал диагностикаси, маҳаллий ва умумий аҳволга баҳо бериш билан кечади, периоститда тана ҳарорати кўтарилади, жағ олди юмшоқ тўқималарининг коллатерал яллиғланиш шиши ва суяк усти пардаси ости йирингли ўчоқ ҳосил бўлиши, жағнинг ўтув бурмаси бўйлаб тарқок инфильтраг борлигига асосланади. Жағ периоститида тиш перкуссияси кам оғриқ беради ёки ўткир периодонтитдан фарқли равишда, оғриқ бермайди.

Ўткир йирингли периодонтитни илдиз олди кистасининг йиринглашидан ажратиш лозим. Альвеоляр ўсиқда чегаралари аниқ шиш ҳосил бўлиши, баъзан шиш марказда суяк тўқимасининг йўқлиги, рентгенограммада суякнинг думалок ёки овал шаклидаги емирилиши кистадан далолат беради.

Ўткир йирингли периодонтитни юқори жағ бўшлиғининг ўткир одонтоген яллиғланишидан фарқлаш керак, бунда оғриқ бўшлиққа яқин турган бир ёки бир нечта тишларда авж олиши мумкин. Лекин тегишли бурун катагининг битиб кетганлиги, бурун йўлидан йирингли ажралмаларининг оқиб чиқиши, бош оғриғи, умумий холсизлик, юқори жағ бўшлиғининг ўткир яллиғланиши учун хосдир. Рентгенограммада аниқланадиган юқори жағ

бўшлиғи тиниклигининг бузилиши одонтоген гайморитдан далолат беради.

Ўткир периоститнинг жағ ўткир остеомиелити билан умумий ва маҳаллий симптомларига кўра дифференциал диагностикаси ўтказилади. Жағнинг ўткир остеомиелитида альвеоляр ўсиқ ва жағ танасининг иккала томонида тўкималарнинг яллиғланиш ўзгаришлари кузатилади (жағ суяги муфтасимон кенгайган, икки томонда периоститга хос ўзгаришлар).

Ўткир периоститда перкуссия битта тиш соҳасида кучли оғрик беради, остеомиелитда бир нечта тишлар соҳасида қаттиқ оғрик беради, айна вақтда касаллик манбаи бўлган тиш, перкуссияда қўшни интакт тишларга қараганда камрок реакция беради.

Лаборатория маълумотларида лейкоцитоз, ЭҚТ ва бошқалар ушбу ҳасталиқларни фарқ қилиш имконини беради.

Флегмона билан асоратланган жағ остеомиелитини абсцесслардан ва флегмоналардан ажрата билиш лозим. Касалликнинг бошланиши ана шу касалликларнинг фарқ қилувчи характерли белгиси ҳисобланади: остеофлегмонада яллиғланиш ходисаларининг фокуси қатор тишлар, суяк усти пардаси, жағнинг альвеоляр ўсиги ва танаси соҳасида бўлиб, у кейин юмшоқ тўкималарга ўтади, абсцессларда ва флегмоналарда яллиғланиш ўзгаришлари фақат юмшоқ тўкималарда жойлашган бўлади.

Жағнинг сурункали остеомиелитининг (айниқса катакли гиперпластик шаклини) ўзига хос специфик ёки махсус зарарланишлардан актиномикоздан, сил, захмдан ажратилади. Касалликнинг ўткир бошланиши, захарланишнинг анчагина ифодаланган аломатлари суякнинг ўзига хос зарарланишлари учун хос эмас.

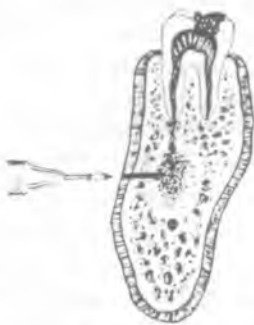
Даволаш жарроҳлик операцияси, суякдаги ўнга яқин турган юмшоқ тўкималардаги йирингли ўчоқларга бирламчи ишлов беришдан ва яллиғланишга қарши, дезинтоксикацион, умум қувватловчи, рағбатлантирувчи, симптоматик даводан иборат бўлади.

Операцияларнинг характери ва ҳажми, комплекс дори терапияси, физикавий усуллар ва бошқа даво таъсирлари организмнинг умумий аҳволи, касаллик патогенези хусусиятлари ва маҳаллий клиник симптоматикаси билан белгиланади.

Маҳаллий даво аввало жағ йирингли ўчоқларига шошилишч бирламчи жарроҳлик ишлови беришни (инфекция манбаи тишни олиб ташлаш) ва йирингли ўчоқларни суяк усти пардаси ва жағ

атрофи юмшоқ тўқималарини очиш, йирингли яраларни дренаж қилиш ва даволашни кўзда тутати.

Ўткир остеомиелитнинг бошланғич даврида тишни олиб ташлаш остеоперфорация йиринг оқиб кетишини таъминлаб беради. Расм - 64.



Расм - 64

Айрим заифлашган беморларда, бошқа касалликлар қўшилганда, ўткир яллиғланиш ходисалари бартараф этилмагунча тишни олиш, қолдирилиши ёки иккинчи даражали операция бўлиши мумкин, шунингдек операция техник жиҳатдан қийин бўлганда - тиш силжиб қолганда, тишни қисиш қийинлашганда, илдизлар гиперцементозида ва бошқа ҳолатларда тиш режали равишда олинади.

Йирингли яраларни ювиш, инстиляция, чайиш, турли антисептик эритмалар, нитрофуран, антибактериал, иммун препаратларини ишлатиб, парвариш қилишга катта аҳамият бермок лозим. Яралар йирингдан тозаланиб бўлингандан кейин физикавий даво усуллари: соллюкс-лампа билан нур бериб даволаш, УЮЧ, димексидни, кальций хлорид билан қўшиб ионфорез, гелий-неон лазери билан даво қилиш тайинланади.

Суяк катта қисмининг некрози, шунингдек асоратлар ривожланиши билан давом этадиган жағ ўткир остеомиелити гиперергик кечишида жадал терапия талаб қилинади. Антибиотиклар, сульфаниламидлар, нитрофуранлар, десенсибилизацияловчи воситалар билан бирга гемодинамик ва метаболит жараёнларни коррекция қилиш ва организм аъзолари ва системалари фаолиятини таъминлаш ўтказилади. Антиген стимуляторларни буюриш яъни актив иммун терапия тавсия

этилмайди. Фақат иммунотерапия ўтказилиши мумкин. Касаллик оғир кечганда, айниқса буйрак усти пўстлоғи етишмовчилигида глюкокортикоидларни тайинлаш кўрсатилган. Ўткир остеомиелитнинг гипергик кечишида терапия умум қувватловчи ва стимулловчи чоралар кўришдан бошланиши зарур. Ажратилган микрофлорани антибиотикларга нисбатан сезувчанлиги аниқланиб, тайинлаш мақсадга мувофиқдир. Ўзига хос фаол иммунотерапия ва антиген стимуляторлар қўлланилади.

Антибиотиклар билан даволашдаги асоратлар: 1) аллергия реакциялар, 2)токсик реакциялар 3) дисбактериоз ривожланиши ҳақида унутмаслик керак.

Жағ ўткир остеомиелити бўлган беморларда айнан шу асоратларнинг олдини олиш муҳимдир, чунки касаллик ҳамма вақт сенсibiliзацияланган ва аллергияли организмда ривожланади, бунда шу реакцияларнинг рўй бериш эҳтимоли айниқса юқори бўлади.

Юз-жағ ва бўйин соҳаси абцесс ва флегмоналари.

Юз-жағ соҳаси яллиғланиш касалликлари жарроҳлик усули билан даволанадиган касалликлар орасида энг катта қисми ташкил этади. Бу касалликларнинг шакллари хилма - хилдир, улар бир тиш пародонти билан чегараланиб ва безовта қилмайдиган касалликдан жағ суяги ва атрофидаги юмшоқ тўқималар йирингли тарқалган ҳаётга хавф солувчи шаклларда ҳам учрайди. Бу касалликлар болаларда ва катталарда учраб, стоматологик бўлимлар беморлари орасида кўпчиликни ташкил қилади. ТМА 3-клиникаси болалар стоматология бўлимининг кўп йиллик ҳисоботлари таҳлил қилинганда, бу касаллик билан даволанганлар бўлимнинг 50% ўрин-ларини банд қилгани аниқланган. Охириги ўн йил ичида тиббиёт соҳасида эришилган катта ютуқлар, шу жумладан стоматология соҳасидаги ютуқларга қарамай, бу кўрсаткич қамайгани йўқ, аксинча яллиғланиш касалликларининг оғир, ҳаётга хавф солувчи шакллари кўп учраб турибди. Бунинг сабабини кўпчилик олимлар яллиғланиш чақирувчи инфекциянинг антибиотикка нисбатан турғунлиги ошганлигида деб тушунтиришмоқда.

Яллиғланишни одатда йиринг ҳосил қилувчи кокк инфекциянинг (стафилококк, стрептококклар) бир хили ёки бир неча хиллари йиғиндиси чақиради. Одатда яллиғланиш чақирувчи микроблар оғиз бўшлиғи аъзоларида ва терида истиқомат

килувчилардир. Улар орасида анаэроблар, замбуруглар, туберкулёз микобактериялари, спирохеталар ва бошқалар учрайди. Яллиғланиш чақирган инфекцияга қараб, ҳамма йирингли яллиғланиш касалликлари иккита катта гуруҳга бўлинади носпецифик (йирингли) ва специфик (актиномикоз, туберкулёз, захм, (сифилис) куйдирги ва бошқалар).

Инфекцияни юз-жағ ва бўйин тўқималарга кириш йўллари хилма-хил бўлади. Инфекция тиш атрофидаги тўқималар ва канали орқали тушса одонтоген деб аталади.

Инфекция бошқа йўллар билан тушиб чақирган яллиғланиш касалликлари ноодонтоген деб аталади. Инфекция жағ тўқималарига жароҳатланган ёки яллиғланган оғиз шиллик қавати орқали стоматитларда (стоматоген), тери орқали теридаги ярачақа, чипқон, хўппос, сарамасда, (дерматоген) бодом безларининг яллиғланишида (тонзиллоген), кулоқ касалликларида(отоген), бурун шиллик қаватининг яллиғланиш касалликларида (риноген) бўлиши, мумкин.

Айрим ҳолларда, инфекция юз-жағ тўқималарига кон томирлар орқали узоқда жойлашган яллиғланиш манбааларидан тушиши мумкин(гематоген). Одатда бу йул билан яллиғланиш болаларда учрайди.

Юз-жағ, бўйин сохалари абсцесс ва флегмоналари этиологияси. Абсцесс ва флегмоналарнинг кўзгатувчилари аралаш микрофлорадир. Улар орасида ичак ва бошқа таёқчалар, бошқа турдаги кокклар билан симбиозда стафилококклар ва стрептококклар кўп учрайди. Микрофлора ичида энг кўп кўзгатувчи сифатида оқ ва тилларанг стафилококк ажратилади. Кейинги йилларда флегмоналарнинг ривожланишида анаэроб инфекциянинг роли катталиги аниқланиб,улар ичида спора ҳосил қилмайдиган - бактероидлар кўпроқ, клостридийлар эса камроқ учраши аниқланган. Текширувлар натижасида аэроб ва анаэроб бактерияларнинг биргаликда учраши ҳам кузатилган. Одонтоген абсцесс ва флегмоналарнинг этиологиясида аралаш учрайдиган стафилококклар, стрептококклар ва бошқа симбиозда учрайдиган микрофлора ярадан олинган ажралмаларда топилган. Худояров И., Эшбадалов Х.Ю. (1999) маълумотига кўра , тарқалган флегмоналар ажралмаларида 100% микроблар аниқланган, шулардан фақат 11,4% монокультура ва 88,6% ассоциацияда учраган. Текширилганлар орасида 86,6% мутлақ анаэроб спора ҳосил

қилмайдиган микроорганизмлар аниқланган. Уларнинг ичида 58,2% Bacteroid туркуми, 31,5% Fuzobacterium туркумидаги штаммлар аниқланган.

В.В.Кравчёнко ва В.П.Решетникова (1999) яллиғланиш касалликлари чакирувчиларининг оғизда учрайдиган микробларини беш гуруҳга мансубини аниқлаган: бактериялар, спирохетлар, замбуруғлар, содалар ва вируслар. Булардан ташқари ташқи муҳитдан оғиз бўшлиғига кирган ичакка хос микроблар ҳам учраган.

Айрим муаллифларнинг (Соловьев М.М., Худоёров И.А.-1979, Махкамов Э.У. ва бошқалар 1991 й.) маълумотларига кўра абсцесс ва флегмоналарнинг ривожланишида 86.6-95% одонтоген инфекция сабабчи ҳисобланади. Улар ўткир ва сурункали периодонтнинг ўткирлашуви натижасида апикал ўчоқлардан инфекциянинг тарқалиши туфайли, шунингдек ақл тиш чиқиши қийинлашганида, радикуляр киста йиринглаганда, альвеолит ва парадонт касаллиги ўткирлашувидан вужудга келади. Юз-жағ соҳаларининг абсцесс ва флегмоналари - ўткир ва сурункали остеомиелит, ўткир периостит асорати ва ҳамроҳ касаллиги бўлиши мумкин. Тишдан ташқари, бошқа инфекция кўзғатувчилар манбалари оғиз бўшлиғи, бурун бўшлиғи ва юқори жағ бўшлиқларининг шиллиқ каватида, юз ва бўйин терисида, камрок – кўз конъюнктивасида бўлиши мумкин.

Одатда микроблар тўқимага тушган жойида маҳаллий химоя омиллари ёрдамида бартараф қилинади, айрим ҳолларда лимфа томирлари орқали лимфа тугунларига етиб боради ва шу ерда утириб қолади ва фагацитозга учрайди. Агарда лимфа тугунларида микроблар бартараф қилинмаса, улар кон томирларга сўрилиб кон билан бошқа тўқима ва аъзоларга етказилиши мумкин. Тушган жойида микроблар купаяди, айримлари экзотоксинлар ишлаб чиқаради. Микроблар парчаланиши натижасида токсик моддалар эндотоксинлар тўқимага ажралади. Улар антигенлик хусусиятга эга бўлиб, тўқимада патологик узгаришлар чақиради.

Эндотоксинлар специфик хусусиятларга эга эмас, аммо тушган жойида тўқима структурасини бузилишига ва пировард натижа-яллиғланиш жараёнини бошлаб юборади. Бу жараён биологик мохияти-микроб тушган ва яллиғланиш жараёни кечаетган соҳани чегаралаш, микробларни зарарсизлантириш ва чиқариб ташлашга қаратилган.

Тишдан ташқари инфекциянинг бошқа манбалари оғиз бўшлиғи, бурун бўшлиғи ва юқори жағ бўшлиқларининг шиллик қаватида, юз ва бўйин терисида, камрок – кўз конъюнктивасидан тўқималарга тушиб яллиғланиш чақириши мумкин.

Жағ атрофидаги абсцесс ва флегмона кўпрок 20-30 ёшдагиларда учрайди, бу шу ёшдагиларда тишларнинг кариес билан зарарланиши ва ақл тишлар кийин чиқиши билан боғлиқдир. Абсцесс ва флегмоналарнинг ривожланишида мавсумийлик кузатилади, улар ёз ва куз даврида кўпрок учрайди.

Юз ва бўйин соҳасидаги ўткир йирингли яллиғланиш касалликлари ривожланиши ва кечиши: а) микрофлоранинг концентрацияси ; б) организмнинг умумий ва маҳаллий хусусий ва хусусий бўлмаган химоя факторларига, в) ҳар ҳил аъзо ва тизимларининг ахволига, шунингдек, г) тўқималарнинг анатомо-топографик хусусиятларига боғлиқ бўлади. Кузатувлар шуни курсатадики инфекциянинг юз-жағ тўқималарига тушиши ўзи, касалликни чақириш учун етарли эмас. Яллиғланиш бошланиб, ривожланиши учун инфекция микдоран кўп ва касаллик чақириш қобилияти баланд бўлиши керак.

Йирингли яллиғланиш жараёни бошланиши учун микроблар тўқимага тушуши узи етарли эмас, улар сони билан кўп бўлиши ва 1 гр. тўқимадан критик сон 10^5 ошиши керак.

Яллиғланиш жараёни бошланиши учун икки шартдан бири бўлиши керак. Бир макроорганизм химоя кучлари пасайиб, микробларга қаршилиги камайиши керак, ёки микрооранизмлар сони ва хусусиятлари макроорганизмнинг қаршилиқ кучларидан устун келиши шарт, мувозанат бўлса, касаллик ривожланмаслиги мумкин. Бу муовозанатни тамъинлашда оғиз бўшлиғи микробга қарши маҳаллий химоя факторлари иштирок этади, улар: оғиз бўшлиғи шиллик пардаси, сўлак, бириктирувчи тўқима, лимфатик тугунлар, жағ суяғи илиги. Яллиғланиш жараёни ривожланишига бир вақтда салбий таъсир этувчи омиллар ҳам таъсир этади улар: оғиз суюқлиги тартибидаги айрим ингредиентлар йуқлиги ёки камлиги, тиш олиш билан боғлиқ бўлган жароҳат, бактериемия, оғиз бўшлиғи гигиенасининг ёмонлиги, тишдаги бляшкалар, патологик тиш милк чунтақлари, ажралмалари, кариес қаваги ва тиш каналларидаги бузилган тўқима. Яллиғланиш жараёнидан олиб текширилган ажралмалар шуни кўрсатадики, инфекциянинг

патогенлик хусусиятлари кўп ҳолатда паст. Шунга қарамай, улар чуқур ва тарқалган яллиғланиш чакиради.

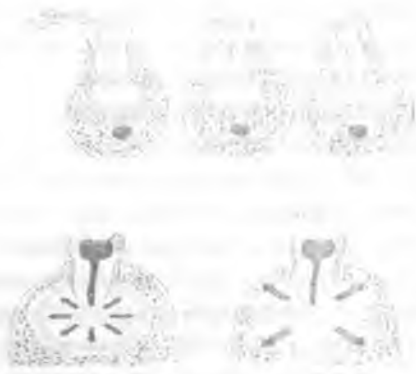
Клиник ва экспериментал изланишлар натижасида (С.М.Дерижанов, Г.А.Васильев, И.Худояров, М.И.Азимов ва бошқалар) яллиғланиш процесси ривожланиши учун микроб тушишидан ташқари бемор организми шу микробга сезувчан бўлиши керак. Сенсibiliзация ҳолати юзага келиши одатда узок муддат сурункали инфекция ўчоқларида микроб ва токсинлари тўқималарнинг парчаланиши натижасида ҳосил бўлган антигенларга қарши ишлаб чиқилган антителалар юзага келтиради. Организм сенсibiliзацияга учраганидан сўнг, нопатоген микроб тушиши натижасида тез ривожланган ва тарқалган яллиғланиш жараёни Артюс-Сахаров феноменига ўхшаш яллиғланиш жараёни шаклланиши мумкин. Аммо яллиғланиш жараёни сенсibiliзациялашган организмда ҳар қандай инфекция натижасида ўткир ва тарқалган шаклда кечади дегани эмас. Бунда, тушган микроб касаллик чақиритиш хусусиятлари яллиғланиш кечишининг узгарувчанлигини белгилайди. Масалан нопатоген стафилококк кўпроқ яллиғланиш процессларини жағ суяги атрофидаги юмшоқ тўқималарда келтириб чиқаради, патоген стафилококк эса, жағ суяқларининг тарқалган яллиғлашига сабаб бўлади. Анаэроб микроблар чақирган яллиғланиш ўзига хос кечади. Бундай ҳолатларда биринчи ўринда организмнинг заҳарланиши намоён бўлади. Яллиғланиш жараёнида тўқималарнинг экссудатив яллиғланишидан некротик процессларнинг устунлиги намоён бўлади.

Таъкидлаш зарур одонтоген яллиғланиш хусусияти шундаки, тиш қаттиқ тўқималари емирилиши натижасида яллиғланган пульпа некрозга учраганидан сўнг, тиш илдизининг найчаси очик қолади, яллиғланиш жараёнларида у табиий йулар билан тикланиш ҳисобига ёпилмайди. Агарда тиш найчаси сунъий усулда ёпилмаса у доимо тиш пародонтини инфекциялаб туради ва сурункали инфекция манбаасини ҳосил қилади. Маълум бир давргача бундай инфекция манбааси ва макроорганизм орасида ўзига хос мувозанат ҳосил бўлади. Айрим ҳолларда организмда бу яллиғланиш жараёнини чегаралашга қаратилган процесслар кечиби, тиш илдизи учи атрофида бириктирувчи тўқимадан капсула ҳосил бўлади. Бу капсула микроблар тарқалиши ва уларнинг парчаланиши натижасида ҳосил бўлган антигенларни қон томирга

сўрилишини чегараласа, иккинчи томондан, инфекциян ўчоққа иммунитетнинг хужайравий ва гуморал факторлари таъсирини камайтиради. Агарда, илдиз учи атрофида кечаётган яллиғланиш жараёнидан ҳосил бўлган модда, тиш ёнидан периодонтал оралик, ёки илдиз учи окма йулидан чиқиб турса, бу муовозанат узоқ сақланиб туриши мумкин. Шу мувозанат бузилса, яллиғланиш жараёни ўткирлашади ва кенг қўламни олиши мумкин. Сурункали яллиғланиш ўчоғининг ўткирлашувига кўп омиллар таъсир қилади. Шулар орасида микроб вирулентлигининг ошиб кетишини таъкидлаш зарур. Одатда бу ҳолат чегараланган сурункали яллиғланиш жараёнидан ҳосил бўлган экссудатнинг тиш найчасидан чиқиб туриши тўхтаб қолганда бўлади. Овқат қолдиқлари ёки инфекциядан тоза бўлмаган тиш найчаси даволаш мақсадида пломба билан ёпилиши, бунга сабаб бўлади. Ҳосил бўлаётган моддага чиқиш йўли ёпилгандан сўнг, микроб ва унинг токсинлари, ўлик тўқима маҳсулотлари микдоран ошиб боради, улар диффузия ва осмос қонунларига бўйсинган ҳолда, яллиғланишни чегаралаб турган, бириктирувчи тўқимадан ҳосил бўлган капсуладан атрофидаги тўқималарга ўта бошлайди. Яллиғланиш жараёни жалб этилган тўқималар ва тарқалишига қараб, ҳар хил шаклда кечиши мумкин. Айрим ҳолларда бу периодонтитнинг ўткирлашган шакли ёки яллиғланиш бошқа хили сифатида намоён бўлади.

Сурункали яллиғланиш жараёнида ҳосил бўлган бириктирувчи тўқимали капсуланинг бузилишига олиб келувчи омиллардан, бу периодонтитли тишни суғуриш ёки чайнаётганда периодонтга каттик босим курсатиш, кучли босим таъсирида капсула ёрилиб, ичидаги тўпланган суюқ модда атрофга ўтиши кузатилади. (Расм – 65).

Яллиғланиш жараёни фақатгина маҳаллий таъсирлардангина эмас, балки макроорганизм касалликка қарши кучларининг сусайиши натижасида келиб чиқиши кузатилади. Жумладан организм совуқда қолиши, ёки хаддан зиёд кизиб кетиши, хаддан куп ультрабинафша нурларида товланиши, жисмоний ва рухий толиқиш, ёки ҳар хил касалликлар (грипп, юқори нафас йўллариининг ўткир яллиғланиши ва иммунологик қаршилиқни сусайтирувчи бошқа касалликлар) натижасида келиб чиқиши мумкин.



Рисм - 65

Яллиғланиш жараёнидан ўчоқдан инфекция атрофга кон томирлари ёки нерв толалари атрофидаги клетчаткадан перивазал ва периневрал йуллар, мушак оралиғи клетчаткадан тарқалади. Суяк, фасция, апоневроз каби тўқималар инфекция йўлини чегаралаш хусусиятига эга. Аммо инфекциянинг буларни юзасидан ёки ичидаги кон ва лимфа томирлар атрофидан тарқалади (per. continuutatum- узунасига)

Патологик анатомияси. Йирингли яллиғланиш касалликлари юз-жағ ва бўйин соҳаларида абсцесс ва флегмоналар тери ости, мушаклараро, фасциялараро, мушак тўқималарида кечади. Тўқимага кирган микроблар кон томирга якин ва унинг атрофида тўпланади, тўқималарда яллиғланиш жараёни ривожланади. Яллиғланиш жараёнида куйидаги босқичлар фарқланади: 1-шиш, 2-қизариш, 3- тўқималарнинг йирингли эриши, 4-некроз, 5-грануляцияли кобик ҳосил қилиб чегараланиш.

Клетчатканинг зардобли яллиғланиши целлюлит (у илгариги газак терминига мос келади), чегараланган йирингли яллиғланиш жараёни - абсцесс ва тарқалган йирингли яллиғланиш жараёни бўлган флегмона билан фарқланади.

Патологоанатомик жиҳатдан, абсцесс ривожланишида клетчаткада зардобли, зардобли-йирингли ва кейинчалик девори грануляциянон тўқима билан қопланган бўшлиққа ўхшаш чегараланган йирингли яллиғланиш тушунилади. Йирингли ўчоқда некротик жараёнлар камроқ кузатилади. Зардобли-йирингли яллиғланишда ва флегмонадаги шиш босқичи ҳар хил даражага бўлинадиган. Айрим пайтларда тарқалган зардобли, зардобли йирингли яллиғланиш ус-

тун келса, бошқаларида (чирикли-некротик флегмоналарда) тўқималар гемодинамикасининг сезиларли бузилиб клетчаткада, мушакда, фасцияларда некроз кузатилади.

Йирингли ёки йирингли-некротик ўчоқлар ўз ўзидан, ёки операция йўли билан очилгандан сўнг, ўткир яллиғланиш белгилари пасаяди. Лейкоцитлар инфильтрацияси ва кейинчалик грануляцияли тўқиманинг ривожланиши натижасида яллиғланиш ўчоғи чегараланади. Некрозга учраган тўқималар секинлик билан ажралади ва қисман сўрилади. Қон айланиши меъёрига келади. Некрозланган соҳаларнинг ўрнини бириктирувчи тўқима тўлдиради.

Клиник кечиши: Йирингли яллиғланиш жараёнининг ривожланишида ва кечишида уч етакчи омил катта аҳамиятга эга: тўқимага тушган микроблар тури, хусусиятлари ва сони 2)микроб тушган тўқиманинг анатоми-топографик хусусиятлари 3)организм химоя вазифасини бажарувчи носпецифик ва специфик химоя механизмлари (хужайра ва гуморал иммунитет)

Маҳаллий ва умумий омилларнинг ўзаро муносабатидан келиб чиққан ҳолда, юз-жағ соҳаси ва буйин йирингли яллиғланиш касалликлари одам организмими яллиғланиш жараёнига маълум турдаги реакциясини шакллантиради: нормергик, гиперергик, гиперергик. Бу уч турдаги яллиғланишга хос булган клиник белгилар намоён бўлиши организм носпецифик ва иммунологик химоя тизимига боглик.

В.М.Безруков ва Т.Г.Робустова (2000) яллиғланиш нормергик кечиши организм шу жараёнга адекват жавоби билан намоён булади деб ҳисоблайдилар.

Нормергик типдаги яллиғланишда локал йирингли яллиғланиш жараёнига организмнинг химоя кучлари адекват жавоб беради. Организмнинг иммунологик ва носпецифик реактивлиги химоя кучлари курсаткичлари узгаришлари улар активлашганини курсатади. Касаллик клиник белгилари ўртамиёна бўлиб, бир томонлама йуналади: бемор ахволи ўртача, яллиғланиш жараёнида бир оз оғрик, тана ҳарорати субфебрил, организм енгил даражада захарланиши, шулар билан бир вақтда яллиғланишга хос бўлган маҳаллий касаллик белгилари яққол намоён булади.

Гиперергик шаклдаги яллиғланиш реакциясида носпецифик резистентлик ва имунологик химоя омиллари бузилиши натижасида касаллик оғир кечиши билан намоён булади. Гиперергик реакцияси билан кечаётган йирингли яллиғланишларда

беморнинг умумий ахволи оғир бўлади, тана ҳарорати 39°C ва ундан юқорига кўтарилади, 2-3⁰ фарқи билан кўтарилиб тушади ва ошиб бораётган заҳарланишдан далалат беради.

Одатда бундай кечиш бир ҳафтадан кейин, яллиғланиш умумий ва маҳаллий белгилари кучайиб боради. Микробли агрессия ҳисобига, келиб чиққан оғир заҳарланиш, химоя реакцияларининг, шунингдек иммунологик реакцияларнинг коникарсизлиги ва хавfli даражаға етган кучли сенсibiliзация, ўткир нафас етишмовчилиги, сепсис ва шокка олиб келиши мумкин. Беморларда лейкоцитоз ($20 \cdot 10^9/\text{л}$ ва юқорирок), ЭЧВ $50 \cdot 70$ мм/с гача ошиши кузатилади.

Кейинги йилларда жағ атрофи флегмоналари клиник кечишида бир қатор ўзгаришлар рўй берди. Касалликнинг кўзгатувчиси шартли патоген микроблар бўлса антиген субстанцияларнинг таъсири кучсиз бўлганда касаллик секинлик ва сустилик билан кечади.

Беморнинг умумий ахволи коникарли бўлган ҳолатда яллиғланиш секин ва кучсиз кечади. Тана ҳарорати меъёрида ёки субфебрил, заҳарланиш яққол билинмайди. Бемордаги маҳаллий касаллик белгилари умумий белгилари билан мос келмаслиги кузатилади.

Гипергик реакция билан кечадиган флегмоналар айрим ҳолларда икки соҳада жойлашади, бунда лейкоцитлар сони ўзгармайди ($6-8 \cdot 10^9/\text{л}$ дан кўпмас), ЭЧВ $10-15$ мм/с ошмайди. Айрим беморларда лейкоцитлар сони $4,5 \cdot 10^9/\text{л}$ гача камаяди, лимфопёния кузатилади, ЭЧВ $30-40$ мм/с гача ошади.

Кекса ёшдаги одамларда, бирламчи ва иккиламчи иммун танқислиги бор беморларда, флегмонанинг клиник кечишида ривожланишида ва оқибатида ўзига хос хусусиятлари кузатилади. Бу тоифадаги беморларда флегмона гиперергик реакция шаклида ривожланиши, касаллик секин ва кучсиз кечиши, ҳаётни таъминловчи тизими умумий бузилишининг чуқурлашиши, бир бирига мос тушмайди. Айрим пайтларда септикопиемия асорати ривожланади. Шунга қарамай лейкоцитлар сони, ЭЧВ меъёрида ёки пасайган бўлиши мумкин. Юрак қон томир, нафас тизими хасталиклари, қандли диабет билан оғриган беморларда флегмона гиперергик декомпёнсацияланган реакция типида кечади. Бемор умумий ахволи оғир, қалтираш, заҳарланиш белгиларининг яққоллиги, организм кўп тизимларининг кескин бузилиши

йирингли жараённинг юз-жағ ва бўйиннинг 4-5 бўшлиқларига тарқалиши ҳаёт учун хавfli асоратлар ривожланиши билан кечиши мумкин. Қон кўрсаткичлари оғир септик ҳолатга тўғри келмайди. Лейкоцитлар сони салгина кўпайган, меъёрида ёки пасайган. ЭЧВ 2-3 ҳафта давомида меъёрида, кейинчалик 60 мм/с ва ундан ҳам кўпаяди.

Абсцесс ва флегмоналарнинг маҳаллий клиник кўриниши юз-жағ ва бўйин соҳаларининг анатоми-топографик хусусиятларига боғлиқдир.

Анатоми-топографик жойлашиш нуқтаи назаридан, одонтоген абсцесс ва флегмоналарни шартли равишда 2 гуруҳга бўлинади.

1. Жағ атрофи абсцесс ва флегмоналари: 1) пастки жағга ёндош тўқималарда, 2) юқори жағга ёндош тўқималарда. Бу кичик гуруҳлар ўз навбатида юзаки: а) кўз ости, лунж соҳалари, б) пастки жағ ости, дахан ости учбурчаги, қулок олди-чайнов ва чуқур: а) чакка ости, канот танглай чуқурчаси, б) канотсимон-пастки жағ, юткин ёни бўшлиқлари, тил ости оғиз бўшлиғи тубиларига бўлинади.

2. Жағ атрофидаги абсцесс ва флегмоналар биридан-бирига тарқалиши ҳисобига (ёнок, чакка соҳалари, кўз соккаси, жағ орти ва бўйин соҳалари) тил абсцесс ва флегмоналари ривожланган.

3. Юз ва бўйин тарқалган флегмоналари



Расм -

Юз-жағ соҳасидаги абсцесс ва флегмоналарнинг клинико-анатомик тавсифи

Абсцесс ва флегмоналар жойлашиши	Анатомик соҳа ва ораликларнинг чегаралари	Инфекция тушиш йуллари ва асосий манбаалари	Инфекцион ялғиланиш ўчоқларини кесиш
----------------------------------	---	---	--------------------------------------

Кўз ости соҳаси	<p>Юқориси кўз косаси пастки кирраси, пасткиси юқори жағнинг катаксимон алвезляр ўсиғи, ичкариси ноксимон тешикнинг кирраси.</p> <p>Ташқариси ёнок жағ чоки.</p>	<p>5432 2345. Буруннинг ён томони ва лунж соҳаларидан инфекциянинг тарқалиши натижасидаги иккиламчи зарарланиш.</p>	<p>Жараён чуқур жойлашганда (ит чуқурчаси соҳасида) оғиз дахлзги юқори гумбазли буйича оғиз ичидан кесиш. Жараён юза жойлашганда, тери қоплами тарафидан кўз косаси пастки киррасига ёки бурун лаб бурмасига параллел қилиб кесилади.</p>
Ёнок соҳаси	<p>Юқориси чакка соҳасининг олдинги пастки қисми ва кўз косасининг пастки кирраси, пасткиси - лунж соҳасининг олдинги юқори қисми, олдингиси ёнок жағ чоки, орқа ёнок чакка чоки.</p>	<p>654 456 тишлар лунж ва чакка ости соҳаларидан инфекциянинг тарқалиши натижасидаги иккиламчи жараён.</p>	<p>Тери қоплами тарафидан юз нервининг жойлашши хисобга олиб, ёнок соҳасида кесма ўтказиш.</p>
Кўз косаси соҳаси	<p>Кўз косаси деворларига мос тушади</p>	<p>543 345 тишлар юқори жағ бўшлиғи инфекцияси. Чакка ости ва қанот танглай чуқурчалари. Кўз ости соҳаси ва қанотсимон жағ бўшлиқларидан тарқалиши натижасидаги иккиламчи зарарланиш.</p>	<p>Тери қопламалари тарафидан кўз соҳасининг юқори ташқари ва пастки ташқари киррасидан кесиш. Юқори жағ бўшлиғи орқали кўз косаси тубининг орқа қисмини олиб ташлаш.</p>
Лунж соҳаси	<p>Юқориси ёнок суягининг пастки кирраси, пасткиси пастки жағнинг пастки кирраси, олдингиси - ёнок жағ чокини оғиз бурчаги билан туташтирувчи чизик, олдингиси чайнов мушағи олдинги кирраси.</p>	<p><u>87654</u> <u>45678</u> 87654 45678 тишлар инфекциянинг кўз ости қулоқ олди чайнов ва чакка ости соҳаларидан тарқалиши натижасидаги иккиламчи жараён.</p>	<p>Лунж соҳасида тери қоплами тарафидан юз нерви тармоқларига ёки бурун лаб бурмасига параллел қилиб кесиш. Оғиз бўшлиғи тарафидан қулоқ олди сўлак беши чиқарув найича параллел қилиб (ундан юқоридан ёки пастдан) кесиш.</p>
Чакка ости чуқурчаси	<p>Юқориси - асосий суякнинг чакка ости кирраси, олдингиси юқори жағ думбоғи ва ёнок суяги, орқаси - битизсимон ўсиғи ундан бошла-</p>	<p>87 78 тишлар, инфекциянинг лунж, қулоқ олди - чайнов соҳалари ва қанотсимон - пастки жағ бўшлиқларидан тарқалиши</p>	<p>Оғиз бўшлиғи тарафидан катта озиқ тишлар тепасидан ўтиш бурмаси бўйлаб кесиш, тери қопламаси</p>

	нувчи мушаклари билан, ичкарисиси асосий суяк канотсимон ўсигининг ташки пластинкаси, ташқарисиси пастки жағ шохининг ички юзаси	натيجасидаги иккиламчи жараён ва анестезия пайтидаги инфекция тушиши.	тарафидан чакка мушакни олдинги кйрраси буйлаб, ёнок ости соҳасидан, жағ ости соҳасидан (пастки жағдан медиал канотсимон мушакни қисман ажратиб) кесиш.
Чакка соҳаси	Юқоригиси ва орқаси- чакка чизиги, пасткиси асосий суякнинг чакка ости кйрраси, олдингиси ёнок ва пешона суяклари, ичкарисиси - чакка, асосий суяклардан ташкил булган чакка майдончаси, ташқарисиси ёнок ёйи.	Иккиламчи зарарланишлар: инфекциянинг чакка ости чуқурчасидан, кулок олди чайнов соҳасидан тарқалиши натيجасида чакка соҳасидаги яра ва шу соҳа терисидаги инъекцион яллиғланиш туфайли.	Тери қоплами тарафидан ёнок ёйига параллел ва чакка мушаги толалари йуналишига параллел кесиш. Чакка мушаги олдинги кйрраси буйлаб, чакка мушакнинг бош суяги гумбазига бирлашган чизиги буйлаб ёйсимон кесиш.
Кулок олди чайнов соҳаси	Юқоригиси ёнок суяги ва ёйининг пастки кйрраси, пасткиси - пастки жағ танасининг пастки кйрраси, олдингиси -чайнов мушакнинг олдинги кйрраси, орқаси -пастки жағ шохининг орқа кйрраси.	8 8 тишлар, инфекциянинг лунж соҳаси, чакка ости чуқурчаси, кулок олди сулак безидан, ҳамда лимфоген йул билан тарқалиши натيجасидаги иккиламчи зарарланиш.	Тери қоплами тарафидан юз нервининг толаларига ва пастки жағ пастки кйррасига параллель қилиб кесиш.
Жағ орти соҳаси	Юқориси -ташки эшитув йулнинг пастки девори пасткиси -кулок олди сулак безининг пастки қисми, олдингиси - пастки жағ шохининг орқа кйрраси ва медиал канот-симон мушак, орқаси чакка суягининг сўрғичсимон усиги ва тўш умров сўрғичсимон мушак, ичкарисиси бигизсимон ўсик ўнга бирикувчи мушаклари билан, ташқарисиси кулок олди чайнов фасцияси	Инфекциянинг кулок олди чайнов, жағ ости соҳаларидан ва канотсимон пастки жағ бўшлиғидан тарқалиши натيجасидаги иккиламчи жараён.	Тери қоплами тарафидан пастки жағ шохи орқа кйррасига параллел қилиб кесиш.
Канотсимон пастки жағ	Ташқарисиси пастки жағ шохининг ички юзаси, ичкари-	8 8 тишлар. Анестезия пайтидаги	Оғиз бўшлиғи тарафидан канотсимон пастки

бушлиғи	<p>си, орқаси, пасткиси медиал канотсимон мушак, юкориси-латерал канотсимон мушак ва канотлараро фасция олдингиси лунж ютқин чоки</p>	инфекция.	<p>жағ бурмаси буйлаб кесиш. Тери қоплами тарафдан пастки жағ бурчағини ай-ланиб утувчи, медиал канотсимон мушакни қисман пастки жағдан ажратиб кесма ўтказиш.</p>
Тил ости бушлиғи	<p>Юкориси оғиз туби шиллик кавати, пасткиси жағ тил ости мушағи, ташқариси пастки жағ танасининг ички юзаси, ичқариси тилости тил ва дахан тил мушаклари.</p>	<p>Пастки жағ тишлари, ку-прок 87654 45678 тишлар, оғиз тубидаги инфекцион яллиғланиш, шикастланишлар ва яралар.</p>	<p>Оғиз бушлиғи тарафидан пастки жағ ички юзасига параллел қилиб оғиз бушлиғи туби шиллик каватини кесиш. Тери қопламаси тарафидан жағ ости соҳасидан кесиш жағ-тил ости мушағини қисман кесиб.</p>
Жағ тил чуқурчаси	<p>Юкориси-оғиз бушлиғи тубининг шиллик кавати, пасткиси жағ тил ости мушағи (унинг орқа қисми), ташқариси пастки жағ танасининг ички юзаси (молярлар соҳаси), ичқариси. Тил илдизининг ён сатхи, орқали олдинги танглай ёйининг асоси.</p>	<p>876 678 тишлар оғиз бушлиғи шиллик каватидаги инфекцион яллиғланиш ва жароҳатлар.</p>	<p>Оғиз бушлиғи тарафидан капта озиқ тишлар соҳасида пастки жағ ички юзасига параллел қилиб оғиз бушлиғи шиллик каватини кесиш.</p>
Ютқин ёни соҳаси	<p>Ташқариси-медиал канотсимон мушак, кулок олди сўлак беzi, ичқариси-ютқиннинг ён девори юмшоқ танглайни кутарувчи ва таранглаштирувчи мушаклар, олдингиси-канотсимон жағ чоки, орқаси -умўртака олди фасциясидан ютқин деворига келувчи ён фасциялар тизмалари юкориси- бош суюғи асоси.</p>	<p>Танглай мўртааклари ютқин ёни деворининг жароҳатида инфекциянинг канотсимон-пастки жағ бушлиғи, жағ ости ва кулок олди чайнов соҳаларидан тарқалиши туфайли иккиламчи зарарланиш.</p>	<p>Тери қопламаси тарафидан пастки жағ бурчағини айланиб утувчи кесма.</p>
Дахан ости соҳаси	<p>Олдинги ва юкориси пастки жағ дахан булимининг</p>	<p>321 123 тишлар, инфекциянинг жағ ости ва тил</p>	<p>Тери қоплами тарафидан дахан ости</p>

	пастки қирраси, орқаси - жағ тил мушаги, ташқариси -икки қоринли мушакнинг олдинги қоринчалари: ўнг ва чап тарафда, пастқиси тил ости суяги.	ости соҳаларидан тарқалиши натижасидаги иккиламчи жараён.	соҳасида пастки жағ пастки қиррасига параллел қилиб ёки ўртаа чизикдан кесиш.
Жағ ости соҳаси	Юқориги- ичкарис и жағ тил ости мушаги, ташқариси - пастки жағ тасининг ички юзаси, олдинги пастқиси -икки қоринли мушакнинг олдинги қоринчаси, орқа-пастқиси икки қоринли мушакнинг орқа қоринчаси	87654 45678 тишлар. Тил ости, дахан ости, соҳалари қанотсимон пастки жағ бўшлиғидан ва лимфоген йул билан инфекциянинг тарқалиши натижасидаги иккиламчи шикастланиш.	Тери қопламаси тарафидан жағ ости соҳасида пастки жағ пастдан ўнга параллел равишда кесма ўтказиш.
Оғиз бушлиғи и туби	1.Юқориги қаваг: юқориси оғиз тубининг шиллик қаваги, пастқиси -тил жағ ости мушаги. Олдинги ташқариси -пастки жағнинг ички юзаси, орқаси -тил асоси. 2.Пастки қаваг: юқориси-тил жағ ости мушаги олдинги ташқариси -пастки жағнинг ички юзаси, орқаси билан қанотсимон ўсика бирикувчи мушаклар ва икки қоринли мушакнинг орқа қоринчаси, пастқиси чап ва ўнг жағ ости ва дахан соҳаларининг териси.	54321 12345 тишлардаги инфекция ўчоқлари инфекциянинг атрофдаги тўқималардан узунасига ва лимфоген тарқалиши натижасидаги иккиламчи жараён. 876 678 тишлар соҳасидаги инфекция ўчоқлари. Инфекциянинг атрофдаги тўқималардан узунасига ва лимфоген йул билан тарқалиши натижасидаги иккиламчи зарарланиш.	Тери қоплами тарафидан жағ ости соҳаси ўнг ва чап томонларидан ёки юқори буйин бурмасига параллел қилиб кесиш.
Тил илдизи асоси	Юқориси -тилнинг хусусий мушаклари, пастқиси -жағ тил ости мушаги, ташқариси -чап ва ўнг тарафлардаги дахан тил, тил ости – тил мушаклари	Инфекциянинг тил жароҳатидан тил мўртағидан, тил ости, дахан ости, жағ ости соҳаларидан тарқалиши натижасидаги иккиламчи жараён.	Операция ташқаридан дахан ости соҳасидан ўртаа ёки қундаланг чизик бўйлаб кесиш.

Жағ ости, дахан ости абсцесс ва флегмоналари.
Инфекция тарқалиш йўллари. Клиникаси. Ташҳислаш.
Жаррохлик даволаш усули

Пастки жағ ости абсцесс ва флегмонаси: Пастки жағ ости учбурчагида одонтоген яллиғланиш жараёни бошқа соҳаларга қараганда кўп учрайди. Улар асосан пастки молярлар, кўп холда канотсимон – жағ бўшлиғи, тил ости, тил-жағ тарнови, дахан ости учбурчақларидан тарқалади. Яна жағ ости учбурчагидаги лимфа тугунлари яллиғланганда, инфекция лимфоген йўл билан кириши мумкин.

Пастки жағ ости соҳасида, жағ ости сўлак беzi, лимфа тугунлар жойлашган юз артерияси ва венаси, тил ости нерви ўтади. Унда кўп микдорда ёғ тўкимаси бор.

Пастки жағ ости соҳасини бошқа соҳалар билан алоқадорлиги инфекция тарқалишига сабаб бўлади. Жағ-тил ости мушаги орқасида пастки жағ ости сўлак беzi йўли бор, бу йўл атрофи клетчаткаси орқали инфекция тил ости соҳасига ўтади ва аксинча тил ости соҳасидан жағ остига ўтади. Жағ ости соҳаси орқа бўлими канотсимон жағ ва ҳалқум атрофининг олд соҳаси билан алоқадор бўлгани учун инфекция биридан бирига ўтади. Баъзан йирингли жараён жағ остидан дахан остига тарқалади. Расм – 66.

Абсцессли беморлар ўз-ўзидан пайдо бўладиган, симмилловчи оғриққа шикоят қилади. Ташқи томондан қараганда, жағ ости соҳасининг олд ёки орқа томонида чегараланган инфилтрат кўринади. Пайпаслаганда каттиклик сезилади. Устидаги тери тўқима билан бириккан, ранги оч пуштидан қизил ранггача ўзгарган, юпкалашган. Инфилтрат марказида флюктуация сезилади. Абсцесс учбурчакнинг асосан олд қисмида бўлса, оғиз очиши эркин, оғиз ичида ўзгариш бўлмайди.

Жағ ости флегмонаси интенсив оғриқ билан бошланади. 2-3 сутка ичида шишнинг бутун жағ ости, дахан ости, жағ орқа соҳаларига тарқалиб кетиши ҳарактерли. Тери ранги ўзгарган, бурмага йиғилмайди. Марказида каттик оғриқли инфилтрат пайдо бўлади. Лунж, кулок олди, чайнов соҳалари шишади, оғиз очиш чегараланади. Яллиғланиш жараёни тил-жағ чуқурчасидан тарқалган бўлса, унда ички канотсимон мушак инфилтрация бўлиши ҳисобига оғиз очилиши чегараланади (1 даражали, яллиғланиш контрактураси). Тил ости, канотсимон жағ соҳалари

яллиғланиши жараёнига кушилса, унда огизни очиш кийинлашади ва ютинганда оғриқ пайдо бўлади. Жағ ости флегмонасида огиз ичи шиллиқ каватида шиш, кизаришни кўриш мумкин.



Расм – 66

Флегмонада ташкаридан, тери устидан пастки жағ киррасига параллел қилиб 1.5 см пастокда узунлиги 5-6 см., абсцессда 1,5-2 см. кесув ўтказилади. Расм – 66.

Флегмонада каватма-кават тери, тери ости ёғ кавати, бўйинни тери ости мушаги, юза ва чуқур фасцияси кесилади ва албатта бармоқ билан жағ ости бези атрофи айниқса орқа юқори томонларига ўтилиб тафтиш қилинади.

Пастки жағ ости флегмонасида инфекция канотсимон-жағ, халкум атрофи, тил ости, даҳан ости учбурчаги ва бўйин соҳаларига тарқалиши мумкин. Шу билан бирга жараёнга нерв-кон томир кини ҳам қўшилиши мумкин. Айниқса, инфекциянинг бўйин, пастки чуқур каватларига тарқалиши бемор ҳаёти учун жуда катта хавф тугдиради.

Даҳан ости абсцесс ва флегмонаси.

Бу соҳада абсцесс ва флегмона пастки кесув ва козик тишлардан ривожланади. Бундан ташқари жараён жағ ости соҳаси ва тил илдизидаги инфекцияни тарқалишидан бўлиши мумкин. Бирламчи бўлиб, лимфа безлари зарарланиб, кейин даҳан ости соҳасига ўтади. Даҳан соҳасида ёғ каватида (тери ости каватлари, ўнг ва чап жағ ости соҳаларига ўтади) икки группа лимфа тугунлари (пастки жағ ости, пастки жағ кирраси орқа томонида 2-4 ва тил ости суяги олдида 1-2 дона тугунлар) жойлашган.

Даҳан ости соҳасида абсцесс ёки флегмона бўлиши мумкин.

Абсцесс ва флегмонада бемор зарарланган соҳадаги оғриққа шикоят қилади. Абсцессда озроқ, флегмонада – кучайиб бораётган оғриққа шикоят қилади. Даҳан ости соҳаси абсцессида чегаралаган шиш устидаги тери инфильтрацияланган, ҳаракатчанглиги аниқланмайди. 3-4 кун ичида каттик инфильтрат пайдо бўлади. Ус-

тидаги тери кизаради пайпаслаганда оғрик ва флюктуация сезилади.

Флегмонада тарқалган инфилтрат бўлади, оғиз очилиши чегараланган ва яллиғланиш атроф тўқималарга тарқалганда, жағни очиш оғрикли, чайнаганда ва ютганда ҳам оғрик сезилади. Инфилтрат устидаги тери бурмага йиғилмайди. Қизаради, пайпаслаганда флюктуация сезилади. Даҳан ости соҳаси абсцесс ва флегмонасида оғиз ва тил ости шиллик қавати ўзгармайди.

Даҳан ости абсцесс ва флегмонасида жағ остидан то тил ости суягигача ёки даҳан ости соҳасига параллел килиб, тери ва тери ости ёғ қатлами кесилади, сўнг яра кенгайтирилиб жағ-тил ости мушагигача тўмтоқ йўл билан ўтилади. Ёйсимон кесув косметик жихатдан қулай.

Даҳан ости флегмонасида инфекция жағ ости, бўйин олд қисмларига тарқалиши билан асоратланиши мумкин.

Қулоқ олди чайнов, чайнов мушаги ости соҳаларнинг флегмонаси. Клиникаси. Ташхислаш. Жарроҳлик даволаш усули.

Қулоқ олди-чайнов соҳаси абсцесс ва флегмонаси: Яллиғланиш жараёни қулоқ олди чайнов соҳасига инфекция катта озик тишлар, баъзан кичик озик тишлардан тушиши натижасида ривожланади.

Бу соҳада чайнов мушаги жойлашган, унинг юза ва чуқур қисмлари бор. Унинг фасцияси футляр ҳосил қилади, юқоридан чайнов мушаги билан фасцияси ёнок суяги ва ёйидан бошланади, пастдан пастки жағнинг чайнов думбокчасига бирикади. Жағ шохи соҳасида қулоқ олди чайнов фасцияси суяк усти пардаси билан мустаҳкам бириккан. Жағ шохи ташки ва олд соҳасида периост чайнов мушаги толалари билан бириккан. Қулоқ олди чайнов соҳасида чайнов мушаги юза ва чуқур қаватлари орасида ёғ қавати жойлашган. Бу клетчатка томир ва нерв бўйлаб тарқалган, орқа ва юқори томондан клетчатка жағ орқаси ва қанотсимон жағ бўшлиғи билан, орқа юқори қисмидан веноз система бўйича чакка ва чакка ости соҳаларига қиради. Олд томондан, жағ ташки томони ва ретромоляр клетчатка билан алоқада бўлади. Олд томондан лунж соҳаси билан боғланади. Бу анатомик тузилмалар йиринг тарқалишига қараб, касалликни клиник белгиларини аниқлайди.

Кулоқ олди- чайнов соҳасида яллиғланиш жойлашишига караб куйидаги турлари бор: чайнов мушаги пастки қисми абсцесси, чайнов мушак соҳаси флегмонаси, кулоқ олди чайнов соҳаси флегмонаси.

Чайнов мушаги пастки қисми абсцессиди бемор оғриқли шиш пайдо бўлиши, оғиз очиш чегараланишига шикоят қилади. Пайпаслаганда қаттиқ, оғриқли инфильтрат сезилади, тери ранги кўпинча ўзгармаган, бурмага кийин йиғилади. Оғиз очилиши чегараланган I-II даражали яллиғланиши контрактураси кузатилади. Оғиз даҳлизи ички-орқа томонида шиш кузатилади, пайпасланса оғриқ сезилади. Йиринг фасция ва мушак остиди ётганлиги сабабли дастлабки кунларда флюктуация сезилмайди.



Расм - 67

Чайнов соҳаси флегмонасида бемор сабабсиз пайдо бўладиган, оғизни очганда кучаядиган оғриққа шикоят қилади. Шу томондаги шиш ҳисобига юз конфигурацияси симметрияси ўзгаради, қаттиқ оғриқли инфильтрат, кулоқ олди чайнов соҳаси ва лунж соҳаларда шиш пайдо бўлади. Инфильтрат чегараси чайнов мушаги соҳасига тўғри келади. Яллиғланиш шиши ёноқ ёйи, лунж соҳаси, баъзан чакка соҳасигача ва пастки қовоқ ҳамда жағ ости учбурчақларини қамраб олади. (Расм - 67). Устиди тери ранги меъёрида, бурмага йиғилмайди, оғиз очиши III даражадаги яллиғланиш контрактураси ҳисобига чегараланади. Лунж шиллик қавати шишган, тиш излари кўринади. Чайнов мушаги олд соҳаси пайпасланганда қаттиқ ва кучаювчи оғриқ сезилади. Кулоқ олди-чайнов соҳасидан йирингли яллиғланиши йирингли жараённи бошқа соҳаларга тарқалиб шу соҳа флегмонасини ривожланишига асос бўлади. Бу жараёнга пастки жағ шохи юқори қисми клетчаткаси, чайнов мушаги, юза ва чуқур қавати орасидаги клетчатка ҳам кўшилади. Кулоқ олди чайнов соҳасига инфекция кўшни лунж, па-

стки жағ ости, қанотсимон жағ, халкум атрофии, чакка ости соҳаларидан тарқалиши мумкин. Бу касалликнинг клиник кўриниши оғир кечади, тарқалган яллиғланиш чакка соҳаси пастки кисмидан то жағ ости учбарчаги ва кулоқ чиғанокидан то бурунлаб бурмасигача тарқалади. Пастки жағ бурчаги соҳасида текисланади. Қаттиқ, оғриқли, инфилтрат ҳосил бўлади. Устидаги тери бурмага йиғилмайди, қизаради. Оғиз очиш чегараланган бўлади. Лунж шиллик қавати шишган, қизарган, оғриқли.

Жарроҳлик аралашуви жағ ости ёки жағ орти соҳаси бўйлаб ўтказилади. Тўқималар кесилиб, чайнов мушаги суякдан ажратилади. Тўмтоқ йўл билан пастки жағ шохи ташки юзаси бўйлаб ўтилади, керак ҳолларда чайнов мушаклари толалари орасига киради. Кулоқ олди бези ораларига ҳам ўтилади. Шу соҳада ривожланган аденофлегмона, мушак устида юза жойлашиши билан фарқ қилади. Бундай ҳолда чайнов мушаги юзаси, ёки сўлак бези ҳамда тери орасига ўтилади. Сўлак бези зарарланиши олдини олиб юз нерви толаларига параллел килиб, радиал кесмалар қилинади. Расм – 67.

Кулоқ олди чайнов соҳаси флегмонаси яллиғланиш жараёнини лунж, ёнок, чакка, жағ орти, қанотсимон-жағ, чакка ости соҳаларига тарқалиши мумкин. Узок давом этган ва даволанмаган жараён пастки жағ шохи иккиламчи кортикал остеомиелитига олиб келади.

Юткин ёни, қанотсимон-жағ ва жағ орти соҳалари абсцесс ва флегмоналари. Инфекция тарқалиш йўллари. Клиникаси. Ташхислаш. Жарроҳлик даволаш усули.

Юткин ёни бўшлиғи абсцесс ва флегмоналари. Юткин ёни оралигидаги йирингли жараёнлар ўткир ёки сурункали тонзиллитасорати сифатида келиб чиқиши мумкин. Бу ораликқа одонтоген инфекция юқори ва жағлар катта озик тишлари тушиши мумкин. Кўпроқ юткин ёни бўшлиғи, инфекциянинг пастки жағ ости учбурчагидан, тил ости соҳасидан, жағ орқа соҳасидан ҳамда қанотсимон пастки жағ бўшлиғидан ўтиши ҳисобига ривожланади. (Расм – 68).

Юткин ёни оралигини бигиз тил, бигиз юткин, бигиз тил-ости мушаклари ва уларни ўраб турувчи фасция, олд ва орқа бўлимларга бўлади. Юткин ёни оралигининг олдинги қисмида бириктирувчи

тўқима ва ёғ клетчаткаси, унинг юқори бўлимида эса “қанотсимон” веноз чигали жойлашади. Бўшлиқнинг орқа бўлимида: ички уйқу артерия, ички бўйин вена ,IX, X,XI,XII бош мия нервлари, лимфа тугунлари жойлашган. Бундан ташқари кўпгина беморларда бу ерда юқори бўйин симпатик нерв тугуни жойлашади. Юткин олди оралиғида жойлашган клетчатка қанот-танглай чуқурча ва чакка, жағ ости учбурчаги, тил ости соҳаси клетчаткалари билан алоқада бўлади. Юткин ёни оралиғининг абсцесс ва флегмоналари фарқланади. Юткин ёни оралиғидаги яллиғланиш жараёнлари ютинишда кучайиб борувчи оғрик туфайли беморнинг, овқат ва суюқликлар истеъмол қилиш имкони бўлмайдиганлиги билан характерланади.

Юткин ёни абсцессиди пастки жағ бурчаги ости тўқималарининг шишиши, лимфа тугунларининг катталашиши кузатилади. Оғиз очиш чегараланган ва оғрикли. Жағлар беркилиб қолганлиги сабабли оғиз бўшлиғини кўриш қийинлашади. Шпатель, стоматологик ойна, баъзан пёшона рефлектори ёрдамида оғиз ва томокни кўриш имкони бўлади, бунда юмшоқ танглайнинг: танглай-тил ва танглай-юткин равоқларининг қизариши ва шиши, юткин ён деворининг бўкиши ассиметрияси аниқланади.

Юткин ёни бўшлиғининг флегмонаси ютинишда оғрик бўлиши, кўпинча нафас олишнинг қийинлашиши, умумий ахвол ёмонлашиши, калтираш пайдо бўлиши ва захарланишнинг бошқа белгилари билан фарқ қилади. Пастки жағнинг бурчаги ости пайпаслаб кўрилса, оғрикли чүкүр инфильтрат сезилади. Айрим беморларда, чакка соҳасида шиш пайдо бўлади. Оғиз очилиши медиал қанотсимон мушакнинг III даражали яллиғданиш контрактураси ҳисобига чегараланган. Оғиз бўшлиғини кўриш қийинлашган. Юқори ва пастки жағ тишлари орасига кенг шпатель киритилади ва уни айлантриб, юткин қурилади. Қанотсимон - пастки жағ бурмасининг, юмшоқ танглайнинг шиллик пардаси қизарган ва шишган, танглай тилчаси соғлом томонга кескин сурилган. Инфилтрат юткиннинг ён деворига тарқалади, бунинг ҳисобига юткин девори сезиларли бўртаиб туради, тил ости бурмаси, тил, юткиннинг орқа девори шиллик каватлари шишади.

Юткин ёни флегмонасига ташхис қўяётганда, шуни ҳам ҳисобга олиш керакки, йирингли жараён кўпинча инфекциянинг жағ ости учбурчагидан тарқалиши натижасида ривожланади. Оғиз

очилишининг чегараланиши, юткинишда оғрикнинг кучайиши пайдо бўлганда, оғиз бўшлиғи ва юткинни синчиклаб текшириш керак.

Юткин ёни бўшлиғининг абсцесси оғиз ичидан медиал канотсимон пастки жағ бурмасининг шиллик каватидан ва ўнга параллел қилиб 1,5-2 см. узунликда ҳамда 0,75 см. чуқурликда кесилади. Кейин ўтмас йўл билан йирингли ўчокка ўтиб, очилади. Юткин ёни флегмонасида йиринг яхшироқ ажралиб чиқиб туриши учун



Расм – 68

энг маъқул усул, оғиздан ташқари кесма ўтказишдир. Тери ва тери ости клетчаткаси кесилади, сўнг жағ бурчаги соҳаси тагида етган тўқималарни суриб, суякнинг қирғоғигача борилади, медиал канотсимон мушак бўйлаб юткин олди оралигига, юткиннинг ўрта сиқувчи мушакларигача борилади, экссудат оқиб чиқиб туришига йўл яратилади. Юткин ёни оралиги флегмонасини очишда канотсимон-пастки жағ оралиги ва тил ости соҳаларига ўтиш керак бўлади. Юткин ёни оралигидаги яллиғланиш жараёнлари юткин бўйлаб олдинги кўкс оралигига тарқалиши мумкин ҳамда яллиғланиш жараёни бўйиннинг олдинги ва латерал соҳалари, шунингдек кон томир нерв қини орқали пастга тушиши ва кўкрак қафасига, тарқалишига олиб келади. Канотсимон веноз чигалининг юткин олди оралигида етиши йирингли жараённинг мия қобиқлари ва бош мияга ретроград тарқалишига олиб келиши мумкин. Шундай экан, юткин ёни оралиги флегмонаси жиддий асоратларга олиб келиши мумкинлигини унутмаслик керак.

Канотсимон –жағ соҳаси абсцесс ва флегмонаси. Бу соҳада яллиғланишнинг сабаби пастки молярлар ва ақл тишининг қийин чиқиши ҳисобланади. Айрим ҳолда яллиғланиш жараёни юқори

моляр тишлардан бўлади. Баъзан яллиғланиш тил ости, жағ-тил чуқурчаси, жағ ости учбурчаги, оғиз туби, кулоқ олди-чайнов соҳасидан тарқалади.

Қанотсимон-жағ бўшлиғи ёғ қаватига эга ва ёғ ораликлари билан боғланади. Медиал қанотсимон мушак орқали жағ орқаси ва ҳалқум ёни соҳаси олд қисми билан, юқоридан чакка, чакка ости ва қанотсимон танглай чуқурчаси билан, пастдан-жағ ости учбурчаги билан, юқори олд қисмидан ўнга лунж ёғ танаси киради. Бу соҳада абсцесс ва флегмона учрайди. (Расм – 69).

Абсцессда яллиғланиш жараёни секин ва оз-оздан зураиб боради, беморлар ютингандаги оғрик оғзини очилиши чегараланишини кучайиб боришига шикоят қилади. Абсцессда яллиғланиш жараёни фақат қанотсимон-жағ соҳаси ўрта қисмини эгаллайди. Ташқи томондан қараганда яллиғланиш белгилари билинмайди, жағ ости лимфа тугунлари катталашган оғриқли бўлади, III даражали яллиғланиш контрактураси ҳисобига оғиз очилиши бирдан чегараланади. Оғиз ичидан қанотсимон жағ бурмаси инфильтрацияланади. Шиллик қавати шишади, қизаради танглай тил чодире шишган бўлади.



Расм – 69

Бу соҳа флегмонаси яллиғланиш белгилари тез ривожланиши натижасида вужудга келади. Кўпинча 2-3 кун ичида яллиғланиш бутун ораликка тарқалади. Пастки жағ бурчаги соҳасида шиш ва оғриқли инфильтрат пайдо бўлади. Бу ердаги лимфа тугунлар бирикади, чакка соҳасида шиш пайдо бўлади. Оғиз бўшлиғини кўриш мақсадида асбоб ёрдамида пастки жағни секин очгандан сўнг, қанотсимон жағ бурмаси, танглай тил чодире, ҳалқумда шиш,

кизариш кузатилади. Баъзан инфильтрация ҳалкум ёни ва тил ости дистал соҳасигача тарқалади.

Бу соҳа яллиғланиш жараёнини очиш учун оғиз ичидан ёки ташқаридан жарроҳлик аралашуви ўтказилади. Абсцессда қанотсимон жағ бурмасининг ташқи киррасидан бурмага параллел қилиб шиллик қаватда 2 см. узунликда кесув ўтказилади ва 0,5-0,75 см. ичкарига кирилади. Агар ярадан йиринг чикмаса (пастки жағ тешигига анестезия қилиш коидаларига риоя қилиб) пеан кискичи киритилиб кенгайтирилади ва йиринг чиқарилади. Бу йўл шу соҳани кенг очмасликка имкон беради ва абсцессда қўлланилади.

Флегмонада пастки жағ бурчагини айланиб ўтувчи кесув ташқи томондан ўтказилади. Суяккача бориб, скальпель билан медиал қанотсимон мушакни пастки қисми ажратилади ва тўмтоқ йўл билан юқорига йиринг ўчоғига ўтилади.

Қанотсимон жағ соҳаси йирингли жараёни ҳалкум олди, пастки жағ ости, жағ орқаси, тил ости, кулоқ олди чайнов чакка, чакка ости чуқурчаларига тарқалиши билан асоратланиши мумкин. Баъзан бу бўшлиқ абсцесс ва флегмонаси пастки жағни ички юзаси (шохи)ни некрози ва шу натижасида иккиламчи кортикал остеомиелитига олиб келади.

Жағ орти соҳасининг абсцесс ва флегмоналари. Жағ орти соҳасидаги йирингли яллиғланиш жараёнлари кўпроқ инфекциянинг қанотсимон пастки жағ ва ютқин олди ораликларидан, камроқ кулоқ олди-чайнов соҳасидан ва пастки жағ ости учбурчакларидан тарқалиши ҳисобига ривожланади.

Кулоқ олди сўлак безининг дистал пастки бўлаги фасциал капсула билан биргаликда жағ орқа соҳасида жойлашади. Жағ орқа соҳаси ютқин олди ва қанотсимон пастки жағ бўшлиқлари билан алоқада бўлади.

Жағ орти соҳасининг абсцесси ва флегмонаси фарқланади. Жағ орти соҳаси яллиғланиш жараёнига ўз-ўзидан кучаювчи оғриқ хос бўлади, бошни бурганда оғриқ кучайиши, оғиз очилишининг чегараланишини ўсиб бориши билан ҳарактерланади. Ташқи томондан қаралганда ва пайпаслаб кўрилганда пастки жағ шохи орқасида қаттиқ оғриқли шиш кузатилади, бу шиш унинг контурларини текислайди. Унинг устидаги тери қип-кизил рангда, бурмага йигилмайди. Кулоқ солинчоғи кўтарилган, эшитув йўлида ёқимсиз сезги бўлиб, зарарланган томонда эшитиш пасаяди. Мушак яллиғланиш контрактураси III даражада бўлиб, оғиз очи-

лишининг чегараланиши кузатилади. Касаллик бошқа соҳалардаги яллиғланиш белгилари билан биргаликда тарқалган флегмона шаклини олади.

Очиш йўли: жағ орти соҳаси абсцесс ва флегмоналарида пастки жағ шохининг орқа кирғоғидан узоклашиб, туш умров сўрғичсимон мушагининг олдинги четига параллел равишда 3-4 см. узунликда кесма ўтказилади.

Тери клетчатка ва фасциялар кесилиб, тўкималар сурилади ва тўмтоқ йўл билан жағ орти чуқурчаси асосига ўтилади. Бу ерда жойлашган қулок олди сўлак безининг бўлаги ва юз нерви тармоғини зарарламаслик учун, уларнинг жойлашишини ҳисобга олиш керак.

Жағ орти соҳасидан яллиғланиш жараёнлари яқин жойлашган соҳаларга, ҳамда бўйин пастги соҳасиларига ҳам тарқалиши мумкинлигини ёдда тутиш керак.

Тил-жағ тарнови, тил ости, ретромоляр соҳаларининг абсцесси. Клиника. Ташхислаш. Жарроҳлик даволаш усули.

Тил ости соҳасининг абсцесс ва флегмоналари. Тил ости соҳасидаги одонтоген йирингли яллиғланиш жараёнлари инфекциянинг пастки жағдаги одонтоген инфекция ўчоқларидан тарқалиши натижасида ривожланади.

Тил ости соҳасининг чегаралари:

- пастки: жағ-тил ости мушаги ёки оғиз диафрагмаси,
- юкори: оғиз бўшлиғи шиллик пардаси
- ташқи: пастки жағ танасининг ички юзаси
- ички: даҳан-тил ва даҳан-тил ости мушаклари.

Тил ости клетчаткаси пастки жағ учбурчаги клетчаткаси, ҳамда ютқун ёни ва қанотсимон пастки жағ ораликлари клетчаткаси, жағ-тил мушакларининг орқа кирғоғи орасида, жағ ости сўлак безларининг ва уларнинг чиқарув йўллариининг атроф қисмларида билан кенг алоқада бўлади.

Тил ости соҳасини, тил ён юзалари ва пастки жағ танаси катта озик тишлар қисми орасидаги дистал бўлими, жағ-тил эгати деб юритилади.

Тил ости соҳасининг олдинги ва орқа қисмлари (тил жағ тарнови) абсцесслари, ҳамда тил ости соҳаси флегмонаси

фарқланади. Кўпроқ жағ – тил эгати соҳасида яллиғланиш жараёни кузатилади. У пастки жағ катта озик тишларининг ўткир периодонтити ёки сурункали периодонтитининг қайталаниши натижасида, ҳамда перикоронитидан келиб чиқиши мумкин. Тил ости соҳасининг абсцесс ва флегмоналари, одатда, ўткир ривожланади.

Тил ости соҳасининг абсцесси ўз-ўзидан пайдо бўлувчи оғрик, оғрикни ютинганда ва тилни ҳаракатлантирганда кучайиши билан намоён бўлади. Айрим беморларда, пастки жағ ости соҳаси ёки даҳан ости соҳасида шиш пайдо бўлади. Оғиз очилиши эркин. Тил ости соҳасининг олдинги бўлимида кўрак тишлар, козиқ тишлар ва кичик озик тишлар сатҳида тил ости болишчаларини бўртганлиги, қаттиклиги ва кескин оғриқлилиги кузатилади. Уларни қоплаб турган шиллик парда шишган ва кизарган. Яллиғланишли шиш белгилари альвеоляр ўсиқни, тил ости бурмаси ва тилнинг пастки юзаларини қоплаб турган шиллик пардага тарқалади.

Тил-жағ эгати флегмонаси бўлган беморлар оғиз очилганда ютинганда ва тилини ҳаракатлантирганда кучли оғриққа шикоят қиладилар. Бу қисмда тери ранги ўзгармаган. Пастки жағ ости лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли. Яллиғланиш жараёнининг медиал канотсимон мушакнинг пастки бўлимига тарқалиши, пастки жағнинг контрактураси ва оғиз очилишининг сезиларли қийинлашувига олиб келади. Оғиз дахлизидида ўзгариш кузатилмайди. Металл шпателни тишлар орасида айлантириб, секинлик билан сургандан сўнг, тил ости соҳасини кўриши мумкин, кейин, металл шпател ёки стоматолог ойнаси ёрдамида тилни қарама-қарши томонга суриб, жағ-тил эгати курилганда тил ости бурмаси шиллик пардаси кескин кизарган, шишган ва текисланган бўлади.

Тил ости соҳаси флегмонаси кўпроқ бир томонлама, айрим беморларда икки томонлама бўлади. Тил ости соҳасининг бир томонлама флегмонасида беморлар ўз-ўзидан пайдо бўлувчи оғриқдан, ютингандаги оғриқдан, тил ҳаракатлантира олмаслигидан, оғиз очилишининг чегараланганлигидан шикоят қиладилар. Ташқи томондан текширилганда даҳан ости ва пастки жағ ости учбурчакларининг олдинги бўлимларида яллиғланиш шишининг тасири остида оғиз диафрагмасининг пастга силжиши аниқланади.

Тил ости соҳасининг икки томонлама флегмонаси, даҳан ва икала жағ ости учбурчақларида шиш билан намоён бўлади. Шиш устидаги тери ҳар доимгидек рангда бўлиб, бурмага йиғилади. Лимфа тугунлари катталашган ва оғрийди. Йирингли ўчоқнинг чуқур жойлашганлиги сабабли пастки жағ ости ва даҳан ости учбурчақларини пайпаслаганда флюктуацияни аниқлаб бўлмайди.

Яллиғланиш тил ости соҳасининг олдинги бўлимида жойлашганда оғиз очилиши биров чегараланиши мумкин. Тарқалган флегмонада эса ички қанотсимон мушак контрактураси яққол ифодаланади.

Оғиз бўшлиғида шиш ҳисобига тил ости бурмаси кўтарилган, тилнинг бир томони катталашиб соғлом томонга сурилади. Тил ости соҳаси икки томонлама зарарланганда оғиз бўшлиғида тил ости бурмалари инфильтрацияланганлиги, текисланганлиги ёки кўтарилганлиги, кўпроқ олдинги тишларнинг кесув юзаси сатҳигача кузатилади. Тил ости бурмаларининг юзасидаги шиллик пардалар фибрин қоплам билан қопланган. Тил кескин катталашган, танглай томон кўтарилган. Баъзан оғизга сиғмайди ва беморнинг оғзи ярим очик ҳолатда бўлади. Ютиниш, гапириш, тилнинг ҳаракати кескин оғриқли, баъзан мумкин ҳам эмас.

Тил ости соҳасининг олдинги бўлими абсцесси хусусий оғиз бўшлиғи томонидан узунлиги 1,5-2 см. келадиган кесув ёрдамани очилади. Кесув тил ости бурмаси шиллик қаватидан ўтказилиб, тегишли тишлар соҳасидаги бўртган қисмга тўғри келиши керак. Кейин тўмтоқ йўл билан шишган жойга борилиб, у ерда тўпланган экссудат чиқариб юборилади. Кесганда, бу ерда жойлашган жағ ости сўлак безининг чиқарув йўлига эътибор бериш керак. Тил-жағ эгати абсцессидида кесув тўқималарнинг энг шишган қисмидан ўтказилади. Тил нервини, тил артериясини ва венасини жароҳатламаслик мақсадида ўткир скальпел альвеоляр ўсиқ томон йуналтирилади. Агар шиллик парда кесилганда йиринг ажралмаса, тўмтоқ йўл билан чуқур жойлашган тўқималарга ўтилиб, йиринг эвакуация қилинади.

Флегмонада хусусий оғиз бўшлиғи томонидан альвеоляр ўсиқ шиллик пардасидан 4-5 см. узунликда кесма ўтказилади ва тўмтоқ йўл билан тўқималардан ўтилиб, йиринг тўпланган жойга борилади. Икки томонлама флегмонада иккита аналогик кесма ўтказилади, айрим ҳолларда пастки жағ ости учбурчағи соҳасидаги теридан кесилиб, жағ-тил ости мушагигача борилади ва уни

қисман кесилади. Яллиғланиш ўчоқларини очишда оғиздан ташқари ва оғиз ичкарисидан кириш усулларини биргаликда қўллаш яхши натижа беради.

Яллиғланиш белгиларини жағ-тил эгатидан бутун тил ости соҳасига, пастки жағ ости учбурчагига, ҳамда оғиз бўшлиғи тубининг барча тўқималарига тарқалиши беморнинг ҳаёти учун ҳавфли асоратларга олиб келиши мумкин.

Тил танаси ва илдизи абсцесси, оғиз туби флегмонаси.

Клиника. Ташхислаш. Жарроҳлик даволаш усули.

Тилнинг абсцесси ва флегмонаси. Тилнинг йирингли яллиғланиш жараёнлари одонтоген стоматоген, тонзиллоген табиатга эга бўлиши мумкин. Тил илдизининг мушаклараро ораликларидаги одонтоген абсцесс ва флегмоналар йирингли жараённинг пастки жағ ён тишлари соҳасидан ўтишидан келиб чиқади. Тил танаси ва илдизи абсцесслари, унинг шиллиқ пардаси балиқ суякчалари, стоматологик асбоблар, тишнинг ўткир қиралари, тиш протезлари бир ёки бир неча бор, тишлаб олишлар натижасида жароҳатланиши ҳисобига келиб чиқади, ҳамда стоматитдан ҳам ривожланиши мумкин. Айрим ҳолатларда тилдаги яллиғланиш жараёни ўткир тонзиллит заминида ҳосил бўлади. Тил ости соҳасидан инфекциянинг тарқалиши, камрок даҳан ости соҳасидан тарқалиши тилнинг йирингли касалликларини ривожланишига олиб келади.

Тил мушакли орган ҳисобланади. Тилнинг илдизи ва танаси мушаклари бўйлама, кўндаланг ва вертикал чатишиб кетган йуналишга эга.

Улар орасида кўшувчи тўқимадан иборат сезиларли қатламлар йўқ. Тил илдизида ўнг ва чап, даҳан-тилости ва бигиз-тил мушаклари орасида сийрак бириктирувчи тўқимали клетчатка жойлашган. Тил илдиз соҳасида ериксимон бошқа ораликлар бўлиб, улар симметрик ва ташқарирок жойлашган, ва клетчатка билан қопланган. Ичкаридан улар даҳан-тил, ташқаридан тил-тилости мушаклари билан чегараланган. Бу ўнг ва чап мушаклараро ериклардаги бириктирувчи тўқима орасидан тил артерияси ўтади, кичик лимфа тугунлари жойлашган.

Тил бел қисми, танаси, унинг чуқур қисмлари – тил илдизи ёки асоси абсцесслари ва тил флегмонаси фарқланади.

Тил бел қисми ва танасининг абсцесси унинг ўнг ва чап бўлимида, тил марказида, тил бел қисми ўрта бўлимида жойлашади. Беморлар тилдаги, кулоқ соҳасига тарқалувчи оғриқдан шикоят қилишади. Тил ҳаракатлари оғриқли ва чегараланган, гапириш қийинлашган, ютиниш оғриқли. Ташқи томондан ўзгаришлар йўқ, даҳан ости ва пастки жағ ости учбурчақларининг олдинги қисми пайпасланганда катталашган лимфа тугунлар топилади. Оғиз очилиши бемалол. Тилнинг ён бўлимидаги инфильтрация ҳисобига, оғиз бўшлиғида тил ярми йўғонлашиб қолгани, катталашганлиги, кескин оғриқлилиги, яркироқ қизил ранг шиллик қават билан қопланганлиги курилади. Айрим беморларда яллиғланиш тилнинг пастки юзасига ва тил ости бурмаларига тарқалади. Тилнинг тарқалган инфильтрати ўртасида оғриқли қисмини, кечки босқичида эса юмшаш ўчоғи ва флюктуацияни аниқлаш мумкин. Баъзан йиринг ўз-ўзидан ёриб чиқиб кетиши юз беради. Шундан кейин яллиғланиш белгилари сунабошлайди. Баъзи беморларда жараён тилнинг бошқа бўлимларига ўтиб кетиши кузатилади.

Тил илдизининг абсцесси тилнинг жуфт мушаклари орасидаги, жағ-тил ости мушаги устидаги бириктирувчи тўқимада ривожланиши мумкин. Нисбатан камроқ, абсцесс мушаклараро ораликда, тил артерияси атрофида ривожланади. Тил асоси абсцессида беморлар тилдаги кескин оғриқдан ва ютиниб бўлмасликдан шикоят қиладилар.

Тил илдизи абсцесси бўлган беморларда, даҳан ости соҳасининг ўрта бўлимида сезиларли бўлмаган шиш аниқланади. Бу соҳадаги тери ўзгармаган, бурмага яхши йиғилади, ўрта чизик соҳасида оғриқ аниқланади. Оғиз очилиши эркин, аммо оғриқли. Тил хажми катталашган, ҳаракатлари чегараланган, шу сабабли нутк тушунарсиз. Пайпаслаганда каттиқлик, ўртасида оғриқ сезилади.

Тил танасининг флегмонасида яллиғланиш тил илдизи мушаклари орасидаги клетчаткали қаватга тарқалиши билан намоен бўлади. Тилнинг флегмонасида шикоятлар кескинроқ ифодаланган: беморларда тилда интенсив оғриқ бўлиб, кулоққа тарқалади, ютиниш кескин оғриқли, нутк тушунарсиз, нафас олиш қийинлашган бўлади. Яллиғланиш шиши даҳан ости учбурчагидан пастки жағости учбурчагининг олдинги бўлимларига тарқалади.

Регионар лимфа тугунлари катталашади, оғриқли бир-бири билан қўшилиб кетган. Даҳан ости соҳасида, чуқурроқ тарқалган

оғриқли инфилтрат пайпасланади. Оғиз очилиши чегараланиб, чайнов мушакларининг яллиғланиш контрактураси кузатилади. Тил улчамлари кескин катталашган, унинг ҳаракатлари чегараланган ва ўта оғриқли. Жуда катталашган тил, оғиз бўшлиғига сигмайди, тиш қаторидан олдинга сурилади. Бемор оғзи ярим очик ҳолатда бўлади. Тил оқиш караш билан қопланади. Оғиз бўшлиғидан ёкимсиз йиринг ҳиди келиб туради. Епишқок, кўп миқдордаги сўлакни ютиш кескин қийинлашади, баъзан иложиси ҳам бўлмайди. Баъзи ҳолларда хикилдоқ усти тоғайи ва чўмичсимон хикилдоқ усти бурмаларида шиш пайдо бўлиши, нафас олишнинг қийинлашуви, овознинг йўқолишига олиб келади.

Тилнинг танаси ва бел қисми абсцессини даволашда тилнинг кирғоғи ёки бел қисмининг бушашган ён соҳасидан кўндаланг кесма ўтказилади. Шиллиқ парда кесилгач, тўмтоқ йўл билан мушак тутамлари орасига кириб, йиринг чиқарилади.

Тил илдизи абсцесси ёки флегмонасида, ўрга чизик бўйлаб, даҳан остида 4 см. узунликда кесма ўтказилади. Жароҳат киргоқлари сурилиб, жағ-тил ости мушаги чоқи бўйича кесилади ҳамда утмас йўл билан ўтилади. Агар бу соҳадан йиринг олинмаса юқорига, тўмтоқ йўл билан даҳан-тил ости ва даҳан-тил мушаклари ёки бироз латералроқ ва орқага даҳан-тил ва тил ости тил мушаклари оралиғига утилиб йигилган экссудат тонилади.

Эстетик жиҳатдан олганда пастки жағ суягига параллел равишда, тил ости суягининг олдинги томонида ёйсимон кесма ўтказиш афзал. Тери, тери ости клетчаткаси, икки қоринчали мушаклар олдинги қоринчалари ва жағ-тилошти мушаги чоқи бўйлаб кесилгач, тўмтоқ йўл билан тил илдизи мушаклари оралиғига ўтилади.

Тилнинг танаси ва бошқа бўлимларидаги йирингли яллиғланиш жараёнлари тил ости соҳасига, оғиз бўшлиғи туби тўкималарига, канотсимон-пастки жағ ва юткин олди ораликларига таркалади, пастга бўйинга ҳам тушиши мумкин. Тил илдизи, юткин олди оралиғи ва оғиз бўшлиғи тубининг бир вақтда зарарланишилар бемор ҳаёти учун жиддий хавф тулдирувчи асорат бўлган нафас йўллари стёнози ва асфиксиясига олиб келиши мумкин.

Оғиз бўшлиғи туби флегмонаси

Оғиз бўшлиғи туби флегмонаси кенг тарқалган йирингли касаллик бўлиб, бир вақтнинг ўзида тил ости, пастки жағ ости, даҳан ости соҳаларининг биргаликда зарарланишидир.

Оғиз бўшлиғи тубининг чегаралари: юкоридан оғиз бўшлиғининг шиллик пардаси; пастдан- ўнг ва чап пастки жағ ости ва даҳан ости учбурчақларининг териси; орқадан-тил илдизи ва бигизсимон ўсикка бирикувчи мушаклар; олд ташқи –пастки жағ асоси ички юзаси. Оғиз бўшлиғи туби: жағ тил ости мушаги устида ва ундан пастда жойлашган қаватга бўлинган. (Расм – 70).

Оғиз бўшлиғи туби флегмонасида беморлар интенсив оғриққа, ютиниш мумкин эмаслигига, оғиз очилишининг чегараланганлигига, нафас олиш ва нутқнинг қийинлашганлигига шикоят қиладилар. Юзи шишган. Пастки жағ ости ва даҳан ости учбурчақларида кенг тарқалган қаттиқ инфильтрат аниқланади. Қанотсимон пастки жағ оралиғи жараёнга қанчалик жалб қилинганлигига қараб, оғиз очилиши чегараланган, лекин шу билан бир вақтда ярим очик ҳолатда бўлади. Инфильтрация ҳисобига тил катталашган, таңглай томонга кўтарилган, усти курук ва ифлос жигар ранг караш билан қопланган. Ютиниш оғриқли, беморлар сулагини юта олмайди. Шунинг учун сўлак ярим очик оғиздан оқиб туради. Тил ҳаракатлари кескин оғриқ чакиради. Тил ости бурмалари инфильтрациялашган ва бўртаиб тишлар тож қисмидан ҳам юкори кўтариллади, понуксимон бурмалар шишган ва кўпинча фибринли караш билан қопланган, тиш тож қисмининг излари кўринади.



Расм – 70

Йирингли жараённи очиниш учун кесмалар жағ ости ва даҳан ости учбурчақларининг терисидан ўтказилади. Тарқалган флегмонада екасимон кесма қилиб, жағ-тил ости мушаклари голаларини кесини ҳам фойдалидир. Баъзан ташқи кесмалар оғиз

бўшлиғидан тил ости бурмаси бўйлаб кесиш билан биргаликда ўтказилади.

Оғиз бўшлиғи туби флегмонасида жараён қанотсимон пастки жағ ва ютқин олди ораликларига, бўйин олди ҳамда латерал соҳаларига, кон томир нерв кини орқали кўке оралигига тарқалиши мумкин.

Шуни ҳам билиш керакки, оғиз бўшлиғи туби флегмонасининг ўзига хос кечишида анаэроб микроблар, шу жумладан *Clostr.perfringens*, *Staf.hystolyticus*, *Act.aedematicus*, *Clostr.septicum* спора ҳосил қилмайдиган анаэроблар қатнашади. Тўқималарда жадал кечаётган гангреноз, ёки чирикли гангреноз яллиғланиш тарзида некроз билан кечадиган жараён **Людвиг ангинаси** деб аталади. Людвиг ангинасида оғиз туби ҳамда қанотсимон-пастки жағ ва ютқин ёни ораликларига кирувчи барча тўқималар зарарланади.

Бу жараён кейинчалик бошқа чегарадош соҳаларга тарқалишга мойилдир.

Оғиз туби флегмонаси учун хос бўлган шикоятлардан ташқари, бугилиш, заҳарланиш аломатлари: иситма, уйқусизлик, бесаранжомлик, кўпинча алахсираш кузатилади. Бемор нафас олиш учун бироз энгашиб утиради (мажбурий ҳолат), ён томонга қарай олмайди. Беморнинг юзи кул ранг ёки сарғиш рангда бўлади.

Иккала жағости, даҳаности соҳаларида жойлашган қаттиқ ва оғрикли инфилтратнинг юқорига: қулоқ олди ва лунж соҳаларига, пастга бўйинга тарқалиши кузатилади.

Инфилтрат устидаги тери ранги, касалликнинг дастлабки кунларида ўзгармайди. Кейинчалик у қизаради, баъзан унда кукимтир-кизгиш доғлар ёки пуфақлар кўриниши мумкин. Пайпаслаб кўрилганда инфилтрат қаттиқ бўлиб, флюктуация аниқланмайди, аммо кўпинча гижиллаш кузатилади. Беморнинг оғзи ярим очик, ундан қуюқ чўзилувчан сўлак оқиб туради. Айни вақтнинг ўзида оғизнинг очилиши чегараланган ва кескин оғрикли бўлади. Овқат истеъмол қилиш ва сўзлаш қийинлашган. Нутк эса тушунарсиз.

Тилости бурмасининг шиллик кавати кескин кўтарилган, болишча кўринишида, буккан, ва тишлар тожидан баланд кўтарилган бўлади. Шиллик каватнинг юзасида фибринли караш кўринади. Тил танглай томон кўтарилган, карашланган, оғиздан куланса хид келади.

Жарроҳлик аралашувида жағости, даҳаности учбурчақлари, тилости соҳаси, даҳаности-тил мушаклари оралиғидаги клетчатка ҳамда юткнолди ва қанотсимон- пастки жағ оралиқлари ташки кесма билан кенг қилиб очилади.

Пастки жағ киргоғидан пастроқда екасимон ёки ёйсимон кесма ўтказилиб барча зарарланган соҳаларни, жағ-тилости мушакларини кесиб кенг қўламли очиш мақсадга мувофиқдир. Тўкималарни очганда, анаэроб инфекцияга хос ўзгаришлар кузатилади: бу ерда жойлашган клетчатка кулранг-яшил, карамтир-кўнгирдан кора рангача бўлади, йиринг бўлмайди, тўкималардан лойка қон аралаш ёки жигарранг-кулранг, кўпинча газ пуфакчалари билан куланса ҳидли суюқлик ажралиб чиқади. Мушакларнинг клетчаткаси чириган, кул ранг, бадбуй ҳидли массага айланган.

Касалликнинг хавсиз кечиши, тана ҳароратининг пасайиши, умумий ҳолатнинг яхшиланиши билан намоён бўлади. Очилган жароҳатдан йиринг ажрала бошлайди, улган тўкималар ажралиб чиқади ва аста-секин грануляцияланувчи тўқима пайдо бўлади. Кейинчалик жароҳатнинг тузалиши асоратсиз кечади.

Чирикли некротик флегмоналарда яллиғланиш жадаллашишга мойилдир. Кўпроқ медиастинит ривожланади, аммо инфекция юқорига қараб тарқалиши ҳам мумкин. Бундай яллиғланиш касалликлари септик шок (карахтлик), ўткир нафас етишмовчилиги ва сепсис снгарин асоратлар бериши мумкин. Оғиз бўшлиғи тубинининг флегмонасини, айниқса чирикли-некротик тури, ўз асоратлари билан беморларнинг ҳаёти учун жиддий ҳавф туғдириши мумкин.

Кўз ости, кўз косаси, ёноқ ва лунж соҳалари абсцесс ва флегмоналари.

Кўз ости соҳасининг абсцесс ва флегмоналари. Яллиғланиш юқориги қознқ ва биринчи кичик озик тишлардан, кўпроқ-юқориги ён кўрак ёки иккинчи кичик озик тишлардан инфекция тарқалиши натижасида вужудга келади. Кўзости соҳасидаги жараён лунж соҳасидан инфекция тарқалиши туфайли иккиламчи равишда ривожланиши мумкин.

Кўзости соҳаси абсцесси ёки қознқ тиш чуқурчаси абсцесси ва кўз ости соҳаси флегмонаси фарқланади.

Қозик тиш чуқурчаси абсцессида беморлар шу жойдаги оғриққа шикоят қиладилар. Бошланишида, қозик тиш чуқурчаси абсцесси, юқори жағ олдинги юзаси ўткир йирингли периоститига ухшаш бўлади. Кўз ости ва лунж соҳаларида, юқори лабда шиш пайдо бўлади. Бурун қаноти озгина кўтарилади, бурун лаб жуякчаси силлиқлашади. Шиш юмшоқ кучсиз оғрикли, терининг ранги ўзгармайди, бурмага йиғилади.

Оғиз даҳлизи юқори гумбази силлиқлашади, унинг устидаги шиллик қават шишади ва кизаради. Пайпаслаганда чуқурликда оғрикли соҳа аниқланади. Бимануал пайпаслаганда, шу соҳа аниқроқ билинади. Кўзости соҳаси флегмонасида кўз ва чаккага тарқалувчи ўз-ўзидан содир бўладиган кучли оғриқ бўлади. Кўзости, лунж соҳларида тарқалган шиш бўлади, у ёнок соҳаси, юқори лаб, пастки ковокка, айрим ҳолларда юқори ковокка ҳам тарқалади. Юқори жағ танаси олдинги юзасидаги тўқималар газакланган, пайпаслаганда оғрикли. Газакнинг устида тери равшан кизил, бириккан, бурмага қийинчилик билан йиғилади. Оғиз даҳлизи юқори гумбазида яллиғланиш ўзгаришлари абсцессга нисбатан тарқалганроқ бўлади.

Кўзости соҳаси абсцесслари оғиз даҳлизи юқори гумбази, юқори жағ танасининг олдинги юзаси бўйлаб кесилади. Шундан сўнг, тўмтоқ йўл билан суяк бўйлаб қозик тиш чуқурчасига кирилади ва йиринг оқиб чиқишига йўл очилади.

Кўзости соҳалари флегмонасида ҳам жарроҳлик аралашуви абсцессдагидек иккинчи кўрак тишдан иккинчи кичик озик ёки биринчи катта озик тишгача кесилади, тўмтоқ йўл билан юқори жағнинг олдинги юзаси бўйлаб, бармоқ билан назорат қилган ҳолда юқори жағнинг пастки кўз киррасигача борилади. Оғиз бўшлиғидан йиринг оқиб чиқиши етарли бўлмаганда ёки экссудат тери қопламларига яқин жойлашганида кесма юқори жағ танасининг кўзости киррасига параллел равишда ўтказилади. Флегмонани бурун лаб арикчасига параллел қилинган кесма орқали ҳам очиш мумкин.

Кўзости соҳасидан йирингли жараён лунж ва ёнок соҳаларига тарқалиши мумкин, айрим пайтларда кўз соққасини ҳам қамраб олади. Инфекциянинг юз веналари бўйлаб тарқалиши натижасида тромбфлебит вужудга келиб, мия қаттиқ қобиғи синусларига ҳам ўтиши ва бемор ҳаёти ҳавф остида қолиши мумкин.

Кўз косаси абсцесси ва флегмонаси. Юкори жағ атрофидаги одонтоген йирингли яллиғланиш жараёнлари (кўзости соҳаси флегмонаси, юкори жағ остеомиелити, ўткир йирингли гайморит, инфраорбитал анестезия асорати) кўз косаси юмшоқ тўқималарига таркалиши мумкин.

Шунинг дек кўз косасига яллиғланиш жараёни, кўз ости соҳасидан бурчак венаси оркали (тромбофлебит бўлганда) ва пастки жағга тегиб турган соҳалардан, қанотсимон веноз чигали ҳамда кўз веналари оркали таркалиши мумкин.

Кўз косаси (орбита) чегараси унинг деворларига тўғри келади. Ёғ клетчаткаси кўз олмаси атрофида етарлича бир хил тарқалган. Кўз косаси дистал бўлимида пастки кўз ёриғи оркали қанотсимон-танглай чуқурчаси билан алоқадор бўлган ёғ қавати жойлашган.

Кўз косаси абсцессиди бемор кўриш қобилиятининг ўзгариши кўз олмасида пульсация ҳарактерига эга бўлган оғриқка шикоят қилади. Кўз косаси абсцессиди ковоклар соҳасида яллиғланувчи шиш пайдо бўлади. Қовоклар териси баъзан ўзгармайди, баъзан бу ерда экссудат тикилиб қолиши (микроциркуляциядаги турғунлик) ҳисобига тери қуқимтир ранг олади. Пайпаслаганда, ковоклар инфилтрацияланган, юмшоқ, оғриқсиз. Қонъюктива шиллик қавати шишган, гиперемияланган, кўпинча қуқимтир рангда бўлади. Кўз соққасига босим оғриқли. Экзофтальм кузатилади, кўриш қобилияти ўзгаради, кўз олдида ҳар хил шакллар пайдо бўлади, кўзда диплопия пайдо бўлади.

Флегмонада бемор шикояти: чакка, пёсона, кўз ости соҳаларига интенсив, иррадиация берадиган, пульсацияли оғриқ ва каттиқ бош оғриғига шикоят қилади. Кўз олмаси ҳаракати (кўпинча бир томонга) чегараланади, ковоклар инфилтрацияси кучаяди, қонъюктивалар шишиб, ярим епилган ковоклар орасидан кўриниб қолади (хемоз) ва кўриш пасайиши билан кечадиган диплопия пайдо бўлади. Кўз туби текширганда, тўрпарда вёнуларлари кенгайганлиги, ҳар хил даражада кўришнинг пасайганлиги аниқланади.

Говаксимон синус тромбози ривожланганда, ковоклар коллатерал шиш янада кучаяди ва иккинчи кўз қовокларида ҳам шундай ўзгаришлар ривожланади, интоксикация ошиб бориши туфайли бемор умумий аҳволи оғирлашади.

Кўз косаси яллиғланиш жараёнларида кечиктириб бўлмайдиган жарроҳлик аралашуви ўтказилади. Йиринг жойла-

шишига қараб, юқори ёки пастки қовоқ соҳасида кўз косасига кириш сатҳида кесма ўтказилади ва тўмтоқ йўл билан ёғ танасигача борилади. Юқори жағ бўшлиғи орқали кўз косаси пастки деворини трепанация қилиб ўтиш ҳам мумкин. Бу йўл йирингли синунитда кўз косасини пастки, ён ва орқа деворларига утилишига имконият беради. Баъзи муаллифлар жараён панофтальмит билан асоратланганда кўз соккасини экзентерацияси (уни тўлик олиб ташлаш)ни тақлиф қилади. Бу эса йиринг тўлик оқиб чиқиши ва йирингли менингит олдини олиш учун имконият беради. Баъзан, икала ташқаридан ва юқори жағ бўшлиғидан кесим ўтказилади. Бу йирингга яхши йўл очиб беради.

Кўз косаси флегмонаси оқибати бемор ҳаёти учун жиддий ҳавф туғдиради. Чунки инфекция мия қобиғи, мия ғовак синуслари, бош мияга тарқалиши мумкин. Кўриш нерви атрофияси ва курлик ҳам кўз косаси флегмонасида кўп учрайдиган асоратдир.

Ёноқ соҳаси абсцесс ва флегмонаси: Бу соҳада яллиғланиш кушни кўз-ости ва лунж соҳаларидан инфекция тарқалиши натижасида вужудга келади. Ёноқ соҳаси клетчаткаси чакка соҳа жойлашган ёғ қавати билан боғлиқ бўлади. Бу соҳада флегмона, абсцессга нисбатан кўпроқ учрайди.

Ёноқ соҳаси абсцесси бўлган касаллар, зарарланган соҳада озроқ оғриқ бўлишига шикоят қиладилар. Ёноқ соҳасида чегараланган инфилтрат пайдо бўлиб, тезда юмшаб қолади. Устидаги тери қоплами яллиғланган тўқима билан бирикиб кетади кизарадт.

Ёноқ соҳасидаги флегмонада беомрларни кўз ости, чакка соҳасига иррадиация қилади. Яллиғланиш шиши асосан кўз ости, чакка лунж ва кулоқолди чайнов соҳаларига тарқалади. Пайпаслаганда, ёноқ суяги жойлашган проекцияси бўйича, ҳар хил даражадаги қаттиқ инфилтрат сезилади. Чайнов мушаги юқори қисми яллиғланиш жараёнига қўшилганлигидан оғиз очилиши анча чегараланади. Кўпинча оғриқ бемор оғиз очганда кучаяди. Оғиз даҳлизи томонидан қаралганда: даҳлиз юқори гумбазини (чайнов тишлари соҳаси) да шиш ва қизаришни кўриш мумкин. Кейин, секинлик билан инфилтрат бушашади, устидаги юмшоқ тўқима юпқалашиб қолади ёки кўз пастки ёриги ташқи бурчагигача тарқалиб, ўзи мустакил ерилиши мумкин.

Ёноқ соҳаси абсцесс ва флегмоналарида кесмани терида юз нерви жойлашишини эътиборга олган ҳолда, флюктуация бор жой-

дан ўтказилади. Ёноқ соҳасидан яллиғланиш жараёни кулоколди – чайнов соҳасига ўтиши мумкин, узок вақт давом этса, иккиламчи кортикал остеомиелит вужудга келиши мумкин.

Лунж соҳаси абсцесс ва флегмонаси Лунж соҳасида абсцесс ва флегмонани ривожланишига юқори ва пастки катта озик, кам ҳолларда кичик озик тишлардан инфекция тарқалиши сабаб бўлади. Айрим ҳолларда, лунж соҳасининг абсцесс ва флегмонаси юқори ва пастки жағларнинг ўткир йирингли периоститида, йиринг периостал тўсиқни ёриб ўтганда, кўзости, кулоколди-чайнов соҳалари ва чакка ости чуқурчасидан инфекция тарқалиши натижасида ҳам ривожланади. Лунж мушагига ташқаридан тери ости клетчаткаси, ичкаридан шиллиқ ости қавати билан копланган. Лунж орасида лунжнинг ёғли танаси жойлашган, у фасция билан ўралган бўлиб, кулоколди ва чакка ости соҳалари билан туташгандир.

Лунж соҳаси абсцессида, беморлар кучсиз локал, пайпаслаганда кучаювчи оғриққа шикоят қилади. Йирингли ўчоқ тери ва лунж мушаги орасидаги клетчаткада ҳосил бўлади. Думалок шаклдаги газак, инфекция манбаи – тишнинг жойланишига қараб, лунжнинг юқори ёки пастки қисмида жойлашади. Атрофдаги тўқималарда бироз шиш кузатилади.

Газак гезликда терига ўтади, шунда тери тўк-пушти ёки қизил ранг олади. Пайпаслаганда флюктуация аниқ сезилади. Тери ости абсцесси юқори жағ атрофида жойлашганида, уни ўраб турувчи юмшоқ тўқималарда сезиларли шиш бўлади, флюктуация ҳамма вақт ҳам аниқланмайди, пайпаслаганда кучли оғриқ бўлади. Айримларда жараённинг кечини секин ва суст бўлади. Йиринг 1-2 ҳафта ёки ундан ҳам кўпроқ вақтда ҳосил бўлиши мумкин. Йирингли ўчоқ ёрилганда ажралма кам, абсцесс бўшлиғи кучсиз грануляция билан тўлган. Йиринг лунж мушаги ва лунжнинг шиллиқ қавати орасидаги клетчаткада жойлашганда, лунж соҳасида шиш яққол бўлади. Терининг ранги ўзгарган, пушти рангли, бурмага қийинчилик билан йиғилади. Пайпаслаганда, лунж соҳасида, кўпинча юқори жағ альвеоляр ўсиғи билан бирикиб кетадиган оғриқли газак сезилади. Лунжнинг шиллиқ қавати кескин қизарган, шишган, унда тишларнинг изи кўринади. Касаллик бошланганига 2 кун бўлгандан, сўнг газакнинг марказида юмшаш кузатилади ва флюктуация пайдо бўлади. Баъзан бир-бири билан туташувчи бир неча бўшлиқлар ҳосил бўлади.

Лунж соҳаси флегмонасида бемор, оғиз очганда ва чайнаганда кучаювчи, кескин, ўз ўзидан келиб чиқадиган оғрикка шикоят қилади. Лунж соҳасида кўп жойни эгалловчи, пастки ва юқори қовоққа, юқори лабга, айрим пайтлари пастки лабга ва пастки жағости соҳаларига тарқалувчи газак вужудга келади. Кўз ёриғи шиш туфайли сиқилади. Лунж соҳаси териси газакланиб қизаради ва бурмага йигилмайди. Лунжни оғиз дахлизидан юқори ва пастки гумбазларининг шиллиқ қаватининг шишиши ва қизариши кузатилади. Шиллиқ қават бўртаиб чиқади ва шу туфайли юқори ва пастки жағ тишларининг излари тушиб қолади.

Лунжда юза жойлашган абсцесс тери томондан, флюктуация аниқланган жойдан кесилади. Абсцесс шиллиқ қаватга яқин жойлашганида, оғиз ичидан, юқориги ва пастки гумбазлар соҳасида кесма ўтказилади ва тўмтоқ йўл билан йирингли бўшлиққа ўтилади. Эстетик нуқтаи назаридан, оғиз бўшлиғига йиринг оқишини таъминлаш учун, оғиз дахлизидан кесилади. Бу кесмалардан йиринг оқиб чиқиши етарли даражада бўлмаса, юз нервининг ва кулоқолди сўлак беши чиқарув йўлининг йуналишини ҳисобга олган ҳолда, ташқаридан кесма ўтказилади. Айрим пайтларда, йирингли ўчоқлар икки томонлама, оғиз ичидан ва ташқарисидан кесиб бушатилади.

Лунж соҳасидаги йирингли жараён кулоқолди-чайнов, чакка ости, чакка ва қанотсимон- жағ соҳаларига тарқалиши мумкин.

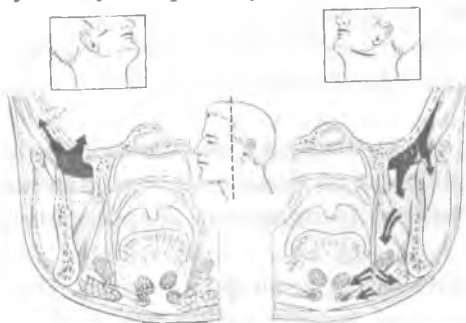
Чакка, чакка ости ва қанотсимон-танглай чуқурчаси соҳаларнинг абсцесс ва флегмоналари. Инфекция тарқалиш йўллари. Клиника. Ташҳислаш. Жарроҳлик даволаш усули.

Чакка соҳаси абсцесс ва флегмонаси. Чакка соҳасига одонтоген инфекция лунж, кулоқолди-чайнов, қанотсимон- пастки жағ ва ҳалқум атрофи ҳамда чаккаости соҳаларидан тарқалиши натижасида иккиламчи равишда вужудга келади. Чакка соҳаси чегаралари:

- ташки - чакка фасцияси
- ички – чакка суяги танга қисми
- пастки – асосий суяк катта қаноти чакка ости қирраси
- юқори ва орқа – чакка суяги танга қисми чети
- олдинги – ёноқ ва пешона суяги

Чакка соҳасининг олдинги ва пастки қисмлари ҳамда чакка мушагини ички томонида кўп миқдорда ёғ клетчаткаси бўлиб у чакка ости ва канотсимон танглай чуқурчасидаги клетчатка билан туташиб кетган. Чакка соҳасини олд қисмига лунж ёғ қавати ёндашган. Чакка мушаги ва юза фасция орасидаги ораликда жойлашган клетчатка пастга тушиб, ёнок суягини олдинги юзасига ўтади.

Чакка соҳасида абсцессдан кўра, флегмона кўпроқ учрайди. Чакка соҳасидаги яллиғланиш иккиламчи бўлганлиги сабабли, беморлар одатда: умумий характердаги, яъни интоксикация билан боғлиқ бўлган, ортиб борувчи оғриқка шикоят қиладилар. Ёнок ёйи устида чакка чуқурчасини ўз ичига олган шиш пайдо бўлади, пешонани тепа соҳаларида коллатерал салқиш пайдо бўлади. Баъзан ёнок соҳаси, юқори ва кам ҳолларда пастки қовоқларда солқиш пайдо бўлади. Оғиз очиш чегаралиниши ортиб боради. Пайпаслаганда, чакка ва чакка ости соҳасидан юқорига таркалаётган каттик, оғриқли инфилтратни аниқлаш мумкин. Инфилтрат терида ўтганлиги учун бурмага йиғилмайди, ранги эса ҳар доим ҳам ўзгаравермайди. Юзадаги тўқималарда йиринг ҳосил бўлса флюктуацияга сабаб бўлади, жараён чакка мушаги ости ёки толалари орасида бўлса - унда флюктуация кеч пайдо бўлади.



Чакка соҳаси абсцесс ва флегмонасида, биринчи навбатда бош ва бўйин ораликларидаги ҳамда асосий яллиғланиш ўчоғидан йирингнинг эркин оқиб чиқиб туришини таъминловчи жарроҳлик аралашувлари амалга оширилади. Чакка соҳаси флегмонаси асосан чакка юза артериясига параллел равишда терида овалсимон бир неча кесма ўтказилади. Экссудат чуқур жойлашганида, чакка линиясини бўйича ёйсимон кесма ўтказилиб, чакка мушаги остига

тўмтоқ йўл билан ўтилади, йиринг олинмаси ёнок ёйи остида кесма ўтказиб улар тунел орқали контр-апертура бирлаштирилади.

Чакка соҳаси, абсцесс ва флегмоналарга чакка суяги тана қисмини иккиламчи кортикал остеомиелити, ҳамда инфекцияни мия қобиғи ва мияга (менингит, менингоэнцефалит, мия абсцесси) ўтиши билан, бемор ҳаётини ҳавф остига кўювчи асоратларни юзага келтириши мумкин.

Чакка ости чуқурчаси абсцесси, чаккаости ва канотсимон- танглай чуқурчалари флегмонаси

Чакка ости ва канот-танглай чуқурчалари яллиғланиш жараёнларининг ўзига хос хусусиятлари мавжуд. Яллиғланиш сабабчиси бўлиб, кўпроқ юқориги ақл тиш, камрок биринчи ва иккинчи юқори озиқ тишлар ҳисобланадилар.

Инфекция юқори жағ дўмбоғи ёнидаги тўқималарга тарқалиб чакка ости ва канот танглай чуқурчаларига ўтиши мумкин. Шунингдек чакка ости чуқурчасидаги яллиғланиш жараёни туберал анестезия вақтида, вена канотсимон чигали шикастланиши натижасида гематома ҳосил бўлиб, унинг йиринглашидан вужудга келади. Ундан ташқари, чакка ости ва канот-танглай чуқурчаси соҳаларидаги йирингли касалликлар, жараённинг канотсимон-пастки жағ ва юткин ёни соҳаларидан тарқалганда ҳам вужудга келиши мумкин. Анатоми-топографик жиҳатдан, чакка ости ва канот танглай чуқурчалари клетчатқаларининг ўзвий боғлиқлиги кўпинча ривожланган йирингли жараёнларнинг қаерда жойлашганлигини аниқлашда қийинчилик туғдиради.

Чакка ости чуқурчаси бош суяги асосида жойлашади, юқоридан чакка соҳаси билан пастдан ва ташқаридан юткин ёни ва канотсимон-пастки жағ соҳалари билан туташади. Чакка ости чуқурчасининг ички тарафида у билан туташувчи қанот-танглай чуқурчаси жойлашади. Қанот-танглай чуқурчаси пастки кўз ёриғи орқали кўз косаси билан, айлана тешик орқали бош қутиси билан туташади. Бу йўллар инфекциянинг вена тизими бўйлаб тарқалишини таминлаб беради.

Чаккаости абсцесси ва флегмонаси, чакка ости ва канот танглай чуқурчалари флегмонаси фарқланади.

Чакка ости соҳаси абсцессида йиринг кўпинча юқори жағ танасини чакка юзаси билан латерал ва медиал канотсимон

мушаклар орасидаги клетчаткада жойлашади. Ўз –ўзидан келиб чикувчи оғрик ва оғиз очилишининг чегараланиши кузатилади. Клиник жиҳатдан, юз конфигурацияси ўзгармайди. Айрим пайтлари лунж ва ёноқ соҳаларида чакка соҳасининг пастки қисмига тарқалувчи унча катта бўлмаган яллиғланиш шишлари кузатилади. Қанотсимон мушакларнинг яқинлиги туфайли оғиз очиш чегараланади. Оғиз бўшлиғини курганда (лунжни озрок ташқарига торитиб) катта озик тишлар соҳасидаги ўтув бурмани юқори гумбазида шиш ва қизариш, кузатилади. Пайпаслаганда, юқориги гумбаз соҳасида, айримларда пастки жағ шохи олдинги юзасигача тарқалган оғриқли газак аниқланади.

Чакка ости соҳаси флегмонасида оғрик, чакка ва кўз соҳаларига тарқалиши кузатилади. Ютинганда оғрик кучаяди.

Ташқаридан қараганда, чакка соҳасининг пастки ва кулок олди –чайнов соҳасининг юқори қисмларида яллиғланиш шиши кум соатга ухшатиб тавсифланади, кўз ости ва лунж соҳаларида эса коллатерал шиш кузатилади. Тўқималар юмшоқ, оғриқли, тери ранги ўзгармаган бурмага қийинлик билан йиғилади. Чайнов мушакларининг яллиғланиш контрактураси яққол билинади (Ш даража) Оғиз бўшлиғида абсцессдагидек ўзгаришлар аниқланади, айрим пайтлари оғиз даҳлизи юқори гумбазида шиш қизариш ва оғрик аниқланади халос.

Чаккаости ва қанотсимон танглай чуқурчасида ривожланувчи флегмоналар кучли бош оғриғи, кўзга ва чаккага тарқалувчи юқори жағ соҳасидаги оғриқ билан тавсифланади. Лунж, чакка соҳасининг пастки, кулок олди чайнов соҳасининг юқорисида ковоққа тарқалувчи шиш пайдо бўлади. Чаккаости ва қаноттанглай чуқурчалари флегмонасида беморларнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда ёки оғир бўлади титраш эт увишиши кузатилади, тана ҳарорати 40°C гача кўтарилади.

Шишган тўқималарни пайпаслаганда, чакка соҳасининг пастида газак ва оғрик, айримларида яллиғланиш жараёни жойлашган тарафдаги кўз соққасига босилганда оғриқ сезилади. Оғиз очилиши чегараланган. Оғиз даҳлизи юқори гумбази шиллик қавати қизарган ва шишган, чуқур пайпаслаганда, пастки жағ тож ўсиғигача тарқалувчи, оғриқли газак сезилади. Айрим беморларда, чаккаости ва қанотсимон-танглай чуқурчаси флегмонасининг бошлангич белгилари сезилмаслиги мумкин. Чакка ости ва қанотсимон танглай чуқурчаларининг зарарланганлигини бемор

умумий аҳволининг ёмонлашиши, чакка соҳасининг пастки қисмидаги шиш ва оғриқнинг кучайишига қараб тахмин қилиш мумкин.

Чакка ости соҳаси абсцессини оғиз даҳлизи юқори гумбазида 2-3 см. узунликдаги, ёноқ альвеоляр киррасидан 0,5см. орқада кесма ўтказилиб очилади.

Шиллик қават кесилгандан сўнг, тўмтоқ йўл билан тарновсимон зонд ёки эгик қон тухтатувчи кискич ёрдамида ичкарига ва юқорига ўтилади ва йиринг чиқарилади.

Чакка ости соҳаси флегмонасини айримларда шу кесма орқали очилиб, тўқималар тўмтоқ йўл билан понасимон суякни қанотсимон ўсигининг латерал пластинкасигача ажратилади. Бошқа ҳолатларда эса, чакка ости ёки чакка ости ва қанотсимонтанглай чуқурчалари флегмонасида кесма чакка мушаги олдинги чети соҳасидаги тери қопламида ўтказилади. Бунда тери, тери ости клетчаткаси, чакка фасцияси кесилади, чакка мушаги толалари ажратилиб, чакка суягининг тангасимон қисмига ва чаккаости киррасини айланиб, ўтиб эгик ускуна билан чаккаости соҳасига кирилади. Ёноқ ёйи бўйича кесма ўтказилганда, унинг бир қисми резекция қилинади, пастки жағнинг тожсимон ўсиги кесилади.

Шундан сўнг, тўмтоқ йўл билан чакка ости соҳасига ўтилади. Чакка ости ва қанотсимон танглай чуқурчалари флегмонасини пастки жағ ости соҳасидан кесиш йўли билан ҳам очиш мумкин. Пастки жағ шохи ички юзаси қанотсимон ғадир-будирлигидан медиал-қанотсимон мушакни ажратиб, тўмтоқ йўл билан юқорига ва олдинги кирилади, юқори жағ дўмбоғи билан, пастки-жағ шохи орасидаги тўқималар ажратилиб йиринг чиқарилади.

Баъзан, операция натижаси - чаккаости ва қанотсимон танглай соҳаларидан яллиғланган экссудати ва некрозланган тўқималарни олиш, флегмонага якуний ташҳис қўйиш учун асос бўлади.

Чакка ости, қаноттанглай чуқурчаларидаги йирингли яллиғланиш жараёнлари чакка, кулоқолди-чайнов соҳаларига, қанотсимон пастки жағ, ютқин атрофи бўшлиқларига тарқалиши мумкин.

Чакка ости ва қанотсимон-танглай флегмоналари инфекциянинг кўз косаси клетчаткасига ва юз веналарига тарқалиб, мия қаттиқ қобиғи синуслари тромбози ривожланиши билан асоратланиши мумкин.

Юз-жағ ва бүйин сохалари лимфангити, лимфаденити, аденофлегмонаси

Юз ва бүйин лимфангити, лимфаденити.

Лимфангит – бу лимфа томирларининг яллиғланишидир. **Лимфаденит** – бу лимфа тугунининг яллиғланиши, аденофлегмона-лимфа тугуни ва унинг атрофидаги клетчатканинг йирингли яллиғланиши.

Анатомияси. Лимфа тугуни ташқаридан бириктирувчи тўқимали капсула билан копланган. Тугуннинг ичига, унинг паренхимасига капсуладан ингичка бириктирувчи тўқимали тусинлар-трабекулалар кетган. Тугуннинг дарвоза томонидаги капсула чуқурчаси “гилус” деб аталади. Лимфатик тугуннинг паренхимаси ретикуляр тўқимадан ташкил топгандир. Периферияда жойлашган хужайра элементлари қобик моддаси, ва тугуннинг марказида жойлашганлари мия моддаси деб номланади. Қобик моддасида лимфоид фолликулалар жойлашган. Мия моддасида эса лимфоцитар шодаси тупламидан ташкил топгандир. Капсула, трабекула ва паренхима орасида ингичка ёриқлар(синуслар четдан, кириб келувчи дарвоза, интермедиляр оралик) мавжуд. Олиб келувчи лимфа томирлари четки синусга очилади, олиб кетувчилари эса дарвоза синусидан чиқади. Бош ва бүйиннинг регионар лимфатик тугунлари орасида қуйидагилар фарқланади: бош гумбазисоҳаси, юз (лунж, бурун-лаб, моляр, пастки жағ) бүйин, (даҳан ости, пастки жағ-ости), бүйиннинг олдинги – (юза ва чуқур) латерал – (юза ва чуқур) лимфа тугунлари.

Бошнинг, мия суяги гумбазининг лимфа тугунлари энса, сўрғичсимон, юза ва чуқур кулоколди лимфа тугунлари гуруҳидан иборатдир. Кулоқ олди лимфа тугунлари кўп зарарланади.

Кулоқ олди лимфа тугунлари (одатда 3-5 та). Кулоқ супрасининг олдида ва кулоқ олди сўлак беши капсуласининг устида (юза), капсуланинг тагида, без бўлакчалари орасида, ташқи эшитув йўлининг олдида (чуқур-без ичи, кулоқ таги ва олди) сохаларида жойлашади. Уларга пешона териси, кулоқ супраси, ташқи эшитув йўли, лунж ва юқори лаблардан лимфа оқади.

Даҳан лимфа тугунлари даҳан учбурчаги клетчаткасида жойлашади. Уларнинг сони одатда 1 дан 4 тагача бўлади. Даҳаннинг олдинги лимфа тугуни даҳан ости соҳасининг чўққисида, кўпроқ пастки жағ киррасининг ортида жойлашади. Орқадаги тугун тило-

сти суяги танасидан бироз олдинда, айрим ҳолларда эса оркасида жойлашади.

Даҳан лимфа тугунлари лимфани пастки ва юқори лабнинг терисидан, пастки кўрак ва козиқ тишлар периодонтидан, пастки жағ, даҳан соҳаси суяк усти пардасидан ва қисман оғиз бўшлиғи туби тўқималаридан йиғади.

Пастки жағости лимфа тугунлари, пастки жағости учбурчагида жойлашади ва унтагача бўлиб, занжир шаклида пастки жағ кирраси бўйлаб жойлашади. Олдинги, ўрта ва орқа тугунлар фаркланади.

Биринчи тугун (айрим ҳолларда тугунлар гуруҳи) пастки жағости учбурчагининг олдинги қисмида жойлашади. Ўртадаги-иккинчи гуруҳ тугунлар ташки юз артериясига такалиб, унинг медиал тарафида, айрим ҳолларда бироз юқори, чайнов мушагининг олдида жойлашади. Бироз орқарокда, юз артерияси ва юз венаси орасида, учинчи гуруҳ тугунлари (ёки 2-3 тугун) мавжуд.

Пастки жағости сўлак безининг пастки-орқа қисмида доимий бўлмаган тўртаинчи тугун бор. Пастки жағ ости соҳаси лимфатик тугунлари гуруҳига-пастки жағости сўлак беzi капсуласининг ичида жойлашган тугунлар ҳам киради.

Жағ ости лимфа тугунларига, ўраб турувчи тўқималар, пастки жағнинг козиқ тишдан тортиб, учинчи моляргача бўлган тишлар, шу тишларга тегишли пастки жағ танаси ва қисман пастки лабнинг ён бўлими, шунингдек ташқи буруннинг тери ва бурун шиллик каватининг олдинги бўлиmidан лимфа томирлари қўйилади. Бундан ташқари кичик ва катта озик тишлар, юқори жағнинг альвеоляр ўсиғи ҳам жағ ости соҳаси лимфа томирлари ва тугунлари билан боғлиқдир.

Юз лимфа тугунларига қуйидагилар киради: шу соҳада жойлашган ва кўпроқ чайнов мушаги олдидаги лунж, юқори биринчи ва иккинчи молярлардан, пастки молярлар, пастки жағ асосининг ўртасида, киррасида ёки ундан баландроқ жойлашган пастки жағ (1-3) тугуни. Катта ва кичик илдизли тишлардан, юқори жағ альвеоляр ўсиғидан, пастки жағнинг биринчи ва иккинчи молярларидан келувчи лимфа қуйилади.

Ҳалқум орти лимфа тугунлари, эса жағ ости учбурчаги ва ҳалқумнинг атрофидаги тўқималарда жойлашади. Улар бурун бўшлиғининг орқа, қисман қаттиқ ва юмшоқ танглайлардан лимфани йиғади.

Бўйиннинг олдинги ва латерал лимфа тугунлари тўш умров-бигизсимон соҳанинг медиал учбурчагида, бўйиннинг латерал учбурчагида жойлашган. Бўйиннинг олдинги, юза, чуқур лимфа тугунлари ажратилади. Чуқурларига латерал ва олдинги-юган лимфа тугунлари, юган-икки қоринли тугун, юган курак-тил ости, умров усти, ҳалқум орқаси лимфа тугунлари киради. Улар лимфа томир тўри орқали юқори жағ, бурун бўшлиғининг шиллик кавати, оғиз туби тўқималари, тил билан боғлиқдир.

Тишлар, периодонт, жағлар лимфа томирлари ва лимфа тугунларининг тўридан иборат мураккаб ўзаро туташган кўп миқдордаги лимфа капиллярлар тизими мавжуд. Тиш каналидаги лимфа томир – нерв тутамига киради ва илдиз чўққисидаги тешик орқали периодонтга ва ундан сўнг магистрал томирларга: пастки жағда унинг каналига, юқори жағда кўз ости каналларга чиқади. Альвеоляр ўсикдаги озиқлантирувчи тешиклардан, даҳан, кўз ости ва жағларнинг бошқа тешиклари орқали чиқадиган лимфа томирлари суяк усти пардасига ва жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарга тарқалади ва ундан кейин регионар лимфа тугунларига кўйилади. Пастки жағ тишлари пастки жағ ости, даҳан, қулоқ олди, ҳалқум орқаси лимфа тугунлари билан, юқори жағ тишлари эса – пастки жағ ости лимфа тугунлари билан боғлангандир. Альвеоляр ўсикни ва жағ таналарини қоплаб турувчи суяк усти пардаси милк жағ атрофи юмшоқ тўқималари, лимфа капиллярлари ва томирлар тўри, суякнинг ички юзаси ҳамда юз ва бўйиннинг қарама қарши томонидаги аналогик лимфа тизими билан анастомозлашган. Тишлар, периодонт, суяк усти пардаси, жағ атрофидаги юмшоқ тўқималар лимфа тизимининг ўзвий боғлиқлиги, лимфа томирларида яллиғланиш жараёнининг ривожланишига ва инфекцияни тарқалишига имкон беради.

Этиологияси: Лимфангит ва ўткир лимфаденитни патоген стафилококклар, кам ҳолларда стрептококклар ва улар ассоциациялари шу кўзғатувчилар билан биргаликда анаэроб микроблар ҳам чакириши мумкин.

Патогенези. Юз жағ соҳасида лимфангит ва лимфаденитларни одатда одонтоген инфекция чакиради: ўткир периодонтит ёки сурункали периодонтнинг ўткирлашуви, илдиз кистасининг йиринглаши, пастки ақл тишнинг кийин чиқиши, альвеолит. Бундан ташқари ўткир лимфаденит жағларнинг ўткир йирингли периостити, жағларнинг одонтоген остеомиелити жағ

атрофи абсцесс ва флегмоналари, одонтоген гайморитларнинг асоратли кечиши омили бўлади.

Юз-жағ соҳасидаги лимфаденитлар, оғиз бўшлиғи шиллик қавати, ташки, ўрта ва ички қулоқларнинг яллиғланиш касалликлари ва жароҳатланиши туфайли инфекция лимфа тугунларига тушиши натижасида юзага келади. Кам ҳолларда эса, юз-жағ соҳасидаги лимфа тугунларининг зарарланиши юз ва бош териси жароҳатлари ва касалликларида кузатилади.

Лимфа тугунлари ўзига хос биологик филтёрлардир. Улар яллиғланиш жараёни билан зарарланган тишлардан, суяк усти пардасидан, суякдан юмшоқ тўқималардан оқиб келаётган микроблар, токсинлар ва бошқа антиген таъсирларни тутиб қолади.

Лимфа тугунлари иммун аъзоларнинг қисми ҳисобланиб, уларда доимий равишда микроблар ўтириб қолаверса, улар нейтраллаш имкониятини йўқотадилар ва микроорганизмлар кўпайиши учун яхши шароит туғилади. Яллиғланиш касалликларида лимфа тугунларида мураккаб жараёнлар кечади. Лимфатик тугунлардаги инфекциянинг фаоллашиши ва инфекцияга қарши ҳужайра ва гуморал реакцияларнинг пасайиши, узок вақт совуқ ёки иссиқ ҳарорат таъсири остида бўлиш, стресс ҳолатлари, вирус таъсири ва ҳоказоларга боғлиқ. Лимфа тугунларининг кўпроқ яллиғланиши болаларда (шакланмаган иммунитет), бирламчи ва иккиламчи иммун танқислиги бўлган одамларда ва антиген таъсирлар остида лимфа тугунлари фаолияти бузилиши натижасида юзага келади.

Патологик анатомияси. Ўткир лимфангитда лимфа томирлар деворида газак шаклланади, уларнинг ўтказувчанлиги ошиб, атрофдаги клетчаткада экссудат тўпланади. Томирлардаги фибрин ивиб, тромб ҳосил бўлади, бунинг натижасида стаз ривожланади. Лимфангитда лимфа тугунларида зардобли (сероз) яллиғланиш кузатилади. Ўткир лимфаденитнинг бошланғич даврида лимфа томирларнинг кенгайиши тугунларда шиш ва кичик ўчоқли газак кузатилади. Асосан ораликдаги, камроқ четдаги синуслар кенгайди. Уларда сегмент ядроли лейкоцитлар, макрофаглар, лимфоцитлар, дастлаб сероз, кейинроқ йирингли экссудат, детрит массалар аниқланади.

Лимфатик фолликулалари шиш ва гиперплазия туфайли катталашади. Ёриқлар марказида макрофаглар, лимфобластлар ва ретикуляр ҳужайраларнинг кўплиги кузатилади. Безларда кон то-

мирлар кенгайган ва қон билан тўлган (сероз йирингли лимфаденит).

Кейинчалик лейкоцитар газакланиши кучайиб, лимфоид-ретикуляр тўқимада некроз ривожланиб, улар бир-бири билан қўшилиб йирингли бўшлиқлар ҳосил қилади (ўткир йирингли лимфаденит). Бошқа ҳолларда эса, йирингли жараён капсулага ва ёнидаги тўқималарга тарқалади. Лимфатик тугундан йирингли жараён ёнидаги клетчаткада тарқалиб – аденофлегмонани юзага келтиради. Морфологик жиҳатдан лимфа тугунларининг гиперпластик, десквматив, гиперпластик-десквматив ва продуктив шакллари фарқланади. Сурункали лимфаденитда лимфоид элементлар гиперплазияси кузатилиб, шу туфайли тугун катталашади. Аста секинлик билан лимфоид тўқималар ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллайди. Уларнинг орасида кичик абсцесслар ҳосил бўлиши мумкин. Йирингнинг кўпайиши сурункали лимфаденитнинг ўткирлашишига ва аденоабсцесс ёки аденофлегмона шаклига ўтиши мумкин.

Клиник кўриниши. Лимфа тугунлари касалликларининг клиник кечиши ва патологоанатомик ўзгаришлар хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда: ўткир ва сурункали лимфангит, ўткир сероз ва ўткир йирингли лимфаденит, аденофлегмона ва сурункали лимфаденитлар фарқланади.

Лимфангит ўткир ва сурункали кечиши мумкин. Лимфангенитда юза (турли ёки ретикуляр лимфангит) ва ўзакли (тункуляр ёки ўзакли лимфангит) лимфа томирлари зарарланади.

Ўткир ретикуляр лимфангит юза жойлашган лимфа томирларининг яллиғланиши бўлиб, юзда чўзиқ тасма шаклида кўринади. Айрим пайтларда ретикуляр лимфангит яра, чипкон ёки хўппоз ва бошқа яллиғланиш жараёнлари атрофида вужудга келади. Ўткир лимфангитда регионар лимфа тугунларига йўналган тасма шаклида юза газак пайдо бўлади. Лимфа тугунлар катталашади устидаги тери қизаради, пайпаслаганда кучсиз оғрикли, юмшоқ бўлади. Касаллик кечишига қараб, захарланишнинг ҳар хил белгилари пайдо бўлади: тана ҳарорати кўтарилади, эт увишади, бош оғриги, иштаҳа ва уйқунинг бузилиши ва ҳоказолар кузатилади.

Ўткир тункуляр, ўзакли лимфангит кўпроқ жағ ости учбурчаги, бўйин терисида бир ёки икки қизил тасма кўринишда, ин-

фекция ўчоғидан тегишли регионар лимфа тугунлар томон йўналган бўлади.

Пайпаслаганда томир бўйлаб атроф тери ости клетчаткаси ва терида тасма кўринишдаги оғриқли газак аниқланади. Лимфа тугуни катталашган, оғриқли, кўпинча перилимфаденит белгилари кузатилади. Ўткир лимфангит, сурункали лимфангитга ўтиши мумкин. У кўпинча катта ёшдаги ҳолсизланган беморларда ва тўлиқ даволанмаган беморларда вужудга келади. Клиник жиҳатдан касаллик, қаттиқ, оғриқсиз, юза газакка ўхшаш бўлади. Газак тери билан бириккан, ранги ўзгармаслиги мумкин ёки кўнгир-кук тусда бўлади. Чуқур пайпаслаганда, газак тасмалари (тортишмалари) аниқланади.

Лимфангитни, сарамас, юз веналари флебити ва тромбофлебити билан дифференциация қилиш керак. Сарамасда юз терисининг кўп жойларида қизариш ва газак аниқланади. Флебит ва тромбофлебитда эса вена бўйлаб, тортмалар бўлади, устидаги тери ранги узоқ вақт ўзгармайди. Бундан ташқари, ушбу касалликларда захарланишнинг умумий белгилари яққол ифодаланган бўлади.

Лимфаденит ўткир ва сурункали кечиши мумкин.

Ўткир зардобли лимфаденит лимфатик тугун ёки бир печа тугунларда оғриқ ва шиш пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Беморнинг умумий аҳволи қоникарли, айримларда эса тана ҳарорати субфебрил, умумий ҳолати бироз ёмонлашади. Пайпаслаганда, думалоқ ёки овал шаклидаги оғриқли, катталашган лимфа тугуни аниқланади, устидаги тери билан бирикмаган, терининг ранги ўзгармаган.

Сабабчи инфекция ўчоғи бўлган патологик жараёнлар барта-раф қилингандан сўнг лимфа тугунларининг ҳажми кичраяди, юмшайди, оғриқ йўқолади. Қон ва сийдикда ўзгаришлар кузагилмайди, айрим беморларда қонда лейкоцитларнинг сони кўпайиши мумкин ($9-10 \cdot 10^9/l$).

Ўткир йирингли лимфаденит зардорбли (серозли) жараённинг йиринглилига ўтиши ёки сурункали лимфаденитни ўткирлашуви натижасида ривожланади. Зарарланган лимфа тугунларда оғриқ, (баъзан кучли) пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати $37,5-38^{\circ}C$ гача кўтарилади. Текширилганда зарарланган лимфа тугун тарафида шиш аниқланади. Пайпаслаганда чегараси аниқ, думалоқ шаклида оғриқли газак аниқланади. Унинг устидаги тери лимфа тугун би-

лан бирикади, кизарган, шишган бўлади. Яллиғланиш жараёни ҳалқум орти ва кулок олди соҳаларида жойлашганда, ютиниш оғрикли, оғизни очиш қийинлашади.

Баъзан, абсцессланиш аста-секин, айрим ҳолларда 1-2 ҳафта давомида, яққол бўлмаган умумий ва маҳаллий ўзгаришларсиз кечади. Яллиғланиш жараёнлари лимфа тугун атрофидаги тўқималарга ўтиб, периадёнитга олиб келади. Бунда газакнинг ҳажми катталашади, устидаги тери, тўқ қизил рангга киради, марказида юмшаш ўчоғи аниқланади.

Ўткир йирингли периадёнит билан кечаётган лимфаденитни лимфа тугунларининг специфик касалликлари, аваламбор-акитиномикоз билан фарқланади. Лимфа тугунларининг актиномикоз касаллиги секин ва суст кечади. Ташҳис қўйиш учун йирингини замбуруқларга текшириш яхши натижа беради.

Аденофлегмона. Айрим пайтларда, лимфа тугуни капсуласи ёриб йиринг уни ўраб турган клетчаткага ўтади. Лимфа тугун ва уни ўраб турган клетчатканинг тарқалган йирингли яллиғланиши-аденофлегмона вужудга келади.

Беморлар ўз-ўзидан пайдо бўлувчи, айрим пайтлари эса зарланган жойдаги кучли оғриққа ва умумий аҳволининг ёмонлашганлигига шикоят қиладилар. Касаллик тарихидан нўхотдек, аста-секин катталашадиган “нўхат” серозли, йирингли ёки сурункали лимфаденитга хос белгилар бўлганлиги аниқланади. Аденофлегмонада яллиғланиш жараёнининг кескин кучайиши кузатилади, умумий аҳвол ёмонлашади, тана ҳарорати $38-38,5^{\circ}\text{C}$ гача ва ундан баланд кўтарилади, эт увишади, титраш ва захарланишнинг бошқа белгилари пайдо бўлади. Баъзи беморларда эса аденофлегмона секин ривожланади, тана ҳарорати $37,5-38^{\circ}\text{C}$ дан кўтарилмайди. Аденофлегмонада қонда ўзгаришлар кузатилади: лейкоцитлар миқдори $12-15 \cdot 10^9/\text{л}$ гача етади, нейтрофил лейкоцитлар ҳам ошади, ЭЧТ (эритроцит чуқиш тезлиги) соатига 35-40 мм гача кўтарилади.

Аденофлегмонани актиномикоз ва сил касалликлари билан қиёсий ташҳислаш мумкин. Силда ва актиномикозда касаллик секин ривожланади, умумий ва маҳаллий белгилари яққол кўринмайди. Йирингли жараёнин кесанда: актиномикозда увоқли консистенцияга эга ажралма кузатилса, силда эса у оғизсимон (гворогсимон) парчаланишига ўхшаш бўлади.

Сурункали лимфаденит. Сурункали лимфаденит одатда лимфа тугунидаги ўткир лимфаденитнинг натижасидир. Сурункали лимфаденитнинг ўткир яллиғланиш даври яққол намоён бўлмаган тури ҳам учраб туради. Кўп муаллифлар бу ҳолатни микрофлоранинг хусусиятлари, унинг кучсиз вирулентлиги билан боғлайдилар. Клиник жиҳатдан сурункали гиперпластик ва сурункали ўткирлашган (йирингли) лимфаденит фаркланади. Касаллик секинлик билан, айрим пайтларда, 1-2 ой ва ундан кўпроқ вақт мобайнида ривожланади. Дастлаб, оғрикли думалок “нўхатдек” шиш пайдо бўлади, аста-секин катталашади ва каттиклашади. Пайпаслаганда, думалок ёки овал шаклли, аник чегарали, атрофидаги тўкималар билан бирикмаган, ҳаракатчан лимфа тугуни аникланади. Беморлар “тугунча” борлигига, айрим пайтларда эса холсизлик, лоҳасликка шикоят қилишади. Сурункали гиперпластик лимфаденитда беморнинг умумий аҳволи коникарли бўлади. Айрим беморлардагина тана ҳароратининг кечқурунлари $37-37,5^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиши ва бемор умумий аҳолининг ёмонлашганини кайд этади.

Айрим ҳолларда, лимфа тугунидаги сурункали яллиғланиш натижасида грануляцион тўкима ўсиб, лимфоид тўкиманинг ўрнини тўлик эгаллайди ва тугуннинг ташқарисига терига ўсиб киради ва уни юпкалаштиради. Юпкалашган жойда тери тешилади ва грануляция бўртиб турган окма йўли ҳосил бўлади. Сурункали гиперпластик лимфаденит ўткирлашиши мумкин ва ўткир йирингли лимфаденитнинг клиникаси намоён бўлади.

Касаллик узок кечган пайтларида, лейкоцитларнинг камайиши ($4-5 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоцит ва моноцитларнинг салгина кўпайиши, ЭЧТ соатига 25-30 мм гача ошиши кузатилади.

Сурункали гиперпластик лимфаденитни юз ва бўйиннинг туғма кистаси, окмалари ва бир қатор ўсмалар билан солиштириш лозим. Юз ва бўйиннинг кисталари биринчи ва иккинчи жабра ёриклари ва ёйлари, калконсимон-тил йўли соҳаларида жойлашади. Улар секин, бир неча йиллар давомида катталашади. Пайпаслаганда ҳосила оғриксиз ва эластик консистенциялидир. Ташҳис қўйишда пункция ва цитологик текшириш катта аҳамият касб этади.

Сурункали лимфаденит билан, сурункали грануляцияланувчи периодонтитнинг киёсий ташҳиси анча мураккабдир. Иккала касалликда ҳам юз терисида окма йўл ҳосил бўлиши мумкин.

Лимфаденитда у ярим парчаланган лимфа тугунларига олиб борса, периодонтитда эса периапикал ўчоқ жойлашган суякка олиб боради. Солиштирма ташхис учун тишлар рентгенографияси ва морфологик текширишлар ёрдам беради.

Гиперпластик лимфаденит, бир қатор ўсмалар, гемобластозлар метастатик зарарланишлар солиштирма ташхиси, пунктатни цитологик текшириш, биопсия материалларини патоморфологик текширишга асослангандир.

Давоси. Ўткир лимфаденитда микроорганизмларнинг лимфа тугунларига тушишининг олдини олиш мақсадида одонтоген инфекция ўчоқларини бартараф қилиш керак (тишни олиш, ёки периодонтни даволаш, альвеолитда олинган тиш каттагига ишлов бериш). Фақат сероз лимфаденитдагина даволаш консерватив бўлиши мумкин. Физиотерапевтик муолажалар белгиланади. Дубровин бўйича боғлам, йодид калий билан иситувчи боғламлар яхши самара беради. Маҳаллий оғрикисизлантириш ёрдамида тугунни пункция қилиш, ўраб турган тўқималарни айрим пайтларда антибиотиклар, ферментлар қўшиб тримекаин ёки лидокаин билан блокада қилиш ҳам яхши натижа беради.

Ўткир йирингли, ёки сурункали лимфаденитнинг ўткирлашишда жарроҳлик усули билан даволанади. Йирингли ўчоқ кесилиб, ярага бирламчи жарроҳлик ишлови берилади – йирингли чириган тўқималар кириб олиб ташланади, яллиғланиш ўчоғига медикаментоз ишлов берилади. Ярага чиқарғич (дренаж) қўйиб боғланади, у фуран типигаги препаратлар, ферментлар, стафилококка қарши плазма ва хоказолар билан маҳаллий даволаниб, дори моддалари билан боғламлар қўйилади. Комплекс даволашнинг схемаси ўткир ва сурункали лимфаденитлар ўткирлашувидаги организмнинг реактивлиги ва маҳаллий белгиларига боғлиқдир. Умумий қувватни оширувчи, стимулловчи сенсбиллизацияни тушурувчи даволар ва иммунотерапия белгиланади. Кучсизланган ва катта ёшдаги беморларга антибиотик ва сульфаниламид дорилар даволаш курси ўтказилади. Аденофлегмонани даволаш, флегмонани даволаш қондаси бўйича олиб борилади.

Сурункали лимфаденитни даволаш одонтоген инфекция ўчоғини йўқотишдан бошланади. Катталашган лимфа тугунининг сўрилишини тезлаштириш мақсадида, тримекаин ёки лидокаинни ферментлар билан қўшиб блокада қилиш, малҳамли боғламлар

билан алмашитириб туриш яхши натижа беради. Физиотерапевтик муолажалар (калий йодид, ферментлар ва димексид билан электрофорез қилиш) пункция қилиб, ташҳис цитологик жихатдан тасдиқлангандан кейин белгиланади. Сурункали лимфаденит узок вақт кечиб, ўчоқдаги грануляцион тўқима сезиларли ўсиб, терида оқма йўллари ҳосил қилганида, лимфа тугунини оқма йўли билан бирга кесиб олиб ташланади (некротомия) ва тўқималар қаватма-қават тикилади.

Лимфа тугунлар яллиғланишини асоратсиз даволаш мумкин. Фақат бўйин соҳасидаги аденофлегмоналардагина инфекция қон-томир-нерв тутами атрофидаги клетчатка орқали яллиғланиш жараёнининг кўкс оралиғига тарқалиши ҳавфлидир. Бунинг олдини олиш – оғиз бўшлиғи ва кулоқ-томоқ, бурун аъзоларининг санациясидан, шунингдек организмнинг резистенлигини (инфекцияга қаршилиқ кўрсатиш кучини) оширишдан иборатдир.

Юз-жағ ва бўйин яллиғланиш касалликлари асоратлари: сепсис, септик шок, медиастенит, юз веналари тромбофлебити ва ғоваксимон бўшлиқ тромбози

Юз-жағ ва бўйинда ўткир кечаётган (абсцесс, флегмона, остеомиелит, чипқон, хўппоз) йирингли яллиғланиш касалликлари ён атрофидаги тўқималарга тарқалиши, организм заҳарланиши натижасида ҳаёт учун зарур бўлган аъзо ва тизимларни ишдан чиқариши мумкин.

Медиастенит

Медиастенит – кўкс оралиғи клетчаткасининг яллиғланиши. Оғиз туби, жағ ости, даҳан ости, ҳалқум ёни ва бошқа соҳаларидаги яллиғланиш жараёнларини даволашга қарамай, прогрессив кечиб, бўйин соҳаларига тарқалиши натижасида, қон-томир-нерв тутами, кекирдак ва қизил ўнгач атрофи клетчаткаси бўйлаб кўкрак қафасига тарқалишидир. Кўкс яллиғланиш жараёнларини жойлашишига нисбатан олдинги, орқа ва диффуз медиастенит ажратилади.

Олди медиастенит яллиғланиш жараёни икки йўл билан юзага келиши мумкин: ҳалқум атрофидаги йирингли жараён мушаклар оралиғи ва мушак-фасциал оралиқлардан қон-томир-нерв тутами атрофи бўйлаб олдинги кўксга ўтади, ёки оғиз туби, тил

флегмоналарида бўйиндан эндоцервикал фасция ораликларидан кекирдик ва трахея атрофидан олд кўксга ўтади. Орка медиастенит йирингли- некротик жараён умуртка устунининг бўйин соҳасидаги фасция атрофидан орка кўксга тарқалса ривожланади.

Тотал йирингли медиастенит ёки чиринди некротик медиастенит бўйин ва ҳалқум атрофидаги тарқалган яллиғланиш жараёнлар ҳамма фасциал ораликлардан кўкс олди ва орка томонларига тушганда ривожланади.

А.А.Вишневский ва А.А.Адамян (1977) патолог-анатомик ўзгаришлардан келиб чиқиб, ўткир зардобли, ўткир йирингли ва сурункали медиастенитни ажратишни таклиф қилганлар.

Медиастенитни клиник кечиши.

Бемор аҳволи оғир, тана ҳарорати 39-40⁰С ёки ундан ҳам банд. Дастлаб бемор йўтал ва ҳансирашга шикоят қилади. Кейинчалик, кўкс орқасида оғрик пайдо бўлганига, энгашганда ва ён томонига қайилганда, оғрик кучайишига, ютинганда кўкракда оғрик пайдо бўлишига ҳам шикоят қилади. Беморда гемодинамик бузилишлар кучаяди ва нафас олиш қийинлашади. Бемор ўзига қулай мажбурий ҳолатни олишга ҳаракат қилади, айрим беморлар букчайиб ўтирадилар, бошни тушириб, оёқларини йиғиб оладилар, айримлари ярим ётган ҳолда оёқларини йиғиб, ғужанак бўлиб оладилар. Тахикардия, қон босими ўзгарувчан бўлади. Юза нафас олиш ва кучайиб бораётган ҳансираш кузатилади. Кейинчалик, бадан териси ушланганда муздек, ранги кетиб, сарғайиш аломатлари кузатилади, муздек тер чиқади, инъекция қилинган соҳаларда тарқалган қончалаш ҳосил бўлади. Беморда алаҳсираш кузатилади, кома ҳолатига тушиши мумкин. Ўпкада, аускультатив: ўчоқли ёки тарқалган яллиғланиш, абсцессланиш ёки гангренагача етиш аломатларини кузатиш мумкин.

Медиастенитга хос белгилардан бири бу Герке белгиси – беморни бошини орқага- пастга қилинганда, тўшорти соҳасидаги оғрикнинг кучайиши; А.Я.Иванов белгиси-бўйин қон томир-нерв тутамини юқорига сурганда кўкс орқасидаги оғрик кучаяди; оғриклар бемор чуқур нафас олганида ва овқат луқмасини ютишга уринганида ҳам кучайиши мумкин; Равич- Шчербо белгиси - чуқур нафас олганда буйинтурук чуқурчанинг ичка тортилиши; медиастенитли беморга хос доимий юза йўталиш ҳам унинг умумий аҳволини оғирлаштиради.

Ташхис кўйиш учун, юқорида келтирилган клиник белгиларни аниқлаш ва рентгенологик текширувлар уч проекцияда (олди, ён ва кия) ва компьютер томографияси ўтказилади. текширувларда: кўкс ораллигининг ўрта қисми кенгайганлиги, 5-8 кунларга келиб плеврал бўшлиқда-ажралма аниқланади.

Даволаш: медиастенит аниқланиши билан шошилнч операция қилинади. Қисқа тайёргарликдан сўнг, умумий оғриксизлантириш остида кўкс ораллиқларини юқори ва ўрта очиш учун бўйин орқали Разумовский усулида медиастинотомия ўтказилади. Агарда жараён, кўкс орқа қисмида бўлса, медиастинотомия Насилов усулида бажарилади. Тотал ёки диффуз медиастенитда, операция жаррохлик клиникаларининг тароқал бўлимида ўтказилади.

Операциядан сўнг, яллиғланиш жараёни доимий дренажланиб, дори воситалари билан ювилиб, ажралмалар фаол сўриб олинниши керак. Организм қуватини оширишга қаратилган барча чоралар - экстра корпорал детоксикация-гемосорбция, плазмоферез, экстракорпорал талоқда кон тозалаш, метаболизм ва иммунитетни кучайтирувчи дори дармонлар ишлатилади.

Медиастенитда пировард натижа, ҳаминша ҳам яхши бўлмайди. Айниқса, медиастенит сепсис билан баробар кечса.

Юз веналари тромбофлебити

Юз веналари тромбофлебити, юқори жағ суяги ва атрофидаги юмшоқ тўқималар йирингли яллиғланиши (юқори жағ остеомиелити, кўз ости соҳаси абсцесс ва флегмонаси, юқори лаб ва бурун йўли чипкон ва хўппози ва бошқалар) касалликларида юз венасини тармоқ томирлари деворларининг яллиғланиб, тромб ҳосил қилишидир.

Юз ва бурчак веналар йуналишида шнш ҳосил бўлади. Пай-паслаганда тери билан бириккан инфильтрат аниқланади, устидаги тери қизаради, заҳарланиш кучайган сари бемор аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати кўтарилади, безгак тутади, бадани увишади, калтирайди.

Тромбофлебит юз венаси тромбозига ўтади, ўз навбатида юз венаси тромбози инфекциянинг мия қаттиқ пардаси говаксимон синусига тарқалишига олиб келади.

Говаксимон бўшлиқ тромбози

Ҳос бўлган белгилар: пешона соҳасида бош оғриғи, умумий аҳвол оғирлашади, организм заҳарланиши ошади- тана ҳарорати

40°С гача ва ундан ҳам юқорига чиқади, бадан увишиб қалтирайди карама қарши томондаги кўз косаси ичида оғрик кўз сокқаси шиллиқ пардаси шишиб чиқади (хемоз), кўз косасидаги тўқималар шишиб, экзофтальм ҳосил бўлади. Бу ўзгаришлар иккинчи кўзда ҳам пайдо бўлади. Кейинрок офтальмоплексия, кўз тубида шиш ва кўз нерви атрофияси, кўз кўриш қобилияти пасайиб, бемор бутунлай кўрмай қолиши мумкин.

Менингит. Менингоэнцефалит. Мия абсцесси.

Яллиғланиш жараёнларини тарқалиши натижасида менингит (бош мия пардасининг яллиғланиши), менингоэнцефалит (бош мия пардаларининг яллиғланиши) юзага келади. Бу касалликларга хос белгилар: бош оғриғи кучайиши, кўнгил айнаши, қусиш, ҳушдан кетиш кузатилади. Бу белгилар анча узоқ туриши мумкин, неврологик белгилардан фақат Кернинг симптоми баъзида, Бабинский-Опенгейм симптоми аниқланади.

Юз ва кўз косаси флегмоналари тарқалиши натижасида мия тўқимасида абсцесс шаклланиши мумкин. Белгилари: кучайиб бораётган бош оғриғи (энцефалитик даври), умумий ҳолсизлик, кўнгил айнаши, қусиш (латент даври). Бу давр нисбатан чўзилиши мумкин. Миядаги йирингли жараён ёрилиб, мия қобиғи остига ёки қоринчаларига тарқалиши, умумий аҳволнинг кескин ёмонлашишига олиб келади. Бемор ҳаракатлари бесаранжом бўлиб токсик инфекцион синдром белгилари намоён бўлади (терминал давр). Ҳаётни таъминлаб берувчи аъзо ва системаларнинг ишдан чиқиши, нафас олиш марказини фалаж қилиб, ўлимга сабаб бўлади.

Ташҳис қўйиш. Маҳаллий ва умумий ҳолатини ҳисобга олиб, қатор мутахассислар (офтальмолог, невропатолог, нейрохирург) ва динамик қон анализлари ва компьютер, магнит-резонанс, ультра товуш текширувлар натижаси ҳисобга олиниб, диагноз қўйиш мумкин.

Даволаш. Комплекс равишда, касаллик босқичларини этиборга олган ҳолда, жарроҳ стоматолог, офтальмолог, невропатолог, нейрохирург назорати остида реанимация ва интенсив палаталарда ўтказилади. Даволаш чоралари йирингли яллиғланиш жараёнларини қабул қилинган услублар асосида бартараф этиш, шунингдек ҳаёт учун зарур бўлган аъзо ва тизимлар функцияларини фаоллаштиришга қаратилади.

Пировард натижа тахмин қилиниши қийин, аммо бемор ҳаёти ҳамиша ҳавф остида бўлади. Шунинг учун ҳамма имкониятларни тўлиқ ишга солиш ва тузалишга умид қилиш керак.

Сепсис

Сепсис-организмнинг умумий йирингли инфекцион касаллиги. Юз-жағ тўқималарида тарқалган йирингли жараёнлар ва улар асоратларидан йиринг ва захарли моддалар конга тушиши натижасида ривожланади. Сепсис кечишида йирингли – резорбтив, бошланғич, септицемия, септикопиемия ва сурункали сепсис давлари ажратилади.

Йирингли резорбтив безгак даврида бемор шикоятлари кўпайиб боради у умумий ҳолсизлик, уйқусизлик, бош оғриши, калтираш, иштаха йўқолишига шикоят қилади. Йирингли яллиғланиш жараёнида олиб борилаётган даво сезиларли ўзгаришлар бермайди.

Сепсис бошланғич даври. Ўтказилаётган интенсив давога қарамасдан, бемор аҳволи оғир ёки жуда оғир бўлади, у ҳаяжонланган, тўлкинланган ёки, ноўрин хурсанд, ёки хушидан кетган бўлади. Тана ҳарорати 39-40⁰С, териси оқарган, муздек, тупроқ рангда, ёпикқоқ тер билан қопланган, петехиялар (майда қон томирларни ёрилиши натижасида, терида пайдо бўладиган жуда майда-тариқдек, тўқ кўкимтир доғлар) эритемалар, инъекция ўрнида қон қуюлишлар кузатилади.

Венадан олинган қонда, микробиологик текширувлар билан **патоген микроблар топилса, септицемия ёки сепсиснинг токсик даври дейилади.** Септицемияга ҳос белгилар бу ички аъзолар: ўпка, жигар, буйрак, юрак ва бошқа ички аъзоларни касаллиги белгиларини маҳаллий яллиғланиш аломатларидан (устунрок) кўпроқ намоён бўлади.

Септицемиядан сўнг –касаллик **септикопиемия даврига** ўтади. Бу даврга ички аъзоларда ўпка, жигар, бош миёда ўтириб қолган инфекциянинг таъсирида йирингли жараёнлар ривожланади. Сепсисни терминал фазасига ҳос ўзгаришлар кузатилади: диспротеинемия, гиперкоагуляция, электролит балансини кислота –ишқор тизими бузилиши ва ҳ.к. кузатилади.

Сепсис ривожланиши билан у септик (эндотоксик) шок (микроблар ва уларни захарлари таъсирида организм функцияларини оғир бузилиши) билан асоратланади. Септик

шоқда ҳаётни таъминлаб берувчи аъзолар фаолияти бузулади. Шулардан бири ўткир нафас етишмовчилиги, ўнга хос белгилар – умумий аҳволни кескин оғирлашиши, кучайиб бораётган ҳолсизлик, қалтираш, бетоқатликнинг кўрқувга ўтиши, онг хиралашиши, бош оғриғи кучайиши билан бир вақтда, ҳаво етишмаслиги компенсациялашган ва ҳансираш кузатилади. Септик шок оғирлашиб бориши билан ўткир нафас етишмовчилиги декомпенсацияланган шаклига ўтади, ўнга: беморни ўта оғир ҳолати, онги-равшан эмас, тери ранги ўчиб-оқариши, шиллик пардаларда – цианоз, қон босими бекарорлиги ва кўпроқ тушиб кетишга мойил гиповентиляциянон гипоксия, анурия. Қон ивиш тизими бузилади, лейкопения, анемия ва ҳ.к. ҳосилдир.

Ташҳис юқорида келтирилган клиник белгилар, бактериологик текширув ва қон таҳлилидан келиб чиққан ҳолда қўйилади.

Даволаш. Биринчи навбатда асосий бўлган йирингли ўчоқни тўлиқ очиш, тафтиш ўтказиш ва янги соҳаларга тарқалишини олдини олиш, иккинчиси яллиғланиш жараёни асоратлари бўлган ички аъзо ва тизимлари фаолиятини тиклаш мақсадида сепсис босқичларини (реактив, токсик, терминал) эътиборга олган ҳолда, реанимацион тадбирлар ва интенсив медикаментоз даво ўтказиш.

Пировард натижа – 50% ва ундан кўп ҳолларда яхши эмас, бемор ҳаётини сақлаб қолиб бўлмайди.

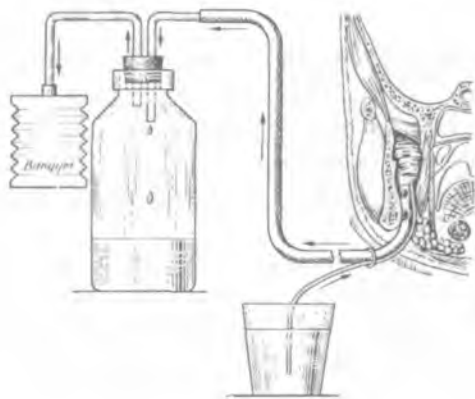
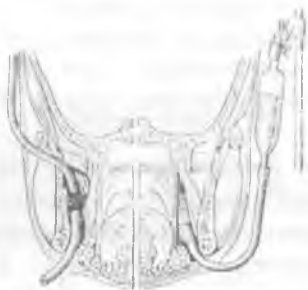
Юз-жағ ва бўйин соҳалари абсцесс ва флегмоналарни даволашнинг умумий принциплари

Абсцесс ва флегмоналарни даволашда жарроҳлик усули асосий усул деб ҳисобланади. Айниқса йирингли жараён чайнов мушағида, канотсимон пастки жағ бўшлиғида, чакка ости чуқурчасида, чакка соҳаларида жойлашганда стационарда даволаш мақсадга мувофиқдир. Стационарда катта ёшдаги беморларда ҳамроҳ касалликлар ҳам бир вақтнинг ўзида даволанади.

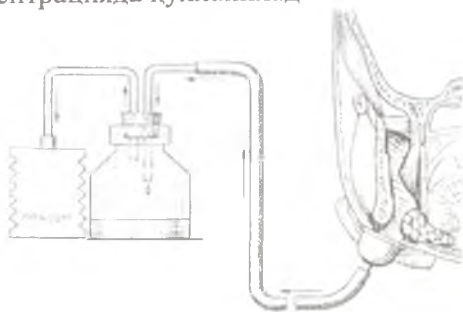
Жарроҳлик усули билан даволашда, яллиғланиш жараёнининг клиник ривожланиши босқичи, патологик ўзгаришларнинг қўламини ва уларнинг сифати, организмнинг индивидуал хусусиятларини, шунингдек инфекциянинг вирулентлиги, инвазивлиги ва захарлилигини ҳисобга олиш зарур.

Шиш ва зардобли газак (целлюлит) босқичида, жарроҳлик усули мақсади - тўқималарда яллиғланиш соҳасини чегаралашга йўналтирилгандир. Яллиғланиш газagini кесишдан мақсад, тўқима таранглигини камайтириш ва уларда ажраладиган суюқликлар чикиб кетиши учун шароит яратиш. Зарарланган тўқималар атрофига антибиотиклар билан тримекаинли ва лидокаинли блокадалар қилишдан иборатдир. Бир вақтнинг ўзида сабабчи тишдан экссудат ажралиши учун шароит яратилади ёки кўрсатма бўлса тишлар олиб ташланади.

Йирингли ўчоқлар кесилганда, ярага бирламчи жарроҳлик ишлови берилади, некротомия қилинади, ажралмаларга кенг йўл очилади ва яраларга антисептик воситалар ёрдамида таъсир қилинади. Яллиғланиш ўчоғидан йиринг ажралиб чиқиши учун дренажлашнинг ва диализнинг ҳар хил усуллари - яъни экссудатни вақти- вақти билан ёки доимий сўриб олиш, ювиш, боғлам қўйиш ва бошқалар кенг қўлланилади.



Тарқалган, флегмоналарда йирингли бўшликка бирламчи жарроҳлик ишлови, айрим пайтлари қайта-қайта некротомия қилиш билан олиб борилади. Оғриксизлантириш усулларини танлаш яллиғланиш жараёнининг кўламига - тарқалганлигига (абсцесс, флегмона, тарқалган флегмона), организмнинг функционал ҳолати ва операция ўтказиш шаротига боғлиқ бўлади. Бир анатомик соҳада жойлашган абсцесс ёки флегмонани керакли медикаментоз тайёргарликдан сўнг, маҳаллий оғриксизлантириш остида операция қилинади. Яллиғланиш 2-3 ва ундан кўп соҳаларда жойлашганида, наркоз ёрдамида операция қилинади. Умумий оғриксизлантиришни ўтказишда йирингли ўчокнинг жойлашиши катта аҳамият касб этади. Йирингли жараённинг оғиз тубида, тил илдизида, юткин атрофи соҳасида ҳамда чайнов мушаклари соҳаларида жойлашиши наркоз қўллашни чегаралайди. Ҳамроҳ касалликлари бор беморларда маҳаллий оғриксизлантириш умумий (азот оксиди ёки пентран) билан биргаликда ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Умумий анестетиклар субнаротик концентратияда қўлланилади.



Тўқималар шу соҳанинг анатомик ва эстетик жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда кесилади. Кесмалар юз нерви тармоқлари йўналишини, табиий тери бурмаларини ҳисобга олган ҳолда, пастки жағ кирраси остидан кесилади. Операцияда кесилиши керак бўлган тўқималар қаватлари ҳақида аниқ тасаввурга эга бўлиш жуда муҳимдир.

Экссудат етарли даражада ажралиб чиқиши ва яра четларининг ёпишиб қолишининг олдини олиш мақсадида, ичида резинали, полихлор винилли ҳар хир диаметрдаги тешикли найчалар ва қўлқоп резинасидан чикаргичлар ишлатилади. Гипертоник эритмалар (10% натрий хлорид эритмаси) шунингдек кучсиз антисептик-

лар(0,4% этакридин лактат, 1-2% хлорамин ва хлорфилипт ва бошқалар) билан боғламлар қўйиш мақсадга мувофиқдир. Кесилган йирингли бўшликларга ўсимлик ёғи шимдирилган дока 2% тетрациклин гидрохлорид ёки 10% синтомицин эмульсияси, тетрациклинли конуслар киритиш, шунингдек ярани стафилококкли ва стрептококкли бактериофаглар ва ферментлар билан ювиш мақсадга мувофиқ .

Йирингли некротик ярани 3% калий перманганати, шундан сўнг водород пероксид эритмалари билан мунтазам равишда кайта-кайта ювиш яхши натижа беради. Шундан сўнг ярага натрий хлориднинг гипертоник эритмаси билан намланган боғламлар қўйилади. Шу мақсадда грамицидин С 0,05 % хлоргекседин ёки хлорфилипт ишлатилса самарадорлик янада ошади. Оператив даволашнинг классик схемаси бўйича йирингли ярага бирламчи ишлов беришни, актив дренажлаш усули, маҳаллий диализнинг ҳар хил усуллари, экссудатни вакуум сўриш билан кучайтирилади. Ярани диализи учун натрий хлорид эритмалари, натрий гипохлорид, 4-8% натрий бикарбонат эритмаси, антисептиклар, антибиотиклар, детергентлар, ферментлар, Рингер эритмаси, кокарбоксилаза С ва В гуруҳ витаминлари, аминокислоталар қўлланилади.

Фаол маҳаллий диализ, яллиғланиш фазаси ва кесмали жараёнга дориларнинг керакли таъсирини ҳисобга олган ҳолда ўтказилади. Бу унинг кечишини бошқариш имкониятини беради.

Яллиғланишнинг 1 фазасида - механик, физико-химик, химико-биологик антисептика ишлови ўтказилади, 2-фазасида пролиферация ва регенерация фазасида-яранинг химико-биологик ва биохимик санацияси ўтказилади. 3- фазасида тикланиш ва чандик ҳосил бўлиш даврида даволаш муолажалари ярадаги репаратив регенерацияни тезлаштиришга қаратилган бўлади.

Абсцесс ва флегмоналарда умумий патогенетик даволашнинг режасини тузганда қуйидагилар назарда тутилади: 1)Қўзғатувчига таъсир қилиш; 2)организмнинг иммунобиологик кучини, умумий кувватини ошириш; 3)аъзо ва тизимларнинг фаолиятини коррекция қилиш. Абсцесс ва флегмоналарнинг даволаш режасини тузиш организмнинг функционал ҳолати ва яллиғланиш реакциялари нормергик, гиперергик, гипергик кечишини ҳисобга олиб яллиғланиш жараёнини жойлашиши маҳаллий хусусиятларига асосланган бўлиши керак. Асосий эътибор, бирламчи ва иккиламчи

иммунтанқислиги бўлган беморларда инфекцияга қарши ҳимоя реакциясини коррекция қилишга қаратилган бўлади.

Нормергик яллиғланиш реакцияли абсцессларда антибиотиклар, сульфаниламидлар, нитрофуранлар, десенсибилизацияловчи ва умумий кувватни оширувчи воситалар қўлланилади. Лунж ва жағ-тил чуқурчаси абсцессларини комплекс даволашда айрим беморларда факат сульфаниламид, яллиғланишга қарши ва десенсибилизацияловчи дорилар комплекси қўлланилади.

Гипергик реакция билан кечаётган абсцесс ва флегмоналарда умумқувватловчи актив иммунотерапия ва раҳбатлантирувчи терапиядан бошланади. Флегмоналарни даволашнинг умумий принциплари жағлар ўткир остеомиелитини даволашга ўхшаш (жағлар одонтоген остеомиелити мавзусига қаранг).

Беморга, антибиотикограмма олинганга қадар таъсир доираси кенг спектрдаги ёки синергист препаратлар биргаликда (пёнициллин, пёнициллин ва стрептомицин, пёнициллин ва оксациллин) белгиланади. Антибиотикограмма қилингандан сўнг кўзғатувчи микроблар сезувчан бўлган препаратлар белгиланади (цепорин, ампициллин, фузидин, линкомицин, эритромицин, канамицин ва бошқалар).

Антибиотиклар зарарли таъсирини олдини олиш мақсадида замбуруғга қарши препаратлар: нистатин, леворин, гризеофульвин белгилаш мақсадга мувофиқдир. Шунингдек, ичаклардаги ҳазм жараёнида иштирок этувчи нормал микрофлора мувозанатини сақлаш мақсадида бифидум бактриум, лактобактерин, нарине, линекс препаратларини тайинлаш фойдадан ҳоли эмас.

Бактериологик таҳлиллар натижасига кўра стафилококк ажратиб олинганда, ярим синтетик пёнициллинлар: метициллин, оксациллин, ампиокс, натрий тузли диклоксациллин, гёнтамицин. Анаэроб микроблар ажратиб олинган йирингли чиринди флегмонларда ичишга ёки вена ичига қўшимча, метронидазол белгиланади. Ундан ташқари мушак орасига ёки тери остига асосий анаэробларга қарши зардоблар аралашмасини (қўлланма бўйича зардоб 3 маҳал берилади) қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Микрофлорани текширишни 3-4 кунда қайтариб турилади ва антибиотикограмма бўйича дорилар белгилаш коррекция қилинади. Организмнинг иммунобиологик хусусияти ва умумий кувватини ошириш учун биологик фаол моддалар, ферментотерапия ва иммунотерапия қўлланилади.

Парчаланиш маҳсулотлари ва захарларни организмдан чиқариш учун суюқликлар керакли даражада қабул қилинишини кузатиб туриш зарур. Оғрикли ва қийин ютинишда тўғри ичакка 1-1,5 литргача томчиловчи ҳукна сифатида (минутига 60-80 томчи) суюқлик юбориш керак. 0,85% натрий хлорид эритмаси, 5-5,5% глюкоза эритмаси, 2,5% кальций хлорид эритмаси, 8-8,5% шакарқамиш эритмалари юборилади.

Гиперергик яллиғланиш реакцияси хос бўлган тарқалган флегмонали беморларга алоҳида эътибор бериш зарур. Медиастенит, юз ва мия томирлари, мияннинг каттиқ пардаси синуслари тромбозфлебети ва тромбози; сепсис билан асоратланган тарқалган флегмонали беморларни даволаш жуда мушқилдир. Қатор умумий касалликлар (диабет, юрак-томир етишмовчилиги, геморрагик диатезлар, оғир аллергик касалликлар ва реакциялар) бўлган беморларга ҳам эътибор бериш керак. Бу беморларга қабул қилингандек нафас, қон айланиш фаолияти, моддалар алмашинуви, асаб ва эндокрин тизимларини яхшилашга қаратилган интенсив терапия ўтказилиши зарур. Реанимацион тадбирлар билан бирга ўтказилган комплекс даволаш оғир, баъзан умидсиз беморларнинг соғайиб кетишини таъминлайди.

Стафилококка сенсibiliзацияланган, аллергик касалликлари бор, тарқалган флегмонали беморларга дорилар: сульфаниламидлар, антибиотиклар анальгетиклар ва бошқаларни белгилашда жуда эҳтиёт бўлиш зарур. Бу беморларда ҳар томонлама кесишган аллергик реакцияларнинг сони кўп мартага ортади. Уларга антигистамин препаратлар, қоннинг ўрнини босувчи дорилар ва витаминлар белгиланади. Антиген стимуляторни қўллаш иммуногёнезни ва организмнинг махсус бўлмаган реактивлигини оширишга ёрдам беради. Иммуногёнез коррекцияси организмнинг функционал резервларини ҳисобга олинган тақдирдагина ўтказилиши мумкин. Ҳаётни таъминловчи тизимларнинг мутаносиблашган ҳолатларида стафилококкли анатоксин, левамизол белгиланади. Гипергик реакциялар билан кечадиган ва стафилококка юқори сезувчанлиги бўлган, тарқалган флегмонали беморларга, айниқса оғир умумий касалликларда антиген стимуляторлар юбориш тавсия этилмайди. Жуда оғир кечувчи флегмоналарда, иммунитетни коррекция қилиш учун буйрақусти беzi гормонлари-преднизолон ва гидрокортисон самаралидир.

Комплекс даволашда физикавий усуллар қўлланилади. Яллиғланиш жараёнларининг бошланғич босқичларида ультраби-нафшали нурлантириш (УБН), ультра юқори частота (УЮЧ) ток, гелий-неон лазерлари билан нурлантириш белгиланади. Йирингли ўчоқлар кесилгач кўпинча ярадан йиринг ажралиши тўхтагач, УБН, УЮЧ, ультра товуш, флюкторизация, антибиотиклар билан электрофорез қўлланилади. Операциядан кейинги даврда физик усуллар билан таъсир этишни 5 дан 10 сеансгача гипербаротерапия билан қўшиб олиб бориш яхши натижа беради.

Яллиғланиш жараёнлари қайта ривожланиши, айниқса йирингли ўчоқлар мушаклар соҳасида жойлашганида, даволовчи физкультура белгиланади, у тўқималарда қон айланишини яхшилади, фаолият тикланишини таъминлайди ва жараённинг сўрилишига олиб келади.

Беморлар сифатли овқатланишлари шарт. Оғиз очиш қийинлигида ва оғриқли ютинишда овқатни бўтқа ҳолигача майдалаб, ўнга бульон ёки сут қўшилади ва жумрақли идиш орқали ичирилади. Беморлар етарли даражада, айниқса С ва В гуруҳи витаминларини қабул қилишлари зарур.

Оқибати. Юз, бўйин соҳасидаги флегмоналар ўз вақтида ва тўғри даволанганда бемор тузалиб кетади. Асоратнинг ривожланиши-медиастинит, мия суяги ичи йирингли жараёнлари, сепсис сингари узоқ вақт иш қобилятининг йўқолишига, ногиронликка, айрим пайтлари ўлимга ҳам олиб келади.

Юз-жағ ва бўйин соҳаси абсцесс ва флегмоналарини комплекс даволаш принциплари.

Даволаш ва-зифаси	Қўйилган вазифани ечиш йўллари	Тавсия қилинувчи тадбирлар
1.Инфекцион яллиғланиш жараёнининг тарқалиш зона-сини че-гаралаш ва ин-фекцион ўчоқ билан бемор организми ора-сидаги бузил-ган мувозанат-	Касаллик ўткир босқичи 1.Инфекция вирулент-лигини пасайтириш. а)бирламчи инфекцион ўчоқдан микроблар, захарлар, тўқима парча-ланиши маҳсулотларининг ту-шишини тўхтатиш. б)иккиламчи инфекцион ўчоқдан микроблар,	Жағдаги “сабабчи” тишни олиш, бирламчи инфекцион ўчоқни эрта очиш ва дренажлаш. Ноодонтоген тавсифдаги бирламчи инфек-цион ўчоқларни, яра, эрозиялар эпителиза-циясини тезлаштирувчи антимикроб препа-ратлар ва воситалар ёрдамида йўқотиш. Юмшоқ тўқималардаги иккиламчи инфек-цион ўчоқни (абсцесс, флегмона), кесиш,

ни тиклаш.

захарлар ва тўқима парчаланиши
маҳсулотларини олиб ташлаш.

в) касаллик кўзгатувчиларнинг ҳаёт фаолиятини бостириш.

Г) Бактериялар захарларини нейтраллаш.

2.Иммун реакцияларнинг йўналтириш:

а) Гипергик тип реакцияли беморларда гипосенсибилловчи терапия ўтказиш.

б)гипергик тип реакцияли беморларда: инфеқцион ўчоқ зонасидаги имунологик жараёнларни фаоллаштириш.

в)организмнинг умумий имунологик реактивлигини ошириш.

2.Микроциркуляциянинг бузилиши билан боғлиқ бўлган тўқималардаги кайтмас (некроз) 1.Тўқималар ичидаги бо-симни ва операция пайтида тўқималар жароҳатини бартараф қилиш.
2.Қоннинг реологик хусусиятларини яхшилаш.

ярани диализ қилиш, экссудатни фаол аспирация қилиш билан эрта дренажлаш, сорбентлар қўллаш, левомекол малҳами билан боғлам қўйиш.

Микрофлоранинг сезувчанлигини ҳисобга олиб антибиотикларни умумий ва маҳаллий мақсадида қўллаш, сульфаниламид ва бошқа микробга қарши препаратлар, стафилококкли бактериофаг, ярага УБ-нурлантиришни қўллаш.

Гипериллемули гамма-глобулин, стафилококка қарши плазма, гангренага қарши зардоб(анаэроб инфекцияда), донор конини қўйиш йўли билан пассив иммуллаш.

Гистаминга қарши препаратлар: димедрол, дипразин., супрастин, диазолин ва бошқалар. Кальций препаратлари (кальций хлорид, кальций глюконат, кальций лактат). Салицил кислотаси ва пирозолон ҳосилалари: ацетилсалицилли кислота, антипирин, амидопирин, аналгин. Нейролептик воситалар: аминазин, пропазин, этаперазин ва бошқалар. Буйрак усти бези қобиғи гормонлари ва унинг синтетик ўхшашлари: гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон

Айрисимон без препаратлари: тималин, тимогён, дезоксикортикостеронацетат. Физиотерапия: илиқ чайиш, оғиз бўшлиғи ирригацияси, электр майдони билан таъсир қилиш (УЮЧ, ЖЮЧ), гелий-неонли лазер билан нурлантириш.

Сутли, усимликлик парҳез таомлар. Витамино терапия (биринчи навбатда В витаминлари, С гуруҳи. Адаптогён гуруҳи препаратлари: дибазол, жёншьён, элеутерококк, пантокрин, хитой лимонниги.

Инфеқцион ўчоқни эрта кесиш ва дренажлаш. Операция пайтида тўқималарга авайлаб муомала қилиш.

Венага гемодез, реополиглюкин, полиглюкин, Рингер-Люкк эритмаси, 5% глюкоза

гаришларнинг олдини олиш.

3. Моддалар алмашинуви бузилишини коррекциялаш ва ҳаёт учун муҳим аъзолар ва тизимлар фаолиятини яхшилаш.

4. Операциядан кейинги яра-нинг битишини яхшилаш

5. Касаллик қайталанishi олдини олиш

3. Гиперкоагуляция кор-рекцияси.

1. Сув-туз ва оксил тенг-лиги бузилиши коррек-цияси.

2. Юрак-томир тизими-нинг фаолиятини яхши-лаш.

3. Нафас тизими фао-лияти бузилишларини бартараф қилиш.

4. Жигарнинг захарларга қаршилик фаолиятини ошириш.

Касалликнинг ўткир ости-босқичи

1. Неқроз тўқималарнинг ажра-либ чиқилиши тезлаш-тириш.

2. Репаратив жараёнлар-ни фаоллаш.

1. Касаллик кўзгатувчиларнинг ҳаёт фаолиятини бостириш.

2. Маҳсус ва маҳсус

эритмаси юбориш.

Антикоагулянтлар: гепарин, ацетилсалицил кислотаси.

Кўп ичиш, тузли ва оксилли эритмаларни парентерал юбориш.

Аналептиклар: камфора, кордиамин. Юрак гликозидлари: дигитоксин, дигоксин, стро-фантин, коргликон ва ҳ.к. Юрак мушагидаги алмашинуви жараёнларини яхшиловчи во-ситалар: кокарбоксилаза, АТФ ва ҳ.к.

Шинга ва яллиғлинига қарши таъсирли препаратлар (венага кальций хлорид, глю-коза гипертоник эритмаларини юбориш) гистаминга қарши препаратлар (димедрол, дипразин ва ҳ.к.) буйрак усти бези қобиғи гормони ва унинг ўхшашлари (гидрокорти-зон, преднизолон), сийдирувчи воситалар (фуросемид, ланнитол ва ҳ.к.). Оксигенотерапия – намланган кислород би-лан нафас олиш. Метаболик ацидозни вена-га натрий гидрокарбонат эритмасини юбо-риб бартараф қилиш. Трахеостомия (асфик-сияда).

Венага инсулин ва витаминлар (В₁, В₂, С, Р_р) билан бирга глюкоза эритмасини, эссен-циал-фортёни юбориш. Ичишга бёзоннал, фёнобар-биттал бериш.

Протеолитик ферментларни маҳаллий кўллаш: трипсин, химопсин, химотрипсин, рибонуклеаза, терримитин. Юзаки фаол моддалар (роккал, хлоргексидин биглюко-нат). Неқрэктомия. Ярага ультратовуш би-лан ишлов бериш.

Физиотерапия. УЮЧ, ЖЮН электр майдон-лари билан таъсир қилиш. Тўқима алмаши-нишини яхшиловчи моддалар: метилурацил, пёнтоксил. А₁В₁В₂, С, Р_р витаминлари.

Антибиотиклар. сульфаниламидлар ва бошқа антибактериал препаратлар, стафи-лококкли анатоксин, аутовакцина билан иммунлаш.

бўлмаган иммунитетни кучайтириш. Биоген стимуляторлар: аутогемотерапия, алоэ, фибс, бактериал полисахаридлар (пирогёнал, продигиозан, родексман, зимозан) умумий УБ-нурлантириш.

6. Доимий кон-трактурани олдини олиш ва уни бартараф қилиш.

1. Патологик рефлекс-ларни бартараф қилиш.
2. Тўқималар чандигининг хаддан зиёд ривожланишини тўхтатиш
3. Механотерапия

Чакка ости соҳасига тригеминосимпатик ёки Берше-Дубов бўйича блокада.
Физиотерапия: ультратовуш, калий йодид, лидаза билан электрофорез. Рентген терапия.
Даволовчи физкультура.

6 БОБ. Юз -жағ соҳаларининг инфекциян яллиғланиш касалликлари

Актиномикоз. Актиномикоз-инфекцион касаллик бўлиб уни организмга тушган нурсимон замбуруғлар чакиради. Касаллик барча аъзо ва тўқималарда учраши мумкин, аммо 80-85% юз-жағ соҳасига тўғри келади (Т.Г.Робустова 2000).

Касалликни чакирувчи инфекция бу нурли замбуруғлар бўлиб, аэроб ва анаэроб культуралари фаркланади. Касаллик 90% беморларда анаэроб турли замбу-руғлар (проактиномицетлар), 10% эса аэроб актиномицетларнинг маълум турлари (термофиллар) чакиради. Актиномицетлар паст поғонадаги ўсимлик организмлари –замбуруғлар тоифасига мансуб бўлиб, бактерияларга яқин туради. Актиномицетлар табиатда кенг тарқалган. Уларнинг айримлари оғиз бўшлиғи сапрофитларидир. Анаэроб актиномицетлар касаллик чакириши (аутоинфекция) хусусиятига эга. Актиномицетлар тишдаги юмшок карашда, қарис кавагида, патологик милк-тиш чўнтагида, бодом безларида учрайди. Актиномицетлар тиш тоши ўзагини ташкил қилади. Оғиз бўшлиғида яшовчи актиномицетлар одатда инфекциян касаллик чақирмайдлар, модомики организм иммунологик механизмлари ва замбуруғ антигенлик хусусиятлари орасида табиий мувозанат мавжуд.

Касаллик ривожланиши учун макроорганизмга ўзгача шароит вужудга келиши керак: организм иммунологик реактивлигини сусайиши ёки актиномицетларга нисбатан сезувчанлик (сенсibiliзация) ортиши лозим. Иммунитет сусайиши бирламчи ва иккиламчи (иммун танкислик чакирувчи

касалликлар оқибати) бўлиши мумкин. Актиномикотик инфекция юз-жағ тўқималарига тиш қариес қаваги, патологик милк-тиш чўнтаги, оғиз ҳалқум, бурун ва сўлак йўллари шиллик пардаси ва терининг шикастланган ёки яллигланган соҳаларидан кириб боради. Инфекция тўқимага тушган жойидан қонтакт, лимфоген ва гематоген йўллар орқали тарқалади. Актиномицетлар купинча қон билан яхши таъминланган тўқималар (тери ости клетчатқаси, мушак ва органлар оралиқларидаги бириктирувчи тўқима)га урнашиб ривожланади.

Актиномицетлар тўқималарга тушганидан сўнг, касаллик белгилари намоён бўлгунига қадар бир неча кундан 2-3 ҳафтагача баъзан бир неча ойгача инкубацион давр ўтади. Тушган тўқимада специфик гранулёма ҳосил бўлади.

Патологик анатомия. Актиномицетлар тўқимага тушган жойида кўпайиб, актиномицетлар колонияси тугун (друза)ни ҳосил қилади. Тугун атрофида майин қон томирларга бой грануляцион тўқима таркибида думалок, плазматик, эпителиоид хужайралардан ва фибробластлар бўлади, қсантом ва кўп ядроли катта хужайраларни учратиш мумкин. Маълум вақт ўтгандан сўнг, актиномикоз гранулёмаси марказидаги хужайралар некробиозга учрайди ва парчаланadi. Шу вазиятда макрофаглар тугунчадаги замбуруғ мицелияларини ўз ичига олиб, атрофдаги тўқималарга миграция қиладилар. Ўрнашган жойида, иккиламчи гранулёма ҳосил бўлади ва жараён шу йусинда такрорланади, касаллик диффуз сурункали тус олади. Специфик гранулёма атрофидаги грануляцион тўқима такомиллашиб, олдин фиброз тўқимага айланиб кейинчалик қаттиқ чандикли бириктирувчи тўқима ҳосил қилади. Актиномикозда морфологик ўзгаришлар тўғридан тўғри организм реактивлиги унинг специфик ва носпецифик химоя омилларига боғлиқ.

Организм реактивлиги тўқимадаги экссудатив ва пролифератив ўзгаришларнинг қайси бири устун келиши ёки биргаликда кечишини белгилайди. Иккиламчи инфекция (қокклар, бактериоидлар) кўшилиши натижасида йирингли некротик жараён кучаяди ва ён атрофга тарқалади.

Клиник кечиши организм умумий ва маҳаллий химоя омилларининг индивидуал хусусиятлари ва специфик гранулёма юз-жағ соҳасида жойлашишига боғлиқ ҳолда намоён бўлади. Актиномикоз, аксарият ҳолларда ўткир ёки сурункали кечувчи

Ўткирлашиб турувчи ва нормэргик реакция билан характерланувчи жараёндин. Имун танкислиги бўлган (оғирлаштирувчи ҳамкор хасталиклари оқибатида) беморларда эса касаллик узок (2-3 ой) гипергик яллиғланиш реакцияси билан кечади. Касаллик клиник кечиши ҳамда специфик гранулёманинг жойлашишини эътиборга олган ҳолда, Т.Г.Робустова актиномикознинг юз-жағ ва буйин соҳасидаги куйидаги клиник шаклларини ажратади :

- 1) тери актиномикози
- 2) тери ости актиномикози
- 3) шиллик ости актиномикози
- 4) шиллик парда актиномикози
- 5) одонтоген актиномикотик гранулёма
- 6) тери ости мушаклараро (чукур) актиномикози
- 7) лимфа тугун актиномикози
- 8) жағ суяги қобиғи(периост)актиномикози
- 9) жағ суяги актиномикози
- 10) оғиз бўшлиғи аъзолари (тил, бодом безлари, сўлак безлари, юқори жағ бўшлиғи).

Тери, тери ости, шиллик қават ва шиллик парда ости актиномикози кечиши деярли бир бирига ўхшаш бўлади. Инфекция шикастланган тери, шиллик парда, ёки тиш илдизидан тўқимага тушади ва тушган жойда бирламчи гранулёма шаклланади. Касаллик тана ҳарорати кўтарилмасдан, умумий ҳолатдаги ўзгаришларсиз кечади. Гранулёма ҳосил бўлган жой пайпаслаганда бир ёки бир нечта тугунча сезилади. Аста секин, тугунча ташқарига ўсиб катталашади, тери ва шиллик пардани юпқалаштиради, рангини ўзгартиради. Айрим ҳолларда пуфакча ҳосил бўлиб, ичида зардоб ёки йиринг тўпланadi. Айрим ҳолларда грануляциян тўқимада дўпайиб, дўнгча шаклида бўртиб чиқади, устидаги юпқалашган тери ёки шиллик парда товланувчи қизилдан бўғик кўк ранггача тус олади. Беморлар огрикқа, тана ҳарорати кўтарилишига шикоят қиладилар.

Патологик ўзгаришлар

Оғиз ичида жойлашганида, беморлар оғиз очиш, гапириш, ютиниш кийинлигига шикоят қиладилар. Пуфакча ёки тугунча пировардида ташқарига ёри-либ оқма ҳосил қилади ва ичидан грануляциялар бўртиб чиқади. Оқма йўли пайпасланганда чукур бўлмаган чандик аниқланади. Юмшоқ тўқималарда жойлашиб, кечадиган тери ости мушаклараро, лимфатик тугунлар

актинамикози чукур актиномикоз хисобланади. Дастлаб тери ости мушаклар ораси, фасциялараро клетчаткада, лимфа тугунларда ривожланган жараён тери, мушаклар, жағ ва юз суякларига ўтади. Жараён юз ва бўйин барча соҳаларида учраши мумкин. Касаллик дастлаб кичик “тугунча” куринишида, аста секин катталашади, кейин абсцесс ёки аденоабсцесс шаклида намоён бўлади. Жараён ўз-ўзидан ёрилиб, ёки кесма ўтказилиб, йиринг чиқарилгандан сўнг, узок вақт битмайдиган яра ҳосил қилади. Шу давр ичида атрофда яна бир нечта тугунчалар найдо бўлади ва улар ҳам очилгандан сўнг, окма ҳосил бўлади. Атрофдаги юмшоқ тўқималарга актиномицетлар инфильтратив ўсиб кириб чайнов ва мимик мушакларни ҳам зарарлайдилар. Патижада оғиз очилиши чегараланади ва тарқалган флегмона шаклланади. Бундай ҳолларда оғрик, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Актиномикоз учоғи очилгандан сўнг, ўткир яллиғланиш аломатлари камаяди. Инфильтраг атрофдаги (периферик) соҳаларда тахтасимон каттиқлик, марказида окмали юмшоқ қисмлар кузатилади. Зараланган тўқималар устидаги тери қоплами билан бирикиб кетган, тери кўкимтир (цианотик) рангда. Яллиғланиш жараёнининг кейинги ривожланиши инфильтратнинг секин аста сурилиб, чегараланиши ёки қушни тўқималарга тарқалиши билан давом этиши мумкин. Атроф тўқималар зарарланиши юз суякларининг актиномикоз билан иккиламчи зарарланишига олиб келади. Камдан-кам актиномицетлар қон орқали ички аъзоларга метастаз бериши ҳам мумкин. Беморлар умумий ҳолати ўзгаришлари жараён тарқалганлиги куламига қараб ўзгаради. Жараён лимфа тугунида гинерпластик шаклда кечса, тугун катталашиб, ўсма ҳолатида намоён бўлади. Оғриксиз, секин катталашиб, ичидан некрозга учрайди ва ташқарига ёриб чиқиб, окма ҳосил қилади.

Тиш кариес қавагидан актиномицетлар найча орқали периодонтга, периостга ва жағ суягига тушиши ва тўқималарда бирламчи гранулёмани ҳосил қилади. Сурункали гранулёматоз периодонтитга ҳос белгилар билан кечадиган актиномикозни аниқлаш қийин. Матлум вақтгача чегараланган жараён атрофдаги тўқималарга (суяк қобиғи - периост, тери ости, тери, шиллик ости) ёриб чиқади ва уларга ҳос клиник белгилар билан кечади.

Актиномикотик периостит экссудатив ва пролифератив шаклда кечади. Оғиз даҳлизидида шиш ҳосил бўлиб, утув бурма

силликлашиб шиллик парда кизаради. Пайпаслаганда қаттик инфильтрат аникланади. Бир канча вақт ўтиб, инфильтрат ўртасида юмшаш ҳосил бўлади. Продуктив шаклда кечадиган периоститда жағ танаси қалинлашганлиги ва шакли нотўғри (деформацияланган)лиги аникланади.

Жағ суяги актиномикози одатда пастки жағда, деструктив ёки деструктив-продуктив остеомиелит кўринишида учрайди. Агарда бирламчи гранулёма суякда ривожланса, суякичи абсцесси ёки суякичи гуммаси кўринишида намоён бўлади. Бирламчи продуктив-деструктив шаклдаги жағ актиномикози одатда болалар ва ўсмирларда суяк қалинлашиши, прогрессив қатталашиши ва зичлашиши билан кечади. Касаллик бир неча йиллар давом этиши, вақти –вақти билан ўткирлашиши мумкин. Шу даврда жараён суякдан юмшоқ тўқималарга тарқалиб, абсцесс ва флегмона ривожланишига олиб келиши мумкин.

Юқори жағда актиномикоз ўткир ва сурункали гайморитга ҳос белгилар билан кечади. Узоқ давом этган сурункали яллиғланиш натижасида қалинлашаётган суяк бўшлиқ торайишига олиб келади.

Оғиз бўшлиги аъзолари актиномикози бирламчи актиномикотик гранулёма ҳосил бўлган жойда намоён бўлади. Тилда актиномикоз 1-2 ой давомида ривожланаётган абсцесс ва флегмона кўринишида намоён бўлади.

Сўлак безларини актиномикози бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Инфекция безга сўлак найчасидан тушади. Бирламчи гранулёма сўлак безида жойлашиши ва кечишига қараб актиномикозни қуйидаги шакллари фарқланади:

- 1) чегараланган ва диффуз экссудатив актиномикоз
- 2) чегараланган ва диффуз продуктив актиномикоз
- 3) сўлак бези чуқур ва қулоқ олди соҳаси лимфатик тугунлари актиномикози.

Актиномикоз диагностикаси мураккаблиги касаллик яллиғланиш ва ўсма касалликларига ҳос белгилар билан кечиши ва клиник манзараси турли хиллигидадир. Яллиғланиш жараён узоқ ва суёт давом этиши, ўтказилаётган даво нафсизлиги актиномикозга ҳос белгидир. Албатта микробиологик, актинолизат билан тери-аллергик синама ўтказиш, иммунологик ва рентгенологик, патоморфологик текширувлар ўтказиш ташҳис учун қимматли маълумотлар беради.

Қиёсий ташхис: Актиномикозни абсцесс, флегмона, периостит, остеомиелит, сил, захм, ўсма ва ўсмасимон хосилалардан фарқлаш керак.

Актиномикозни даволаш комплекс равишда ўтказилади ва ўз ичига қу-йидагиларни олади.

1) Жарроҳлик усулида йирингли жараёни очиш ва ярага маҳаллий даво ўтказиш.

2) Специфик иммунитетга таъсир этиш.

3) Организм реактивлигини ошириш.

4) Иккиламчи инфекция (йирингли)га қарши даво ўтказиш.

5) Яллиғланишга сенсibiliзацияга қарши даво ўтказиш.

6) Физиотерапия ва даволовчи жисмоний тарбия ўтказиш.

Актиномикотик йирингли ярани даволаш ўзига хос хусусиятлари қуйидагилардан иборат: ярани узоқ дренажлаш; бекилиб қолса, грануляциян тўқимани кириб ташлаш; 5% йод настойкаси билан ишлов бериш; йодоформ кукуни сепиш; актинализат ва бошқа иммуномодуляторларни қуллаш, трансфузион терапия ўтказиб заҳарланишга қарши даволаш. Иммунитетни оширишга қаратилган дори-дармонларни буюриш ва бошқалар. Бир неча бор комплекс равишда даво ўтказилгандан сўнг актиномикотик яллиғланиш бартараф этилиши мумкин.

Профилактика. Вақтида стоматоген ва одонтоген яллиғланиш ўчоқларини санация қилиш ва организмни инфекцияга қаршилиқ кучини ошириш лозим.

Сил

Юз-жағ соҳасида сил касаллиги терида, оғиз шиллиқ кавати, шиллиқ ости, тери ости клетчаткасида, сўлак безларида ва жағ суякларда учрайди. Касалликни ту-беркулез микобактерияси чакиради.

Патогенез. Инфекция манбаи кўпинча сил билан касалланган одам, камдан-кам ҳолларда алимёнтар йўл билан, касалланган сиғир сутидан юкиши мумкин.

Сил билан бирламчи ва иккиламчи зарарланиш ажратилади. Ту-беркулез микобактерияси тиш, бодом безлари, оғиз ва бурун шиллиқ пардаси, тери орқали тўқималарда яллиғланиш чакирса касаллиги бирламчи ҳисобланади. Иккиламчи туберкулез (сил), касаллиги юз-жағ соҳасига бошқа соҳа ва аъзоларда актив кечаё-тган сил жараёнидан; масалан ўпка, ичак, суяк ёки бир нечта аъзолардаги ўчоқлардан ўтганда юзага келади.

Патологик анатомия. Морфологик жиҳатдан тўқимада сил микобак-териялари тўплами атрофида хужайравий реакция ҳосил бўлиб туберкулез дўмбоқ-часини шаклланишига олиб келади. Атрофида яллиғланишга ҳос ўзгаришлар содир бўлади. Туберкулёз дўмбоқчаси емирилиб, ичидан творогсимон ажралма чиқади. Бирламчи туберкулёз камдан – кам ҳолларда юз жағ соҳаси терисида, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида, лимфатик тугунларида учрайди. Терида, лимфа тугўнларида, сўлак безларида ва жағ суякларида кўпроқ иккиламчи туберкулёз учрайди.

Юқори жағда жараён кўз ости киррасида ва ёноқ ўсиғида, пастки жағ тана ва шох қисмида учрайди. Суяк ичидаги яллиғланиш аста-секин, оғриксиз кечади ва юмшоқ тўқималарга ёриб чиққандан сўнг инфильтрат ҳосил бўлади, тери таранглашади, қизаради, ўз-ўзидан бир неча жойдан ёрилиб чиқади, ичидан суюк, творогсимон ажралма чиқади. Яралардан суякка борадиган окма йўллар шаклланади. Окма йўллар атрофи ичкарига тортилган чандиқ ҳосил килиб битади, ёнидан янгилари ҳосил бўлади ва ҳ.к. Рентгенологик текширувда суякда якка ҳолдаги резорбция ўчоқлари аниқланади. Улар аниқ чегарага эга бўлиб, ичида майда секвестрларни кўриш мумкин.

Ташхислаш учун бир неча услублардан фойдаланилади. Биринчи навбатда туберкулин билан Манту, Пирке, Кох усулидан реакцияларни бири кўйилади. Ал-батта кўкрак қафаси рентген текшируви, ажралмалар микробиологик ва бактериологик патоморфологик текширувлари ўтказилади.

Кийсий ташхислаш. Бирламчи ва иккиламчи туберкулёзни бир-биридан, абсцесс, лимфаденит, сурункали остеомиелитдан, актиномикоз, захм ва ҳавfli ўсма касалликларидан фарқлаш керак.

Даволаш. Юз-жағ соҳаси туберкулёз касаллигини даволаш ихтисослашган фтизиатрия муассасаларида ўтказилади. Юз-жағ соҳасида жарроҳлик усулида да-волаш, туберкулёзга қарши ўтказиладиган умумий даво яхши натижа берганида бажарилади. Ўз вақтида ва тўғри ўтказилган комплекс даво натижаси яхши бўлади.

Олдини олиш чораси - ўз вақтида ва самарали стоматологик санация. Сил касалликлари олдини олиш ва ўз вақтида комплекс даволаш.

Захм

Захм (сифилис) инфекцион венерик, таносил касаллик бўлиб, барча аъзо ва тўкималарни шу жумладан юз-жағ соҳасини зарарлантирувчи касаллик. Бу касаллик терапевтик стоматология ва тери-таносил касалликлари фанида чуқур ўргалишини эътиборга олиб, мазкур китобда биз касаллик кўзгатувчи инфекция, унинг ривожланиши ва касаллик кечиши боскичларига тўхтамадик.

Жағ суякларида захмни клиник кечиши. Касаллик иккиламчи кечиши даврида айрим ҳолларда жағ суягини қобиғи зарарланади. Захмга хос бўлган ҳолда касаллик жуда секин ва суст кечади. Суяк қобиғи қалинлашиб, хамирсимон консистенцияга эга бўлиб йирингламайди. Аста-аста қалинлашган суяк дўнгликлар ҳосил қилади.

Захмни учламчи даврида (тахминан 3-6 йилдан сўнг) гуммалар ҳосил бўлади. Қалинлашган суяк усти пардаси устидаги шиллик парда ёки тери билан бирикади ва юмшаб ёриб чиқади, ўрнида окма йўл ёки четлари бўртиб чиккан ўртаси ботик яра ҳосил бўлади. Жараён альвеоляр ўсик устидаги қобиқда кечса, суяк билан бир-галикда тишлар жалб қилинади, улар кимираб қолади ва оғрийд. Учламчи даврда гуммалар жағ суякларида, бурун суяклари ва тўсиғида учраши мумкин. Гуммалар қатталлашиб, беморда кучли оғрик, сезувчанлик бузилиши пайдо бўлади. Устидаги шиллик пардадан терига ўтади. Уларда кизариш аломатлари юзага келади. Бир неча жойдан жараён ёриб чиқади ва окма шаклланади. Секвестрлар камдан-кам ҳолатда ҳосил бўлади. Гуммалар парчаланиб тугаганидан сўнг суяк тўкимасида экзостозлар, гиперостоз ўчоқлар ҳосил бўлади, усти чандик билан қопланади.

Гумма юқори жағ танглай ўсиғи ёки альвеоляр ўсикни, бурун тўсиғи ёки бурун суякларини зарарласа тешиқ шаклида (дефект) кемтик ҳосил қилади.

Рентгенологик текширувда суяқда ҳар хил шаклдаги атрофи склерозга учраган деструкция ўчоқлари аниқланади.

Ташхислаш клиник белгиларидан ташқари албатта Вассерман реакцияси ва бошқа серологик, микробиологик ва патоморфологик текширувлар ўтказилади.

Қиёсий ташхислаш. Захмда суяк ва қобиғи зарарланишларини носпецифик зарарланишидан фарқлаш керак. Суяк ва қобиғини носпецифик зарарланишининг захмдан фарқи - доимо ўткир ёки

сурункали тиш касаллиги билан боғлиқ бўлади. Сифилитик гумманн туберкулез, актиномикоз, рак ва саркомадан ҳам фарқлаш керак.

Даволаш. Суяк ва суяк қобиғини зарарланганида хатто секвестрлар ажралаётганда ҳам актив хирургик муолажалар ўтказилмайди. Секвестэктомия асосий касаллик даволаганидан сўнг ўтказилади. Касаллик тўғри ва ўз вақтида даволанилса тузалиш билан тугайди. Юз ва жағдаги дефектлар режали равишда маълум усуллар билан тикланади.

ОИВ-инфекция ёки ОИТС(СПИД) касаллиги

ОИВ - бу одам инфекция вирусли касаллиги бўлиб иммунологик танқисликни ҳосил бўлиши билан ифодаланади. Бу касаллик одам иммунтанқислиги вирус(ОИВ), ОИТС - одам иммунтанқислиги синдроми, организмни барча ҳимоя реакциялари ва нерв бошқаруви ишдан чиқиши билан ҳарактерланади. ОИВ алоҳида бир касаллик бўлмай балки симптомокомплекс ҳолатида намоён бўлувчи касаллик.

ОИТС ни одам вирус инфекциясини ретровирусларга мансуб тури чиқаради. Вирус оқ кон ҳужайралари (T_x ҳужайралар) моноцитлар-макрофаглар ва нерв ҳужайраларини зарарлаб, уларни организм ҳимоялаш фаолиятини сусайтиради ва организмда иммунитет танқислигини юзага келтиради, ҳар хил касалликлар шу жумладан хавфли ўсмалар ривожланишига шароит туғдиради.

Бу касаллик этиологияси ва патогенези ҳақида тери-таносил касалликлари ва терапевтик стоматологияси фанларида тўлиқ маълумотлар берилган.

Бу касаллик юз-жағ соҳаси ва оғиз бўшлиғида лимфаденопатия, кандидоз, лейкоплакия, неопластик касалликлар, стоматитлар, гингивопародонтит ва ксеростомия ҳолатларида намоён бўлади.

Лимфаденопатия юз ва бўйин соҳаларидаги барча регионар лимфатик тугунлар катталаниши билан намоён бўлади. Касаллик ривожланиши сабабини аниқлаб бўлмайди.

Сўлак безларининг бесабаб катталаниши, оғиз қуриши, саркома Капоши ва ясси ҳужайрали рак ҳам ОИТС кўриниши сифатида юзага келиши мумкин.

Ташҳис қўйиш ва даволаш принциплари. Оғиз бўшлиғи аъзоларида ва юз-жағ соҳаларида атипик сушт кечадиган сурункали ва ўтказилган даво натижасиз бўлган барча беморлар ихтисослашган марказларда текширувдан ўтказилиши шарт. Ташҳис аниқ

кўйилгандан сўнг, даволаш асосан бемор иммун тизимини тиклаш, симптоматик даво ўтказиш, айрим яллиғланиш касалликлардан тўлиқ тузалиш имконини беради.

Профилактика. Касаллик аниқланганидан сўнг улар диспансер кузатувга олиниб, кузатувда бўлади, уларга соғлом турмуш тарзи ва керакли тавсиялар мунтазам равишда берилади. Энг долзарб муаммолардан бири тиббиёт ходимлари касалликни ўзларига ва бошқа одамларга ҳам юктирмасликлари хисобланади. Бунинг учун барча муассасаларда эпидемиологик тартиб ва талабларга тўлиқ риоя қилиш талаб қилинади. Тиббиёт ходимлари мунтазам диспансер кўриқдан ўтишлари, доимо беморларда ОИТС инфекцияси бўлиши мумкинлигини едда тутишлари керак.

Юз-жағ сохалари чипқони, хўппози ва сарамаси

Чипқон, хўппоз. Чипқон–соч фолликули ва атрофидаги тўқималарни йирингли некротик яллиғланишидир. Чипқон кўпроқ 12-40 ёшларда учрайди. Чипқонни ривожланиш ва учрашида беморлар турмуш тарзи, касби, яшаш ва ишлаш жойидаги иқлим шароити катта аҳамиятга эга. Чанг жуда кўп бўлган жойда, иш жараёни юзни чанг, ёғ-мой билан ифлосланиши кузатиладиган соҳа эгаларида (цемент, оҳақ, кумир ва бошқа, мазут, машина мойи), сокол олиш, қашиниш вақтида, тимдалаб инфекция терига киритилади. Соч толаси ёнидан тушган инфекция кучайиб яллиғланиш ривожланишига совуқ, ёки ҳаддан ташқари иссиқ шароит, асаб, эндокрин тизимларидаги ўзгаришлар, сурункали заҳарланиш ҳам таъсир этади.

Касаллик ривожланиши ва кечишида модда алмашинувининг айниқса, углеводларнинг аҳамияти катта. Кандли диабет бўлган беморларнинг 20% чипқон билан касалланадилар.

Этиопатогенез. Стрептококк ва стафилококклар, ёғ бези чиқарув найчасидан ёки соч толаси бўйлаб соч фолликулига тушади ва яллиғланиш чакиради. Жараён ёғ бези ва атрофдаги бириктирувчи тўқима – тери ости асоси клетчаткасига тарқалади.

Патологик анатомия. Чипқонда соч фолликули ва ёғ безида йирингли яллиғланиш бошланади ва атрофдаги тери ости бириктирувчи тўқимага ўтади. Дастлаб соч фолликули устида нейтрофил лейкоцитлардан пустила ҳосил бўлади, ўз ичига микроблар ва фибринни олади. Яллиғланиш соч ўзагидан

сўрғичсимон қатламга ва бириктирувчи тўқимага ўтади. Соч фолликули ва ёғ беи некрозга учрайди, атрофида йирингли газак ҳосил бўлади. Аста секин газак эпидермисни ёриб чиқади. Некрозга учраган соч фолликули билан атрофидаги йиринг ажралади. Ҳосил бўлган бўшлиқни грануляцион тўқима тўлдиради, етилиб чандик ҳосил қилади.

Хўппозда-юқорида келтирилган йирингли некротик жараён бир нечта соч фолликули ва ёғ безларида кечади, натижада катта соҳани эгаллайди. Тарқалган йирингли жараён шаклланиб, атрофдаги клетчатка мимик, кам ҳолларда чайнов мушакларига ўтади. Яллиғланиш қон томирлар атрофидан томирларга, қовоқларга тарқалади, флебит ва тромбозфлебит юзага келиши мумкин.

Клиник кечиши. Юзда чипқон одатда кўпроқ лаб, даҳан, бурун ва ёноқда, камроқ - лунж, пешона соҳаларида учрайди. Ривожланишида уч босқич ажратилади. Биринчи босқичда-дастлаб, чегараланган, кичкина, усти кизарган, тегса оғрийдиган шиш ҳосил бўлади. Бир икки кун ичида соч ўзагига кириш жойида, кичкина думбоқча ҳосил бўлади, остидаги тўқималарда газак шаклланади, устидаги тери қизаради, оғрик кучаяди. Ён атрофдаги тўқималардаги шиш катталашади, яллиғланиш қўлами кенгаяди. Иккинчи босқичда 3-4 кўнга келиб, газак марказида некрозга учраган тўқималар ҳисобига юмшаш аниқланади. Пайпаслаганда, билқиллашни сезиш мумкин. Эпидермис ёрилиб, некрозга учраган соч фолликули ва ёғ беи ажралиб чиқади (пинцет ёрдамида олса бўлади). Бу клиник амалиётда «ЙИРИНГЛИ- НЕКРОТИК ўЗАК» деб юритилади.

Шундан сўнг, яра тозаланиб, аста секин иккиламчи (per secunda) битади. Одатда, юзда чипқон ривожланишининг иккинчи босқичи оғирроқ ўтади, яллиғланиш жараёни тери билан чегараланмайди, тери ости клетчаткасига ўтиб, абсцесс ҳосил қилади, айрим ҳолларда бу жараён кенг тарқалиб, флегмонага ўтиши мумкин.

Чипқон ривожланиши регионар лимфа тугунлар яллиғланишини чакириш мумкин. Шундай ҳолларда беморда бош оғриши, холсизлик, қалтираш, эт увишиши каби интоксикацияга хос белгилар ҳам кузатилади. Айниқса, юқори лаб ва бурун-лаб бурмаси атрофида касаллик оғирроқ кечади. Юз веналари флебити,

говаксимоњ синус тромбози сепсис, менинго-энцефалит билан кечадиган чипкон «ҳавфли» деб аталади.

Ҳавфли кечадиган чипконни даволашда консерватив чоралар кам наф беради. Биринчи навбатда, абсцесс ёки флегмона жарроҳлик йўли билан очилади ва йирингли ярани даволаш принциплари асосида даво ўтказилади.

Учинчи боскичда, йирингли - некротик яра тозаланиб, ўрни иккиламчи битиш даврига ўтади. Аммо, юздаги чипкон хўппозга ҳам ўтиши мумкин. Касаллик тез ривожланади. Дастлаб каттагина газак ҳосил бўлиб, қисқа вақт ичида тери барча қатламлари ва тери ости ёғ клетчаткасига тарқалади.

Бир вақтда, терида бир нечта йирингли – некротик ўзакчаларни шаклланганлигини кузатиш мумкин. Регионар лимфа тугунлари катталашади. Бемор аҳволи ёмонлашади. Йирингли резорбтив лихорадка (безгак) белгилари намоён бўлади. Тана ҳарорати 39-40⁰С кўтарилади эт увишиб, титроқ тутади. Қонда лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашади. Яллиғланиш жараёни қисқа вақт ичида атрофдаги кенг соҳаларга ўтади. Юқори лабдаги хўппоз лунж, кўз ости соҳасига, бурўнга тарқалади. Пастки лаб ва даҳан соҳасидаги чипкон ва хўппоз даҳан ости, жағ ости соҳаларидаги флегмона билан асоратланади. Ўз вақтида, адекват ўтказилган жарроҳлик ва медикаментоз даво натижасида яралар тозаланиб, секин аста биттади.

Ташҳис. Чипкон ва хўппозни клиник кечиши ўзига хос бўлгани учун ташҳис қўйишда катта муаммо йўқ, аммо доим клиникаси ўхшаш бўлган куйдирги касаллигини ёдда тўтиш керак. Бунинг учун бактериоскопия қилиб, куйдирги бацилласини аниқлаш керак.

Даволаш. Юздаги чипкон ва хўппоз оғир ўтиши ҳамда қисқа вақт орасида ҳаёт учун ҳавфли асоратлар бериши мумкинлигини эътиборга олган ҳолда, бундай беморлар стационар шароитида даволанадилар. Даволаш фақат консерватив ёки консерватив ва жарроҳлик усуллари биргаликда ўтказилади. Чипконнинг биринчи боскичида консерватив даво ўтказса бўлади. Беморга тушакда ётиш буюрилади. Яллиғланиш соҳаси 70^{0+2%} салицил спирт билан артилиб NaCl гипертоник эритмаси билан боғлам қўйилади ва томчилаб доимий ҳўллаб турилади. Терига ташқаридан ҳар қандай таъсир этиш, тегиниш тақиқланади (айниқса-соқол олиш, тимдалаш, сиқиш).



Ўнг томон бош ён-тепа, чакка, кўз ости, кулоқ олди чайнов ва жағ ости соҳаларининг тарқалган флегмонаси (ён томондан кўриниши)



Ўнг томон бош ён-тепа, чакка, кўз ости, кулоқ олди чайнов ва жағ ости соҳаларининг тарқалган флегмонаси (олди томондан кўриниши)



Ўнг томон чакка, кулоқ олди чайнов ва жағ ости соҳаларининг флегмонаси



Ўнг томон чакка ости, кулоқ олди-чайнов, лунж, жағ орти ва жағ ости сохаларининг тарқалган аденофлегмонаси



Ўнг томон бош ён, чакка, қулок олди чайнов ва оғиз туби сохаларининг тарқалган флегмонаси (трахеостома қўйилган)



Юкори лабнинг, бурун учининг ва пастки лабнинг хулози ва унинг асоратлари



Оғиз туби, ўнг томон бўйин ён, кўкрак ва елка сохаларининг тарқалган флегмонаси; кўкс олди соҳасининг медиастенити



Чакка ва буйин сохаларининг карбункули



Бўйин ён соҳасининг аденофлегмонаси

Йирингли жараён атрофидаги тўқималарга анестетиклар новокаин, лидокаин, тримекаин (эритилган антибиотикли) билан блокадалар қилинади. Физиотерапевтик муолажалар ҳам ўтказиш тавсия қилинади. Умумий даво учун антибиотиклар, умум қувватловчи, сенсibiliзацияни туширувчи, детоксикацион ва гемостазни тикловчи дори воситалар тавсия қилинади. Яллиғланиш жараёни атроф тўқималардаги абсцесс ва флегмона билан асоратланса, жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

Сарамас

Сарамас—тери ва шиллик пардалар ўткир инфекцион касаллиги. Сарамасни А гуруҳга мансуб бета - гемолитик стрептококк чакиради.

Ривожланиши. Касаллик шу инфекцияга нисбатан сенсibiliзация шаклланданда, умумий ва маҳаллий инфекцияга қарши химоя сусайганида ривожланади. Касаллик ривожланишида, терининг инфекцияга чидамлилиги унинг бактериоцидлик активлиги ва терида стрептококклар тарқалганлик ҳолати катта аҳамиятга эга. Инфекция терига кирилган, тирналган майда жароҳатлар, эрозиялар орқали ва стафило-, стрептодермия каби яллиғланиш жараёнларидан киради. Шунингдек, сарамасга туғма мойиллик ҳақида ҳам маълумотлар мавжуд.

Патологик анатомия. Инфекция терининг сўрғичсимон қатламида зардобли, зардобли-геморагик яллиғланиш чакиради. Инфекция терининг лимфа томирларида кўпаяди, қон ва лимфа томирлар атрофида лимфоид ва ретикуло-гистиоцитар хужайралардан газак шаклланади. Ҳосил бўлаётган экссудат эпидермисни ажратади ва фибринга бой пуфакчалар ҳосил қилади. Бу пуфакчалар зардобли, зардоб-қон аралаш ва йирингли бўлиши мумкин. Агарда пуфакча ичидаги суюқлик атрофдаги клетчаткага тарқалса - флегмона билан асоратланиб, тўқималарда некроз юзага келиши мумкин.

Клиник кечиши. Инфекция терига тушганидан бир неча соатдан сўнг ёки 4-5 кундан сўнг, ўткир яллиғланиш бошланади. Стрептококк токсини қонга сўрилиши билан, умумий касаллик белгилари намоён бўлади: ҳолсизлик, кам қувватлик, бош оғриғи, тана ҳарорати кўтарилиб 38°C ошади. Кейинчалик эт увишади, тана титраб, қақшаб оғрийди, кўнгил айнаб қайд қилади, нафас олиш кийинлашади. Оғир ҳолатдаги беморлар алаҳсенрайди.

Касаллик бошланганидан 2-3 кундан сўнг, маҳаллий яллиғланиш белгилари намоён бўлади. Юз териси айникса бурун атрофи, лунжларда тери капалаксимон шаклда кизаради ва ялтираб таранглашади. Яллиғланиш бўйин, кулок супраси, ковоклар ва бошнинг терисига таркалади. Жараён оғиз туби, халқум ва томоққа тарқалса, ахвол оғирлашади.

Касаллик кечиши ва патоморфологик ўзгаришларини ҳисобга олиб, эритематоз, эритематоз-буллёз, эритематоз-геморрагик, геморрагик-буллёз шакллари ажратилади. Сарамас кечишида тўқималар некрозга учраши ёки флегмона юзага келиши мумкин.

Яллиғланиш жараёни таркалишига қараб енгил, ўрта оғирликдаги ва оғир шаклларга бўлинади. Касалланишнинг бирламчи, қайталанувчи (кетма кет 1-2 йил ичида) қайта касалланиш (бирламчи касалликдан икки ва ундан кўп йил ўтганидан сўнг) ажратилади.

Ташхис қўйиш. Касалликнинг ўзига хос кечиши уни бошқа яллиғланиш касалликларидан қийинчиликсиз ажратиш имконини беради. Сарамасни абсцесс, флегмона, лимфаденит юз венаси флебити каби касалликларидан фарқлаш керак.

Даволаш. Беморни касалхонага жойлаштириш зарур ва бошқа беморлардан ажратиб қўйилади. Умумий ва маҳаллий даво ўтказилади. Умумий даво антибиотиклар, сульфаниламид препаратлар 7-10 кун давомида берилади. Игтоксикацияни олиш учун тузли эритмалар (трисоль, физиологик эритма, гемодез, реополиглюкин) ва бошқалар қўйилади. Гемостазни яхшилаш учун - аскорбин кислотаси, витаминлар; посспецифик иммунитетни кўтариш учун - пёгтоксил, метилурацил тайинланади.

Маҳаллий даво. Пуфакчаларни ёриш, дастлаб антисептиклар билан 3-4 кун, кейинчалик яра битирувчи малҳамлар билан боғламлар қўйиш.

7 БОБ. Тиш чиқиши касалликлари

Тиш чиқиши аномалиялари қуйидаги касалликларни ўз ичига олади:

1. Тиш чиқиши билан боғлиқ бўлган яллиғланиш касалликлари (тиш қийин чиқиши – ўгкир ва сурункали перикоронарит).

2. Тишнинг потўғри жойлашиши (тиш чиқиш вақтида силжиган) -дистонияланган тиш(тиш дистонияси).

3. Жағ суяги ёки шиллик каватини тиш тўлик ёриб чикмаслиги (ярим ретенцияланган тиш).

4. Тўлик шакланган тишнинг жағ суяги компакт пластинка остида қолиб чикмаслиги (тиш ретенцияси).

Тиш чиқиш касаллиги кўпинча "ақл тиш"и атрофида бўлади.

Перикоронарит – қийин чиқаётган ёки ярим чиккан тиш атрофидаги юмшоқ тўкималарнинг яллиғланиши.

Этиология ва патогенези.

Ўткир ва сурункали перикоронаритнинг этиологик фактори, асосан оғиз бўшлиғи микрофлораси ҳисобланади. Пастки ақл тиши устини ўраб турган шиллик каватли қалпоқча (капюшон –жағ суягидан ёриб чиқаётган тиш тож қисми устидаги суяк усти қобиғи ва шиллик парда) тўкималари остида микрофлоранинг ривожланишига яхши шароит мавжуд. Овқат қолдиқлари, эпителий, шиллик моддалар бу ерга йиғилиб, шу ердаги стрептококк, стафилококк, таёкчасимон шаклли ва анаэроб бактериялар учун яхши муҳит бўлади.

Перикоронит- бу чиқаётган тиш атрофидаги тўкималарнинг яллиғланишидир. Перикоронит патогенези мураккаб ҳисобланади. Касаллик ривожланиши ҳақида бир қанча фикрлар бор. Шу фикрлардан бири – ақл тиши чиқаётган вақтда тиш тожи устидаги шиллик парда жароҳатланади, эрозия ва яра ҳосил бўлади. Ҳаллий иммунитет пасаяди. Кўпинча, ақл тишининг медиал дүз оқчаси дастлаб чиқади ва унинг атрофида ҳосил бўлган сурункали яллиғланиш ҳисобига, устидаги шиллик пардада чандиқ тўқима ҳосил бўлиб, капюшон остидан экссудатнинг чиқиши қийинлашади.

Яна бошқа фикр - пастки жағ анатомио-топографик хусусиятларига асосланади. Фило- ва онтогенез жараёнида пастки жағ кичиклашади альвеоляр ўсик қалталашади ва ақл тишга жой қолмайди.

Клиник кечиши: Перикоронит ўткир ва сурункали кечиши мумкин. Ўткир перикоронити бўлган касаллар, пастки учинчи жағ тиш атрофидаги оғриққа, чайнаш қийинлашганлигига, баъзан ютинганда қийналишга шикоят қиладилар. Беморнинг умумий ҳолати қониқарли, тана ҳарорати 37,2дан 37,5°С гача бўлади. Жағ ости лимфа тугунлари қатталашган ва пайпаслаганда оғриқли бўлади. Оғиз очилиши дастлаб эркин ва кам оғриқли бўлади, кейинчалик оғиз очилиши чегараланади ва оғриқли бўлади (1-даражали

яллиғланиши контрактураси). Яллиғлиниши жараёни секин ўсиб бориши мумкин, лекин оғиз очилиши чегараланиши ошиб боради (2-даражати яллиғланиши контрактураси), ютинганда оғрик ҳам ошиб боради.

Акл тиши атрофи канотсимон –пастки жағ бурмаси ва пастки жағ моляр тишлари соҳаси ўтув бурмаси соҳаларида, таркалган шиш шиллик парда кизарган бўлади. Баъзи ҳолатларда яллиғланиши жараёни, танглай-тил чодирига, дунжга таркалади. Акл тиши капюшон билан тўлик бёкилган бўлиб, қараганда кўринмаслиги мумкин. Капюшон босилганда унинг остидан сероз-йиринг экссудат ажратиши мумкин. Тиш атрофидаги яллиғланиши капюшон остидаги экссудатни чиқиши имкониятига қараб, ҳар хил кечиши мумкин. Кўпинча, капюшон атрофидаги чандикли ўзгариш ҳисобига, экссудатнинг чиқиши кийинлашади. Қасаллик кечишига акл тишнинг альвеоляр ўсиқда жойлашиши ҳам таъсир қилади. Аксарият ҳолатларда, тиш тож қисми дунж томонга, кам - тил томонга силжиши кузатилади. Баъзан акл тиши олдинга эгилган, шунда дистал думбокчалари оғиз ичидан кўринади, медиал думбокчалари эса пастга йунатиб олдиндаги иккинчи моляр тишга тиратиб туради.

Ўткир перикоронит тўлик даволанмай яллиғланиши ўткирлашуви, икки уч марта қайталанса сурункали шаклига ўтиши мумкин. Бу ҳолатда экссудатнинг тўлик чиқмаслиги, яллиғланиши жараёнининг суякка ўтишига сабаб бўлади.

Ўткир перикоронитнинг асоратларидан бири, моляр тиш орқаси периостити ҳисобланади. Маргинал периодонт ёки капюшон остидаги инфекциянинг таркалиши натижасида суяк қобиғи остида субпериостал абсцесс ривожланади. Қасаллик перикоронит симптомлари билан намоён бўлади. Яллиғлиниши жараёни моляр орти соҳасидан канотсимон пастки жағ шиллик қавати бурма дахлиз, пастки гумбаз, юмшоқ танглай, дунжларга таркалади. Чайнов мушакларининг контрактураси кузатилади (II-III даражали), пастки жағ ости учбурчаги ва дунж соҳаси юмшоқ тўқималарида шиш пайдо бўлади. Пастки жағ ости лимфа тугунлари катталашади.

Перикоронит диагнози, клиник ва рентгенологик белгилар асосида қўйилади. Пастки жағ ён проекциясида олинган рентгенограммадан акл тишининг ҳолати, унинг периодонти ҳолати, пастки жағ каналига нисбатан жойлашиши ҳақида маълумот ола билади.

Сурункали жараёнда тиш бўйини қисмидан илдизигача суяк резорбциясини кўриш мумкин.

Даволаш: Ўткир перикоронит поликлинника шароитида даволанади. Перикоронитнинг давоси, касалликнинг умумий ва маҳаллий клиникаси, рентген белгилари, яллиғланиш ривожланиши инфодаланишига боғлиқ бўлади. Биринчи навбатда, ўткир яллиғланиш жараёнини бартараф қилиш керак. Яллиғланиш бошланишида, ақл тиш ва капюшон оралигини антисептик суюқликлар билан ювиб, ингичка йодоформли дока қўйиш етарли бўлади.

Йирингли перикоронитда - ақл тиш устидаги ва ретромоляр соҳадаги юмшоқ тўқималар кесилиб, ювилиб, резина чиқаргич қўйилади. Бир –икки марта лидоканн, тримеканн билан ўтказувчан ва инфилтратсион оғриқсезлантириш усулида блокадалар қўллаш (кўпинча антибиотик, протеолитик ферментлар билан) яхши фойда беради. Анальгин, амидопирин, димедрол, супрастин ичиш тавсия қилинади. Оғизга ванна қилиш, илқ суюқликлар билан чайиш, ирригация қилиш тавсия қилинади, физикавий усуллардан –УЮЧ, 5-7 муолажа магнито-микротўлқин терапия, гелий-неон лазери билан нурлантириш яхши фойда беради. Жағ атрофи юмшоқ тўқимасига яллиғланиш тарқалиб, лимфаденит ҳосил бўлса, ташқи томондан малҳамли боғламлар тавсия қилинади, соллюкс лампаси билан даволаш буюрилади. Яллиғланиш жараёни тугатилгандан сўнг, тиш тақдири ҳал қилинади. Агар даволангандан сўнг, тиш тўлиқ очилган, альвеоляр ўсиқда жойлашган, антогонисти билан тишламда тўғри муносабатда бўлса, даволаш шу ерда тугалланади. Агар тишга альвеоляр ўсиқда жой кам бўлиб, антогонистига ҳалакит берса, унда тиш олиб ташланади.

Ретромоляр перниститни даволаш, йирингли ярага бирламчи жарроҳлик ишлови беришдан иборат бўлади. Бунинг учун канотсимон пастки жағ бурмасидан оғиз даҳлизи пастки гумбазигача кесилади, баъзан кесма моляр тишлар соҳасигача давом этади. Даволаш умумий схема бўйича юқорида келтирилгандай олиб борилади, албатта сульфаниламидлар буюриш, ярани ҳар кунни ювиб туриш муҳимдир.

Асорати: Йирингли яллиғланиш жараёни ретромоляр соҳадан оғиз даҳлизи пастки гумбазига, лунж соҳасига, ичкари – канотсимон пастки жағ бурмаси томонига, юмшоқ танглайга, ташқари ва орқага – пастки жағ шоҳи, тана қисмига тарқалади.

Инфекция таркалиши натижасида, пастки жағ танаси ёки шохининг остеомиелити, лунж, тилости, жағ-тил чукурчаси, канотсимон жағ –халкум атрофи, қулоқолди- чайнов, чакка, жағости ва бошқа соҳалар флегмоналарига олиб келиши мумкин.

Ретромолар периоститда ўткирлашув қайталанавериши пастки жағ шоҳи компакт пластинкасининг емирилиши ва иккиламчи кортикал остеомиелитига олиб келиши мумкин.

Тиш дистопияси (нотўғри жойлашиши).

Чиққан тишнинг тиш қаторида нотўғри жойлашиши ёки тиш ёйидан ташқарида жойлашиши - яъни ўз жойидан силжиши дистопия деб аталади.

Бу ҳолат асосан тиш чиқиш муддати ўзгариши, кетма-кетлиги бузилиши натижасида келиб чиқади ва тиш ўз жойини тўғри эгалламайди. Бу ҳолат, пастки ва юқори жағларда - ақл тишда, юқори жағда, қозиқ тиш ва премоларларда кузатилади. Юқори жағда, тиш оғиз даҳлизи томонга ёки оғиз хусусий бўшлиғи томонга, қаттиқ танглай томонга силжийди, пастки жағда – оғиз даҳлизи, ёки альвеолар ёйидан ташқари, тил томонга силжийди. Бундан ташқари, тишнинг ўрта чизикдан медиал, дистал, ҳамда пастга ёки баландга силжиши ва ўз ўқи атрофида айланиши кузатилади. Юқори ва пастки жағлар ақл тишларини ҳар томонга силжиши кузатилади. Юқори жағда ақл тиши лунж томонга силжиб эрозия ва декубиттал яралар пайдо бўлишига олиб келади. Пастки жағда ақл тишига жой кам бўлганлиги сабабли оғиз даҳлизи ёки тил томонга силжийди.

Ташҳис: Клиник ва рентгенологик белгилар асосида қўйилади.

Даволаш. Асосан аралаш тишлам прикусда, 14-15 ёшгача ҳар хил ортодонтик аппаратлар ёрдамида тўғриланади. 15 ёшдан сўнгра бу даво баъзан фойдасиз бўлиши мумкин. Юқори жағдаги ақл тиши одатда олиб ташланади, ёки дўмбоқчалари чархлаб ташланади. Пастки жағнинг ақл тиши, кўпинча поликлиника шароитида олиб ташланади. Ўтказувчан ва маҳаллий оғриқсизлангириш остида пастки жағ альвеолар ўсиши ташқи томонидан учбурчаксимон қилиб кесма ўтказилади, суякдан шиллик - суяк усти пардали лахтақ ажратилади, тўғри элеватор билан ёки Леклюз калити ёрдамида кимиралиб, силжитилади ва кейин текислик бўйича эгилган омбир билан олиб ташланади. Бошқа ҳолатларда, тишни қоплаб турган суяк, бормашина билан очилиб, тиш элеватори билан олиб ташла-

нади. Силжитаётганда: пастки иккинчи моляр жароҳатланиши; пастки жағ канали жароҳатланиши ва қон кетиши кузатилиши мумкин. Шунинг учун тишни олиш вақтида, шу ҳолларнинг олдини олган ҳолда, ўрни ювилиб, суяк усти лахтақларини жойига қўйиб, чоклар қўйилади. Операциядан сўнг аналгин, амидопирин, сульфаниламидлар. 4-6 кун физикавий даволаш усуллари қўлланилиши тавсия қилинади.

Асорати: Перикоронаритда кузатилган ҳолатлар ривожланиши мумкин.

Тиш ярим ретенцияси- тиш тож қисмининг суяк ва шиллик қаватдан тўлиқ чиқмаслиги. Юқори жағда қозик тиш, иккинчи кесувчи тиш, ақл тиши, пастки жағда ақл тиши ярим ретенцияланган ҳолда қолиши мумкин.

Клиник манзараси: альвеоляр ўсиқдан чиққан тиш тож қисмининг ярми кўринади. Ярми чиқиб турган тиш атрофидаги шиллик қават жароҳатланиши натижада яллиғланиши мумкин. Альвеоляр ўсиқнинг қалинлашуви, атрофдаги тўқималарнинг кизариши, шишганлиги кўринади.

Диагноз: Асосан, клиник кўриниши ва рентген тасвирига қараб қўйилади, рентгенда тиш альвеоляр ўсиқдан ярим чиқиб турганлиги кўринади.

Даволаш: Ярим чиққан тиш операция йўли билан олиб ташланади. Ёшларда ва ўсмирларда ортодонтик йўл билан даволанади, ақл тишлари эса олиб ташланади.

Чикмаган (ретенцияланган) тиш - тўлиқ шаклланган тиш жағ суяги ичида қолиб кетса, тўлиқ ретенция дейилади. Бу тиш-жағ тузилиши касалликлари билан боғлиқ бўлади. Асосан юқори қозик, пастки иккинчи моляр тишлар ва пастки ақл тишларида кузатилади.

Клиник қуриниши: Ташқи белгиларсиз кечади ва рентгенда тасодифан аниқланиши мумкин. Альвеоляр ўсиқда тиш қамлиги кўзга ташланади. Унинг ўрнида сут тиши бўлиши мумкин. Айрим ҳолатларда альвеоляр ўсиқнинг ён томонидан бўртиб чиққанлиги кўринади, баъзан тиш контурини пайпаслаш мумкин. Чикмаган тиш ёнидаги тишлар силжишига олиб келиши мумкин. Беморлар тиш чикмаганлигига шикоят қиладилар. Чикмаган тиш нерв толалари охирига босиб, неврит ва невралгиядаги оғриқларни, анестезия, парестезия пайдо қилиши мумкин. Шунингдек, чикмаган тиш яллиғланиш манбаи бўлиши ҳам мумкин.

Даволаш: Бевовта килмаса ва асорати бўлмаса, ҳеч қандай даво талаб қилинмайди. Оғрик бўлса, тиш силжиса, қийин чикса олиб ташланади. Чикмаган тишни олиш анча қийинлик туғдиради. Операциядан олдин тишнинг жағ асосига, жағ каналига, юқори жағ бўшлиғига, бурун бўшлиғига, қўшни тишга нисбатан жойлашишини аниқлаш керак.

Бунинг учун рентгенография қилинади, юқори ва пастки жағда тиш олишнинг ўзига ҳос хусусиятлари бор. Юқори жағда қозик тиш, кесув тишлар ва ақл тиши олинади.

Алоҳида тиш гуруҳларини олиш хусусиятлари.

Юқоридаги кесув ва қозик тишларини олишда, чикмаган тиш проекциясидан, юқори жағ даҳлиз гумбазидан альвеоляр ўсикка 2 та бурчак остида туташадиган кесмалар ўтказилади, лахтак суякдан ажратилади, тиш устида турган суяк бормашина ёрдамида очилади. Тиш элеватор ёки омбир билан олиб ташланади. Агар тиш олинганда, ёнидаги тиш илдизи учи қўриниб қолса, унда, илдиз учи резекцияси, ретроград пломба қилиш тавсия қилинади. Қозик тишлар тож қисми танглай томонга, тиш илдизи оғиз даҳлизига қараган ҳолда, алоҳида қийинчиликлар туғдиради. Бу ҳолда, тишни 2 қисмга бўлиб, кейин олинади, шиллик қаватга кетгуч чоклар қўйилади. Юқори жағни танглай ўсиғига яқин жойлашган кесувчи, қозик тишларни олиш учун трапециясимон кесма ўтказилади ва тиш омбур билан ёки элеватор билан олиб ташланади. Юқори иккинчи премолярни олганда, юқори жағ бўшлиғига яқин жойлашганилиги ҳисобга олинади, кесма оғиз даҳлизи томонидан ўтказилади, суяк бормашина билан очилиб, тиш олиб ташланади. Агар юқори жағ бўшлиғининг бутунлиги бўзилса операциядан жароҳат ювилмайди, перфорацион тешик зич қилиб тикилади. Юқори жағ ақл тишини олишда альвеоляр ўсик устидан кесма ўтказилиб, муко-периостал лахтак ажратилади, суяк очилиб, тиш олинади, кейин шиллик қаватга чоклар қўйилади.

Пастки жағ ақл тиши пастки жағ каналига, даҳан тешигига, қўшни тишларга нисбатан жойлашишига эътибор бериш керак. Тиш пастки жағ танаси, альвеоляр ўсиғида жойлашган бўлса, унда кесма оғиз даҳлизи томонидан ўтказилади, лахтак ажратилгач, пастки жағ канали яқинлиги ҳисобга олиниб суяк очилади, тиш олиб ташланади, кесма трапециясимон ёки ярим овал шаклида бажарилади, ва тиш элеватор билан олиб ташланади.

Пастки жағ танасини киррасига якин жойлашган тишни оғиз ташкарасидан олинади. Пастки жағ танасига параллел килиб узунлиги 2-2.5 см. кесма ўтказилади, юмшок тўкималар ажратилиб, суяк очилади. Тиш устидаги суяк олинади, сўнг тиш суғуриб олинади. жароҳат каватма-кават тикилади.

Пастки жағ шоҳида жойлашган тиш ҳам оғиздан ташкари йўл билан олинади пастки жағости учбурчагида кесма ўтказилиб, чайнов мушаги ажратилади, пастки жағ шоҳида тиш проекцияси бормашина билан очилиб, тиш олиб ташланади. Жароҳатга чоклар қўйилади.

Тиш пастки жағ альвеоляр ўсигига якин жойлашганда, оғиз ичидан олинади. 2 та кесма ўтказилади: биринчи кесма тиш ўрнидан. иккинчи кесма - 2 чи моляр тишдан пастга ва кия килиб олдинга тушурилади. Лахтак ажратилади. суяк очилиб тиш олинади. жароҳат тикилади.

Операциядан сўнг аналгин, амидопирин, сульфаниламидлар, физикавий даволаш усуллари, ташкаридан малхамли боғламлар қўллаш керак. Бир ҳафтадан сўнг. (ЛФК) даволовчи жисмоний тарбия буюрилади.

Асоратлари: Куйидаги асоратлар бўлиши мумкин. Яллиғланиш касалликлари-жағлар ўткир йирингли периостити. жағ-тил чуқурчаси абсцесси-флегмонаси. канотсимон жағ ва кулок олди чайнов. халқум атрофи флегмоналари. пастки жағ шохи остеомиелити. юкори жағ синусити каби асоратлар. Операция билан боғлик бўлган асоратлар – тишларни олишдаги асоратларга монанд.

Профилактика: Тишлар тўғри чикишини таъминлаш мақсадида, оғиз бўшлиғи санацияси, жағ ўсишини назорат килиш, жонз бўлса ортодонтик даволаш.

8 БОБ. Одонтоген гайморит.

Юкори жағ бўшлиғи шиллик пардасининг яллиғланиши гайморит деб аталади.

Гайморит кўпинча, бурун шиллик пардасининг ўткир яллиғланиши, бошка инфекция ва респиратор касалликлар окибатида ривожланади. Юкори жағ бўшлиғига инфекция тиш оркали тушган бўлса, гайморит одонтоген деб аталади.

Этиология ва патогенез. Одонтоген гайморит риноген гайморитга ўхшаб, оғизда ва бурунда яшовчи йирингли инфекция

тушиши натижасида ривожланади. Инфекция юқори жағдаги кичик ва катта озик тишлар ўткир ёки ўткирлашган сурункали периодонтити, яллиғлаган радикуляр киста, юқори жағ остеомиелити натижасида тушади. Юқори жағ тишларини олаётганда ёки даволаётганда кўпол ҳаракатлар қилиниши туфайли жағ бўшлиғи туби тешилиб, илдиз бўшлиқ ичига кириб кетиши, пломба ашёларининг илдиз учидан бўшлиққа тушиши натижасида ривожланади.

Одонтоген гайморит ривожланишида юқори жағ бўшлиғи туби ва тишлар илдизлари орасидаги суяк қалинлиги жуда катта аҳамият касб этади.

Илдизлар учлари ва бўшлиқ туби орасидаги суяк 0,1мм дан 15-20 мм гача қалинликда бўлиши мумкин. Орадаги суяк нечоғлик юпқа бўлса, илдиз учидан яллиғланиш жараёни юқори жағ бўшлиғига ўтиш эҳтимоли шунча ортади.

Ўткир одонтоген гайморит.

Ўткир гайморитда беморлар одатда кўз ости, лунж соҳаларидаги оғриққа, айрим ҳолларда, оғриқ юзнинг яримини эгаллашига, шу томондаги оғирлик, бурун битишига шикоят қиладилар. Оғриқ пешона, чакка, энса соҳаларига тарқалиши мумкин. Кичик ва катта озик тишлар соҳасида оғриқ сақланиши, тишлаганда кучайиши мумкин. Оғриқ даражаси юқори жағ бўшлиғида йиғилган экссудат, йиринг микдорига, дренажга боғлиқ. Агарда йиғилган суюқлик табиий тешиқдан чиқиб турса, оғриқ камаяди - тешиқ бекилиб қолса - кучаяди. Бемор аҳволи ёмонлашади ва организм заҳарланиши белгилари кузатилади, тана ҳарорати $37,5-38^{\circ}\text{C}$, ҳолсизлик, бўшашиш, бош оғриғи, иштаҳа бузилиши кузатилади. Ҳид сезиш қобилияти сусаяди ва умуман сезмаслик ҳолатигача етади (йўқолади).

Беморга қаралганда, кўз ости, лунж соҳаларида шишни кўриш мумкин. Шиш бўлмаслиги ҳам мумкин, юқори жағ бўшлиғи олд девори ва ёноқ суягини пайпаслаганда, оғриқ аниқланади. Касалланган томонда регионар лимфатик тугунлар катталашади ва оғриқли бўлади.

Оғиз даҳлизида: шиллик пардани қизариши, шиш ва оғриқ кузатилади. Озик тишлар перкуссиясида 2-3 тиш оғрийди. Бурун бўшлиғи шиллик пардаси қизариши, шишганлиги аниқланади. Ўрта ва пастки бурун чиғаноқларининг катталашганликлари,

бурун йўлларида йиринг борлиги ва энгашганда, бурун тешигидан оқишини кузатиш мумкин. Агарда шиш ҳисобига бўшлиқнинг табиий тешиги ёпилиб қолса, риноскопияда йиринг кўринмаслиги мумкин. Ўрта бурун йўлини ва чиғаноғини 1% дикаин эритмасига 1 томчи 0,1% адреналин қўшиб, суртилса, бурун очилиб, бўшлиқдан йиринг ажралишини кузатиш имконини беради. Юқори жағ бўшлиғи тубининг перфорацияси, ёт жисм, периапикал ўчоқлар, бўшлиқ шиллик пардасининг чегараланган соҳасидагина ўзгаришлар юзага келтиради. Юқори жағ одонтоген остеомиелити, радикуляр киста йиринглаши натижасида бўшлиқ шиллик каватининг бутунлай тотал зарарланиши кузатилади.

Патологик анатомия юқори жағ бўшлиғида кечаётган яллиғланиш ўткир, ўткирости ва сурункали кечиши мумкин. Шиллик пардадаги микроскопик ўзгаришлар касаллик ривожланиши ва кечишига қараб хилма-хил бўлади. Ўткир гайморитда, дастлаб шиллик пардада катарал яллиғланиш шаклланади, шиллик парда қалинлашади, қизариб шишади, натижада юқори жағ бўшлиғининг бурўнга очиладиган табиий тешиги ёпилиб қолади.

Микроскопик жиҳатдан, шиллик парда эпителиал қатламига лимфоцитлар ва полинуклеар хужайралар силжиб киради. Шиллик ости қатлам шишади, қон томирлари тўлишиб, атрофларида инфильтратлар ва қонталашлар ўчоқлари ҳосил бўлади. Айрим соҳаларда псевдокисталар (ҳар хил шаклдаги ёруқлар) шаклланади. Шиллик ишлаб чикувчи хужайралар катталашиб суюқлик чиқаради ва оралиқларни тўлдиради, 2-3 кун ўтгач катарал яллиғланиш йирингли яллиғланишга айланади. Ўткир одонтоген гайморит ташҳисини клиник ва рентгенологик текширувлар асосида қўйилади. Ташҳис қўйиш учун:

1) юқорида келтирилган, гайморит учун хос бўлган белгиларни аниқлаш керак;

2) тишларга клиник ва рентгенологик баҳо бериш ва илдиз учининг бўшлиққа муносабатини кўриш лозим;

3) бурун ёндош бўшлиқлари рентген суратида гайморитга хос белгиларни аниқлаш, юқори жағ бўшлиқларининг диффуз ёки қисман хиралашганини кўриш керак. Айрим ҳолларда, юқори жағ бўшлиғида суюқлик сатҳини кўрсатувчи горизонтал чизикни кўриш мумкин;

4) аниклик киритиш учун, юқори жағ бўшлиғини пункция қилиш мумкин. Бурун бўшлиғи шиллик пардасига 1% диканн эритмасига адреналин томчиси қўшиб, суртилади. Оғрикислантриб, Куликовскийнинг пункция учун махсус найча – нинаси билан буруннинг пастки чиғаноғи остидан бўшлик тешилади ва 1,0-1,5 см. ичкарига киритилади. Нина бўшликка тушганини сезгач, ичидаги суюклик шприцга тортиб олинади. Шундан сўнг нинани олмасдан, 15-20 мл антисептик, антибиотик, ферментлар билан ювилади;

5) замонавий услублардан ультратовиш билан текшириш мумкин;

б) магниторезонанс томография ўтказиш мумкин.

Даволаш. Ўткир одонтоген гайморитни даволаш комплекс равишда ўтказилади. Албатта, инфекция манбаи бартараф қилиниши шарт, тиш олинади, периостит, остеомиелит радикуляр киста кесиб очилади ва дренажланади. Антибактериал. десенсибилизация қилувчи, яллиғланишга қарши дорилар берилади. Бурун йулларини очувчи томчилар буюрилади.

Бўшлиқдан йиринг яхши чикмаса юқорида келтирилгандек пункция қилинади ва ювиб дори воситалари юборилади. Қўшимча физиотерапевтик муолажалар (УЮЧ, лазер, магнит) ўтказилади. Барвакт ва адекват ўтказилган даво натижасида бемор касалликдан тузалиб кетади. Айрим ҳолларда касаллик сурункали шаклга ўтади.

Асоратлар. Касалликни даволаш ўз вақтида ўтказилмаса, ёки етарли бўлмаса, ўткир одонтоген гайморит асоратлар бериши мумкин. Юқори жағ периостити, кўз ости соҳаси абсцесс ва флегмонаси, кўз косаси флегмонаси, яллиғланиш буруннинг бошқа ёндош бўшлиқларига тарқалиши. Айрим ҳолларда юз веналари тромбозга олиб келиши ва бош мия қаттиқ пардаси, синуслари тромбозини келтириб чиқариши ва ҳаётни ҳавф остида қолдириши мумкин.

Сурункали гайморит.

Сурункали гайморит яхши даволанмаган ўткир гайморитдан сўнг ривожланади. Аммо, сурункали гайморит албатта ўткир гайморитдан сўнг ривожланиши шарт эмас. Кўп ҳолларда бу касаллик ўткир яллиғланиш белгиларисиз ҳам бошланади.

Яллиғланиш ривожланишига юқори озик тишларининг сурункали периодонтити, пародонтити, юқори жағ бўшлиғи туби

якинида ўтказилган оператив ва эндодонтик муолажалар асосий сабабчилар бўлиши мумкин.

Клиник кечиши

Сурункали одонтоген гайморит узок вақт клиник белгиларсиз кечиши мумкин. Беморларда сўров ўтказилганда узок вақт бурундан яхши нафас олмаганликлари, бурундан йиринг аралаш ажралма келгани, бош оғриб юриши, юкори жағда оғирлик, “таранглик” бўлганлигини айтишади. Айрим кунлари кечга келиб тана харорати $37,2-37,5^{\circ}\text{C}$ холсизликни кайд этишади. Бемор юз-жағи кўрилганда касаллик аломатларини аниқлаш кийин. Фақат юкори жағда оғиз ичидан ўтув бурмасини пайпаслаб кўрилганда оғрик сезилиши мумкин. Шиллик кават шу соҳада бир оз шишган ва кизарган бўлади.

Риноскопия ўтказилса: бурун йўлларида куюк ёки шиллик аралаш йиринг кўриш мумкин. Айримларда, бурун шиллик пардасида полипоз ўсмалар учрайди. Ташхис кўйиш учун рентгенологик текширувлар ўтказилади. Оддий рентген суратида сурункали катарал гайморитга хос белги - бу юкори жағ бўшлигини хиралашганлиги. Пункция орқали рентгенконтраст модда юборилганда бўшлик хажми, уни деворларини шиллик пардасини калинлашганлигини кузатиш мумкин.



Сурункали гайморитда шиллик пардадаги патоморфологик ўзгаришларни этиборга олган ҳолда яллиғланишнинг уч шакли ажратилади: катарал, йирингли, полипоз.

Йирингли гайморитда юкори жағ бўшлиғи деворларини ноаниқ, интенсив ва бир текисда хиралашган бўлади.

Полипоз шаклдаги сурункали гайморитда бўшлик деворларидаги шиллик парда ўзини текислигини йўқотганлигини

кузатиш мумкин. Контраст модда пункция оркали юборилса бўшлиқдаги пролифератив ўзгаришларни акс эттирувчи шаклда маълумот олиш мумкин.

Киёсий ташхислаш.

Сурункали одонтоген гайморитни тиш илдизи кистаси ва юқори жағ ҳавfli ўсмаларидан фарклаш керак.

Радикуляр киста аста секин катталашиб юқори жағ бўшлиғига ўсиб киради ва деворларини кенгайтиради ҳамда деформациялайди. Киста босими ҳисобига жағ суяклари юпкалашади бўшлиқ олд девори пайпаслаганда пергамент қоғоз кирсиллаш симптоми ва флюктуация (билкиллаш) белгиси аниқланади. Одатда юқори жағ бўшлиғининг олдинги ва пастки деворлари зарарланади. Олдинги тишларининг гранулёма ҳосил қилувчи периодонтитидан ҳосил бўлган киста, бурун бўшлиғи туби ва ноксимон тешик томон ўсади. Натижада буруннинг пастки йўлида бўртиб чикқан шиш (Гербер болиши) кузатилади. Кичик ва катта озик тишлардан ҳосил бўлган киста, альвеоляр ўсик кенгайиши ва бўшлиқ туби шаклининг бузилишига олиб келади. Учинчи (қозик) тиш сабабчи бўлса, киста кўзости соҳасида шиш ҳосил қилади. Киста катталашган сари юқори жағ бўшлиғи деворларини йириб, оғриқ чакиради, оғриқ уч шохли нерв тармоқларидан кўзости, чакка, энса бўйинга тарқалиши мумкин. Бош оғриғи кузатилади.

Рентгенологик текширувда юқори жағ тишларидан ҳосил бўлган киста бўшлиқ тубини суруб, ичига гумбаз шаклида кириб боргани аниқланади. Киста яллиғланса юқори жағ бўшлиғи шиллик пардаси яллиғланишини ёки бўшлиқ ичига ёрилиб, ўткир ёки сурункали гайморитни ўткирлашган шаклини юзага келтиради.

Юқори жағ ҳавfli ўсмалари бошланғич даврда сурункали гайморитга хос бўлган белгилар билан кечади. Беморлар бурун битиб қолиши, бир томондан нафас олиш қийинлигига, бурундан нохуш ҳидли ажралма келишига, юқори жағдаги оғриқ атрофдаги тишлар ва чакка соҳасига тарқалишига шикоят қиладилар. Сурункали гайморитдан фарқли бу оғриқ аста секин кучайиб, доимийга айланади. Бурундаги ажралма бадбўй ҳидли гоҳида кон аралаш келади. Беморлар одатда яллиғланишга қарши ўтказиладиган даво натижа бермаслигини қайд қиладилар. Айрим беморларда ўсма катталашиб атрофга тарқалади, кўз косаси

тубининг шакли бузилиб, кўз олмаси олдинга бўртиб чиқади (экзофтальм). Бурун бўшлиғида ўсмани кўриш, олинган тиш катакчасидан ўсма бўртиб чиққанлигини кузатиш мумкин.

Рентгенологик текширувда юқори жағ бўшлиғини деворлари аниқ кўринмайди, аксинча, ўсма бор жойда суяк емирилиб, бўшлик ўсма тўкимаси билан тўлганлиги ҳисобига бир текисда хиралашади. Ўсмага шубҳа бўлса цитологик ва патогистологик текширув ўтказилади .

Одонтоген гайморитни риногён гайморитдан ҳам фарқлаш керак, гайморит бўлган томонда: тиш касалликлари (периодонтит, парадонтит, остеомиелит, радикуляр киста,) тиш олингандан сўнг оғиз бўшлиғи тиш катаги орасида тешик ёки окма йўл аниқланади. Яллиғланиш юқори жағнинг факат бир томонида бўлади.

Сурункали одонтоген гайморитни даволаш комплекс равишда ўтказилади. Асосий принцип бу яллиғланишни чақирган инфекция ўчоғини жарроҳлик усулида бартараф қилиш (тиш олинади, киста очилади ва бошқа муолажалар.) Юқори жағ бўшлиғини йирингдан тозалаш мақсадида пункция қилинади ва ювилади. Иложи бўлса катетер қолдирилиб, кун давомида бир неча марта антисептиклар билан (йодинол, риванол, фурациллин) ювилади. Агар йиринг куюқ, фибриноз парда билан қопланган бўлса, бўшлиққа юбориладиган дори воситаларининг таъсири етарли бўлмайди. Шунинг ҳисобга олиб юқори жағ бўшлиғига дастлаб фермент препаратлар (трипсин, химопсин, химотрипсин), юборилса уларнинг (протеолитик, муколитик, фибринолитик, шиш ва яллиғланишга қарши) таъсири натижасида даволаш самарадорлиги ошади. Маҳаллий даволашга физиотерапевтик муолажалар қўшилса (УВЧ, СВЧ, магнит, лазер) мақсадга мувофиқ бўлади.

Сурункали одонтоген гайморитларни (айниқса шиллик пардада полипоз ва гиперпластик ўзгаришлар бўлганда) консерватив даво тўлиқ тузалиш бермайди. Шундай ҳолларда сурункали одонтоген гайморитни даволаш мақсадида Колдуэлл-Люк радикал операцияси ўтказилади.



Операция маҳаллий инфилтрацион ва ўтказувчан оғриксизлантириш (туберал, инцизив, палатинал ва инфраорбитал; пастки бурун йўли ва чиғаноғи соҳасида эса 3% дикаиннинг адреналинли эритмасини аппликация қилиш билан; маҳаллий кучайтирилган (НЛА) билан) ёки эндотрахеал наркоз остида ўтказилади. **Колдуэлл-Люк операцияси қуйидаги босқичларда ўтказилади:**

1.Оғиз даҳлизи юқори гумбази бўйлаб ёки ўтув бурмадан пастроқда иккинчи –еттинчи тишлар орасида шиллик қават суяк қобиғи суяккача кесилади.

2.Суяк қобиғи (периост) суякдан юмшоқ тўкималар билан ажратилади ва юқори жағни олд девори кўз ости чуқурчаси очилади.

3.Кўз ости чуқурчасида ноксимон тешикка яқинроқ қилиб 1-1,5 см. диаметрда (бормашина, искана ёки махсус тишлағич омбур билан) суякда дераза очилади.

4.Очилган тешикдан синус ичидаги йиринг, полиплар қириб олиб ташланади. Шиллик пардани иложи борича сақлашга ҳаракат қилинади.

5. Бурун пастки йўлидан бўшлиққа йўл очиш мақсадида бурун деворини 1-1,5 см. диаметрда суяк синдирилиб олинади, четлари қирилиб силлиқлаштирилади ва тешик соҳасидаги бурун шиллик пардаси бўшлиқ тубига ётқизилади.

6.Бўшлиқ тубига ётқизилган шиллик парда лахтагини суякка ёпишиб туришини таъминлаш, бўшлиқдаги ажралмаларни

чиқариш максасида уни йодоформли ингичка дока билан тўлдирилиб, учи бурундан чиқарилиб қўйилади.

7. Операцион жароҳатга чок қўйилади.

Радикал гайморотомия юқори жағ бўшлиғи шиллик пардасидаги яллиғланиш жараёнини тўлик бартараф қилмайди. Бурун ва бўшлиқ орасида очилган сунъий тешик аэрация ва бўшлиқдан ажралмани чиқишини яхшилади. Шу сабабли операциядан кейин беморлар албатта комплекс медикаментоз даво олишлари керак.

Радикал гайморотомия асорати. Радикал гайморотомия ўтказган беморларнинг кўпчилиги операциядан сўнг юқори лаб, бурун қаноти соҳаларида терининг, альвеоляр ўсиқ шиллик пардаси ва тишларининг сезувчанлиги ўзгарганлигини қайд этишади. А.Г.Шаргородский бу ҳолатни юқори альвеоляр нервни суяк ичидан ўтаётган толаларининг узилиши билан тушунтиради.

Юқори жағ бўшлиғи туби тешилиши натижасида ривожланган гайморит.

Юқори жағ премоляр ва моляр тишлар илдизлари учи бўшлиқ тубига кириб ёки яқин туриши, шу тишлар олинганда тешилиб қолишига олиб келади (тиш олишдаги асоратларни ўқинг)

Юқори жағ альвеоляр ўсиғида ўтказиладиган ҳар бир оператив муолажа давомида бўшлиқ тубига эътибор бериш ва бутунлигига амин бўлиш керак. Бўшлиқ туби тешилса, албатта гайморит ривожланади дегани эмас. Бу тешик аниқланганидан сўнг шифокор тутган йўлига боғлиқ. Бўшлиқ туби очилиб қолса, биринчи навбатда шилиқ парда (яллиғланиш борми ёки йўкми) ҳолатига баҳо берилади. Бўшлиқда яллиғланиш бўлмаса, илдиз ёки бошка ёт жисм йўқлигига ишонч ҳосил қилиб тешикни шу кунёк операция усули билан беркитиш керак. Агар олинган тиш катакчасидан йирингли ажралма бўлса, унда сурункали гайморитни даволаш принципларига риоя қилинади. Перфорацион тешик пластика қилиш усуллари кўп, шароит ва вазиятдан келиб чиққан ҳолда иш тўтилади.

Стоматологик кабинетда жарроҳлик аралашувини ўтказиш учун имконият бўлмаса-оддий усул билан чегараланилса бўлади – бир неча қатлам йодоформли тасмасимон докани тиш катакчаси устига қўйилади. Тушиб қолмаслиги учун атрофдаги юмшоқ тўқималарга чок қўйиб маҳкамланади. Ёки лигатура сими билан қўшни тишларга боғлаб қўйилади. Тиш катакчасида ҳосил бўлган

кон куйқаси яллиғланишдан сақлаб колинса, бириктирувчи тўкимага айланиб тешик беркилиб кетади. Имконият бўлса **тешик жарроҳлик усулида ёпилгани маъқул**. Бунинг учун оғиз дахлизиди альвеоляр ўсиқнинг олинган тиш соҳасида асоси ўтув бурмага қараган трапеция шаклида лахтак кесилади, асоси томондан ўтув бурма бўйича ёнга кесма давом эттирилади ва суяк қобиғи билан ажратилиб лахтак учи тешикни танглай томондаги четига тортиб тикилади.

Юқори жағ бўшлиғига очилиб қолган тиш катакчасини лунждан олинган шиллик парда эркин лахтаги билан ёпиш усулини ўзбек олимлари С.У.Бурихонова, Э.У.Махкамов (1968) кашф этиб амалиётга тадбиқ қилганлар.

Тиш олиш жараёнида юқори жағ бўшлиғи туби очилганида олинган тиш ёки илдизини реплантация усулида жойига ўрнатиб тешикни беркитиш мумкинлигини А.М.Холмухамедов (1993) ишлаб чиққан.

Тиш олиш жараёнида юқори жағ бўшлиғи туби тешилганлиги аниқланиб юқорида келтирилган консерватив ва жарроҳлик усуллар натижа бермаса ёки тешилганлик вақтида аниқланмаса сурункали йирингли ёки полипоз гайморит ривожланади. Тиш катакчасида окма йўл шаклланади. Бундай ҳолларда беморлар оғиздаги суюқлик бурундан чиқишига, тешикдан оғизга йиринг оқишига шикоят қиладилар. Сурункали гайморитни даволаш ва перфорацион тешикни бартараф қилиш учун Колдуэл-Люк усулида радикал гайморотомиа ва тешикни асоси танглайда бўлган тилсимон лахтак кўчирилиб альвеоляр ўсиқдаги нуқсон устига сурилади ҳамда тугунли кетгут чоклар билан тикилади.

9 БОБ. Сўлак безларини ўткир яллиғланиши (сиалоденит).

Грипп вируси чакирган ўткир сиалоденит. Бу касаллик гурух эпидемияси даврида учрайди. Касаллик даслаб катта сўлак безларидан бирида бошланади ва тез кунда иккинчи жуфт безда ёки катта ва кичик безларда бир вақтда учрайди. Яллиғланиш жараёни тез бошланади ва 1-2 кун ичида сўлак бези йиринглаб некрозга учрайди. Кетма кет бир нечата сўлак бези некрозга учраши ҳам мумкин. Кулоқ олди сўлак безларини яллиғланишига хос бўлган белгилардан бири бу оғиз очганда, бошни ёнга қаратганда оғрик бўлиши. Сўлак бези атрофида тарқалган юмшоқ шиш бўлиб

пастки жағ ости, пастки жағ орти ва бүйинни юкори кисмларига таркалади.

Пайпаслаганда сўлак безини катталашганлиги газак ҳисобиға каттиклашганлиги, усти силлиқ бўлганлигини аникланади. Пастки жағ ости сўлак безини яллиғланишида беморлар ютинишдаги оғрикка шикоят киладилар. Пастки жағ ости, даҳан ости, тил ости соҳаларда, бүйинни юкори кисмиға таркалувчи шиш аникланади. Оғиз ичидан тил жағ тарновчани дистал кисмини пайпаслаганда пастки жағ остида катталашган, усти силлиқ, кимирловчи ўзи зич бўлган, оғрикли сўлак бези аникланади.

Тил ости ўткир сиалоденитида беморлар тилни ҳаракатида оғрик туришиға шикоят киладилар. Қараганда без устидаги шиллик кават кулранг тус олганлиги, айрим жойлари ерилиб йиринг чикишини ва без тўкимаси некрозға учраганлигини кузатиш мумкин.

Даволаш. Грипп вирусни чакирган ўткир сиалоденитни даволаш принципи этиопатогенетик бўлиши керак. Барча ҳаракатлар вирус ва уни асоратларини олишға каратилади умумий даволаш билан бир вақтда оғизни интерферон билан 4-5 марта чайиш. Сўлак найчаларидан йирингли ажралма бўлса уни ювиш ва антибиотиклар юбориш. Катта эътибор беморни ҳаракатни камайтириб, етиб даволанишға, сўлакни хайдашға каратилган диетада бўлиш ва симптоматик медикаментоз давоға каратилади.

Без некрозға учраса капсуласи дархол кесилади шу билан таркалишни олди олинади. Одатда касаллик тўлик тузалиш билан тугайди аммо асоратлар ҳам бўлиши мумкин сўлак бези найчасини битиб қолиши, ёки чандиклар билан тораиши.

Инфекцион касалликлар ва жарроҳлик амалиётидан сўнги ўткир сиалоденит.

Бундай сиалоденит кўпроқ кулок олди ва камдан кам холларда бошқа сўлак безларида кузатилади.

Сабабчиси ва патогенези. Ўткир сиалоденит ҳар қандай оғир кечган юкумли касалликда учраши мумкин, кўпроқ тиф касаллигида ва катта ҳажмдаги жарроҳлик амалиётидан сўнг учрайди.

Сабаби бу касалликлар натижасида рефлектор сўлак ишлаб чиқариш камайдиган, сўлак йўлларида истикомат қилувчи аралаш инфекция: стафилококк, стрептококк ва бошқа микроблар стомато-

ген, лимфоген ва гематоген йўллар билан безга тушади ва яллиғланиш чақиради.

Патологик анатомияси. Даслаб безда зардобли яллиғланиш ривожланиб тўқимада гиперемия, шиш ўртамеёна лейкоцитар инфильтрацияси шаклланади.

Безни чиқарув йўлларида шиш кузатилади, оралиғида епишқоқ, эпителиал хужайра ва кўп миқдордаги микроблар бўлган ажралма тўпланиб қолади. Енгил кечаетган касалликда без фолияти тикланса юқорида келтирилган ўзгаришлар орқага қайтади. Инфильтрат ва шиш сурилиб аста секин яллиғланиш жараёни камаяди.

Касаллик оғирлашса зардобли яллиғланиш йирингли яллиғланишига ўтади. Без тўқимасидаги инфильтрация кучайиб йирингли ҳолатга ўтади. Қон томирлар тулишиб атрофидаги шиш кўпаяди ва майда конталаш ўчоқлари ҳосил бўлади. Майда ва ўрта диаметрли чиқарув йилларида кўп миқдорда лейкоцитлар ва дегенерацияга учраган эпителиал хужайралар аниқланади. Безни айрим қисимлари йиринглаб эрийди ва микроабсцесслар ҳосил қилади, улар қўшилиб катта йирингли бўшлиқлар ҳосил қилади, гоҳида йирингли некротик жараён безни бутунлай эгаллайди.

Клиник кечиши. Ўткир сиалоденит ўзини тез кечиши билан ажралиб туради.

Инфекцион касалликлар ва операциядан сўнг ривожланадиган сиалоденит одатда жуфт безларни баробар яллиғланиши билан кечади. Даставал бир без, бир неча кундан сўнг иккинчи без яллиғланади. Яллиғланиши даражаси ҳар хил бўлиши мумкин.

Сероз ва йирингли паротит енгил кечаетган бўлса адекват ўтказилаётган даво таъсирида 10-15 кунда аста секин тўзалади.

Оғир кечаетган гангреноз паратитда 1-2 кун ичида без бутунлай некрозга учрайди. Беморни аҳволи оғирлашади. Кучли интоксикация аломатлари намоён бўлади. Жараён бўйин ён соҳаси ва уйқу артерияси ва венаси соҳасидаги клетчаткага тарқалади, ундан кўкс оралиғига ўтади, айрим ҳолларда ташқи эшитув йўлига ёриб чиқади.

Катта қон томирлар атрофида кечаетган йирингли яллиғланиш, томирлар деворини емириб қон кетишига, тромбофлебит, бўшлиқлар тромбозига сабаб бўлади.

Фақат шошилинч ўтказилган операция йирингли ўчоқларни кенг очиш билан асоратларни олдини олиш мумкин. Некрозга уч-

раган без тўқимаси аста секин ажралиб яра тозаланади. Без сақланиб қолган қисимлари сўлак окма йўлини шакллайди.

Ташхис одатда клиник белгилар асосида қўйилади.

Лимфоген ўткир сиалоденит.

Бу касалликни ривожланиши кулоқ олди сўлак беши ичидаги лимфатик аппаратни яллиғланиши билан боғлиқ. Малумки без ичида бештадан унтагача ва ундан ҳам кўпроқ лимфа тугунларни таркибига олган лимфатик аппарат мавжуд. Лимфатик тугун-тўқимаси айрим жойларда ацинар тўқимага ўсиб қиради ва безни чиқарув йўллари билан тушашади.

Без ичида жойлашган лимфа тугунлар ҳалқум, тил, оғиз шиллик пардаси, тиш илдизлари, пешона, чакка, кулоқ бурун ва киприклардан келаётган лимфа йўллари билан боғланган. Шу соҳалардаги инфекция без ичидаги лимфатик тугунларни яллиғланишини чакиради. Лимфатик тугун сўлак йўлига ўсиб қирган бўлса лимфоген паротит ривожланади, агарда лимфа тугун сўлак йўли билан боғланмаган бўлса унда лимфаденит (Герценберг ёлғон паротити) юзаги келади.

Касаллик белгилари. Даслаб безда кичкина, оғрикли шиш пайдо бўлади. Енгил кечаётганда 2-3 ҳафта давомида шиш катталашади атрофидаги тўқималарни жалб қилади. Сўлак найидан сўлак чиқиши камаяди, ранги хиралашади ва қуюлиб ёпишқоқлиги ошади. Умумий аҳвол деярли ўзгармайди.

Ўткир ўрта оғирликдаги лимфоген паротитда беморни ҳарорати кўтарилади шиш катталашади, оғрик кучайиб пулсация беради. Без устидаги тери кизаради ва тагидаги тўқималар билан жипслашади.

Ўткир оғир лимфоген паротитда яллиғланиш бошлангандан сўнг қисқа вақт орасида бездаги яллиғланиш абсцесс ва флегмонага ўтади.

Контакт сиалоденит. Бундай сиалоденит без атрофидаги (кулоқ олди-чайнов, пастки жағ ости, тил ости) соҳалардаги абсцесс ва флегмоналардан инфекция ўтиши ҳисобига ривожланади. Контакт сиалоденит одатда енгил шаклда кечади. Без катталашиб, каттиклашади, оғрик пайдо бўлади. Сўлак ранги хиралашиб, чиқиши камаяди. Асосий йирингли жараён очилиб антибактериал даво ўтказилиши билан сўлак бешидаги перифоқал яллиғланиш орқага қайтади. Контакт сиалоденитни олдини олиш учун сўлак

бези атрофидаги яллиғланиш жараёнларини жадал даволаб без фаолиятини тиклашга каратилиши лозим.

Ёт жисимларни сўлак бези йўлларига тушиши натижасида ривожланган сиалоденит.

Оғиз бўшлиғидаги майда жисимлар (донлилар, чуп, усимлик парчалари) сўлак йўлига тасодифан тушиб қолиши мумкин. Бу ҳолатни беморлар аниқ ва батофсил айтиб беришлари мумкин. Беморлар сўлак безини ухтин-ухтин катталашишига, сўлак чиқиши камайишга шикоят қиладилар. Безни пайпаслаганда оғрик бўлмайди. Айрим ҳолларда овқат ёғанда без тулишиб катталашади ва яна ўз холига келади. Вахт ўтиши билан ед жисим атрофида сўлак йўлида ва безда ўткир яллиғланиш бошланади. Ўткир йинрингли яллиғланишга хос белгилар намоён бўлади. Натижада без эриб яллиғланиш атроф тўқималарга ўтади. Айрим ҳолларда йинринг билан бирга ед жисим ажралиб чиқади.

Базан узок муддат сўлак безида қолиб кетган ед жисим атрофида сўлак тоши ҳосил бўлишига сабабчи бўлади.

Диагноз асосан клиник белгилар, анамнез ва сиалография натижалари асосида қўйилади.

Даволаш жарроҳлик усули билан ед жисимни сўлак йўлини очиб олиш. Паренхимада ёки майда сўлак йўлларида бўлса без бутунлай экстирпация қилинади.

Ўткир сиалоденитни даволашни умумий принциплари.

Ўткир сиалоденитда биринчи галда без фаолиятини активлаштиришга каратилган тадбирлар: кўп миқдорда суюқлик ичиб, сўлак ажралишини кўпайтиришга каратилади-махсус диета ва пордон мевалар хусусан лимон, 1% пилокарпин гидрохлорид эритмасини 5-6 томчидан кун давомида 3-4 марта ичиш. Сўлак безни йўлидан антибиотиклар юбориш, оғрик қолдириш учун 0,5% новокаин эритмасини 1,0-1,5 мл., ювиш учун антисептиклар (диметилсульф-оксид (ДМСО) димексид хлоргекседин.) ферментлар (трипсин химотрипсин) ишлатиш мумкин. Компреслар 30% димексид билан 30-40 минут давомида кунига бир маротаба 5-10 кун тўзалгунича. Физиотерапевтик муолижалар УВЧ СВЧ лазер.

Касаллик урита оғир ҳолатга утса ўтказилаётган давога қўшимча сўлак бези атрофидаги клетчаткага 50-60 мм 0,5% новокаинга антибиотик кушиб блокада қилиш тавсия этилади. Анти-

биотиклар мушак орасига сульфаниламид ва сенсibiliзацияни тушурувчи дорилар қўшилади. Стационар шароитида ётган беморларга вена ичига трасилол ёки контрикал юбориш яхши натижа беради.

Ўткир яллиғланиш натижасида без эриб кетса шошилини жаррохлик амалиёти ўтказилади. Кесма Г.П.Ковтунович усулида ўтказилади.

Сўлак тоши касаллиги

Сўлак безини тош касаллиги (сиалолитиаз, калкулез сиалоденит) деганда сўлак йўлларида тош ҳосил бўлиши тушунилади. Касаллик эркак ва аёлларда деярли баробар, ҳамма ёшда учрайди.

Касаллик ривожланиши. Тош ҳосил бўлиши сабаблари охиригача аниқланмаган. Модда алмашуви айниқса кальций минерал тўзлар ичида алмашувини бузилиши, гипо-авитаминоз (А витамини етишмовчилиги) безни секретор фаолиятини бузилиши ва сурункали яллиғланиши сабаб бўлиши аниқланган. Тош асосан катта сўлак безлари кулоқ олди, жағ ости сўлак безлари ва шу безларни чиқарув йўлларида ҳосил бўлади.

Тошларни катталиги ва шакли хилма хил бўлади. Без ичида ҳосил бўлган тошлар думароқ, усти ғадир-дудур, сўлак йўлларидаги чўзик ва ўтиш силлик бўлади.

Клиник кечими. Сўлак тош касаллиги кечишида уч давр ажратилади: бошлангич клиник белги. ари намоён бўлмасдан, яширин кечаётган), ривожланган ва тез қайталанувчи сурункали сиалоденит давр ва утаезган сурункали яллиғланиш.

Касалликни бошлангич даври ёки яширин даври деб аталишига сабаб тош ҳосил бўлганлигига карамай бемор бирон бир шикоят килмайди. Тош тасодифан, тиш ва жағларни бошқа сабаблар билан рентгенологик текширув ўтказилганида аниқланиши мумкин.

Тош касаллигига хос бўлган биринчи шикоят бу сўлак чиқишини сустлиги. Тош сўлак йўлларда жойлашса сўлакни чиқишига йўл бермайди.

Оғизга бирон ёғулик олиш билан сўлак чиқиши кўпаяди ва у без ичидан бемалол чиқиб кета олмайди, шишади ва оғриқ пайдо бўлади (сўлак коликаси). Бир неча дакикадан сўнг бу ҳолат ўтади, ammo яна овқатланиш билан қайталади.

Бу ҳолатда безни пайпаслаганда шиш юмшоқ фақат бир қисмида тош жойлашган қаттиқлик аниқланади. Икки бармоқ орасига олиб сўлак йўлини пайпаслаб курганда пастки жағ ости ёки

кулок олди сўлак безларини чиқарув йўлларида ед жисим (тошга) хос бўлган каттиклик сезиш мумкин. Оғиз бўшлиғида сўлак йўлини очилиш жойида шиллик пардада ўзгариш одатда бўлмайди.Найичига зонд киритилса олди ёки ўрта қисмида жойлашган тошга кадалиш мумкин.Агарда касалик бошлангич даврида аниқланиб тош олиб ташланмаса ва уни ҳосил бўлишини олди олинмаса у кейини ривожланган даврига ўтади.

Бу даврда сўлак тутулиши белгиларидан ташқари сурункали сиалоденитни ўткирлашуви намоён бўлади. Касалликни сиалоденитга хос белгилар билан бошланишини сабаби узоқ вақт сўлак йўлида ҳосил бўлаётга тош атрофидан сўлак тўлиқ бўлмаса ҳам ўтиб туради ва сўлак коликаси бўлмайди.

Беморлар одатда тусатдан сўлак безида шиш ҳосил бўлганига, овқатланганда шиш катталашганга, тана ҳарорати кўтарилишига, умумий холсизликка шикоят қилади. Бемор ташқи кўринишида кулок олди, ёки пастки жағ ости соҳасида бир томонлама шиш, пайпаслаб катталашган, оғрикли сўлак безини аниқлаш мумкин. Гоҳида сўлак бези атрофидаги тўқималар яллиғлангани (пернадёнит) кузатиш мумкин. Оғиз ичига қаралганда лунж, тил ости, тил жағ тармовчаси соҳаларида шиллик пардани қизариши ва шишганлигини кузатиш мумкин. Пайпаслаб сўлак йўллариини шишганлигини ва йўғонлашиб тасм.адай каттиклашганини аниқлаш мумкин. Бундай вазиятда сўлак йўлида тош борлигини аниқлаш кийин. Фақат қалинлашган ва шишган сўлак йўлини бир қисмида бир оз оғрикли жойида тошни тахмин қилиш мумкин. Сўлак безини ва чиқарув йўллариини пайпаслаб укаланса найчадан шиллик аралаш куюк йиринг чиқиши мумкин.

Касаллик ўткир даврида охиригача (тўзалгунча) даволанмаса утаезган сурункали даврга ўтади. Бу даврга хос белгиларидан бири бу сурункали кечаётган сиалоденит тез тез хуруж қилиб туруши бўлади. Сўлак безини аста секин катталашганлиги. Пайпаслаганда без катталашиб тўқимаси зичлашганлиги, оғрик йўқлиги, безни уколаганда сўлак бези найчасидан куюк шилликсимон йиринг аралаш ажралма чиқиши аниқланади. Пайпаслаб сўлак чиқарув йўлини қалинлашиб, дагаллашганини (сиалодохит) кузатиш мумкин.Пайпаслаш пайтида сўлак йўлини бир қисмида ўткир оғрикли соҳа аниқланса у тош борлигини билдиради.

Ўтказиладиган текширувлар: Сўлак тош касаллигини тахмин қилинганда кўшимча ва махсус текширишлар бу: сўлак безини фа-

оллигини ўрганиш, сўлак кўп, кам чикиш уни куюклиги, ранги, таркибини ўрганиш. Цитологик текширувларда сўлак таркибидаги хужайраларни миқдори ва шаклига эътибор қилинади. Сўртамааларда кўплаб дегенерацияга учраган нейтрофиллар, ретикуло эндотелий хужайралар, макрофаглар моноцитлар, метаплазия ҳолатидаги цилиндрик эпителий ва боқал шаклли хужайраларни кўриш мумкин. Безни сўлак чикариш фаолияти сусайганда киприксимон хужайраларни кўриш мумкин. Сўлак йўлларида тош бўлганида сўртамааларда кубик эпителиоцитлар пайдо бўлади.

Рентгенологик текширувлар.

Сўлак тош касаллигини аниқлаш мақсадида даслаб оддий рентгенологик текширув ўтказилади. Пастки жағ ости сўлак безини тошларини аниқлаш учун оғиз тубини рентген қилинади. Бундай текширувда сўлак йўлини олди ва ўртасида жойлашган тошларни аниқлаш мумкин. Сўлак йўлини дистал қисми ёки пастки жағ ости сўлак безидаги тошларни аниқлаш учун ён томондан С.Х.Юсунов ёки Коваленко усулида олинган рентген суратларда аниқлаш мумкин. Кулоқ олди сўлак безини тошларини юзни олди-дан тўғри олинган рентген суратида кўриш мумкин. Тош сўлак йўлини чиқарув найчасига яқин жойлашган бўлса оғиз ичидан лунжга қўйилган рентген плёнкада яхши кўринади.

Тош борлигини оддий рентген суратда аниқланмаса сўлак безига контраст мода юборилиб (Сиалография) қилинади. Одатда бу текширув усули ўткир ҳолат бартараф қилинганидан сўнг ўтказилади.

Сиалограммада тош касаллигини бошлангич даврида чиқарув йўлини тош орқасида бир текисда кенгайганлиги ва паренхимада ўзгаришлар бўлмаганлигини аниқлаш мумкин. Ривожланган даврида сўлак йўлида тошни сояси ва сўлак чиқарув йўллари кенгайганлиги ва деворлари ўзини текислиги йукотганлиги, узилиб қолишини кузатиш мумкин бундай ҳолат сурункали сиалоденитдан далолат беради. Утаезган сурункали сиалоденитда кетмакет қайталанувчи яллиғланишлар натижасида сиалограммада сўлак йўллари ўзини текислигини еқотиб, паренхима қисмида майда бўшлиқларни контраст моддалар билан тўлганлигини кузатиш мумкин.

Даволаш. Сўлак тош касаллиги ривожланган даврида ўткир ёки ўткирлашган сурункали сиалоденит билан кечатганлиги учун даволаш юкорида келтирилган принцип асосида ўтказилади.

Ўтказилаётган даволаш самарасиз бўлиб сўлак чиқишини тош беркитиб куйса бемор аҳволи яхшиланмаса, сўлак тоши устидан кесм.а ўтказилиб очилади. Операция даврида тош кесм.адан топилмаса ўзи сўлак босим билан чиқиб кетиши мумкин. Тош чиққанлигини бемор дархол сезади. Тош чиқарув йўллари дистал қисмида, ёки безни ичида бўлса, стационар шароитида без билан биргаликда олиб ташланади.

Сўлак безларини дистрофик касалликлари (сиалозлар, сиалoadенотлар)

Сўлак безлари организмда бўладиган барча физиологик ўзгаришлар (хомилдорлик, тугиш, болани эмизиш, климакс ва бошқа ҳолларда) ва патологик ҳолатлар, хазим, эндокрин системалар, асаб, қон, бириктирувчи тўқима касалликлари) ўзгаришлар билан жавоб берадилар.

Сўлак безларидаги патологик ўзгаришлар билан биргаликда учрайдиган организмдаги касалликлар орасида генетик ўзвий боғланиш борлиги тахмин қилинади. Сўлак безларидаги дистрофик ўзгаришлар унинг катталашишига, секретор ва чиқарув фаолиятини бузилиши билан кечади. Сиалозга сабаб бўлган умумий касалликни аниқлаш жуда қийин. Сабаби аниқланмаган беморлар диспансер кузатувда бўлишлари лозим.

Аммо бир гуруҳ сўлак бези касалликлари белгилари борки уларни бошқа бир касаллик билан боғланганлиги аниқ. Сўлак безини фаолиятини бузилиши билан боғлиқ белгилардан бу гипер ва гипосаливация, Микулич синдроми, Шегрен касаллиги.

Гиперсаливация (сиалорея, тиолизм) бу сўлакни кўп чиқарилиши. Сўлак кўп чиқишга ҳар хил касалликлар сабаб бўлади. И.Ф.Ромачева ва В.В.Афанасьев такидлашича кўпсўлаклик стоматитлар, одонтоген яллиғланиш касалликлар, ошқозон ва ун икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги, глистлар, хомилдорлик тоқсинкози ва кургошим билан заҳарланганда кузатилади. Паросимпатик нерв тизимини периферик ва марказий қисимларини касалликлари ҳам рефлектор кўп сўлакликка сабаб бўлади. Кўпроқ бу ҳолат эркакларда учрайди. Бош миёа ўсмаларида кўп сўлаклик диагностика белги сифатида курилади. Гиперсаливация Паркинсон касаллигида, эпидемик энцефалитда ҳам учрайди.

Айрим одамлар ноўрин кўп сўлак келишиги шикоят қиладилар. Сабаби сўлак меъёрда чиқаётган бўлса ҳам бемор уни

тулук юта олмайди. Ундай ҳолатларда ютиниш акти бузилган бўлиши мумкин.

Гипосаливация (гипосиалия, олигоптиолизм, олигоспалия) камсўлаклик – сўлак чиқишини камаиб кетиши кўп учрайдиган ҳолат, айрим ҳолатда сўлак жуда кам чиқиб оғиз куришигача етади. Купсўлаклик базан ўтиб кетадиган ҳолат бўлиб ўткир юқумли касалликлар: ичкетар, қорин тифи, эпидемик гепатитда, овқат хазим тизими –сурункали гастрит, гепатохолецистит каби касалликларда учрайди. Камсўлаклик бази бир эндокрин касалликларда учрайди: гипотиреоз, патологик гипогонадфизим, физиологик климакс, авитаминозлар, кам қонлик, асаб касалликлари (церебросклероз.)

И.Ф.Ромачева ва В.В.Афанасьев камсўлакликни уч даврини ажратишади: бошлангич, клиник ривожланган ва утаезган бу даврлар камсўлакликни биринчи, иккинчи ва учинчи даражасига тўғри келади.

Ксеростомияни бошлангич даврида айрим беморлар тил ва оғиз бўшлиғи шиллик пардасида нохушликка шикоят қиладилар, аммо оғиз курушига шикоят қилмайдилар. Базилар ухтин-ухтин, айникса гаплашганда оғиз шиллик пардасини курушига шикоят қиладилар. Бемор оғиз бўшлиғига назар солганда сўлак камлигини кузатиш мумкин. Шиллик парда меердагидай пушти рангда бўлишига сўлак камлигини кўриш мумкин, сўлак найидан безни укалаганда тиник, етарли миқдорда сўлак ажралишини кузатиш мумкин.

Сўлак безини фаолиятини кучайтириш мақсадида пилоқарпин оғизга олинса чиқарилаётган сўлак камлиги ва у меъёрни пастки чегарасида эканлигини аниқлаш мумкин. Цитологик текширувлар билан сўлак сўртамасида керагидан кўп ясси ва цилиндрик эпителийни аниқлаш мумкин.

Ксеростомияни клиник авж олган (яққол кўринган) даврида беморларни доимий оғиз куруши, айникса овқат еганда, узоқ гаплашганда, эмоционал таранглик ҳолатида кучайишига шикоят қиладилар. Оғиз бўшлиғи шиллик пардасини кўриниши одатдигандан пушти ранг, бир оз куригандай, сулай камлигини қайд этиши мумкин. Безларни пайпаслаб аранг бир икки томчи тоза сўлак олса бўлади. Сўлак суритмасини цитологик текширувда боқал шаклдаги шиллик сақловчи хужайралар пайдо бўлганлигини ва сўлак қанча кам чикса уларни сони шунча ошганлигини кузатиши мумкин.

Ксеростомияни ривожининг сўнги (утаётган) даврида бемор доимий оғиз қурушидан ташқари, овқат еяетганда шиллик пардада оғрик, қўйиш аломатларига, айниқса аччик ва шур таомлар кабул қилганида қуйчайишига шикоят қилади. Сўлак безини укалаб бирон томчи сўлак чиқариб бўлмайди. Бундай беморларда катарал гингивит, глоссит, сурункали паренхиматоз паротит ва Шегрен касаллигига хос белгиларни кузатиш мумкин.

Сўлак чиқишини пилокарпин билан ҳам кучайтириб бўлмайди. Цитологик текширувда сўлак суритмасида кўп микдорда ҳар хил хужайралар шулар қаторида кубик эпителиал хужайралар ҳам кузатилади.

Даволаш. Гипосаливация ва ксеростомияни даволашда ўзига хос қийинчиликлар бўлади улар касалликни келиб чиқишини аниқ бўлмаганлиги билан боғлиқ бўлади. Асосий касаллик аниқланиб унинг давоси бошлангунча симптоматик медикаментоз даво ўтказилади.

Касалликни бошлангич даврида сўлак безини фаолиятини кучайтириш мақсадида калий йодини электрофорез ёки гальванизация ўтказилади (ҳар куни жами 30 процедура) Касаллик авжга чиққан ва ривожининг сўнги (утаезган) даврида, сўлак бези соҳасига новокаин эритмаси билан блокадалар (ҳафтасига 2 марта жами 10 процедури) ва КJ гальванизациясини ўтказиш керак, галантамин 0,5% эритмаси 1 мл 30 марта буюрилади. Маҳаллий даво сифатида оғиз шиллик пардасини лизоцим эритмаси, усимлик ёғларини суритиш тавсия қилинади.

Шегрен касаллиги ва синдроми

Швед офталмологи Н.S.Sjogren биринчи бўлиб бир вақтда ташқи секреция безлари – кўз ёш, сўлак, тер ва ёғ безларини етишмовчилик белгилар йигиндисини симптомкомплексини ёзган ва шунин учун бу касаликка уни номи берилган.

Бугўнги кунда ички медицинада бу жуда катта муаммолардан ҳисобланади чунки касаллик аутоиммун ва неопластик ўзгаришлар билан кечади.

Шегрен синдроми ревматоид артрит, қизил тери сили, склеродермия каби касалликлар гуруҳида учрайди.

Аммо охириги йилларда Шегрен синдромини систематик касалликки алоқаси бўлмаса, алоҳида бир нозологик шакл сифатида қурилмоқда.

Касаллик келиб чиқиш сабаблари. Шу даврга аниқ эмас. Бази фикирларга кўра касаллик ривожланишига инфекция, эндокрин, иммун ва вегетатив нерв тизимларни бузилиши сабаб бўлади.

Охирги маълумотларга қараганда Шегрен касаллигини келиб чиқишида генетик моилликка аҳамият берилмоқда. Чунки бир оилада она ва кизида, эгизакларда баробар бир вақтда, кизил тери сили ва Шегрен касаллиги учраши далил бўла олади.

Бошқа бир фикир бу иммунологик тизимни етишмовчилиги, хусусан Т- супрессор лимфоцитларни периферик конда каманши Е хелперларни активлигини ошишига ва В лимфоцитларни сурункали равишда кўзгалишига олиб келади.

Шегрен касаллигида гипергамма ва гиперальфа -2- глобулинемия бўлиши аниқланган.

Текширувларда аниқланган генетик ва иммунологик ўзгаришлар айрим вирус касалликларига (Эпстайн Барр, герпес, идентификация қилинмаган ретровирус) ўхшашлигидан Шегрен касаллини ривожланишида вирусни аҳамияти бор деган фикир бор.

Бу касалликни кўпроқ аёлларда ва айнан климактерик даврга учрагани учун Шегрен касаллигини ривожланишида жинсий гормонларни аҳамияти бор деган фикирга далил бўла олади.

Яна бир сабаб бу эмоционал стресс. Малумки эмоционал стресс гормонал тизимда (гипофиз, буйрак усти бези, калқонсимон без ва бошқа ички секреция безлари) катта ўзгаришлар чақиради (айниқса кексаларда ва климактерик даврдаги аёлларда). Эндокрин безларни фаолиятини бузилиши организмни компенсатор ва адаптив имкониятларини сусайтиради ва арзигулик бўлмаган стресс ҳам салбий таъсир қилади ва касалликни ривожланишига сабаб бўлади.

Патологик анатомия. Шегрен касаллигига хос бўлган морфологик ўзгариш бу паренхима тўқимасини лимфоплазма хижайралар емириб ўрнини эгаллаши. Лимфоплазма хужайралар инфилтрацияси қанча кўп без тўқимасини эгалласа шунча касаллик оғир кечади.

Инфилтрат ва сўлак чиқарувчи ацинуслар орасида тўғридан тўғри боғланиш борлиги аниқланган. Шунинг учун бошлангич даврга хос бўлган морфологик ўзгаришлар-биринчи даражали, иккинчисига хос-иккинчи даражали ва учинчисига хос – учинчи даражали деб ажратилган.

Биринчи даражали мофрологик ўзгаришларда кўпроқ интерстициал тўқимада хужайраларни тупламларини кузатиши мумкин.

Иккинчи даражадаги ўзгаришларда без тўқимасини қисман диффуз лимфоплазма - хужайрали инфилтратсияси кузатилади. Ўзгаришлар паренхимадан ташқари сўлак чиқарув йўллари де-ворларига ҳам ўтиб уларни деструкциясини чакиради.

Учинчи даражали ўзгаришлар касалликни охириги даврига тўғри келади. Бу даражада лимфоплазма хужайрали инфилтратсия диффуз бўлиб, без бўлакчалари архителтоникаси сақланиб қолганига карамай емирилган паренхимани ўрнида миоэпителиал ўчоқлар ҳосил бўлади ва склерозга хос ўзгаришлар кузатилади.

Клиник кечиши. Беморлар одатда оғиз кўришига, сўлак безларини катталашшига, умумий холсизликка, тез чарчашга, айрим беморлар кўз шиллик пардасини кўришига, ерукдан куркувга, кўз ичида кум борлигига, кейинчалик, кулоқ олди беши шишига шикоят қиладилар. Беморни анамнезини яхшилаб суруштирилса уларни узок вақт давомида ревматолог, дерматолог ва бошқа мутахасисларда даволамаетганлигини аниқлаш мумкин.

Айрим беморлар оғиз кўриши билан бир вақтда тери кўриши ва пуст ташлашини айтадилар бу эса тер ва ёғ безларини фаолиятини бузилишидан далолат беради.

Аеллар бачабон ва кин шиллик пардасини безларини фаолияти бўзулганлиги оқибатида бўладиган куруклигига шикоят қиладилар.

Кулоқ олди сўлак безлари вақти вақти билан котмалашади шу даврда беморни аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати кўтарилади безда қаттиқ оғрик бўлади сўлак беши найчасидан шиллик аралаш йиринг чиқади.Регионар лимфа тугунлар гоҳида катталашади. Ўтказилган даво тадбирларидан сўнг узок вақт без катталашиб туради.Пайпаслаганда қаттиқ ва усти ғадир-будур бўлади аммо оғрик бўлмайди.Организмдаги асосий касалликни хуружи ва реактивлигини сусаиши ва бошқа сабаблар билан касаллик хуруж бериши мумкин.

Рентгенологик текширувлар. Сиалограммада без паренхимасини яхши ажралиб кўринмайди.Асосан, контраст мода билан ҳар хил шаклдаги чегараси аниқ бўлмаган бўшлиқлар аниқланади. Сўлак чиқарув йўллари кенгайиб текислигини йўкотади. Майда сўлак йўллари узилиб кўринади.

Ультратовуш текширувида сўлак безларини катталашгани, паренхима зичлиги ўзгарганлиги ҳисобига гипоезоген ва гиперэзоген структурага эгалиги кузатилади.

Сўлак цитологиясида десквамацияга учраган эпителиал хужайраларни кўплиги, хужайраларда шиш ва парчаланиш кузатилиши, ёғ хужайраларини дистрофияси ва ёғ метаболитлари учрайди.

Қийёсий ташҳислаш. Шегрен касаллигидаги сиалоденитни паренхиматоз ва интерстициал носпецифик сурункали паротитларидан, сурункали сиалодохит ва сўлак беzi ўсмаларидан фарқлаш керак.

Микулич касаллиги (синдроми)

Кўз ёш безлари ва ҳамма сўлак безларини биргаликда катталашишини Микулич биринчи бўлиб езган ва муаллиф номи билан юритилади.

Касаллик юқорида келтирилган Шегрен касаллигига жуда ухшаб кетади.

Фарқи Микулич касаллигида безлар секретацияси бузилмайди.

Агарда сўлак ва кўз ёши безларини катталашиши, лейкоз, лимфогрануломатоз, туберкулез, захм ва эндокрин ўзгаришлар билан бир вақтда кечса унда бу Микулич синдроми без аталади.

Касаллик сабоблари ва ривожланиши. Охиригача ҳал бўлган эмас. Бугўнги кунда бу касалликни келиб чиқиши ва ривожланишини организмни нейтрофик, эндокрин ва аутоиммун ўзгаришлари натижаси деб тушунилмоқда.

Патоморфологик текширувларда кўз ёш ва сўлак безларида сезиларли лимфоид хужайралар тупламлари-липоматоз ўзгаришлар кузатилади. Лимфоматоз таъсирида сўлак йўллари сиқилади аммо сўлак чиқиши тухтамайди.

Касаллик кечиши. Беморлар ҳамма сўлак безларни шишганлигига шикоят қиладилар. Шиш устида тери ранги ўзгармайди. Пайпаслаганда ҳар бир сўлак беzi катталашганлиги, зич бўлганлиги оғриқ йўқлиги аниқланади. Сўлак оғиз бўшлиғида старли даражада бўлади. Касаллик узоқ давом этганида сўлак чиқиши камаяди ва сурункали интерстициал сиалоденитга хос белгилар намоён бўлади.

Сиалография ўтказилса, безларни катталашгани, паренхимаси ва сўлак йўлларида ўзгаришсиз эканлиги аниқланади. Касаллик ри-

вожланган сари без ўзини текис шаклини йўқотади. Сўлак йўллари тораяди.

Даволаш Сўлак безида кечаётган лимфоматозни тухтатиш мақсадида рентген нурлари билан даволаш тавсия этилади. Сўлак безларини трофикасини яхшилаш мақсадида галантамин берилади ва новокаин блокадалар ўтказилади.

Безларда яллиғланиш бошланса сўлак йўлларига бактериофаг, антибиотиклар, димексид билан компресс ва бошқалар. Комплекс даволашда албатта организмни реактивлигини оширишга қаратилган дори дармонлар тавсия этилади.

10 БОБ. Чакка-пастки жағ бўғими касалликлари

Чакка пастки жағ бўғими энг кўп ишлайдиган бўғимдир. Кун давомида чайнаш, гапириш, эснаш каби ҳаракатлар бўғим 2000 марта га яқин.

Ҳалқоро соғликни сақлаш касалликлар таснифи (ВОЗ 1978) бўйича бўғим касалликлар скелет-мушак тизими ва бириктирувчи тўқималарни касалликлари атропатиялар ва бошқа бўғим касалликлари гуруҳига киритилган.

Чакка пастки жағ бўғими касалликлари орасида кўпроқ куйдагилар учрайди:

1. Инфекцион артритлар: носпецифик йирингли, специфик – ревматоид, Фелти синдроми, ёшлар сурункали полиатрити – Шталл касаллиги.

2. Остеоартроз

3. Анкилоз

4. Контрактура

5. Бўғим дисфункциясини оғриқли синдроми

6. Бўғим жароҳатлари ва шикастлари

7. Чакка пастки жағ бўғими чиқиши

Чакка пастки жағ бўғими жуфт бўғим бўлиб (чап ва ўнг) бир бирига нисбатан симметрик жойлашган ва баробар ҳаракатланувчидир.

Чакка пастки жағ бўғими пастки жағ бўғим ўсиғи, чакка суягидаги бўғим чуқурчаси, бўғим думбоқчаси ва бўғим дискидан ташкил топган. Бу анатомик тўзилмалар бўғим капсуласи ҳалтаси ичида жойлашган бўлади. Капсула ташки фиброз ва ички синовиал қатламлардан тузилган, капсулани ички кавати синовиал суюқлик ишлаб чиқаради.

Бу суюклик бўғим бошчасини ишкालанишдан асрайди ва сир-галишини текис утушини таъминлайди.

Бўғим капсуласи ичидаги оралик (бўшлик) бўғим диски билан юқори ва пастки кисимга бўлинади.

ЧПЖ бўғими соғлом одамларда уч тонфаси ажратилади.

1. Юза бўғим. Бўғим чуқурчаси саёз, кенг. Пастки жағ бўғим ўсиқси калта. Бўғим думбокчаси яхши бўртиб чикмаган. Бу типдаги бўғим кўпрок тўғри прикусли одамларда учрайди.

2. Ўртача ботик-бўртаган бўғим. Бўғим чуқурчаси ўртача чуқурликда ботган. Бўғим бошчаси етарли даражада бўртиб чиккан. Бўғим думбокчаси яхши ривожланган. Бўғимни бундай тузилиши ортогнатик прикусли одамларда кўпрок учрайди.

3. Чуқур ботик ва бўртаган бўғим. Бўғим чуқурчаси энсиз ва чуқур. Бўғим бошчаси чўзик. Бўғим думбокчаси баланд. Бундай бўғим чуқур прикусли шахсларда учрайди.

Бўғим баландлиги ва функционал ҳолати ҳаёт давомида ўзгариб туради у тиш-жағ чайнов аппаратини ҳолати мушакларни таранглиги ва функционал ҳолатига мослашиб ўзгаради. Организм тизимларини касалликлари ҳам бўғим элементларига таъсирини ўтказидади.

Чакка пастки жағ бўғимини текшириш усуллари.

Бўғим касалликларини аниқлаш учун тулук анамнез ёғиш, уларни таҳлил қилиб объектив текширувлар ўтказилади. Авало тиш чайнов тизимига баҳо берилади тишлар, тиш протезлари, беморни ёмон одатлари (ва бошқалар). Кейнчалик бўғим бошчасини ҳолати, унинг ҳаракати шакли ва бўғим элементларини ҳаракатда иштироқи, ҳаракатланиш траекторияси, синхронлиги, текислиги (ва бошқа белгилар).

Махсус текширув усуллари:

Рентгенография, мастикациография, аудиометрия, компьютер томографияси, МРТ текширувлар.

Бўғим касалликлари инфекцион бўлиш эҳтимолни бўлган беморларда қон анализлари ўтказилади.

Чакка пастки жағ артрити. (ЧПЖА)

ЧПЖА бу бўғим элементларини специфик ва носпецифик инфекция ёки жароҳат таъсирида яллиғланиши.

Кечиши бўйича яллиғланиш ўткир ва сурункали бўлиши мумкин.

Этиология ва ривожланиш.

Носпецифик инфекцион яллиғланиш одатда бўғим атрофидаги тўқималардаги йирингли яллиғланиш жараёнларидан (йирингли отит, йирингли паротит, пастки жағ остеомиелити) лимфа ва контомирлар орқали ёки бевосита бўғим капсуласини атрофдаги йирингли жараёндан ўтиши натижасида ривожланиши мумкин.

Клиник кечиши. Йирингли инфекция чакирган артрит одатда сероз яллиғланиш шаклида кечади ва касаллик белгилари яққол бўлмайди. Бўғимда ҳаракат пайтида оғриқ кучаяди. Бўғим соҳасида шиш ҳосил бўлиб босганда огрийди. Умумий аҳвол деярли ўзгармайди.

Кейнчалик яллиғланиш кучайиб йирингли боскичга ўтади. Беморни аҳволи ёмонлашади тана ҳарорати 38°C кўтарилади, бушашади, уйку бузилади, иштаҳа еқолади. Бўғим атрофидаги тўқималардаги шиш кўпаяди, устидаги тери кизаради, кулоқ олди соҳасида оғриқли газак ҳосил бўлади, Пастки жағ ҳаракати камаяди. Оғриқ бутун чакка ва кулоқ атрофига тарқалади. Ташки эшитув йўлига бармок кўйиб бўғим бошчасини ҳаракатини шиш ҳисобига аниқлаб бўлмайди.

Регионар лимфа тугунлар катталашади. Одатда йирингли артрит бир томонда бўлади.

Специфик артрит одатда бошқа аъзолардаги яллиғланиш жараёнларидан гематоген йўл билан хусусий инфекцияни бўғимга тушганида ривожланади. Бўғим суюқлигига тушиб инфекция шу ерда кўпаяди ва яллиғлаш чакиради. Инфекция хилига қараб туберкулез, гонорейяли, сифилитик (захимли) актиномикотик, бруцеллез ва бошқа хил артритлар бўлиши мумкин.

Носпецифик сурункали артритларга ревматик ва ревматоид артрит киради. Малумки ревматизм бу бириктирувчи тўқимани инфекцион-аллергик касаллиги аммо биринчи галда юракни шикастланиши билан кечади.

Ревматоид артрит – бу бириктирувчи тўқима тизимини, кўпрок бўғимлардаги эрозив деструктив касаллигидир. Бугўнги кунда ревматоид артритни ривожланишини иммунопатологик, аутоиммун ўзгаришлар натижасида сифатида курилади. Асосий зарбани бўғимни ташкил этган тўқималар (синовиал парда, синовиал суюқлик ва бўғим тогаи (диск) олади.

Бошқа артритлардан ревматоид артрит бир вақтда кўп бўғимларни шикастланиши билан кечади.

Асосий белгиси синовиал катламда кечаетган сурункали пролифератив ўзгаришлар натижасида бўғим катталашиши. Синовиал суюқлик ва экссудат сурилмайди ва бириктирувчи тўқима билан алмашади. Патологик жараён олдин майда бўғимларда бошланиб кийинчалик катта бўғимларга ўтади.

Чакка пастки жағ бўғимларини шикастланишиши бошида сезилар сезилмас оғриқ бўлади, жағ ҳаракати оғирлашади, айниқса овқат чайнаётганда, гапирётганда. Бўғим соҳасини кўриқдан ўтказганда сезиларли ўзгаришлар топилмайди. Бўғим бошчасини пайпаслаганда оғриқ, ҳаракат донраси чегараланганлиги аниқланади.

Ревматоид полиартрит ўткирлашганда бўғимдаги артрит ҳам ўткир артрит шаклида қайталайди ва бу асосий касалликни кечини билан баробар қайталаб туриши мумкин.

Травматик артрит ўткир ва сурункали жароҳатлардан сўнг ривожланади. Жароҳат натижасида бўғимга қон куйилиши тўқималарни лат ёйиши, ва ерилиш бўғим усугини синиши яллиғланиш ва дистрофик ўзгаришларга олиб келади.

Асоратлар. Ўз вақтида ва тўлиқ даволаниш ўтказилмаса ўткир артритлар сурункали касалликка ўтади. Сурункали артритга ҳос белгилар бу бўғимда ҳаракатда шовқин сезилиши, қирсиллаш бўғимлар биргаликда ҳаракатини симметрияси бузилиши – бир томонга тортиб кетилиши билан кечади. Кейинчалик фиброзли ёки суяк анкилози бўлиши.

Рентгенологик текширувда бўғимдаги ўзгаришлар дастлаб остеопороз, бўғим бошчасини атрофияси, бўғим ёруғини торанши билан намён бўлади.

Даволаш. Чакка пастки жағ бўғимни артритини даволаш касаллик сабабига қараб ўтказилади. Аммо сабобидан катти назар биринчи галда бўғимдаги ҳаракатни камайитириш ва дам бериш зарур. Иккинчисини антибактериал, антигистамин, седатив ва нонспецифик яллиғланишга қарши даво ўтказилади. Бўғимда ва атрофида йирингли яллиғланиш ўчоқлари жарроҳлик усулида очилади. Бўғимга актив ҳаракат буюрилади ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. ЧПЖБ артрити бириктирувчи тўқима тизими ва бошқа касалликлар билан биргаликда кечаетган бўлса шу соҳа мутахасислар билан биргаликда даволанади.

Остеоартроз-чакка пастки жағ бўғимини сурункали дистрофик касаллигидир. Касаллик модда алмашувини бузилиши, нейро-

дистрофик ўзгаришлар, сурункали артрит, сурункали бўғим жароҳатлари, нотўғри протезлаш, иккиламчи адёнтия, чайнов мушакларини миодинамик мувозанатини бузилиши ва бошқа сабаблар натижасида ривожланади.

Соғлом адёнтияси бўлмаган одамларда чайнов мушакларини кискариши ва чайнаш жараёнидаги босим бўғимга оғир тушмайди чунки куч ҳамма тиш ва периодонтга бир текисда тахсим бўлади. Тиш каторида тишлар камайши, айникса чайнов тишларини, бўғимга ортиқча ҳаракат таъсирида ўз жойдан сурилишга мажбур қилади. Бу эса бўғимга босим кўпайтиради. Босим таъсирида бўғим ва бўғим чуқурчасида суяк атрофиясини кучайишига олиб келади.

Узоқ вақт давомида таъсир этивчи сурункали жароҳат бўғим тоғайда ва бўғим ишқаланаётган юзларда дегенератив яллиғланишни чакиради натижада бўғим бошчасида ўзгаришлар содир бўлади, суяк қалинлашади зичлашади атрофидан суяк ўсиши кузатилади. Ўзгаришларни кечишига караб остеоатрозни икки тури ажратилади склеротик ва деформацияланувчи.

Склеротик остеоатрозга бўғим бошчасини юзасида ва уни тағида етган суяк қатламида склеротик ўзгаришлар кечади. Деформацияловчи остеоартрозда бўғим бошчаси юзасида суяк ўсиб текислиги бузилади атрофидан усқан суяклар экзостозлар ва остеофитлар ҳисобига шакли ўзгаради.

Клиник кечиши. Остеоартрозли беморлар одатда чакка пастки жағ бўғимидаги оғрикка шикоят қиладилар. Оғрик овқат чайнганда, гапирганда кучаяди. Оғиз очганда жағ касал томонга силжийди, бўғимда кирсиллаш ва шовкин сезилади.

Даволаш: Асосан физиотерапевтик усуллар КЖ, Лидаза, гидрокортизон электрофорези, миодинамик мувозанатни яхшилаш учун миогимнастика, массаж. Овқатланиш-фақат чайнамасдан истеомол қилинадиган овқатлар тавсия этилади.

Чакка-пастки жағ анкилози.

Чакка-пастки жағ анкилози деганда пастки жағни бўғим ўсигини чакка суягидаги бўғим чуқурчаси билан фиброз ёки суякли бириқиши тушунилади.

Касаллик асосан болалар ва ўсмирларда учрайди (шунинг учун батафсил маълумотлар болалар жаррохлик стоматология фақида еритилади).

Сабаб – бўғим бошчасини жароҳатлари, инфекцион артрит, остеомиелит натижасида бўғим тоғайи емирилиб кетади натижада

бўғим бошчаси ва бугум чуқурчаси оралиғи даслаб фиброз тўқима билан тўлади. Кейинчалик бу тўқима суякклашади.

Касаллик қанча ёшлиқда бошланган бўлса асоратлари шунча кўринарли бўлади.

Ёш болада бўғимдаги ўзгаришлар пастки жағни усиш зонаси-га таъсир этиб суякни ўсишини бузилишига олиб келади. Зарарланган томон усишдан қолиб шу томонда микрогёния ҳолати шаклланади. Шикастланиш икки томонда бўлса пастки жағ ўсмайди ва беморни ияги кўринмай қолади. Ташки эшитув йўли томондан пайпаслаганда бўғим бошчасини ҳаракати аниқланмайди.

Рентгенологик текширувда. Бўғим бошчасини кўзиқорин бошчасидай кенгайиб ва катталашиб чакка суяги билан бирикканлигини кўриш мумкин. Пастки жағ шох ва тана кисимлари калталашганлиги ва шакли бўзулганлиги кузатилади.

Даволаш. Анкилоз фиброз шаклда бўлса дастлаб консерватив даво ўтказилади. Асосан физиотерапевтик муолижалар, сўрилишини таминлаш мақсадида КJ, лидаза, гиалуронидаза, гидрокортизон электрофорез ёрдамида юборилади. Айрим олимлар бўғимга 25 мг гидрокортизон юбориш яхши натижа беришини таъкидлайдилар. Аммо бундай даво усулларини самараси кам. Натижа бўлмаса фиброз анкилозни суякни анкилоз каби жарроҳлик усулида даволаш тавсия этилади.

Жарроҳлик усулини асосий принципи бу ўзгарган бўғим бошчасини асосидан кесиб ташлаш, ўзгарган кичик бўлакни чакка суягидан ажратиб олиб ташлаш ва пастки жағни олдинга ва пастка суриб маҳкамлаш. Чакка суягидан пастки жағ қанча узоқроқ қилиб котирилса шунча пастки жағ суягини чакка суяги билан қайтадан бирикиш эҳтимоли камаяди.

Ҳосил бўлган кемтикни айрим клиникалар бир вақтда ауто, алло трансплантат ёки имплантатлар ёрдамида бартараф қилишни тавсия этадилар. Бошқа клиникалар икки босқичда қилишни афзал деб биладилар.

Чакка пастки жағ контрактураси.

Чакка пастки жағ контрактураси деганда пастки жағни қисман ёки тўлиқ ҳаракатини чегараланишини тушунилади. Ҳаракат чегараланишини бўғим ён атрофдаги тўқималарни ўзгариши билан боғлиқ бўлади. Контрактурани (тирилишини) икки яллиғланиш ва чапдикли шакли фарқланади.

Яллиғланиш контрактураси – тризм, атрофдаги яллиғланиши ўчоқларидан чайнов мушакларга рефлектор таъсир қилиб оғиз очилишини чегараланиши айтилади. Тризмни уч даражаси ажратилади. Биринчи даражада оғиз очилиши бир оз камаяди. Юқори ва пастки жағ фронтал тишларини кесув юзасидан улчаганда оғиз очилиши 3-4 сантиметрга етади иккинчи даражада шу масофа 1-1,5 см., учинчи даражада 1 см. дан ҳам кам очилади.

Чандикли контрактура. Пастки жағ атрофидаги некротик яра (нома, скарлатина, тиф, юрак кон томир етишмовчилиги ва бошқалар) сурункали специфик жараёнлар (сифилик, туберкулез, актиномикоз) термик ва кимевий куюшлар, жароҳатлар, хавли ва хафсиз ўсма­ларни олиш иккиламчи битган яралардаги чандиклар сабаб бўлади.

Чандикни ҳосил қилган тўқимага нисбатан И.С.Карапетян ва Ю.И.Чергештов дерматоген, десмоген (бириктирувчи тўқимадан) миоген, мукозоген ва суякли контрактураларни фарқлашди.

Чандикли контрактурали беморларда чакка пастки жағ бўғимида ташки қулоқ эшитув йўлидан пайпаслаганда ҳаракат аниқланади.

Даволаш. Яллиғланиш билан боғлиқ бўлган контратурани даволаш бу биринчи галда яллиғланиш ўчоғини бартараф қилишни таказо қилади (йирингли ўчоқни очиш, сабабчи тишни олиш) мушакдаги спазмни блокада ёрдамида бартараф қилиш ва физиотерапевтик муолижалар ўтказилади.

Чандикли контрактурани бартараф қилиш учун кўп босқичли тиклов ва реконструктив операциялар ўтказилади.

Чакка пастки жағ бўғими дисфункцияли оғрик синдроми.

Чакка пастки жағ бўғими касалликлари орасида энг кўп учрайдигани 80-95% у бўғим дисфункцияси­дир. Бу касаллик артритларда учрайдиган клиник белгилар билан кечади. Беморлар одатда чайнов мушакларини доим таранглигини ва жағи сикилгандай сезаётганлигини қайд қилади. Оғиз очиб ёпганда бўғимда шовкин, кирсиллашни сезади. Оғиз очаетганда жағ бир томонга сурилиб очилишига икка бўғимдаги ҳаракат синхрон бўлмаётганлигига шикоят қилади. Бу шикоятлар артритга ҳам хос аммо артрит бу бўғим таркибига қирган структураларни яллиғланиши бўлса ЧПЖБ бўғими оғрик синдроми бу бўғимдан ташқаридаги чайнов мушакларини номутаносиб ҳаракатидан бўғим структураларни дисфунк-

цияси ҳисобига кечади. Мушакларни номутаносиб киекаришига қуйдагилар сабаб бўлиши мумкин: чайнов окклюзиясини бузилиши, тусатдан оғизни катта очиш, узок вақт оғизни катта очиб туриш, психоэмоционал стресс ҳолатларда мушакларни зўриқиши, миозит бўлиши мумкин.

Айрим ҳолларда оғриқ латерал канотенмон жағ мушагини гипертонуси ҳисобига бўғим пайларини ортиқча чўзилиши ҳисобига ҳосил бўлади. Ёши катта одамларда кечаетган атрофик ўзгаришлар ҳам бўғим усушга таъсир этиши ва функционал ўзгаришлар чақирши мумкин.

Рентгенологик текширувларда чакка пастки жағ бўғимда суякларда сезиларли ўзгаришлар топилмайди.

Чакка пастки жағ бўғим дисфункциясини оғриқ синдромини ҳар хил артритлардан, окклюзияли – артикуляциян синдромдан, бўйин остеохондрозидан, уч шохли нерв невралгиясидан, психоген оғруклардан фарқлаш керак.

Ажратиш мақсадида бўғим атрофига П.М. Егоров усулида блокада ўтказиш мумкин. Анестетик таъсирида мушаклар тараңлиги бартараф қилиниб оғриқ йўқолади артрит ёки остеоартроз бўлса оғриқ олдингидан колаверади.

Даволаш. ЧПЖБ оғриқли дисфункция синдромини даволаш жуда мураккаб аввало бу касалликни чақирган сабабни аниқлаш ва уни бартараф қилиш зарур. Мушаклар тонусини тушириш мақсадида аналгетик, транквилизаторлар тавсия этилади, физиотерапевтик муалижалар (магнит, магнито-лазер) массаж, миогимнастика.

Катта аҳамият бўғимдаги ҳаракатларни камайитиришга қаратилиши лозим. Бўғимдаги тоғай дискни эзилишини, сиқилишини камайитириш мақсадида прикусни 1-2 мм каниа ёрдамида кутариш лозим.

Босишга рухсат этилди 11.06.2009 й. Офсет усулида чоп этилди.
Офсет қоғоз. Бичими 60x90 $\frac{1}{16}$. Нашр тобоғи 16.
Адади 1000 нусха.

«LIDER PRINT» МЧЖ босмахонасида чоп этилди.
Тошкент, Муқимий кўчаси, 178. Буюртма N168.