

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА ТИББИЙ ТАЪЛИМ БЎЙИЧА ЎҚУВ-УСЛУБ
ИДОРАСИ

ТИШ ЖАРРОҲЛИГИ СТОМАТОЛОГИЯСИ ВА ЮЗ-ЖАҒ ТРАВМАТОЛОГИЯСИ

Ўзбекистон Республикаси Олий ва
ўрта махсус таълим вазирлиги Ўрта
махсус касб-ҳунар таълими маркази
томонидан тиббиёт коллежлари учун
дарслик сифатида тавсия этилган

ТОШКЕНТ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
ТИББИЁТ НАШРИЁТИ
2003

Т у з у в ч и л а р: **Саттор Ҳабибуллаевич Юсупов** – I Тошкент Давлат тиббиёт олийгоҳи “Жарроҳлик стоматологияси” кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори.
Дилмурод Жумаевич Ашуров – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббиёт билим юрти ўқитувчиси.

Т а қ р и з ч и л а р: **М. Б. Убайдуллаев** – II Тошкент Давлат тиббиёт олийгоҳи “Жарроҳлик стоматологияси” кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори.
Ш. А. Абдуллаев – II Тошкент Давлат тиббиёт олийгоҳи “Жарроҳлик стоматологияси” кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори.
Я. А. Аллаёров – Самарқанд Давлат тиббиёт билим юрти директори, олий тоифали ўқитувчи.

Т 57 Тиш жарроҳлиги стоматологияси ва юз-жағ трав-
матологияси: Тиббиёт коллежлари учун дарслик (Тузувчилар.: С. Ҳ. Юсупов, Д. Ж. Ашуров)–Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, 2003.–168б.

Ушбу дарслик тиббиёт коллежларида “Стоматология йўналишида таълим олаётган талабалар учун мўлжалланган бўлиб, унда бўлажак тиш врачлари учун зарур бўлган масалалар ёритилган. Дарслик бўлажак тиш врачига унинг касбий-амалий фаолияти асосларини ўрганиш ва билим даражасини оширишда ёрдам беради, деган умиддамиз.

56.6я722

Ю 410812000-09
М 354(04)-2003

ISBN 5-638-00952-3

© Абу Али ибн Сино нашриёти, 2003й.

СЎЗ БОШИ

Ўзбекистон Республикаси мустақилликка эришгандан сўнг, барча соҳалардаги каби соғлиқни сақлаш тизимида ҳам туб ислоҳотлар амалга оширилди.

«Таълим тўғрисида» ва «Кадрлар тайёрлаш миллий дас-тури» га асосланган ҳолда юқори малакали, кенг доирада фикрлайдиган, чуқур назарий билимга эга бўлган, амалий кўникмаларни аниқ, пухта бажара оладиган ва замонавий тиббиёт асбоблари билан ишлай оладиган, жаҳон андоза-ларига мос етук мутахассисларни тайёрлаш ҳозирги давр талабидир.

Шу мақсадда тиббиёт соҳасида талабаларни янги ўқув дарсликлари билан таъминлаш ҳам бугунги куннинг асо-сий вазифасидир.

Қўлингиздаги дарслик тиббиёт коллежларида «Стома-тология иши» йўналишида таълим олаётган ўқувчилар учун мўлжалланган бўлиб, бўлажак врачга унинг касбий-ама-лий фаолияти асосларини ўрганиш ва билим даражасини оширишда ёрдам беради, деган умиддамиз.

Дарсликни тайёрлашда турли йилларда чоп этилган ада-биётлар, Тошкент давлат тиббиёт олийгоҳи профессор ўқи-тувчилари томонидан тайёрланган маъруза матнлари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг статистика маълумотлари ва ҳамкасабаларимизнинг масла-ҳатларидан фойдаландик.

Ушбу дарсликда камчиликлар бўлиши табиийдир, шу-нинг учун бизга билдирилган танқидий фикр-мулоҳазалар, маслаҳатларни самимият билан қабул қиламиз ва буни ки-тобни қайта нашр қилишда инobatга оламиз.

1. КИРИШ

Ҳозирги кунда Ўзбекистон Республикасида ҳар 10 минг аҳолига ўртача 3,0 стоматология ихтисосидаги мутахассис врачлар (олий маълумотли стоматолог ва ўрта маълумотли тиш врачлари) тиббий ёрдам кўрсатмоқдалар. Шулардан 0,4 қисми ўрта маълумотли тиш врачларига тўғри келади. Бундан 20–30 йиллар муқаддам бу кўрсаткич 1,2 ни ташкил қилган бўлиб, йиллар мобайнида камайиб келган.

Ўзбекистон Республикасида кенг миқёсда ўтказилган эпидемиологик изланишлар натижаларига кўра, катта ёшдаги аҳоли орасида тиш кариеси касаллиги шаҳарларда ўртача 97,1% ва қишлоқларда 93,3% тарқалган. Ҳар бир катта ёшдаги фуқарода ўртача умумий КПО миқдори 8,41 ва 7,56 тишни ташкил қилади ва охириги кўрсаткичга асосан шаҳар аҳолиси орасида 50,0%, қишлоқ аҳолиси орасида эса 52,5% «О» элементига (олинган ёки олинмиши керак бўлган тишлар) тўғри келади. Бу эса катта ёшдаги ҳар бир фуқарода ўртача 0,6 тиш олиб ташланилишига эҳтиёж борлигини кўрсатади. Бу стандарт кўрсаткич ўзгарувчан тавсифга эга бўлиб, стоматологияда профилактика ва даволаш ишларининг яхшиланиб бориши жараёнида, тескари пропорционал ҳолатда камайиб боради. Шунинг учун ҳам ушбу стандарт стоматология хизмати мониторинги учун қўл келади. Бундан ташқари бу стандарт кўрсаткич келажакда бошқа стандартлар қатори мажбурий тиббий суғурта амалиётида суғурта қийматини аниқлашга ҳам ёрдам беради.

Ҳозирги пайтда катта ёшдаги аҳоли орасида ҳар 1000 кишидан шаҳарларда 41,4 та ва қишлоқларда эса 32,1 таси юз-жағ тизимининг турли хил касалликлари бўйича жарроҳлик ёрдамига муҳтож. Буларнинг ҳаммаси биргаликда аҳолига кўрсатилиши зарур бўлган стоматология жарроҳлиги хизматининг ҳажмини белгилайди ва бу хизмат узок

муддатга белгиланган давлат дастури асосида босқичма-босқич амалга оширилиб борилади.

2. СТОМАТОЛОГИЯ ПОЛИКЛИНИКАЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК СТОМАТОЛОГИЯСИ ХОНАСИ (БЎЛИМИ)НИ ТАШКИЛ ЭТИШ АСОСЛАРИ

Бугунги кунда барча шаҳар ва туман стоматология поли-клиникалари ҳамда умумий соматик поликлиникалар таркибида стоматология жарроҳлиги хоналари ташкил қилиниши ва улар камида 3 хонадан иборат бўлиши лозим: операция хонаси (14 м²), стериллаш хонаси (10 м²) ва кутиш хонаси (умумий хоналардан фойдаланишга рухсат этилади).

Қишлоқ, шаҳар врачлик пунктлари, соматик касалхоналар таркибидаги стоматология кабинетларида умумий амалиёт стоматологиди қабули ташкил қилиниб, унда жарроҳлик қабули ҳам ташкиллаштирилиши кўзда тутилган.

Хусусий ва аралаш мулк белгилари бўлган (хусусий тadbиркор, масъулияти чекланган ва акционерлик жамиятлари) стоматология клиникаларида жарроҳлик қабули санитария талабларига жавоб берадиган даражада махсус ажратилган хоналарда ташкил қилиниши зарур.

Стоматология жарроҳлиги бўлимлари, асосан республика, вилоят ва катта шаҳарлардаги маслаҳат берувчи стоматология поликлиникаларида ташкил қилиниши мумкин. Бундай бўлимларни ташкил қилиш учун шу ердаги жарроҳ стоматологларнинг сони 7 лавозимдан кам бўлмаслиги лозим. Бу лавозим унинг 0,5 ставка ҳажмидаги жарроҳ стоматолог лавозими бўлим бошлиғи лавозимига ўзгартирилади. Агар жарроҳ стоматологлар 12 та лавозимга етса, у ҳолда қўшимча 1,0 ставка ҳажмида бўлим бошлиғи лавозими берилади.

Стоматология жарроҳлиги бўлими камида 5 хонадан иборат бўлиб, буларга камида 1 ўриндиққа мўлжалланган операция хонаси (майдони 23 м²), кутиш хонаси (майдони 5 м²), операция олди хонаси (майдони 10 м²), стериллаш хонаси (майдони 8 м²) ва операциядан кейин беморларнинг вақтинча дам олиш хоналари киради. Агар операция хонасига иккитадан ортиқ ўриндиқ қўйилган бўлса, у ҳолда ҳар бир қўшимча ўриндиқ учун 7 м² майдон ҳажмида қўшимча жой берилади.

Стоматология соҳасидаги битта жарроҳ врачлари штатига I ставка тиббий ҳамшира ва I ставка кичик тиббий ҳамшира (санитарка) лавозими берилиши белгилаб қўйилган.

Булардан ташқари республика, вилоят ва шаҳар касал-хоналари таркибида стоматология стационар бўлимлари (юз-жағ жарроҳлиги бўлими) ташкил қилинади. Стоматология ётоқ ўринларининг сони 30 тадан бўлмаган ҳолдагина улар алоҳида бўлим қилиб ташкил қилинади. Акс ҳолда умумий жарроҳлик бўлимларининг бирида алоҳида стоматология ётоқ ўринлари ташкил қилинади.

Поликлиниканинг бошқа врачлари каби, стоматология жарроҳлиги хоналари (бўлимлари)да ишловчи врачлар таш-хис қўйиш, даволаш, профилактика ҳамда диспансер куза-туви ишларини олиб борадилар. Булардан ташқари, улар стационарларда даволаниб чиққан беморларни кузатадилар ва керакли чора-тадбирларни ўтказадилар.

Стоматолог врачларнинг ҳар кунлик ишини ҳисобга олиб бориш учун махсус ҳисоб шакли 039/х бўлган — «Стоматолог врачнинг кунлик ишини қайд қилиш варақаси» ишлатила-ди. Бу варақа ЎЗР ССВнинг 2000 йил 29 июнь 193-сонли буйруғига биноан шу поликлиникада 1 йил сақланмоғи ло-зим. Тиш врачлари ишини асосий ҳисобга олувчи юридик ҳуж-жат—бу беморнинг амбулатор картасидир (037/х шакл). Бу ҳужжат поликлиникада 5 йил муддатга сақланади. Шундан кейин ундан олинган қисқача ёзма кўчирма беморнинг уму-мий амбулатор картаси (025/х шакл) га тикилган ҳолда ар-хивда 25 йил муддатга сақланади.

ЎЗРССВнинг 1992 йил 27 ноябрь 624-буйруғига биноан тиш врачларининг иш юкласи стоматолог врачлари би-лан бир хил бўлиб, шартли иш бирлиги (ШИБ) билан бел-гиланади. 1 ШИБ қилиб шартли равишда врачнинг 20 ми-нут ичидаги иш ҳажми (ёхуд битта тишда ўрта қарисни даво-лаш вақти) қабул қилинган. Шунга кўра, 1 та тишни одат-дагича олиш операцияси 1,0 ШИБ, техник қийинчиликлар билан олиш 1,5 ШИБ, шиллик қават лахтақчаларини ажра-тиш ҳамда альвеоляр суякни остеотомияси билан олиш 3,0 ШИБ деб белгиланган. Тиш врачлари ёки стоматологнинг ихти-сосидан қатъи назар, бир сменадаги иш бажариш мезони 6 кунлик иш ҳафтасида 21 ШИБни ва 5 кунлик иш ҳафтасида 25 ШИБни ташкил қилиши белгилаб қўйилган.

Жарроҳлик хонасининг асептика ва антисептика талаблари. Стоматология жарроҳлиги хоналарида ишловчи тиш докторлари асептика ва антисептика талабларига қатъий риоя қилишлари шарт.

Операция майдоидаги, ярадаги ва уларга тегиши мумкин бўлган барча жарроҳлик материаллари, асбоб-ускуналари ҳамда жарроҳ қўлларидаги микробларни кимёвий ёки биологик моддаларни қўллаш йўли билан йўқ қилишга антисептика дейилади. Ярага теккизилиши мумкин бўлган барча жарроҳлик ашёларини физикавий омиллар (юқори босим, ҳарорат, рентген ёки ультрабинафша нурлар ва ҳ.к.) воситасида зарарсизлантириш, стериллашга асептика дейилади. Замонавий жарроҳлик амалиётида бу икки усулга ҳам бир хил талабда амал қилинади.

Боғлов ашёлари ва тиббий чойшаблар махсус металлдан ясалган биксларга жойланиб автоклавда, 2,0 кгс/см² буғ босими остида, 132 °С иссиқликда 20 минут давомида стерилланади. Резина қўлқоплар, шиша идишлар ва устига 200 °С деб ёзилган шиша шприцлар А ёки В маркали пергамент халталарга жойланган ҳолда автоклавда 1,1 кгс/см² буғ босими остида, 120 °С иссиқликда 45 минут давомида стерилланади.

Барча стоматология жарроҳлиги хоналарида «Стерилланган стол» деб аталувчи стол бўлиб, унинг устига 2 қават қилиб стерилланган чойшаб ёпилади. Унинг қаватлари орасида шу иш кунига зарур бўлган барча стерилланган жарроҳлик асбоб-ускуналари ва эмал косачалар (лотоклар) сақланади. Чойшаб ва асбоблар ҳар куни янгиланади. Ҳозирги замон жарроҳлигида анестезия ва дори моддаларини юбориш учун бир маротаба ишлатиладиган шприцлардан фойдаланиш тавсия этилади.

Металлдан ишланган шприцлар куруқ иссиқлик берувчи махсус қурилма—шкафда 180 °С ҳароратда 60 минут давомида стерилланади. Ўткир—кесувчи асбоблар эса 96 °С спиртда 2 соат ботириб қўйиш йўли билан стерилланади ва ундан сўнг улар махсус «учлик эритмада» сақланади (Formalini 20,0; Acidi carbolicici 5,0; Narii bicarbonici 15,0; Aq.destill. 1000,0). Ҳозирги замон жарроҳлигида кесиш ишларини махсус бир маротаба ишлатиладиган скальпеллар ёрдамида бажариш мақсадга мувофиқ, деб ҳисобланади.

Ишлатилган асбоб-ускуналар ва эмал косачалар кичик тиббий ҳамшира столига ювиш учун қўйилади. Бу ашёлар механик тарзда яхшилаб ювиб чайилгандан сўнг махсус стериллашдан олдинги ишловдан ўтказилади. Бу ишлов қўл билан ёки махсус механизациялаштирилган усулда бажарилиши мумкин. Қўл билан бажариладиган ҳар бир асбоб-ускуна махсус ваннада ярим соат давомида оқар сувда чайилади. Кейин 15 мин. давомида ҳарорати $+50^{\circ}\text{C}$ бўлган махсус ювувчи эритмага (0,5% водород пероксиди эритмаси билан 0,5% бирон-бир ювувчи порошок аралашмаси) богириб қўйилади. Сўнг шу эритмада чайилади ва қуруқ ҳаво стерилизаторида $80-85^{\circ}\text{C}$ ҳароратда қуритилиб, стерилизация учун жўнатилади.

Стериллашдан олдинги ишловнинг сифати қуйидаги синовлар ёрдамида текширилади:

1) ювиб тозаланган асбоб-ускуналардаги қон қолдиғини аниқлаш учун: бензидинли, амидопиринли ва орто-толидинли синовлар;

2) ювиб тозаланган асбоб-ускуналардаги ювувчи моддаларнинг қолдиғини аниқлаш: фенолфталеинли синов.

Қон қолдиғи аниқланган асбоб-ускуналар қайтадан ювилади (синов учун бир вақтда ювилган асбоб-ускуналарнинг камида 3,5 таси текширилади). Ювувчи моддаларнинг қолдиқлари аниқланганлари эса фақат оқар сувда чайилади. Туфдонлар ва туфлаш учун ишлатилган эмал косачаларга (ичидагиси тўкилгандан кейин) 1–2% хлорамин эритмаси билан ишлов берилади ва улар яхшилаб сувда ювилади.

Жарроҳлик хоналари (бўлимлари)га иш куни давомида 2 маротаба ҳўл ишлов берилади – сменалар алмашиш пайтида ва иш куни охирида. Иш куни охирида хона поли, кафелланган девори, ойна тоқчалари, мебеллар совунли сув билан артиб чиқилади. Ҳар ҳафтада бир маротаба хоналарда тўлиқ тозалаш ишлари ўтказилади.

Стоматология хоналарида яраларни тикиш учун чок ашёлари доимо стерилланган ҳолда тайёр турмоғи лозим. Ғалтак қилиб ўралган ипак ип қуйидаги усулда тўрт босқичда стерилланади:

1. 0,25% новшадил спирти эритмаси совун билан ювилади ва шу эритма билан 6–7 марта алмаштириб чайилади.

2. Сулема эритмасыда (1:1000) 2—6 минут давомида қайнатилади.
3. Стерилланган идишга солиниб, устидан 96° спирт қуйилади ва 8 кун сақланади.
4. Шиша ғалтакка ўраб олинади ва бошқа стерилланган, оғзи маҳкам ёпиладиган шиша банкага солинади ва устига 96° спирт қуйилади, шундан сўнг ипак ип ишлатишга тайёр ҳисобланади.

Кетгут 96° ли спирт билан артилиб, шиша ғалтакка ўраб олинади ва Люголь эритмаси (Jodi pure 1,0; Kalii jodidi 1,0; Aq.destill. 100,0) солинган шиша банкага жойлаштирилиб, 14 кун сақланади. Шундан кейин кетгут бошқа тоза стерилланган шиша банкаларга қўчирилади ва махсус бактериологик текширувлардан ўтказилгач, ишлатишга тайёр ҳисобланади.

Чок учун ишлатиладиган синтетикадан тайёрланган ашёлар 20 минут давомида қайнатиш йўли билан стерилланади.

Чок учун ишлатиладиган от ёлини стериллаш учун уни чўтка ва совун билан яхшилаб, сувни бир неча марта алмаштириб, то оқ рангдаги кўпик пайдо бўлгунча ишқаб ювилади. Тоза сувда чайилади, қуритилади. Узунлиги 50 см қилиб қирқилган от ёли юмалоқ қилиб ўралади ва 7 кун давомида бензинга солиниб ёгдан тозаланилади. Шундан сўнг сувда (уни 2 марта алмаштирилади) 40 минут давомида қайнатилади ва чиқариб стерилланган чойшаб устида қуритилади. Уни стерилланган шиша банкаларга жойлаштириб, устидан 96° спирт қуйилиб, 7 кун сақланади. Шундан кейин спирт янгиланади ва яна 7 кун сақланади.

Чок учун ишлатиладиган ашёлар ҳар 10—15 кунда бактериологик текширувдан ўтказиб турилади.

Жарроҳ қўлини бемор қабули (операция)га тайёрлаш. Стоматология жарроҳлиги хонасида ишловчи тиш доктори ва унинг ёрдамчилари ўз қўлларининг тозалигига алоҳида риоя қилишлари, тирноқларини ўз вақтида ва тўғри олиб туришлари лозим. Иш бошлашдан ва операциядан олдин қўл соатлари, узук ва билакузукларни ечиш зарур. Агар йирингли яллиғланиш ўчоғини текшириш лозим бўлса, резина қўлқопдан фойдаланиш ёки иложи борича аподактил усулда, яъни қўл панжаларини теккизмасдан текшириш керак.

Врач қўллари оқар сувда, совун ва чўтка билан ишқалаб ювади, стерилланган дока ёки сочиқ билан артиб қуритади ва унга 2—3 минут давомида 70° этил спирти билан ишлов беради. Спирт ўрнига қўл терисини хлоргексидин биглюконатнинг 0,5% спиртли эритмаси билан артиш мумкин. Резина қўлқоп кийилганда ҳам қўлга шу тарзда ишлов берилади.

Юз-жағ соҳасида катта операциялар бажарилганда жарроҳ қўлини қуйидаги усулда ювиб тайёрлаши мумкин, қўл оқар сувда чўтка ишлатмасдан, совун билан 1 минут давомида яхшилаб ювилади, стерилланган дока рўмолча билан артиб қуритилади ва 1 минут давомида «Первомур» (1 литр эритмада: 17,1 мл 30—33% водород пероксиди ва 6,9 мл 1000% ёки 8,1 мл 85% чумоли кислотаси, қолгани сув) эритмаси солинган тоғарага ботирилади. Шундан сўнг стерилланган дока рўмолча билан артиб қуритилади.

Амбулатория шароитида операциядан олдин жарроҳ қўллари диоциднинг (1:5000) қайнатилган сувдаги эритмаси солинган тоғорада 3 минут давомида ювиши мумкин. Кейин қўл стерилланган дока рўмолча ёрдамида артиб қуритилади ва 3 минут давомида 96° ли спирт билан ишлов берилади. Бу усулда тирноқ ости соҳаларига йод настойкаси билан ишлов бериш шарт эмас.

3. ЖАРРОҲЛИК ХОНАСИДА БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ

Беморларга ташхис қўйиш мақсадида улар клиник жиҳатдан текширилади. Бу текширишлар тиббиётда умумқабул қилинган қоидалар ва усуллар асосида ўтказилади. Беморни кўришдан олдин ундан сўраб-суриштирилади. Бунда унинг шикоятлари, касалликнинг даври, сабаблари, оғриқнинг тавсифи ва унинг кучи, олдин ўтказилган даво турлари ва уларнинг самараси ўрганилади. Юз-жағ соҳасидаги яллиғланиш жараёнларида унинг келиб чиқишига сабабчи бўлган ўчоқни, яъни касал тишни аниқлаш лозим. Бу эса ўз навбатида патогенетик тўғри даво ўтказишга ёрдам беради. Агар хавфли ўсмалар мавжудлигидан шубҳа туғилса, у ҳолда бу ўсманинг ўсиш тезлигини, оғриш-оғримаслигини, унинг доимийлиги ёки вақти-вақти билан йўқолиб туришини аниқлаш алоҳида аҳамиятга эга.

Сўров пайтида бемор бошидан кечирган ва ҳозирги даврда мавжуд бўлган йўлдош касалликларга эътиборни қаратиш лозим. Булардан ташқари, беморнинг айрим дори моддаларига бўлган ортиқча сезгирлиги, унинг иши ва ҳаётидаги шарт-шароитларни ўрганиш талаб қилинади.

Беморни визуал кўриб текширганда унинг юз кўринишига, юз тузилишига, терисининг рангига, нуқсонларнинг бор-йўқлигига ва асимметрия бузилган-бузилмаганлигига эътибор берилади. Юз тузилишидаги бузилишнинг мавжудлиги кўпинча яллиғланиш жараёнларига, травмага, онкологик касалликларга хос бўлади. Юз терисидаги чегараланган қизаришлар, кўпинча абсцесс ва флегмоналарга хос белги ҳисобланади. Кенг жойга тарқалган тери қизаришлари юз териси сарамасидан дарак беради. Пальпация ёрдамида юз тўқималарининг эластиклиги, қаттиқ-юмшоқлиги, юз суяқларининг ташқи конфигурацияси бузилган ёки бузилмаганлиги, «пергамент қитирлаш» белгиси бор-йўқлиги аниқланади. Булардан ташқари, бу усул ёрдамида флюктуация белгиси, юз терисининг унинг остидаги тўқималар билан қотишиб бирикканлиги текширилади.

Ташхис учун юз ва бўйин соҳасидаги лимфатик тугунлар ҳолатини текшириш катта аҳамиятга молик. Бунда уларнинг ўлчамлари, силжувчанлиги, оғриш-оғримаслиги аниқланади. Яллиғланиш жараёнларида лимфа тугунларининг силжувчан ҳолда қолиб катталашиши — бу организм реактивлигини билдиради. Катталашиб қаттиқлашган лимфатик тугунлар хавfli ўсмаларнинг метастаз берганлигини кўрсатиб, шу касалликнинг ривожланиш босқичини аниқлашда ёрдам беради.

Кейинги босқичда оғиз бўшлиғини текширишга киришилади ва у шпатель, стоматология ойначаси, эгилган стоматология пинцети ва эгилган зонд ёрдамида амалга оширилади. Бунда оғизнинг очилиш даражаси, прикус, оғиз даҳлизи ва ўтувчи бурма, тишлар (тиш формуласи албатта тўлдирилади), парадонт, тил ҳамда тил ости дўмбоқчаси ва тил-жағ тарновчаси соҳасидаги шиллиқ қаватнинг ҳолатлари аниқланиб, юмшоқ ва қаттиқ танглай соҳалари ҳолатларига баҳо берилади. Агар оғиз очилишида чегараланиш бўлса, у ҳолда чакка пастки жағ бўғимининг функционал ҳолати (иккала томонда) аниқланади. Бунда бўғим бошча-

лари экскурсияси тўлиқлигига, оғизнинг очилиш даражасига эътибор берилади. Одатда физиологик эркин кенг очилган оғизга, антагонист курак тишлар орасидаги ўзаро қўшилган 3 бармоқ (II, III, IV) кўндалангига сиғади. Акс ҳолда оғиз очилишида чегараланиш борлиги аниқланади (тризм ҳолати: I даражасида – фақат II ва III бармоқлар, II даражасида – фақат II бармоқ сиғади, III даражасида эса бу жойга бармоқ сиғмайди). Пастки жағнинг контрактурасидан шубҳа қилинса, чандиқларнинг бор-йўқлиги, жойлашиши, бириккан жойлари ва ўлчамлари аниқланади. Сўлак безлари касалликларидан шубҳа туғилса, уларнинг чиқарув найчалари текшириб кўрилади. Бу найчаларда мавжуд бўлиши мумкин бўлган сўлак тошларини бир қўлнинг кўрсаткич бармоғини тил остига киритиб, иккинчи қўлнинг шу бармоғини жағ остига, оғиз ичидаги бармоқнинг қаршисига қўйиб (бу усул бимануал пайпаслаш усули дейилади), пайпаслаш йўли билан аниқлаш мумкин. Оқмалар мавжуд бўлганда, уларнинг йўналиши, чуқурлиги аниқланиб, тубидаги суяклар ҳолати зондлаш йўли билан текширилади. Юқори жағ бўшлиғининг оғиз бўшлиғи билан ўзаро қўшилганлигини мавжуд оқмани зондлаш, оғиз-бурун синнов усули ҳамда суюқликнинг оғиздан бурунга ўтишини аниқлаш усуллари ёрдамида аниқланади.

Қўшимча текшириш усуллари. Тишлар ва жағ суяклардаги турли хил патологик ўзгаришларни аниқлашда қўшимча рентгенография усулидан фойдаланиш яхши натижалар беради.

Тишлар ва юз суякларини текширишда турли хилдаги рентген ташхис усуллари қўлланилади. Кенг стоматология амалиётида асосан кичик ҳажмдаги дентал рентген ташхис асбобидан (5Д-2, «Minident») фойдаланилади. Бу асбоб тишлар, альвеоляр ўсиқлар, жағ бўлимлари, чакка-пастки жағ бўлими, ёноқ суяги ва равоғи, юқори жағ бўшлиғи туби, оғиз туби, қаттиқ танглай соҳаси, сўлак безлари ҳамда найчалари соҳаларини махсус қийшиқ проекцияларга, мақсадли рентген суратига тушириб ўрганиш имконини беради. Бу усуллар ўзининг оддийлиги, қўшимча махсус ускуналарни талаб қилмаслиги билан ажралиб туради ва шунинг учун кенг қўламда қўлланилади. Жумладан, тишлар ва уларнинг атрофидаги парадонт тўқималари рентгенга орторадиал про-

екцияда оғиз ичидан туширилади. Чакка пастки жағ бўғимлари, оғизни ёпиқ ва очиқ ҳолатда алоҳида-алоҳида қилиб, Parma ёки Pordes усулларида олиш мумкин. М.В.Котелников (1970) юқори альвеоляр ўсиқ атрофидаги, олиш пайтида силжитиб чиқарилган тишларни ва шу атрофдаги аномал жойлашган тишлар ҳолатини, ўсмаларнинг ўсиш йўналишини аниқлаш учун махсус тангенциал проекцияларни таклиф қилган. Юқори жағ тубининг шу жағдаги тишлар илдизлари билан ўзаро боғлиқлигини аниқлаш учун (бўшлиқ тубининг тешилиб қолиши, унинг ичида тиш илдизлари, ўсиб кирган кристалар мавжудлиги ва б.) махсус қийшиқ-контакт проекция (Юсупов усули, 1982) қўлланилади. Шу проекциянинг модификацияланган турлари юқори ва пастки жағнинг бир томонидаги барча тишлар ва альвеоляр ўсиқлар ҳолати ва пастки жағнинг тана соҳасини бир томондан тўлиқлигича рентген суратига олиб ўрганиш имконини беради. Бундан ташқари, пастки жағнинг энгак соҳасидаги патологик ўзгаришларни бўйин умуртқалари соясидан холи қилиб ўрганиш учун ҳам С. Ҳ. Юсупов (1982) модификациядаги тешик проекциядан фойдаланиш мумкин. Ёноқ равоғи жароҳатларини ўрганиш учун дентал асбобда қийшиқ-контакт проекцияда олинган усулдан (С. Ҳ. Юсупов, 1980) фойдаланиш яхши натижа беради. Булардан ташқари, юқори жағ ва танглай ёки оғиз тубини прикусда суратга олиш учун Mac Call ва Wall (1957) усули, пастки жағ бурчак қисмининг ташқи ва ички кортекал пўстлоқларини алоҳида-алоҳида қилиб битта рентген суратига олиб ўрганишда С.Ҳ. Юсупов ва Ш. Д. Йўлдошева усули (1984) қўлланилади.

Умумий кўриниш берувчи проекциялардан бош мия чаноғи ва юз суякларини олдиндан тўғри проекцияда (бурун-пешона ва бурун-энгак қўйилган ҳолатда) ва ёнбошдан олинган рентген суратларда ўрганилади. Булардан ташқари, ярим аксиал ва аксиал проекциядан олинадиган рентген суратлари ҳам қўлланилади. Аммо тиш ва жағлар ҳолатини бутунлигича ўрганиш учун энг қулай усул—бу ортопантомография усулидир. Бу усул фақат 3 хил кўришни олишга ёрдам беради: 1. Тишлар альвеоляр ўсиқлар юқори ва пастки жағни иккала томондан бир вақтда. 2. Чакка пастки жағ бўғимларни иккала томондан бир вақтда. 3.

Юқори жағ бўшлиқларини иккала томондан бир вақтда. Бу усулнинг камчилиги унинг тўлиқ ҳажмдаги рентген суратини бермаслигидадир, чунки бу усулда жағларнинг маълум бир қалинликдаги (тахминан 1см) қатлами томография қилинади, холос. Бу камчиликни бартараф қилувчи усул панорамли рентгенография деб аталади. Аммо уни бажариш учун махсус асбоб талаб қилиниб, олинган сурат эса фақат альвеоляр ёй соҳасинигина эгаллайди. Ҳозирги кунда юз-жағ системасини майдалаб, чуқур ўрганиш учун компьютерли томограф ҳамда ядроли магнит резонаторлари ёрдамида олинган суратлардан фойдаланилмоқда.

Кўрилатган тиш нервнинг нефрофизиологик ҳолатини объектив аниқлаш учун электроодонтодиагностика (ЭОД) усули ишлатилади. Бунинг учун махсус электроодонтометр ускунасидан фойдаланилади. Бундай ускуналар билан замонавий универсал стоматология комплекслари жиҳозланган. Бу усул яллиғланишга «сабабчи» тишни топиш, тиш илдизи атрофи кисталарига шу жойдаги қўшни тишлар илдизларининг боғлиқлиги ва бошқаларни аниқлашда кенг қўлланилади.

Булардан ташқари, ташхис учун махсус морфологик текширув усуллари ҳам қўлланилади. Улар 2 хил бўлади—цитологик ҳамда гистологик (биопсия) текширув усуллари. Бу қўшимча текширув усуллари стоматолог врачлар томонидан ўтказилиб, касаллик ташхиси учун муҳим, ҳал қилувчи аҳамият касб этади.

Касалликларни келтириб чиқарувчи микроорганизмлар ва уларнинг турли хил антибиотикларга бўлган сезгирлигини аниқлаш учун бактериологик текширувлар ўтказилади.

Булардан ташқари, иммунобиологик текширувлар (комплементнинг қўшилиши ёки Вассерман реакцияси—сифилис касаллигини аниқлаш учун), қоннинг клиник таҳлили текширувлари, қон ва сийдикдаги қанд миқдорини биокимёвий усулда ўлчаш (қандли диабет касаллигида) каби қўшимча текшириш усуллари ҳам ўтказилиши мумкин. Зарур бўлса, меъда шираси ва сўлак ҳам текширилади.

Барча текширув натижалари беморнинг тиббий картасига (ҳисоб шакли 043/у) ёзилади.

4. ТИШЛАР ВА ОФИЗ БЎШЛИГИНИ ОФРИҚСИЗЛАНТИРИШ.

Маҳаллий офриқсизлантириш. Инсон эс-ҳушини сақлаган ҳолда тананинг бирон-бир қисмидаги офриқ сезгисини йўқотишга қаратилган даво чораси маҳаллий офриқсизлантириш деб аталади. Маҳаллий офриқсизлантиришнинг инъекцион (инфилтрацион, ўтказувчи) ва ноинъекцион (кимёвий, физикавий, физик-кимёвий) турлари фарқланади.

Инъекцион офриқсизлантириш турида анестетик эритма бевосита тўқима ичига киритилади. У периферик нерв рецепторларининг сезгирлигини йўқотади. Офриқсизлантиришнинг ўтказувчан турида эса, асосан операция майдонини иннервация қилувчи сезувчи нерв танаси ёки бирон-бир шохи блокада қилинади. Бу усулда анестетик эритмаси операция майдонидан бир мунча узокликдаги тўқима ичига юборилади.

Ноинъекцион маҳаллий офриқсизлантириш тўқималарнинг юза қатламларини офриқсизлантириш имконини беради, холос. Бунда доривор моддалардан фойдаланилса — кимёвий ёки аппликация усули, лазер ёки электромагнит тўлқинлари таъсир эттирилса— физикавий усул, тўқималарга анестетик дориларни электрофорез ёрдамида киритилса— физик-кимёвий усул деб аталади.

Оғиз бўшлиғи ва юз-жағ соҳасида ўтказилиши лозим бўлган даволаш ишлари ва офриқ билан кечадиган ҳар қандай шифокор ҳаракати маҳаллий офриқсизлантириш учун кўрсатма бўла олади. Булардан ташқари, маҳаллий офриқсизлантириш ҳолсизланган беморларда, кексаларда, юрак-қон томир системаси издан чиққан беморларда ҳам ўтказилади.

Узоқ ва травма билан кечадиган операцияларда, маҳаллий анестетикларни кўтара олмаслик ва уларга нисбатан ошиқча сезувчанлик руҳий ҳолатида турғунсизлик ва етишмовчилик аниқланганда маҳаллий анестезияни қўллаш тавсия этилмайди.

Болалар стоматологияси амалиётида инъекция қилинадиган жой шиллиқ қавати офриқсизлантирилади. Бунинг учун 0,25–2,0% дикаин, 1–2% пиромекаин эритмалари, кўпинча лидокаиннинг 10%ли аэрозоли қўлланилади.

Маҳаллий оғриқсизлантиришнинг инъекцион усулларида асосан 0,25; 0,5; 1 ва 2 % ли новокаин эритмаси ишлатилади. Ҳозирги даврда амалиётда энг кўп қўлланилаётган анестетик—бу лидокаиннинг 1—2% ли эритмаси бўлиб, унинг юборилиши мумкин бўлган энг кўп миқдори 50мл дан ошмаслиги керак. Юборилган анестетикнинг тез сўрилиб кетишининг олдини олиш ва унинг таъсир кучини узайтириш, улардан заҳарланиш эҳтимолини камайтириш учун иккала анестетик эритмасини ҳам адреналин билан қўшиб ишлатиш мумкин (1 томчи адреналин гидрохлорид эритмаси 5—10 мл анестетик эритмасига, умумий миқдори 5 томчидан ошмаслиги шарт). Лекин унда тиш олиш операциялари узоқ давом этмаслиги сабабли, бу усулни ишлатишга аксарият ҳолларда эҳтиёж туғилмайди. Булардан ташқари, стоматология амалиётида тримекаин (мезокаин), бупивакаин анестетикларидан ҳам фойдаланилади.

Анестетик эритмалар ампулаларда 2—5—10 мл чиқарилади, уларни 1 йилгача сақлаш мумкин. Дорихоналарда тайёрлаб берилган эритмаларни эса 3 кунгача ишлатиш мумкин.

Охириги пайтларда стоматология амалиётида карпул системасидаги шприцлар (ИС-01-1; ИС-02; ИС-03) ва улар учун махсус карпул ампулаларга жойланган, кучли таъсир кучига эга анестетиклар (ультракаин, септонес ва б.) кенг қўлланилмоқда. Уларнинг афзаллиги шундаки, улар новокаинга нисбатан 6 марта, лидокаинга нисбатан эса 3 марта кучлироқ таъсирга эга бўлиб, тўқима ичига тез диффузланади. Улар учун ишлатиладиган бир марталик игналарнинг учи ўткир, ўта ингичка (диаметри 0,3—0,4мм) бўлиб, ҳар хил узунликда (10, 30, 35 мм) бўлади. Улар маҳаллий интралигаментар, субпериостал, инфилтрацион ва ўтказувчан маҳаллий оғриқсизлантиришларни бажаришга мўлжалланган. Карпул ампулаларида икки хил миқдорда (0,006, 0,012 мг) адреналин гидрохлорид қўшиб тайёрланган анестетик эритмалар чиқарилади. Бир маротаба анестезия учун одатда 0,06—1,7 мл гача анестетик сарфланиши мумкин. Аммо ультракаиннинг даво миқдори етарлича бўлиб, битта операция давомида етгита карпул ампуласини (11,9 мл эритма) ишлатиш имконини беради.)

Бемор тишини олиш ёки бошқа юз-жағ соҳасида ўтказиладиган операцияларга олдиндан медикаментоз тайёрлашга премедикация дейилади. Премедикацияни ўтказиш, шунингдек беморда умумий оғриқсизлантиришга (наркозга) кўрсатма бор ёки йўқлигини аниқлаш стоматолог врачнинг вазифасига киради.

Инфильтрацион анестезия. Маҳаллий анестезиянинг бу турида операция ўтказиладиган соҳадаги тўқималар анестетик эритмага қаватма-қават бўктирилади. Оғриқсизлантирувчи эритма етиб борган жойлардаги сезувчи нерв рецепторлари ва шохларининг фаолияти вақтинча тўхтатилади. Бу усул билан юз ва оғиз бўшлиғининг юмшоқ тўқималарида, юқори жағ альвеоляр ўсиғи соҳасида, пастки жағ альвеоляр ўсиғининг фронтал тишлар соҳасида ва қаттиқ танглай соҳасида ўтказиладиган операция майдонини оғриқсизлантириш мумкин. Анестетикларни периодонт ёриғи ичига (интралигаментлар), суяк ичига (интраоссал) ва суяк пардаси остига (субпериостал) юбориш усуллари ҳам инфилтрацион оғриқсизлантириш турларига киради.

Альвеоляр ўсиқлар соҳасида оғриқсизлантириш ўтказиш учун шприц горизонтал йўналтирилган ҳолда, нинанинг учи ўтувчи бурма соҳасидаги шиллиқ қаватга 40–45° бурчак остида санчилади. Бунда нина учининг чархланган томони суякка қараган бўлиши керак. Агар қаттиқ танглай оғриқсизлантирилаётган бўлса, нинанинг учи олинадиган тиш тўғрисида, милк чегарасидан бир см узоқликка, деярли вертикал ҳолда санчилади. Ўтувчи бурма соҳасига 2–3 мл, қаттиқ танглай соҳасига эса 0,3–0,5 мл анестетик юборилади. Инфильтрацион оғриқсизлантириш пастки жағнинг тил томонидан ўтказилганда, нина альвеоляр ўсиқ шиллиқ қаватининг тил ости ўтиш жойига санчилади ва 2–3 мл анестетик эритмаси юборилади.

Инфильтрацион анестезиянинг суяк ичига анестетик киритиш йўли билан ўтказиладиган турида, узунлиги 2 см дан ошмаган (масалан, карпул тизимидаги махсус нина) нина икки тиш оралиғидаги милк сўргичи асосига санчилади ва 0,2 мл анестетик юборилади. Шундан кейин махсус трепан ёки кичик диаметри шарсимон бор ёрдамида шу ердаги тиш оралиғи суяк тўсиғининг ташқи қаттиқ қатламга

тахминан 60⁰ бурчак остида тешиб кирилади. Тайёр бўлган трепанацион тешик орқали нинанинг учини ғоваксимон қатлам ичига чуқурроқ киритилади ва 1–2 мл анестетик эритма юборилади. Бундай оғриқсизлантириш усули ёрдамида шу икки қўшни турган тишлар соҳасида 1 соат давомида турғун оғриқсизлантиришга эришилади.

Маҳаллий инфилтрацион оғриқсизлантиришнинг анестетик эритмасини бевосита периодонт ёриғига, тиш-милк физиологик чўнтаги орқали, тишнинг айлана боғламини тешиб кириш йўли билан киритиш усулига интралигаментар оғриқсизлантириш дейилади. Бунинг учун одатда махсус карпул тизимидаги ИС–01–1 шприц ва узунлиги 10мм, диаметри 0,3 мм бўлган махсус нинадан фойдаланилади. Бу шприцнинг махсус 180⁰ айланувчи бошчаси тишларнинг исталаган томонидан бундай анестезияни ўтказиш имконини беради. Бундан ташқари, бу шприцнинг махсус дозатори бир инъекцияда 0,06 мл анестетикни босим остида периодонт ёриғига киритади. Анестезия киритилган вақтдан бошлаб таъсир қилади ва 20–30 мин давом этади.

Суяк пардаси остига анестетик эритмани киритиш йўли билан бажариладиган инфилтрацион (субпериостал) анестезия усулида узунлиги 30 мм ошмаган ингичка нина (карпул тизимидаги ИС–03 инъектори) операция мўлжалланаётган тишнинг илдиз учи проекциясида, альвеоляр ўсиқнинг ташқи томонидан, унинг юзасига тахминан 45⁰ остида ўтувчи бурмага санчилади. Шиллик қават остига 0,12 мл анестетик юборилгач, суяк усти пардаси тешиб ўтилади ва 0,12–0,24 мл ультракаин (махсус дозатор ёрдамида) юборилади. Оддий инъекция ниналари билан бажариладиган бундай анестезия ўта оғриқ билан кечганлиги сабабли тавсия қилинмайди. Анестетик таъсири 30 секунддан сўнг бошланади ва 20–30 мин давом этади.

Ўтказувчан оғриқсизлантириш. Ўтказувчан оғриқсизлантириш, маҳаллий оғриқсизлантиришнинг бир тури бўлиб, бунда анестетик эритма операция майдонидан бир мунча узоқликдаги тўқима ичига киритилиб, шу операция ўтказилаётган соҳани иннервация қилувчи нервнинг асосий танасини ёки унинг бирон-бир шохини блокада қилади.

Бу усулда анестетик эритма оғриқсизлантирилаётган нерв танаси ёки унинг шохини толалари атрофидаги тўқима ичига

юборилади. Анестетик шу нерв ичига диффузия йўли билан кириб бориб, шу жойда сезги импульсларининг перифериядан марказий нерв системаси томон ўтишини тўхтатади.

Ўтказувчан анестезия асосан тишларни олишда, юз суяклари ва юмшоқ тўқималардаги давомли операцияларда, пастки жағ суягида ўтказиладиган операцияларда ҳамда инфильтрация усулидаги маҳаллий оғриқсизлантириш фойда бермаган барча ҳолларда қўлланилади.

Бундай анестезияда нерв толалари асосан суякдан чиққан ёки унинг ичига киришидан олдин блокада қилинади. Масалан, юқори жағ дўмбоғи соҳасида, кўз ости тешиги, курак тешиги, пастки жағ ва энгак тешиклари соҳаларида қилинади. Булардан ташқари тил, лунж ва пастки жағ нервининг ҳаракатлантирувчи толалари ҳам алоҳида блокада қилиниши мумкин.

Туберал анестезия. Анестезиянинг бундай турида юқори жағ нервининг юқори-орқа шоҳлари, юқори жағ дўмбоғи соҳасида оғриқсизлантирилади. Оғизнинг ярим очилган ҳолатида нина учининг чархланган томони суякка қаратилган ҳолда, ёноқ-альвеоляр ўсиқ қиррасининг орқасига, иккинчи моляр тишнинг тўғрисида, шиллиқ қаватга, ўтувчи бурмадан 0,5 см юқорироққа санчилади. Нинани альвеоляр ўсиқ четига нисбатан 45° остида йўналтирилган ҳолда юқорига, орқага ва ичкарига ҳаракатлантириб, 2,5 см чуқурликка киритилади. Нинанинг учи ҳамма вақт суяк яқинида бўлиши учун уни киритиш билан бирга шприцни ташқари томонга ҳаракатлантириб бориш катта аҳамиятга эга. Бу эса шу соҳада жойлашган қанотсимон-венали қон томир чигалидаги артерия ва веналар жароҳатланишининг олдини олади. Шу соҳага 2 мл анестетик эритмаси юборилгач, 7–10 минутдан кейин тўлиқ анестезия сезилади.

Инфраорбитал оғриқсизлантириш. Оғриқсизлантиришнинг бу турида анестезия кўз ости тешиги соҳасида (ёки кўз ости канали ичига) қилинади. Бунда кўз ости нервининг периферик толалари, олдинги ва ўрта юқори альвеоляр нерв шоҳчалари оғриқсизлантирилади. Бу анестезиянинг ҳам оғиз ичидан ҳам оғиз ташқарисидан бажариладиган турлари мавжуд. Аввало кўз ости тешигини пайпаслаб

топилади. Бу тешик кўз ости қирраси ўртасидан 0,5 см ичкарироқда ва ундан 0,5–0,75 см пастроқда жойлашган. Чап қўл кўрсаткич бармоғининг чети кўз косасининг пастки қиррасига, ёноқ—юқори жағ чоки устига қўйилади ва пастга айлантрилиб, панжа ёстиқчаси билан кўз ости соҳасининг юмшоқ тўқимаси босиб ушланади. Шунда кўз ости тешиги бармоқ ёстиқчаси остида туради. Оғиз ичидан бажарилганда, кўз ости тешигининг теридаги проекцияси топилади ва шу жой суякка босиб ушланади. Шу қўлнинг бош бармоғи билан юқори лаб тепага кўтарилиб ушланади. Нина марказий ва иккинчи курак тишлар оралиғи тўғрисида, ўтувчи бурмадан 0,5 см юқорига, лаб шиллиқ қаватига санчилади ва уни юқорига, орқага ва ташқарига томон йўналишда ҳаракатлантириб, кўз ости тешиги томон киритилади (нинани айнан шу жойга санчишнинг иложи бўлмаган ҳолларда, уни қозиқ ёки кичик озиқ тишлари тўғрисида ҳам санчса бўлади). Йўл-йўлакай нина учидан анестетик эритма оз-оз миқдорда чиқариб борилади. Нинанинг учи суяккача етгач, кўз ости тешиги соҳасига 0,5–1 мл анестетик юборилади ва эҳтиётлик билан кўз ости каналига кириш жойи излаб топилади (нина «чуқурга тушиб кетган» ҳолат ёки оғриқ реакцияси кузатилади). Шундан сўнг нина яна 7–10 мм ичкарига киритилиб, қўшимча 0,5–1 мл анестетик юборилади. 3–5 минут ўтгач, тўлиқ анестезия сезилади. Аммо бу анестезияни бажаришда нинанинг учини кўз ости каналининг ичига киритиш шарт эмас. Кўз ости тешиги соҳасида анестетик депо ҳосил қилинганда ҳам фойдаси бир хил, асорати эса камроқ бўлади.

Шу анестезия усулини оғиз ташқарисидан бажариш техник жиҳатдан анча осон бўлиб, у асосан юқори жағнинг альвеоляр ўсиғи соҳасида яллиғланиш жараёни мавжуд бўлганда қўлланади. Кўз ости тешигининг теридаги проекцияси излаб топилгач, нина шу жойга, 0,5 см пастроқдан ва ичкарироқдан, кўз ости соҳаси терисига санчиш йўли билан киритилади. Кейинги ҳаракатлар оғиз ичидан бажарилган усулдан фарқ қилмайди. (1-расм).

Бу анестезияни бажарганда шуни ҳам унутмаслик керакки, иккинчи ва баъзан, биринчи премоляр тишлар тўғрисида, оғиз даҳлизи томонида жойлашган шиллиқ қават

иннервацияни юқори-орқа альвеоляр нерв толаларидан олиши мумкин. Шунинг учун ҳам шу соҳадаги жарроҳлик ҳаракатлари кўшимча инфильтрацион оғриқсизлантиришни таълаб қилиши мумкин.

Палатинал анестезия.

Ўтказувчан анестезиянинг бу турида катта танглай нерви шу ном билан аталувчи суякдаги тешик соҳасида оғриқсизлантирилади. Катта танглай тешигининг қаттиқ танглай шиллиқ қаватидаги проекцияси қуйидагича аниқланади: иккинчи катта

озиқ тиш тожининг ўртасидан, милк четидан танглайнинг ўрта чизигигача биринчи кўндаланг чизиқ ўтказиб, шу чизиқнинг қоқ ўртасидан унга нисбатан перпендикуляр иккинчи чизиқ ўтказилади. Тешик проекцияси шу иккала чизиқнинг ўзаро кесишган жойига тўғри келади. Нинани аниқланган проекциядан 1 см олдинроққа, танглай шиллиқ қаватига, юқорига, орқароққа ва ташқарига йўналтирилган ҳолда санчилади. Нинанинг учи суякка теккач 0,5 мл анестетик эритма юборилади. 3—5 мин вақт ўтгач тўлиқ анестезия сезилади. (2-расм).

Курак тешиги соҳасини оғриқсизлантириш. Шу тешик соҳасида бурун-танглай нерви блокада қилинади. Курак тешиги танглай томонда жойлашган бўлиб, унинг шиллиқ қаватдаги проекцияси марказий курак тишлар оралиғидаги милк сўрғичидан 7—8 мм орқароқдадир. Анестезияни оғиз ичидан бажариш учун беморнинг боши иложи борича орқага эгилади ва оғзи максимал очилади. Нинани пастдан юқорига томон йўналтирган ҳолда (чархланган томони албатта суякка қараган бўлиши шарт) милк сўрғичига, тўғрироғи шу сўрғич билан сал орқароқда жойлашган ва кўндаланг ётган шиллиқ қават қатлами билан кесишган жойга суяккача



1-расм. Инфраорбитал оғриқсизлантириш.



2-расм. Палатинал
оғриқсизлантириш.

санчилади. 0,25–0,5 мл анестетик эритма юборилади. Нинани учини яна 0,5–0,75 см ҳаракатлантириб канал ичига кирилса ва шу ерга анестетик юборилса янада чуқур анестезияга эришиш мумкин. Агар бирон-бир сабабга кўра, анестезияни оғиз ичидан бажаришнинг иложи бўлмаса, у ҳолда бурун-танглай нервини оғиз ташқарисидан, буруннинг пастки йўли тубида блокада қилиш мумкин. Бунинг учун шу жой-

га анестетик эритмадан инъекция қилинади.

Мандибуляр анестезия. Бу усулда пастки жағ тешиги соҳаси, пастки альвеоляр нерв оғриқсизлантирилади. Пастки жағ тешиги шу жағ шох қисмининг ички томонида бўлиб, унинг олдинги қиррасидан – 15 мм, орқа қиррасидан – 13 мм, пастки жағ ўйиғи четидан – 22 мм ва пастки жағ асосидан – 27 мм масофада жойлашган. Тешик олд ва ички томондан пастки жағ тилчаси (*linguala mandibulae*) билан ёпиқ бўлганлиги сабабли нинанинг учи шу тилчадан тепароқдан ўтказилиши лозим. Анестезияни оғиз ичидан бажарганда икки хил усулни қўллаш мумкин. Биринчиси – бу суякдаги анатомик белгиларни қўл панжаси билан пайпаслаб топиш усули ва иккинчиси – аподактил усул (панжаларни теккизмасдан бажариш).

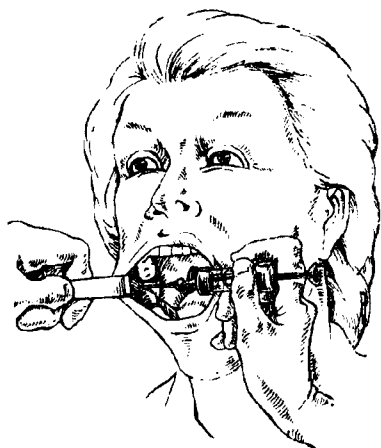
Пайпаслаб кўриш йўли билан анестезия бажарилганда, молярлар орти чуқурчаси (*fovea retromolaris*) ва чакка тожи (*crista temporalis*) топилади, чунки бу жой нинани санчиш учун мўлжал ҳисобланади. Агар анестезия ўнг томонда бажарилаётган бўлса, бу жой чап қўлнинг кўрсатгич бармоғи билан, агар чап томонда бажарилаётган бўлса, шу қўлнинг бош бармоғи билан пайпаслаб топилади.

Даслаб пастки жағ шох қисмининг олдинги қирраси пайпаслаб топилади, сўнг панжа учи моляр орти чуқур-

часига томон силжитилади ва чакка тожи аниқланиб мўлжалга олинади. Панжа шу ҳолатда ушлаб турилади. Шприцни қарама-қарши томондаги премоляр тишлар тўғрисида йўналтириб, нинанинг учи қанот-пастки жағ бурмаси (*plica ptherigomandibularis*)нинг ташқи томонига, пастки моляр тишларнинг чайнов юзасидан 0,75—1 см тепароққа, шиллиқ қаватга санчилади. Уни орқага ва ташқарига томон йўналтириб суяккача борилади ҳамда шу ерга 0,5—1 мл анестетик эритма юборилади. Бу билан тил нерви оғриқсизлантирилади. Шундан сўнг шприцнинг ҳолати марказий курак тишлар тўғрисида ўзгартирилиб, нинани яна 2 см чуқурликкача (пастки жағ шох қисмининг ички томонига параллел қилиб) киритилади ва бу билан пастки альвеоляр нерв етган суяк тарновчаси (*sulcus colli mandibulae*) соҳасига етиб борилади. Шу ерга 2—3 мл анестетик эритма юборилади. **Аподактил** усулда асосий мўлжал қилиб қанот-пастки жағ қатлами ҳисобга олинади. Нина шу қатламнинг, узунлиги бўйлаб тенг иккига бўлинган жойига, унинг ташқи томонига кўрсатилган йўналишда санчилади. Нинанинг учи 1,5—2 см чуқурликдаги суяккача етади. Агар шунда ҳам суяк сезилмаса, у ҳолда нина чиқариб олиниб, қайтадан қанот-пастки жағ қатламига, аммо унинг тагига эмас, балки медиал четига санчилади. Шунинг учун ҳам бу усул маълум даражада тажриба талаб қилади. (3-расм).

Шуни эсдан чиқармаслик керакки, пастки жағнинг альвеоляр ўсиғини лунж томондан қоплаб турган шиллиқ қават қўшимча иннервацияни биринчи ва иккинчи моляр тишлар тўғрисида лунж нервдан олади. Шунинг учун ҳам шу жой мандибуляр анестезиядан сўнг оғриқсизлантирилмасдан қолиши мумкин. Бу ҳолнинг олдини олиш учун қўшимча ҳолда шу тишлар тўғрисида маҳаллий инфилтрацион оғриқсизлантириш ўтказиш талаб этилади. Умуман мандибуляр анестезия ўтказилганда оғриқсизлантириш 12—15 минутдан сўнг максимал даражага етади ва 1—2 соатгача давом этиши мумкин.

Торусал анестезия. Пастки жағни шу жағнинг дўмбоқчаси (*torus mandibulae*) соҳасида оғриқсизлантириш усулига торусал анестезия дейилади. Бу усулда оғиз кенг очилади ва нинани санчиш соҳаси перпендикуляр ҳолатга келтирилиб, юқори учинчи моляр тишнинг чайнов юза-



3-расм. Мандибуляр
оғриқсизлантириш.

сидан 0,5 см пастроқда, қанот-танглай қатламининг ташқи томонида жойлашган шиллик қаватдаги нуқтага санчилади. Нинанинг учи суякка қадалгач 1,5–2 мл анестетик эритма юборилиб, пастки альвеоляр ва лунж нервлари оғриқсизлантирилади. Шундан кейин нина 2–3 мм орқага чиқарилади ва яна 0,5–1 мл анестетик юборилиб, тил нерви ҳам оғриқсизлантирилади. 5 минутдан сўнг тўлиқ анестезия кузатилади.

Оғизни очиш қийинлашганда (пастки жағ контрактура-си, жағлар синиши билан боғлиқ пастки жағ ҳаракатининг чегараланиши, болаларнинг оғиз очишдан бош тортиши ва б.) торусал анестезияни оғиз ёпиқ ҳолда ўтказиш усулини Лагврадия (Laguria, 1940) таклиф қилган. Бу усулда чап қўлнинг кўрсатгич бармоғи пастки жағнинг шох қисми олдинги қиррасининг энг аниқ жойига қўйилади ва лунж четга тортиб ушлаб турилади. Узунлиги 4–6 см бўлган нина шу панжа учининг тўғрисиға, шиллик қаватга санчилади ва 1,5–2 мл анестетик юборилиб, лунж нерви оғриқсизлантирилади. Сўнгра нина пастки жағ шохининг ички юзаси бўйлаб орқага ва пастга йўналтирилган ҳолда яна 2 см чуқурликка киритилади. Шу ерга 2–3 мл анестетик эритма юборилиб, пастки альвеоляр ва тил нервлари оғриқсизлантирилади. Анестезия ўзининг максимал даражасига 5–7 минутдан сўнг етади ва 1–1,5 соат давом этади.

Тил нервини оғриқсизлантириш. Одатда тил нерви мандибуляр ва торусал усулларда пастки альвеоляр нерв билан бирга оғриқсизлантирилади. Аммо айрим ҳолларда (тил нерви невралгияси, глоссалгия, фақат тилнинг ўзида ўтказиладиган жарроҳлик ҳаракатларида) тил нервининг ўзини ҳам ўтказувчан усулда оғриқсизлантириш мумкин. Бунинг учун тил, куракча ёки стоматология ойначаси ёрдамида

ёнбошга тортилиб, оғриқсизлантириладиган томон очилади. Шприцни қарама-қарши томондан, премоляр ёки моляр тишлар соҳасидан йўналтириб, нинанинг учи тил-жағ тарновчаси тубига, пастки ақл тиш тожининг ўртаси тўғрисиغا, бу тиш бўлмаган ҳолда эса пастки жағ шох қисмининг олдинги қирраси тўғрисиغا, оғиз туби шиллиқ қаватига санчилади ва уни пастки жағ танасининг ички сатҳига етгунча киритилади. Шу ерга 2 мл анестетик эритма киритилади. 3—5 дақиқадан сўнг тил нерви иннервацияси соҳасида тўлиқ анестезия сезилади.

Энгак нервини оғриқсизлантириш. Бу анестезия усулини ҳам оғиз ичидан ва оғиз ташқарисидан бажариш мумкин. Энгак тешиги асосан иккинчи премоляр тиш ёки биринчи тишлар оралиғи тўғрисида бўлиб, у пастки жағ асосидан 12—13 мм тепароқда жойлашган. Ушбу тешик орқали кириладиган пастки жағ канали, шу жойда орқага, ташқарига ва юқорига қараб йўналган бўлади. Анестезия ўнг томондан бажарилганда врач беморнинг ўнг томонидан орқасида туради. Чап томондан бажарилганда эса ўнг томондан олдида туради.

Оғиз ичидан бажариладиган усулда, бемор оғзи тишлаб турилган ҳолатда, врач унинг лунжини чап қўли билан ташқарига тортиб очади. Шприцни орқадан олдинга ва пастга томон йўналтирган ҳолда, нинани ўтувчи бурмадан 2—3 мм ташқариоққа, биринчи моляр тиш тожининг ўрта қисми тўғрисиغا, шиллиқ қаватга санчади. Нинани пастга, ичкарига ва олдинга томон йўналтириб суякка теккунча киритади. Шу ерга 0,5 мл анестетик юборилиб, эҳтиётлик билан энгак тешиги излаб топилади. Нина учининг «чуқурга тушиб кетиши» сезгисининг пайдо бўлиши ва айрим ҳолларда беморда нинанинг учи нерв толасига тегиши оқибатида кучли оғриқдан сесканиш ҳолатининг пайдо бўлиши, пастки жағ канали ичига тушилганидан далолат беради. Шундан сўнг нинани канал ичига 3—5 мм киритиб, яна 1—2 мл анестетик юборилади. 5 дақиқадан сўнг энгак нерви иннервацияси соҳасида оғриқсизлантириш кузатилади.

Бу анестезия усулини оғиз ташқарисидан бажарганда, оғиз ярим очилган ҳолда пастки жағ тишлари ва унинг асоси чап қўл панжалари орасига олинади. Юз терисида энгак тешиги проекцияси аниқланади ва нинага оғиз ичидан бажа-

рилгандагидай йўналиш берилиб, унинг учи терига аниқланган проекциядан 0,5 см юқоридан ва орқароқдан санчилади. Нинанинг учи суякка теккач кейинги ҳаракатлар оғиз ичидан бажарилган усулдан фарқ қилмайди.

Маҳаллий оғриқсизлантиришда учрайдиган асоратлар. Маҳаллий оғриқсизлантиришда учраш эҳтимоли бўлган асоратлар умумий ва маҳаллий тавсифга эга бўлиши мумкин. Умумий асоратлар оғриқсизлантириш пайтида ва ундан кейин юзага чиқиши мумкин. Буларга анестетиклар билан заҳарланиш аломатлари, қисқа пайтга ҳушдан кетиш (обморок), қон томирлар етишмовчилиги аломатлари (қоллапс) ва анафилактик шок киради.

Анестетиклар даво миқдорининг таъсир доираси одатда етарлича бўлиб, улардан заҳарланиш ҳоллари жуда кам учрайди. Шунга қарамасдан бир қатор касалликларда, масалан, гепатит, жигар циррози, қон зардобидида холинэстераза активлигининг пасайиши билан кечадиган қон касалликларида (гипертиреоз, аллергия, алиментар дистрофия) лидокаин ва новакаин каби кенг қўлланиладиган анестетикларнинг заҳарли таъсири ошиши мумкин. Уларнинг концентрацияси қанча катта бўлса, заҳарли таъсири ҳам шунча ортиб боради ва асосан қон ичига тушганда тезроқ намоён бўлади. Булардан ташқари, заҳарланиш ҳолати, анестетикларга қўшилган адреналин эритмаси сабабли ҳам кузатилиши мумкин.

Новокаин ва тримекаиндан заҳарланиш рўй берганда бемор бош оғриғидан, бош айланишидан, кўнгил айниши ва ҳолсизликдан шикоят қилади. Беморда кўрқув ҳолати кузатилади. У қайт қилиши мумкин. Объектив кўрилганда: териси ва шиллиқ қаватлари оқарган, совуқ тер қоплаган, нафас олиши тезлашган ва юзаки бўлади. Нотинчлик ҳолати ва оёқ-қўлларнинг тортишиб қолиши қайд этилиши мумкин. Томир уриши тезлашган, кучсиз, қон босими тушиб кетади. Брадикардия кузатилиб, у миядаги махсус марказлар фаолияти бузилганлиги ҳамда юрак уриши тўхтаб қолиши яқинлигидан дарак беради. Умумий қўзғалишлар марказий нерв системаси кескин сусайиши жараёни билан алмашилиши ва нафас олиш тўхтаб қолиши мумкин.

Анестетикларга қўшиб ишлатиладиган адреналин эритмаси миқдорининг ошиб кетиши ҳам заҳарланиш аломатларини келтириб чиқаради. Бунда бемор безоватлана-

ди, унда яқин кунлар ичидаги ўлимдан қурқув ҳисси кузатилади. Унинг қўллари қалтирайди, совқотади. Бемор бош оғриғи, нафас олишнинг қийинлашиши, юракнинг уриб кетиши ва юрак соҳасида оғриқ пайдо бўлганлигидан шикоят қилади. Қон босими ошиб кетади. Юрак уриш ритми бузилиб, қоринчаларида фибрилляция ҳолати рўй бериши мумкин. Бемор ҳушидан кетиши, миясига қон қуйилиши ва ўпкаси шишиб кетиши мумкин.

Заҳарланиш ҳолати аломатлари пайдо бўлиши биланоқ, анестетик эритмани бемор организмига киритишни дарҳол тўхтатиш ва зудлик билан ёрдамга стоматолог врачни чақириш лозим. Беморни горизонтал ҳолатда ётқизиб, унга новшадил спирти ҳидлатилади ва вена ичига 20 мл 40% глюкоза эритмаси, нафас аналептиклари (кордиамин 1–2 мл), 5% аскорбинат кислота эритмаси (2–5 мл), юрак глюкозидлари – 0,06% корглюкон эритмаси (0,5–1 мл), 0,05% строфантин эритмаси (0,5 мл) бирга қўшиб юборилади. Зарур бўлганда сунъий нафас олдириш усуллари қўлланади. Адреналин эритмасидан заҳарланганда вена ичига зудлик билан 0,6–1 мл атропин сульфатнинг 0,1% эритмаси, 2 мл кордиамин, 0,5 мл строфантиннинг 0,05% эритмаси физиологик эритмага қўшиб юборилади. Беморга новшадил спирти ҳидлатилади, тоза кислород берилади. Ошиб кетган қон босимини зудлик билан тушириш чора-тадбирлари кўрилади. Кучли юрак оғриғида тил остига 1–2 таблетка нитроглицерин берилади.

Анестезия ўтказилаётган пайтда бемор тўсатдан ҳушини йўқотиши мумкин (обморок). Бу ҳолат одатда мияда кислороднинг ўткир етишмаслиги (аноксия) оқибатида рўй беради. Бунда беморнинг боши айланади, қулоқлари шанғиллайди, кўнгли айниб, тез-тез эснайди. Териси оқаради, намланиб қолади. Кўз қорачиғи кенгайди. Қон босими тушиб кетади, томир уриши тезлашиб, кучсиз бўлиб қолади. Нафас олиш сусаяди, юзакилашади, хириллаш пайдо бўлади. Бемор ҳушидан кетади ва айни пайтда мушак тонуси йўқолади.

Бундай ҳолатнинг биринчи белгилари пайдо бўлиши биланоқ, бемор танасини кескин олдинга эгиш йўли билан мияда қон оқимини оширишга эришиш мумкин. Аксарият ҳолларда, бу усул қўл келади ва қўшимча тарзда новша-

дил спиртини ҳидлатиш кифоя қилиб, тамоман ҳушдан кетиш ҳолатининг олди олинади. Аммо бемор тўлиқ ҳушидан кетиб, юқорида қайд этилган ҳолатлар намоён бўлган бўлса, зудлик билан ўриндиқнинг суянчиғини орқага тушириб, унга горизонтал ҳолат берилади, тоза ҳаво оқими таъминланади, юз ва бўйинлари совуқ сувда ҳўлланган сочиқ билан артилади. Одатда шу тадбирлар кифоя қилади. Айрим ҳоллардагина (бемор тезда ўз ҳолига келавермаса) нафас аналептикларидан (кордиамин, кофеин, эфедрин) мушак ичига юбориш мумкин.

Беморда қон томирлар номутаносиблик ҳолатининг юзага келишига **коллапс** дейилади. Бунда беморнинг эс-ҳуши сақланган ҳолда, ланжлик, апатия ва бош айланиши кузатилади. Юз териси оқаради, ушлаб кўрилганда совуқ, нам бўлади. Томир уриши тезлашган, ўта кучсиз, томир тўлмаган бўлади. Қон босими тушиб кетади, нафас олиши юзаки бўлиб қолади.

Бу ҳолат рўй берганда беморни тезда горизонтал ҳолатга келтириб, венага 20–60 мл глюкозанинг 40%, 2–5 мл аскорбинат кислота, 2–3 мл кордиамин, 1–2 мл 10% кофеин эритмасидан қўшиб юборилади. Мушакка 1 мл 0,1% стрихнин эритмасини секин юбориш мумкин. 10 мл 10% кальций хлорид эритмаси венага юборилади. Агар фойда бермаса, венага 20 мл 40% глюкоза эритмасига 0,3–0,5 мл 5% эфедрин ёки 1% мезатон қўшиб юборилади. Беморга кислород билан ингаляция қилинади. Оғир ҳолатларда гормон препаратлари (преднизолон, гидрокортизон) қўлланилиши мумкин.

Анафилактик шок. Бу ўта хавфли асорат бўлиб, кўпинча аллергия касалликларга мойил беморларда учрайди. Унинг турли шакллари (типик, кардиал, астмасимон, церебрал, абдоминал) мавжуд. Кечиши бўйича ўта тез кечувчи (чақмоқсимон), оғир, ўрта оғриликлаги ва енгил кўринишлари фарқланади.

Касалликнинг типик кўринишида, анестезия ўтказилгандан бироз вақт ўтгач, бемор безовталана бошлайди, унда кўрқув ҳисси пайдо бўлади, калла, юз ва қўл териси қичиб, игна санчганга ўхшаш сезги аниқланади. Бемор терлайди, боши қаттиқ оғриб, қулоқлари шанғиллайди. Юз териси

олдин қизаради, кейин эса оқариб кетади. Қўл-оёқлари тортилиб қолиши ва бемор ҳушидан кетиши мумкин. Бемор кўз қорачиқлари кенгайиб кетиб, ёруғликни сезмайди. Тўш суяги ортида кучли оғриқ пайдо бўлиб, у юрак огриғига ўтади. Тахикардия кузатилади, қон босими кескин тушиб кетади. Беморнинг қўнгли айниб, у қусиши мумкин. Айрим беморларда қорин шиши, ўз-ўзидан дефекация ва сийдик ажралиши ҳолатлари ҳам кузатилиши мумкин. Нафас олиш қийинлашиб, асфиксиягача бориши мумкин. Анафилактик шокнинг бошқа кўринишларида ўша тана азосининг касалланишига хос бўлган белгилар қайд этилади.

Касалликнинг чақмоқсимон ва оғир турлари саналган белгилар юзага чиқмасданоқ ўлим юз бериши мумкин.

Анафилактик шок ҳолати рўй берганда, биринчи бўлиб юқори нафас йўлларининг етарлича ўтказувчанлигини таъминлаш лозим. Бунинг учун беморни ёнбошлаб ётқизиб кўйилади, тили тортиб чиқарилади, пастки жағ олдинга томон силжитилади, оғиз ичи қусуқ массаларидан артиб тозаланади. Агар нафас олиш тўхтаб улгурган бўлса, сунъий нафас олдиришга киришилади. Юборилган анестетикнинг қонга сўрилишини тўхтатиш мақсадида, шу анестетик киритилган соҳа атрофига 5 мл физиологик эритмага аралаштирилган 0,5 мл 0,1% адреналин гидрохлорид эритмаси юборилади. Агар бунинг иложи бўлмаса, 1 мл адреналин эритмасини анестетик киритилган йўл бўйлаб юборилади. Албатта антигистамин препаратларидан инъекция қилинади (2–4 мл 1% димедрол эритмаси, 2–3 мл 2,5% пипольфен эритмалари). Вена ёки мушакка 3–5 мл 3% преднизолон, 0,5 мл 0,1% адреналин гидрохлорид эритмалари тайинланади. Агар бронхоспазм белгилари мавжуд бўлса – 10 мл 2,4% эуфиллин ёки 2 мл 0,5% изадрин эритмаларидан юбориш зарур. Юрак фаолиятини қўллаб туриш учун юрак гликозидлари ва диуретиклар юборилади. Дори моддалари асосан венага юборилади. Чунки уларни мушакка юборилганда дорининг таъсири кечикиши ва у фойда бермаслиги мумкин.

Бундай, ҳаёт учун ўта хавфли асоратнинг олдини олишнинг бирдан-бир йўли –бу врач томонидан аллергик анамнезни ўта синчковлик билан йиғишдир.

Оғриқсизлантириш билан боғлиқ **маҳаллий асоратлар**, асосан оғриқсизлантириш техникаси ва асептика қоидаларига риоя қилмаслик сабабли келиб чиқади. Баъзилари эса юз-жағ соҳаси топографияси ва анатомиясининг хос томонларига боғлиқ бўлиши ҳам мумкин.

Бундай асоратларга қуйидагилар киради: 1) узоқ сақланган ва ноизотоник анестетик эритмалар ишлатилганда учрайдиган инъекциядан кейинги оғриқлар ва шишлар; 2) чайнов мушакларига учи қайрилган ниналар билан жароҳат етказилиши ёки инфекция киритилиши натижасида кузатиладиган пастки жағнинг вақтинчалик очилмай қолиши; 3) асептика қоидаларига риоя қилмаслик натижасида абсцесс ва флегмоналарнинг пайдо бўлиши; 4) инъекция нинасининг тўқима ичида синиб қолиши; 5) қон томирларга шикаст етказилиши натижасида гематомаларнинг ҳосил бўлиши; 6) нерв толаларига жароҳат етказилиши натижасида парестезия, оғриқ, тактил ва ҳарорат сезгиларининг пасайиши; 7) мандибуляр анестезияда, нина ўта чуқур киритилганда анестетик эритманинг юз нерви толасига таъсири натижасида юздаги мимик мушакларнинг вақтинчалик фалажи (бундай ҳолат инфраорбитал анестезияни бажарганда юз нервининг лунж ва ёноқ шохлари блокадаси натижасида ҳам рўй бериши мумкин); 8) врач хатоси оқибатида анестетик ўрнига бошқа модда эритмасини юбориб қўйиш ҳолати (новшадил ёки этил спирти, хлорид кальций, водород пероксиди ва б.).

5. ТИШ ОЛИШ ОПЕРАЦИЯСИ

Тиш олиш амбулатория стоматологияси амалиётида энг кўп қўлланиладиган операция ҳисобланиб, уни бажариш учун тиш врачлари томонидан маълум даражадаги назарий билим ва кўникмага асосланган малака талаб қилинади.

Тиш олиш операциясига кўрсатмалар. Бу операция зудлик билан ёки режа асосида (оғиз бўшлиғини соғломлаштириш—санация жараёнида) бажарилиши мумкин. Зудлик билан асосан яллиғланиш касаллигининг келиб чиқишига сабаб бўлган ва консерватив даволашга мойил бўлмаган ёхуд бундай даволашдан фойда кўрмаган тишлар олиб ташланади. Шунингдек, узунасига иккига бўлиниб синган ёки тож қисми синиб, пульпаси очилиб қолган ва илдизини кон-

серватив усулда сақлаб қолишнинг иложи бўлмаган тишлар ҳам зудлик билан олиб ташланади.

Тишлар режа асосида қуйидаги ҳолларда олиб ташланади: 1) сурункали оғиз инфекцияси ва интоксикацияси ҳолати мавжуд бўлиб, сурункали сепсис юзага келиш хавфи бўлган ҳолларда; 2) тиш тож қисмининг кучли емирилиши натижасида уни консерватив усулларда қайта тиклаш ёки тиш илдизи каналлари анотомияси бузилиши натижасида уларни очиб ўтиб консерватив даволашнинг иложи бўлмаса ёхуд нотўғри ўтказилган консерватив даволаш оқибатида тиш илдизи ёки унинг бўшлиғини тешиб (перфорация) қўйилган ҳолларда; 3) тиш тож қисми тўлиқ емирилиб кетганлиги сабабли қолган илдиз қисмини штифт-ли тиш протези тайёрлаш учун пойдевор қилиб ишлатишнинг имкони қолмаган ҳолларда; 4) эстетик ёки ортодонтик кўрсатма асосида альвеоляр ёйидан ташқарида, қийшиқ ёки кўндаланг чиққан тишлар; 5) пародонтит ёки пародонтоз касалликларида тиш илдизлари очилиб қолиши натижасида улар III даражали қимирлаб қолганда; 6) ўз вақтида ўсиб чиқмаган ёки қисман ўсиб чиқиб, атроф тўқимада яллиғланиш пайдо бўлишига сабаб бўлган тишлар; 7) жағ суяклари синганда, синиқ бўлаклари орасида туриб қолиб суякнинг битишига монелик қиладиган ва консерватив даволаб бўлмайдиган тишлар; 8) антогонисти йўқлиги туфайли ўсиб кетган, ўзи ўқи атрофида ёхуд альвеола ёйига нисбатан қийшиқ туриб қолган, тиш протезларини яшаш ва ўрнатишга ҳалақит берадиган тишлар. Баъзан, ортодонт врачининг кўрсатмасига биноан альвеола ёйида тўғри турган соғлом тишлар ҳам олиб ташланиши мумкин.

Тиш олиш операциясига қарши кўрсатмалар. Бундай кўрсатмалар одатда нисбий таснифга эга бўлиб, улар қуйидагилардан иборат: 1) юрак-қон томир касалликлари (юрак инфарктдан олдинги ҳолат ва инфаркт ўтказилгандан кейин 3—6 ойгача бўлган давр), хафақон касаллигининг хуружли даври, тез-тез стенокардия тутиб турувчи юрак ишемияси, мерцателли аритмия пароксизми, пароксизмал тахикардия, ўткир септик эндокардит касаллиги ва б.); 2) жигар, буйрак, меъда ости беши каби паренхиматоз аъзоларнинг ўткир касалликлари (инфекцион гепатит,

гломерулонефрит, панкреатит ва б.); 3) геморрагик диатезлар (гемофилия, Верильгоф касаллиги, авитоминоз-С), геморрагик аломатлар билан кечадиган касалликлар (ўткир лейкоз, агранулоцитоз); 4) ўткир юқумли касалликлар (грипп, юқори нафас йўлларининг ўткир яллиғланиши, сарамас яллиғланиш, пневмония); 5) марказий нерв системаси касалликлари, (мияда қон айланишининг ўткир бузилиши, менингит, энцефалит); 6) хуруж давридаги руҳий касалликлар (шизофрения, маниакал-депрессив психоз, эпилепсия); 7) ўткир нурланиш касаллигининг I–III босқичлари; 8) ҳомиладорликнинг I–2-ва 8–9-ойлари; 9) оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари (стоматит, гингивит, хейлит); 10) катта кишиларда доимий тишнинг ўз ўрнида чиқмаганлиги сабабли сақланиб қолган сут тишлари. Ю.И. Вернадский (1997) қуйидагиларни тиш олиш операциясига қарши кўрсатма деб ҳисоблайди: 1) жағ раки ёки саратон касаллиги соҳасида жойлашган тиш; 2) 25 юқори жағда жойлашган тиш илдизининг учи Гаймор бўшлиғи шиллиқ қаватиғача етиб борган ва шу ерда рак касаллиги мавжуд бўлган ҳолларда; 3) олинадиган тиш жағ суяги ичидаги гемангиома соҳасида жойлашганда.

Тиш олиш операциясига тайёрлаш. Бу жараён ўз ичига, беморнинг ўзининг тайёрлаш, оғриқсизлантириш усули, операция услуги ва зарур бўлган асбоб-ускуналарни танлашни олади.

Операциядан олдин врач олинадиган тишни яхшилаб текшириб чиқади. Тиш тож қисмини текширганда унинг емирилганлик даражасини аниқлайди. Кариоз бўшлиқларнинг жойлашган жойи (Блек бўйича), чуқурлиги, илдиз қисмига ўтган-ўтмаганлигига эътибор беради. Керак бўлганда рентген-ташхис усулидан фойдаланади. Масалан, олинадиган тишдаги кариоз бўшлиқларининг жойлашган жойи Блек бўйича III, IV ва V синфларга тўғри келиб, емирилиш жараёни тишнинг илдиз қисмига ҳам ўтган бўлса, бундай ҳолда оддий тиш олишнинг ҳар қандай усули ишлатилишидан қатъи назар, тиш илдизи синиб қолади. Блек бўйича V синфдаги кариоз бўшлиғининг жойланишида омбур тишларини одатдагича жойлаштириш ва сиқиб ушлашнинг иложи йўқ. Булардан ташқари, тишлардаги аномалия ҳола-

ти, уларнинг атрофида яллиғланиш аломатлари бор-йўқлиги, тишнинг қимирлаш даражаси ҳам аниқланади. Тиш олиш услуги ва асбоб-ускуналар шуларни ҳисобга олган ҳолда танланади. Рентген ташхиси ёрдамида тиш илдизи атрофидаги суяк тўқимаси, илдизлар ҳолати, уларнинг ўзаро боғлиқлиги, юқори жағ бўшлиғи тубига, бурун бўшлиғига ва пастки жағ каналига яқинлиги аниқланади. Ташхис тиш илдизларининг бифуркация соҳасида ўзаро мустақкамлигини аниқлаш, уларни ажратиш зарурати бор-йўқлигини олдиндан белгилаш имконини беради.

Беморни операцияга тайёрлаш учун, унга бўлажак операциянинг моҳияти тушунтирилади, ундаги бемор сезиши мумкин бўлган сезгиларга алоҳида ургу берилади. Шундагина бемор операцияда пайдо бўладиган сезги ҳисларига нисбатан тайёр ва уларга анча бефарқ бўлиб, врач ишига халақит бермайди.

Нерв тизими турғун бўлмаган беморларни стоматолог врач маслаҳатидан ўтказиб, операция олдидан транквилизаторли—седатив дори-дармонлар ёрдамида махсус премедикация ўтказилади.

Операция олдидан бемордан бош кийимини, кўзойнагини ва устки сиқиб турувчи кийимларини счиб қўйиш, ёқаси ва белбоғини бўшатиш сўралади. Бунда мушак ёки вена ичига зудлик билан инъекция қилиш зарурати пайдо бўлганда бемор билагини (елкасигача) тез очиш имкониятини ҳисобга олмоқ лозим.

Пастки жағдаги тишлар олинаётганда беморни унинг боши тахминан врачнинг тирсаги тенглигида, юқори жағдаги тишлар олинаётганда эса елкаси тўғрисида қилиб ўриндиққа ўтқазилади. Баъзан тишлар беморнинг ярим ёки тўлиқ ётқизилган ҳолатида ҳам олиниши мумкин.

Врач қўлларини операцияга тайёрлаш. Бунинг учун қўлни оқар, илиқ сувда совун ва чўтка билан ишқалаб ювилади, стерилланган дока ёки сочиқ билан артиб қуритилгач, унга 2—3 дақиқа давомида 70% ли этил спирти билан ишлов берилади. Спирт ўрнида 0,5% ли хлоргексидиннинг спиртли эритмасидан фойдаланиш ҳам мумкин. Операциядан сўнг врач қўлларини оқар сувда совун билан ювиб, сочиққа артиб қуритади. Операция резина қўлқоп кийиб бажарилганда ҳам, уни тайёрлаш юқоридагидан фарқ қилмайди.

Врач қўллари доимо тоза сақлаши, тирноқларини калта ва текис қилиб қирқиб юриши, лак сурмаслиги (хотин-қизлар) лозим. Булардан ташқари, врач бу операцияни доимо ниқоб (маска) таққан ҳолда бажариши зарур.

Операция майдонини тиш олишга тайёрлаш. Бунда олинадиган ва унинг икки ёнидаги тишларни овқат қолдиқларидан дока билан артиб антисептик эритма (фурацилин, калий перманганати эритмалари) ёрдамида ювиб тозаланади. Шу тишлар тиш тошларидан (тиш ўрнидаги ярага тушиб альвеолит келиб чиқишига сабаб бўлганлиги учун) тозаланади. Олинадиган тишга, атрофидаги шиллиқ тўқимага ва унга қўшни турган икки ёндаги тишларнинг шу тишга қараган сатҳларига, 1–2% ли йод ёки Люголь эритмаси билан ишлов берилади.

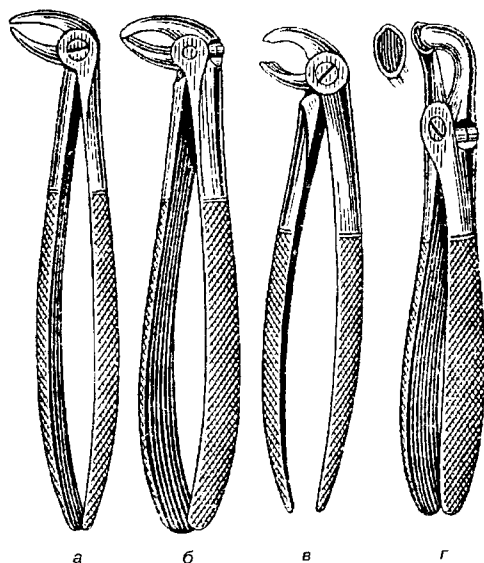
Тиш олишнинг умумий услуби. Тиш олиш деганда – тиш илдизини альвеола катаги девори ва милк чети билан боғлаб турувчи боғламларни куч ишлатиш йўли билан (омбур ёрдамида) узиб, уни ўз ўрnidан суғуриб олиш тушунилади. Тиш олиш операциясига киришишдан олдин, шу олинадиган тиш соҳасида мавжуд бўлган анатомик шарт-шароитларни (тиш илдизи катаги деворларининг қалинлиги, эгилувчанлиги, илдизлар йўналиши, узунлиги, илдизлар оралиғидаги суяк тусининг ҳолати ва б.) тассавур қилиш ва ҳисобга олиш зарур. Пастки жағдаги қозик, премоляр ва моляр тишлар соҳасида альвеоланинг гашқи девори қалин ва эгилиши қийин бўлади. Юқори жағда аксинча, танглай томондаги суяк девори қалин бўлади ва ҳоказо. Олдиндан қўлланилган рентген таҳис усули ёрдамида тиш илдизлари, улар оралиғидаги суяк тўсинлари ҳолати, ретенцияга учраган тишларнинг ёндош тишлар ва альвеоляр ўсиқ ёйига нисбатан йўналишларини аниқлаш мумкин.

Тишларни олиш учун махсус асбоблар – омбурлар ва элеваторлар қўлланилади. Омбурнинг куйидаги қисмлари фарқланади: тишлари (тиш тожи ёки илдизини тишлатиб ушлаш учун); тутқичлари (уларни врач қўллари билан ушлаши учун); қулфи (олдинги иккала қисмини ўзаро бириктириб туриш учун). Булардан ташқари айрим омбурларнинг (юқори жағдаги учинчи молярларни олишга мўлжалланган омбур) ўтувчи қисми ҳам фарқланади.

Тишларнинг анатомик тузилиши, гуруҳлари ва қайси жағда жойлашганига қараб, омбурлар турлича бўлади: 1) юқори жағда жойлашган, тож қисми сақланган тишлар ва уларнинг илдизларини оладиган (омбур тишларининг учи бир-бирига тегмайди ва бу тишларнинг ўқи, омбур тутқичлари ўқиға мос келади ёки у билан ўзаро ўтмас бурчак ҳосил қилади, параллел ҳам бўлиши мумкин); 2) юқори жағда жойлашган тишларнинг илдизларини оладиган (омбур тишларининг учи бир-бирига тегиб туради, тишлар ўқининг тутқич ўқиға мос келиши, у билан ўтмас бурчак ҳосил қилиши ёки параллел бўлиши мумкин); 3) пастки жағда жойлашган, тож қисми сақланиб қолган тишлар ва уларнинг илдизларини оладиган (тишларининг учлари бир-бирига тегмайди, тишлар ва тутқич ўқлари ўзаро тўғри ёки шунга яқин бурчак ҳосил қилади); 4) пастки жағда жойлашган илдизларни олишга мўлжалланган омбурлар (уларнинг тишларининг ўткирлиги ҳар хил бўлиб олдингиларидан тишларининг бир-бирига тегиб туриши билан фарқ қилади (4-расм).

Омбурлар тиш гуруҳларига қараб ҳам фарқланади. Бунда улар тишларининг кенелиги, тузилиши ва тутқичига нисбатан жойланиши ҳамда тутқичларининг шакли билан фарқланади. Улар тўғри шаклда (юқори жағдаги фронтал тишларни олиш учун): «S»-симон (юқори жағдаги премоляр ва биринчи ҳамда иккинчи моляр тишларни олиш учун); «қўштумшук» шаклида бўлади (пастки жағда жойлашган тишлар ва уларнинг илдизларини олиш учун).

Булардан ташқари, айрим омбурлар олинадиган тишларнинг (юқори жағдаги биринчи ва иккинчи моляр тишлар) жойлашган томонларига қараб ҳам чап ёки ўнг томон учун қилиб ҳам фарқланади. Бунда асосан лунж томондан жойлашган иккала илдиз оралиғига кириб ҳар бир илдизни маҳкам сиқиб унлашга мўлжалланган махсус мослама (учбурчак шаклдаги, омбурнинг икки тишидан бирининг учига ўрнатилган «тиканаксимон» ўсимта), омбурнинг ўнг ёки чап тишининг учига ўрнатилганлиги билан фарқланади. Ва ниҳоят, пастки жағдаги учинчи моляр тишни ва умуман оғиз очилиши чегараланган ҳолларда шу жағдаги моляр тишларни олиш учун мўлжалланган омбур тишлари горизонтал текислик бўйича эгилган бўлади, юқори жағдаги



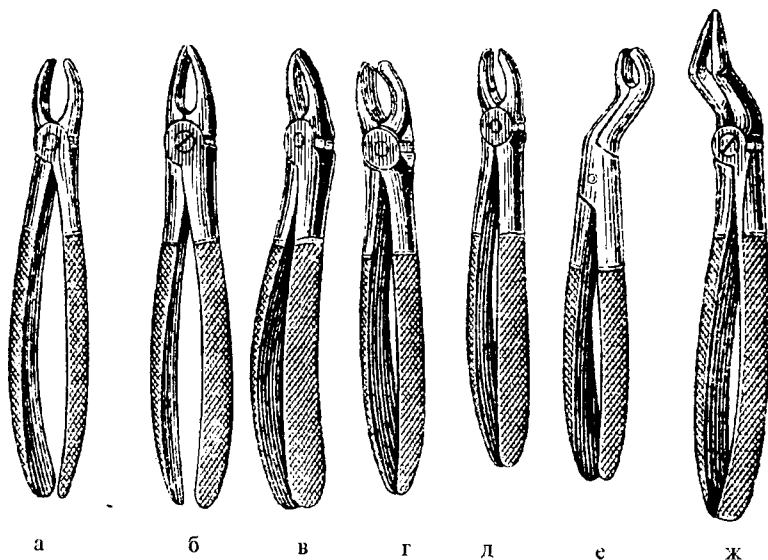
4-расм. Пастки жағ тишларини олиш учун ишлатилган омбурлар:

а) тож қисми бўлган кесувчи, қозиқ ва кичик озиқ тишларни олиш учун; б) илдизларни олиш учун; в) катта озиқ тишларни олиш учун; г) пастки 3 та озиқ тишни олиш учун.

учинчи молярни олишга мўлжалланган омбурнинг эса тишлари билан қулфи ораллиғида узайтирилган ўтувчи қисми бўлади.

Тўғри шаклдаги (тишларининг кенглиги ҳар хил бўлиши мумкин) омбур ёрдамида юқори жағдаги курак ва қозиқ тишлар олинади. Юқори жағдаги премоляр тишлар «S»-симон шаклдаги (тишларининг тузилиши тўғри омбурлардаги билан бир хилда) омбур ёрдамида олинади. Шу жағдаги биринчи ва иккинчи моляр тишлар ҳам «S»-симон шаклдаги омбур билан олинади. Аммо уларнинг тишлари калта ва кенг бўлиб, чап ёки ўнг тишининг учида (чап ёки ўнг томондаги тишни олиш учун) учбурчак шаклдаги «тика-наксимон» ўсимта бўлади. Юқори жағдаги учинчи моляр тишни олиш учун махсус омбур қўлланилади. Унинг тишлари ва қулфи орасида махсус узайтирилган ўтувчи қисми бўлиб, тишлари ва тутқичининг ўқи ўзаро параллел, иккала тиши ҳам бир хил, калта, кенг, учлари силлиқ, юпқалаштирилган бўлиб, ёпилганда бир-биринга тегмайди (5-расм).

Юқори жағдаги курак, қозиқ ва премоляр тишларнинг илдизлари, тож қисми сақланганда қандай шаклдаги омбур ишлатилса, улар шундай шаклдаги омбурлар ёрдамида олиб ташланади. Фақат бу омбурлар тишларининг учи



5-расм. Юқори жағ тишларини олиш учун ишлатиладиган омбурлар: а) тож қисми мавжуд бўлган тишларни олиш учун; б) олдинги юқори тиш илдизларини олиш учун; в) қозиқ ва кичик озиқ тишлар учун «S»-симон; г) ўнг томондаги биринчи ва иккинчи моляр тишларни олиш учун; д) чап томондаги биринчи ва иккинчи моляр тишларни олиш учун; е) учинчи моляр тишни олиш учун; ж) найзасимон ёки универсал омбур.

ингичкароқ, торроқ бўлиб, омбур тўлиқ ёпилганда бир-бирига тегиб туради. Шу жағдаги моляр тишлар илдизларини эса найзали милтиқ шаклидаги, ёпилганда тишларининг учи бир-бирига тегиб турувчи омбурлар ёрдамида олинади. Уларнинг тишлари учининг кенглигига қараб: тор, ўрта кенгликдаги ва кенг тишли бўлади. Бу турдаги омбурларни, баъзан оғиз бўшлиғидаги барча тишлар ва уларнинг илдизларини олиш учун қўшимча восита сифатида ишлатиш мумкин. Шунинг учун ҳам найзали милтиқ шаклидаги омбурларни универсал омбурлар деб ҳам аталади.

Пастки жағдаги курак тишлар «қўштумшуқ» шаклидаги, тишларининг учи тор, лекин ёпилганда силлиқ қилиб ясалган, учлари бир-бирига тегмайдиган омбур ёрдамида олинади. Шу жағдаги қозиқ ва преомляр тишлар ҳам худди шундай, аммо кенгроқ тишли омбур билан олинади. Мо-

ляр тишларни олиш учун ишлатиладиган шундай шаклдаги омбурларнинг учлари кенг, ёпилганда бир-бирига тегмайди ва ҳар бир тишининг учида учбурчак шаклдаги «тиканаксимон» ўсимтаси бўлади. Шу ўсимталар ёрдамида тишни олиш пайтида медиал ва дистал илдизлар орасига кириб, ҳар бир илдизни алоҳида-алоҳида қилиб маҳкам ушлаш мумкин.

Пастки жағдаги учинчи моляр тишни ва оғиз очилиши чегараланган ҳолатларда барча моляр тишларни олиш учун махсус, тишлари тутқич қисмига нисбатан горизонтал текисликка қараб букилган (қолган омбурларнинг ҳаммаси қовурғаси томон қараб букилган бўлади), аммо тишларининг тузилиши олдингисидан фарқ қилмайдиган омбурлар ишлатилади.

Пастки жағдаги барча тиш илдизлари курак, қозиқ ва премоляр тишларни олишда ишлатиладиган омбурларга ўхшаш, аммо фақат ёпилганда тишларининг учи бир-бирига тегиб турадиган омбурлар ёрдамида олинади.

Тиш олинаётганда, одатда омбур ўнг қўл билан ушланади. Омбурни ушлашнинг икки усули маълум. Биринчи усулда II ва III панжалар омбур тутқичини ташқи томонидан, уни кафтга томон сиқади; IV ва V панжалар тутқич қовурғалари оралиғига киритилади. Бош панжа эса омбур тутқичи ва қулфи оралиғига ташқари томондан қўйиб ушланади. Омбур тишга ўрнатилгач, IV ва V панжаларни ҳам тутқичнинг ташқарисига чиқариб, у маҳкам, ҳамма панжалар билан сиқиб ушланади.

Иккинчи усулда II ва III панжалар тутқичнинг қовурғалари орасига қўйилади. Тутқичнинг бир қовурғасини бош панжа билан, иккинчисини эса IV ва V панжалар билан ташқи томонидан ушланади. Тутқич қовурғалари III панжа билан очилади, IV ва V панжалар билан ёпилади. Омбур тишга ўрнатилгач, III панжани тутқичнинг ташқарисига чиқариб, IV ва V панжаларнинг ёнига қўйилади. Омбур тутқичи бир томондан бош панжа, иккинчи томондан эса III, IV ва V панжалар билан (II панжа тутқич қовурғалари оралиғида қолади) сиқиб ушланади.

Элеваторлар. Элеваторлар ҳам тишлар ва уларнинг илдизларини олишда ишлатилади. Улар ҳам уч қисмдан иборат бўлади: ишчи қисми, бириктирувчи қисми ва тутқичи.

Элеваторларнинг турлари кўп бўлиб, улардан асосан 3 хили: тўғри, бурчакли ва найзасимон шаклдагилари ишлатилади.

Тўғри элеваторнинг ишчи қисми (тиши) ўтувчи қисми ва тутқичи билан бир чизиқда жойлашган бўлади. Тишининг бир томони бўртиб чиққан, яримойсимон, иккинчи томони эса ботиқ, тарновчасимон, учи ингичка ва силлиқ бўлади. Унинг тутқичи ноксимон шаклда, узунасига қиррадор қилиб ясалган, бўлиб ўтувчи қисми томон ингичкалашиб боради.

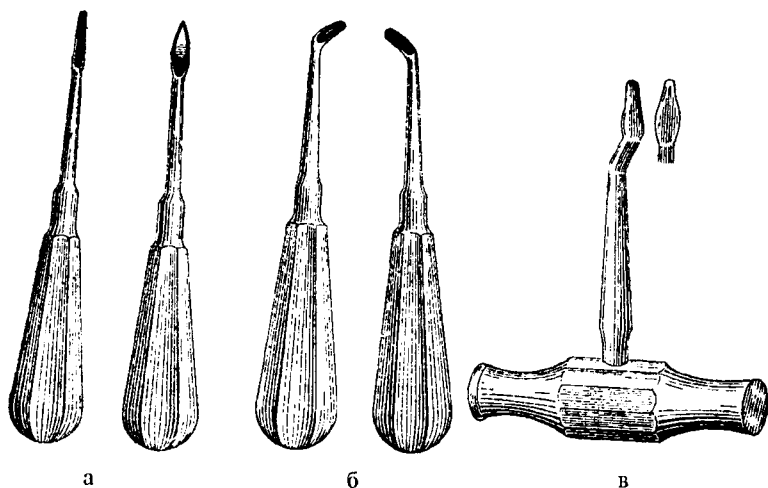
Тўғри элеватор асосан пастки жағдаги учинчи моляр тиш ва айрим ҳолларда бир-биридан ажратилган бошқа молярлар илдизларини олишда ишлатилади. У ишлатишга анча ноқулай бўлганлиги сабабли амалда юқори жағ тишларини олишда ишлатилмайди.

Бурчакли элеваторнинг ишчи қисми (тиши) қовурғасига қараб букилган бўлиб, у ўтувчи қисми билан 120° бурчак ҳосил қилади. Тиши унча катта бўлмай, бир томони қавариқ, иккинчи томони — бир оз ботиқ, узунасига чизиқли ҳошияларга эга. Тишининг учи юпқалаштирилган ва силлиқланган. Бундай элеваторларнинг бир турида тишининг ботиқ томони чапга қараган (врач ўзининг томонига қараб ишлатади), иккинчи турида — ўнгга қараган (қарама-қарши томонга қараб ишлатилади) бўлади. Ишлатиладиган пайтда элеватор тишининг ботиқ томони олинадиган илдиз (тиш), қавариқ томони эса — альвеола девори томон қаратилган бўлади. Тўғри элеватордан ўтувчи қисми ва тутқичнинг фарқи бўлмайди. (6-расм).

Бурчакли элеватор пастки жағдаги тишлар илдизларини олиш учун мўлжалланган.

Найзасимон элеватор (Леклюз элеватори) нинг ўтувчи қисми милтиққа ўрнатилган найза шаклида букилган бўлиб, ишчи қисми (тиши) қадимги ҳарбий қурол — найзанинг учини эслатади (учига томон торайиб ва юпқалашиб боради). Тишининг бир томони текис, иккинчи томони қавариқ бўлади. Думалоқ қилиб ишланган тутқичи, ўтувчи қисмига перпендикуляр ҳолатда бирлаштирилган. Бу элеватор ёрдамида асосан пастки жағдаги ақл тиши олинади.

Омбур ёрдамида тиш олиш қоидалари. Тиш олиш пайтида милклар йиртилиб кетишининг олдини олиш ва омбур тишларини милк тагига суриб киритишни осонлаштириш



6-расм. Тишларни олиш учун ишлатиладиган элеваторлар: а) тўғри; б) ён томонлама; в) Леклюз элеватори.

учун операция юмшоқ тўқималарни тиш илдизидан ажратишдан бошланади. Бунинг учун тиш айлана боғламини илдиздан, милкни эса альвеола суягидан силлиқловчи асбоб (гладилка) ёрдамида ажратилади.

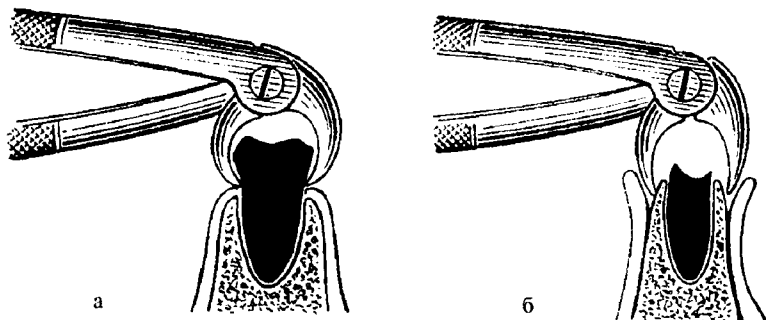
Тиш олиш операцияси, маълум тартибда, кетма-кет бажарилади. Бунда: 1) омбурни қўйиш; 2) омбур тишларини милк остига суриб киритиш; 3) омбур ёрдамида сиқиб ушлаш (фиксация); 4) тиш илдизларини ўз жойидан силжитиш (люксация ёки ротация); 5) тиш (тиш илдизи)ни суғуриб олиш (тракция) ишлари амалга оширилади. Люксация деганда, тиш илдизини орал ва даҳлиз томонга қаратиб кетма-кет, тебратма ҳаракат қилдириш йўли билан, ротация деганда эса — тиш илдизини ўз ўқи атрофида айлантириш йўли билан силжитиш тушунилади.

Омбурни тишга қўйиш пайтида жарроҳнинг эътибори асосан омбур тишлар ўқининг олинадиган тиш ўқи билан бир чизиқда мос келишига қаратилган бўлмоғи лозим. Акс ҳолда тиш илдизларини силжитиш пайтида, улар синиб қолади. Омбур тишга тўғри ўрнатилгач, унинг тишлари олинадиган тиш ўқи бўйлаб йўналтирилиб, милк остига киритилади. Сўнг омбурга босим янада оширилиб, чуқурроққа — илдиз билан альвеола суяги четига борилади. Тож қисми

кучли емирилиб кетган тишларда, омбурнинг тишини яна ҳам чуқурроққа киритиб, альвеола суягининг четини ҳам қўшиб ушлаш тавсия этилади (7-расм).

Олинадиган тишни омбур ёрдамида сиқиб ушлаш (фиксация) олдинги икки босқични яқунлайди. Бунда тиш (илдиз) маҳкам сиқиб ушланади. Аммо сиқувчи куч катта бўлмаслиги лозим. Акс ҳолда кариес жараёни билан емирилган тиш бардош бера олмаслиги ва парчаланиб кетиши мумкин. Кучсиз сиқилганда эса омбур тишлари қўйилган жойидан силжиб кетиб, олинадиган тиш илдизини жойидан қўзғатиш имконини бермайди.

Тиш (тиш илдизи)ни ўрнидан силжитиш люксация ёки ротация ҳаракатлари ёрдамида бажарилади. Бу ҳаракатлардан асосий мақсад — тиш илдизи атрофидаги боғламларни узиш йўли билан периодонт қаршилигини енгитишдир. Ротация ҳаракатини конус шаклига эга бўлган илдизларда бажариш мумкин (юқори жағдаги курак ва қозиқ тишлар ҳамда пастки жағдаги премоляр тишлар илдизлари, юқори жағдаги биринчи премоляр тиш ва моляр тишларнинг ўзаро ажратилган илдизлари). Бунда илдиз тахминан 300° ўз ўқи атрофида, ҳар иккала томонга қаратиб ҳам айлантирилиши мумкин. Бошқа барча ҳолларда люксация ҳаракати бажарилади. Яъни тишлар ҳам қаршилиқ бўлган томонга қаратиб маятниксимон ҳаракат билан қўзғатилади. Ҳаракат дастлаб кучсизроқ бўлиб, аста-секин амплитудаси оширилиб борилади.



7-расм. Тиш олиш вақтида омбурларнинг ҳаракати: а) тож қисми сақланган тишда; б) тож қисми емирилган тишда.

Юқори жағ алвеоляр ўсиғининг ташқи (даҳлиз томондаги) девори танглай томондагисига нисбатан юпқароқ ва кучсиз бўлади. Шунинг учун ҳам дастлаб оғиз даҳлизи томон ҳаракат қилинади. Фақат биринчи моляр тишни олиш бундан истиснодир, чунки бу тишнинг оғиз даҳлизи томонида ёноқ-алвеола суяк қирраси бўлиб, шунинг ҳисобига даҳлиз томондаги суяк девори қалин бўлади. Шу тишни олишдаги дастлабки ҳаракат эса, танглай томон қаратилиб бажарилади.

Пастки жағдаги курак-қозиқ ва премоляр тишлар тўғрисида альвеола ўсиғининг оғиз даҳлизи томондаги девори, тил томонидагига қараганда юпқа (кучсиз) бўлади. Шунинг учун ҳам бу тишларни олиш учун дастлабки ҳаракат оғиз даҳлизи томон қараб бажарилади. Биринчи моляр тиш соҳасида альвеоляр ўсиқнинг ички (тил томони) ва ташқи (лунж томони) деворларининг қалинлиги деярли бир хил. Аммо иккинчи ва учинчи моляр тишлар соҳасида эса ташқи (лунж) девори қалинроқ бўлади. Айтилганлардан келиб чиққан ҳолда пастки жағдаги моляр тишлар ўрnidан силжитилганда, биринчи ҳаракат ички (тил) томон қаратилиб бажарилади.

Тиш (илдиз)ни ўрnidан суғуриб чиқариш (тракция). Тиш ўз ўрnidан, барча боғламларидан узиб олингандан кейингина суғуриб чиқарилади. Одатда тиш ташқи томонга қаратиб, эҳтиёткорлик билан секин-аста чиқариб олинади. Агар бу жараёнда шошма-шошарликка йўл қўйилиб, катта куч остида суғуриб олишга ҳаракат қилинса, антагонист ва ёндош тишлар ҳамда атрофдаги юмшоқ тўқималарга жараҳат етказиш мумкин.

Тишларни олишда бемор ва врачнинг ҳолати мавжуд анатомик шарт-шароитлардан келиб чиққан ҳолда бўлади. Юқори жағдаги тишларни олишда ўриндиқ баландроққа кўтарилиб, беморнинг олинadиган тиши тахминан врачнинг елкаси баландлигига тўғри келади. Ўриндиқ суянчиғи орқароққа сурилади, бемор бошини суянчиқ ёстиқчасига қўйган ҳолда ётади. Врач беморнинг ўнг ва олдинги томонида туради, чап қўлининг I ва II панжалари билан олинadиган тиш соҳасидаги альвеоляр ўсиқни маҳкам ушлайди. Пастки жағдаги тишлар олинганда эса ўриндиқ пастга туширилади ва беморнинг олинadиган тиши врачнинг туши-

рилган қўлларининг тирсаги тўғрисида туради. Ўриндиқ суянчиғи вертикал ҳолатга келтирилади, бош ёстиқчаси олдинроққа сурилиб, беморнинг боши сал олдинга эгилган ҳолатгача келтирилади. Ўнг томондаги премоляр ва моляр тишлар олинаётганда врач беморнинг ўнг томонида ва орқасида туради, чап қўли билан беморнинг бошини кучоқлаб ушлайди. II панжаси билан уни ташқарига тортади, бош бармоғини эса альвеоляр ўсиқнинг тил томонидан қўяди. Чап томондаги барча тишлар ва ўнг томондаги фронтал тишлар олинаётганда эса врач беморнинг олд ва ўнг томонида туради. У бош бармоғини бемор энгаги, II бармоғини эса альвеоляр ўсиқ устига қўяди (8-расм).

ТОЖ ҚИСМИ САҚЛАНГАН ТИШЛАРНИ ОЛИШ

Юқори жагдаги курак тишларни олиш. Бу тишларни олишда инфраорбитал (тиш жойлашган томондан) ва танглай томондан курак тешиги соҳасидаги ўтказувчан оғриқсизлантириш усулидан фойдаланилади. Марказий курак тиш олинаётганда, қарама-қарши томондан ўтган нерв анастомозларини оғриқсизлантириш учун юқори лаб марказий юганчасининг тағи қўшимча маҳаллий инфилтратион оғриқсизлантирилади.

Курак тишларни олиш учун тўғри шаклдаги омбур ишлатилади. Марказий курак тишнинг илдизи конус шаклида бўлиб, кесими думалоқ шаклга яқин. Шунинг учун бу тиш, одатда, кўпроқ ротация ҳаракати билан олинади. Ёнбошдаги курак тишнинг илдизи эса конус шаклида бўлса ҳам, калтароқ ва юқароқ, кесими икки томондан озроқ сиқилган, овал шаклда бўлади. Шунинг учун ҳам бу тиш комбинацияланган (люксация ва ротация усули) усулда олинади. Бу тишлар соҳасидаги альвеоляр ўсиқнинг ташқи девори ичкисига нисбатан юққа бўлганлиги сабабли биринчи ҳаркат ташқи томонга қаратиб бажарилади. Олиш пайтида илдизи синиб қолмаслигининг олдини олиш учун кариес бўшлиғининг Блек бўйича жойлашган ери, илдиз қисми емирилган-емирилмаганлиги ҳамда тиш пульпасининг тириклиги, гангренага учраганлиги ёки девитализация қилинганлигини ҳисобга олиш лозим.

Юқори жагдаги қозик тишни олиш. Бу тишни олиш учун ҳам шу томондан инфраорбитал анестезия ва танглай то-



а



б



в

8-расм. Тиш олиш вақтида врач-нинг беморга нисбатан туриш ҳолати: а) юқори жағ тишларини олиш вақтида; б) пастки жағнинг ўнг томонидаги тишларни олиш вақтида; в) пастки жағнинг чап томонидаги тишларни олиш вақтида.

мондан палатинал ва курак тешиги соҳасида бажарилувчи ўтказувчан оғриқсизлантириш усулларидан фойдаланилади. Амалиётда баъзан қозиқ тишни олиш учун шу томондаги шиллиқ қават оғриқсизлантирилади.

Қозиқ тиш битта, узун, икки томонидан ботиқ илди-га эга бўлиб, кесими учбурчак шаклига яқин бўлади. Ай-рим ҳолларда илдининг учи қийшайган ҳам бўлиши мум-

кин. Альвеола деворлари курак тишлари соҳасидагига нисбатан қалинроқ бўлади, аммо ташқи девори ичкисига нисбатан юпқароқ. Шунинг учун ҳам бу тишни олиш техникаси ёнбошдаги курак тишни олиш техникасидан фарқ қилмайди. Аммо альвеола деворлари қалинлиги ва тиш илдинининг курак тишларга нисбатан маҳкамроқ жойлашганлигини ҳисобга олмоқ керак. Бу тишни олиш учун ҳам тўғри шаклдаги, тишлари нисбатан кенг бўлган омбурдан фойдаланилади.

Юқори жагдаги премоляр тишларни олиш. Бу гуруҳдаги тишларни олиш учун ҳам инфраорбитал ва танглай томондан палатинал ўтказувчан оғриқсизлантириш усулларидан фойдаланилади. Иккинчи премоляр тиш олинаётганда, юқори-орқа альвеоляр нерв толаларидан келаётган анастомозларни ўчириш учун лунж томондан ўтувчи бурмага, иккинчи премоляр ва биринчи моляр тишлар чегараси тўғрисида, шиллик қават остига маҳаллий инфилтрацион анестезия қўшимча равишда қилинади.

50% ҳолатларда биринчи премоляр тишнинг иккита (лунж ва танглай) ингичка илдизи бўлади (айрим ҳолларда учта ҳам бўлиши мумкин). Илдизи олдиндан орқага қараб сиқилган бўлади. Агар бу тишнинг илдизи иккита бўлса, танглай илдизи суяк ичида чуқурроқ ўрнашган бўлади. Иккинчи премолярнинг илдизи асосан битта бўлиб, икки томонидан сиқилган, узунасига тарновчаси бўлади. Илдинининг учи баъзан иккига айрилган ҳам бўлиши мумкин. Бу тишлар тўғрисида ҳам альвеоланинг ташқи девори ичкисига нисбатан юпқа бўлади. Шунинг учун ҳам биринчи суғуриш ҳаракати лунж томонга қаратиб бажарилади.

Премоляр тишларни олиш учун «S»-симон шаклдаги махсус омбурлардан фойдаланилади. Олиш техникасининг қийинлиги сабабли биринчи премолярни олиш мушкулроқ ҳисобланади ва бу кўпинча шу тиш илдинининг кўплиги ва уларнинг тез-тез синиб қолишига боғлиқ бўлади.

Юқорги жагдаги моляр тишларни олиш. Бу гуруҳдаги тишларни олиш учун туберал ва палатинал ўтказувчан оғриқсизлантириш усуллари қўлланади.

Биринчи ва иккинчи моляр тишларнинг одатда учта (иккита лунж ва битта танглай) илдилари бор. Лунж ил-

дизлари икки томонлама сиқилган, калта ва қисқа, танглай илдири эса узун, катта ва конус шаклида бўлади. Биринчи моляр тиш илдиллари иккинчисига нисбатан узунроқ бўлиб, кўпинча тарвақайлаган бўлади. Иккинчи моляр илдиллари (кўпинча лунж илдиллари), баъзан ўзаро бириккан ва қийшайган бўлиши ҳам мумкин.

Биринчи моляр тиш соҳасида альвеоланинг ташқи девори, ёноқ-альвеола суяк қирраси ҳисобига қалинлашган. Шу сабабли ҳам уни силжитиш учун дастлабки ҳаракат танглай томонга қаратиб бажарилади. Иккинчи моляр соҳасида эса ташқи девори ичкисига нисбатан юпқа ва биринчи силжитиш ҳаракати, одатдагидек лунж томонга қаратиб қилинади.

Биринчи ва иккинчи моляр тишларни олиш учун махсус «S»-симон, тишлари кенг ва ҳар хил кўринишда ясалган омбурдан фойдаланилади. Бу омбурнинг чап ёки ўнг (томонига қараб) тишининг учида махсус тиканаксимон ўсимтаси бўлиб, у лунж илдилларининг орасига киритилади ва бу билан ҳар иккала илдири алоҳида қилиб маҳкам ушланади. Бу тишлар юқори жағ тубига яқин (асосан биринчи моляр) турганлиги сабабли, уларни олиш пайтида шу бўшлиқ тубининг тешилиб қолиш эҳтимоли борлигини ҳамма вақт ҳисобга олиш керак.

Юқори жағдаги **учинчи моляр тишни олиш** ҳам ўзига хос айрим хусусиятларга эга. Бу тиш бир неча, ўзаро қўшилиб кетган илдирига эга. Унинг шакли конусга яқин бўлиб, кўпинча илдирининг уч қисми ташқи томонга қараб қийшайганроқ бўлади. Тож қисми қолган молярларга нисбатан кичикроқ ва кўпроқ думалоқ шаклга эга бўлади. Ретенция ва дистония ҳолатлари кўпроқ учрайди. Кўпинча бу тиш альвеоляр ўсиқнинг лунж томонига яқинроқ ёки шу томонида жойланади. Учинчи моляр тишни олиш учун махсус, узайтирилган ўтувчи қисми бўлган, милтиқ найзасимон, калта ва кенг тишлари бир-бирига тегмаган омбурдан фойдаланилади.

Дастлабки силжитувчи ҳаракат лунж томонга қаратиб бажарилади. Кўпинча тиш илдирининг қўшилиб кетганлигини ҳисобга олиб комбинацияланган (спекания, ротация) ҳаракат усулини ҳам қўллаш мумкин. Омбурни қўйиши ва суриб киритиши пайтида, донмо юқори жағ думбоғи томон

чуқур кириб ушлаш ва ҳаракат пайтида уни синдириб қўйишдан эҳтиёт бўлмоқ лозим.

Пастки жағдаги курак тишларни олиш. Бу тишларни олиш учун энгак (ментал) тешиги соҳасида ўтказувчан ва қўшимча тарзда олинадиган тиш тўғрисиға, оғиз туби шиллиқ қавати остига маҳаллий инфилтрацион оғриқсизлантириш ўтказилади. Марказий курак тиш олинганда, қарама-қарши томондан ўтган нерв анастомозларини ўчириш учун пастки лаб юганининг ости ҳам қўшимча инфилтрацион оғриқсизлантирилади.

Пастки жағдаги курак тишларининг биттадан тўғри, ингичка ва ёки ёнбошидан кучли сиқилган илдизи бўлиб, улар кесимида овал шаклида бўлади. Альвеоланинг ташқи девори ичкисига нисбатан юпқа бўлади. Курак тишларни олиш учун қўштымшуксимон омбурдан фойдаланилади. Биринчи силжитиш ҳаракати лаб томонга қараб бажарилади ва у асосан люксациядан иборат бўлади.

Пастки жағдаги қозиқ тишни олиш. Оғриқсизлантириш усули курак тишларни олгандагидан фарқ қилмайди. Бу тишнинг илдизи узун ва кенг бўлиб, икки томонидан сиқилган, конус шаклиға эға. Илдизининг ёнбош томонларида узунасига ётган тарновчаси бор. Кесимида овал шаклға яқин бўлади. Илдизининг учи кўпинча қийшайган бўлиб, бу тиш соҳасида ҳам альвеоланинг ташқи девори ичкисига нисбатан юпқа бўлади. Қозиқ тишни олиш техникаси курак тишларни олишдагисидан фарқ қилмайди. Фақат бу мақсадда ишлатиладиган омбурнинг тишлари кенг бўлади.

Пастки жағдаги премоляр тишларни олиш. Бу тишларни олишда оғриқсизлантиришнинг икки хил усулини қўллаш мумкин: биринчиси, мандибуляр ёки торусал анестезия ўтказиш бўлса, иккинчиси, ментал анестезия ва қўшимча қилиб тил томондан, оғиз туби шиллиқ қавати остига инфилтрацион оғриқсизлантириш ўтказишдир.

Пастки премоляр тишлар ҳам бир илдизли тишлар қаторига кириб, уларнинг илдизи думалоқ шаклда, жуда оз ҳажмда ёнбошларидан сиқилган бўлади. Фақат айрим ҳоллардагина уларнинг илдизлари қийшайган бўлиши мумкин. Иккинчи премоляр тишнинг илдизи биринчисиникиға нисбатан узунроқ ва каттароқ бўлади. Бу тишлар соҳасидаги альвеоляр ўсиқнинг ташқи девори ҳам ичкисига

нисбатан юпқароқ бўлади, деб ҳисобланади. Шунинг учун ҳам, бу тишларни олганда биринчи силжитиш ҳаракати лунж томонга қаратиб бажарилади. Ишлатиладиган омбур қозиқ тишларни олишда ишлатиладиган омбур билан бир хил бўлади. Тишни ўрнидан қўзғатишда комбинацияланган (люксация, ротация) усулдан фойдаланиш тавсия қилинади. Тишлар юқори ва ташқарига йўналтирилиб, тиш катагидан чиқариб олинади.

Пастки жағдаги моляр тишларни олиш. Биринчи ва иккинчи моляр тишларни олиш учун асосан мандибуляр оғриқсизлантиришдан фойдаланилади. Аммо, бу ҳолда, лунж томондан шу тишлар тўғрисида қўшимча инфилтрацион оғриқсизлантириш ўтказиш талаб қилинади. Оғриқсизлантириш мақсадида торусал анестезия усули қўлланилган бўлса, қўшимча анестезияга эҳтиёж қолмайди.

Биринчи ва иккинчи пастки моляр тишларнинг иккитадан илдизлари бўлиб улар: медиал ва дистал (олдинги ва орқадаги) илдизлардир. Илдизлар асосан япалоқ бўлиб, олдиндан орқага қараб сиқилган. Медиал илдиз қалинроқ ва узун бўлиб, кўпинча олдинга қараб ёйсимон эгилган бўлади. Орқадаги илдизи тўғри ва орқароққа йўналган. Бу тишларда аномал ҳолатлар кам учрайди. Биринчи моляр тиш соҳасида альвеоланинг ички ва ташқи деворлари бир хил қалинликда бўлади. Иккинчи молярда эса альвеоланинг ташқи девори, шу ердан ўтадиган пастки жағнинг ташқи қийшиқ чизиғи ҳисобига ички деворига нисбатан қалин бўлади. Бу тишларни олиш учун қўштумшуқсимон махсус омбур ишлатилиб, унинг кенг ва маҳкам тишларининг учидан учбурчак шаклидаги тиканаксимон ўсимталари мавжуд. Бу ўсимталар медиал ва дентал илдизлар оралиғига киритилади ва ҳар иккала илдизни алоҳида маҳкамлаб ушланади. Тишлар люксация ҳаракати билан силжитиб олинади. Биринчи моляр тиш олинаётганда дастлабки ҳаракат лунж, иккинчи молярда эса тил томонга қаратиб бажарилади. Тишлар юқори ва ташқарига йўналтирилган ҳолда чиқариб олинади.

Пастки жағдаги учинчи моляр тишни олиш учун мандибуляр ва торусал анестезия турларидан бир хил муваффақият билан фойдаланиш мумкин. Бунда қўшимча анестезия талаб қилинмайди.

Учинчи моляр тиш ҳам иккита илдизга эга, лекин ўзаро кўшилиб кетиши ҳам мумкин. Кўп ҳолларда бу тиш илдизлари орқага томон қайрилган бўлади. Тишнинг ўзи эса турлича аномалия ҳолатларига (ярим ва тўлиқ ретенция, дистопия, конвергенция, дивергенция) мойил бўлиб, уларни олиш техник жиҳатдан катта қийинчиликлар туғдиради. Ташқи томондан тиш ўта қаттиқ суяк компакт пластинкаси билан чегараланган. Ички томондан эса альвеола девори юпқа бўлади. Бу тиш махсус (горизонтал текислик томон эгилган) омбур билан олинади. Омбур тишлари тузилишига кўра олдинги моляр тишлар учун қўлланилган омбурниқидан фарқ қилмайди. Биринчи силжитувчи ҳаракат тил томонга қаратиб бажарилади. Тиш юқори ва лунж томонга силжитилиб, чиқариб олинади. Баъзан бу тишни омбур ёрдамида олишнинг иложи бўлмайди. Бундай ҳолларда тўғри ёки Леклюз элевагори қўлланади.

ТИШЛАРНИНГ ИЛДИЗЛАРИНИ ОЛИШ

Қолиб кетган тиш илдизлари кўпинча ҳеч қандай қийинчиликсиз олинади, чунки бу илдизлар атрофидаги сурункали патологик жараёнлар альвеола суягига таъсир қилиб, унинг қисман сурилишига сабаб бўлади. Бу эса ўз навбатида илдизнинг анча эркин чиқишига имкон яратади. Аммо тиш илдизи суяк ичида чуқурда жойлашса, альвеола суяги деворлари қалин бўлса, илдиз деворида гиперцементоз пайдо бўлган бўлса ёхуд тиш олиш пайтида илдиз чуқурликда синиб қолса, уни олиш катта техник қийинчиликлар туғдириши мумкин. Кўпинча тишларни олиш пайтида уларнинг илдизларининг синиб қолишига шу жойдаги анатомик шарт-шароитлар (тиш илдизининг дистал томонга қараб кўпроқ қийшайганлиги, дивергенция, жуда узун ёки жуда ингичка илдизлар, альвеола катаги деворининг ҳалдан ташқари қалинлиги ва б.), мавжуд патологик жараёнларнинг оқибатлари (кариоз, декальцинация, гиперцементоз, остеосклероз) сабаб бўлади. Булардан ташқари, илдизларнинг синиб қолишига беморнинг нотинч ҳолати (анестезиянинг етарли бўлмаганлиги ёки беморда нотурғун нерв системасининг мавжудлиги ва б.), аксарият ҳолларда эса врач малакасининг етишмаслиги ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Илдизлар ҳолатига ташхис қўйишда оғиз ичидан олинган рентгенография усули қўл келади.

Илдизларни олиш жараёнидаги оғриқсизлантириш асосан тишларни олишдаги оғриқсизлантиришдан фарқ қилмайди. Аммо маҳаллий инфилтрацион, субпериостал, суяк ичига қилинадиган оғриқсизлантиришларга бўлган кўрсатмалар анча кенгайтирилиши мумкин.

Илдизлар махсус омбурлар (шаклининг туридан қатъи назар, тишларининг учи ҳамма вақт бири-бирига тегиб туради) ва элеваторлар билан суғуриб олиниши ёки бормашина, тор учли қачовлар, жарроҳлик болғачаси ва бошқа асбоблар ёрдамида уриб чиқариб олиниши ҳам мумкин. Шунинг билан бирга, юқори жағдаги (асосан ён томондаги тиш илдизлари олинаётганда) элеваторлар ва қачовлардан фойдаланмаслик, суяк қирраларини махсус тишлатгич асбоб ёрдамида текислаш тавсия қилинади.

Юқори жағдаги фронтал гуруҳ тишларининг илдизларини олиш. Бу тишларнинг илдизлари бўйнига яқин қисмида синиб қолган бўлса, аввало милк илдизи ва альвеола суягидан, лаб ҳамда танглай томонларидан кенг ажратилади. Тўғри ёки милтиқ найзасига ўхшаш махсус омбурнинг тишлари милк тагига киритилиб, альвеоланинг чети билан қўшиб, 3–4 мм чуқурликда ушланади. Омбурнинг тиши жойлаштирилиб, илдиз асосан ротация усулида суғуриб олинади.

Агар бу гуруҳ тишларининг илдизлари ўрта қисмида синиб қолган бўлса, уларни омбур ёрдамида оддий усулда олишга ҳаракат қилиш, милкнинг йиртилиб кетишига олиб келади. Ёнбош курак ва қозик тишлар катаги деворларининг ўрта қисми қалин бўлганлиги сабабли омбурнинг тишлари суякка катта жароҳат етказди. Шунинг учун ҳам бу илдизларни ҳам яхшиси уриб чиқариш усулида олиш тавсия этилади. Тишларнинг илдизлари уч қисмидан синган бўлса, уларни фақат уриб чиқариш усули билангина олиш мумкин.

Юқори жағдаги премоляр тишлар илдизларини олиш. Премоляр тишлар илдизлари, асосан «S»-симон шаклдаги, тиш илдизларини олишга мўлжалланган омбур ёрдамида олинади. Шу мақсадда милтиқ найзасига ўхшаш омбурдан ҳам фойдаланиш мумкин. Бу тишларнинг илдизлари

бўйин қисмига яқин жойидан синиб қолган бўлса, уларни олиш учун кўрсатилган махсус омбурларни ишлатиш кифоя қилади. Бунда биринчи премолярнинг илдизлари бир бутун бўлса, улар олдин лунж ва сўнг танглай томон тебратиш (люксация) усулида олинади. Агар унинг илдизлари ўзаро ажратилган бўлиб, алоҳида-алоҳида ётган бўлса уларнинг ҳар бири алоҳида ушланиб (тишининг учи ўртача кенгликдаги милтиқ найзасига ўхшаш омбур билан), ротация усулида олинади. Ҳар бир ҳолатда ҳам бу илдизлар лунж томон қаратиб суғуриб олинади. Иккинчи премоляр тиш илдизи одатда комбинацияланган (ротация ва қисман люксация) усулда олинади.

Премоляр тишлар илдизлари ўрта ёки уч қисмидан синиб қолиб, шу қолган қисми катакда маҳкам турган бўлса, у ҳолда уни олиш учун уриб чиқариш усули қўлланади.

Юқори жагдаги моляр тишлар илдизларини олиш. Бу тишларнинг илдизлари бўйин қисмига яқин қисмида синиб қолган бўлса, уларни олиб ташлаш учун кўпинча тишларнинг учи кенг бўлган, милтиқ найзасига ўхшаш омбурдан фойдаланилади. Илдизлар бирга чиқади ёки олиш жараёнида ўзаро ажралиб кетиб натижада уларни алоҳида-алоҳида қилиб осон чиқариб олиш мумкин. Аммо синиқ текислиги лунж ёки танглай (ёки бир вақтнинг ўзида иккала томонга қараб ҳам) қияликка эга бўлган ҳолларда, омбур ишлатиш фойда бермайди. Бундай илдизлар одатда ўзаро маҳкам бирланган, йўғон, узун, кўпроқ шохлаган, альвеола деворлари ҳам мустаҳкам бўлади. Ушбу илдизларни олишда омбурлардан қўпол фойдаланиш, элеваторларни асоссиз ишлатиш ноўрин суяк жароҳатига, юқори жаг бўшлиғи тенгилиб қолиши ва унинг ичига тиш илдизларининг киритилиб юборилишига олиб келиши мумкин. Бундай ҳолларда илдизлар бифуркация соҳасида борманина ёки ўткир қачов ёрдамида бир-биридан ажратилди ва алоҳида-алоҳида қилиб ротация усулида олинади.

Пастки жаг фронтал гуруҳидаги тиш илдизларини олиш. Пастки курак тишларининг қолган илдизларини олиш одатда кўп қийинчилик туғдирмайди. Аммо кексаларда бу тишлар илдизларини баъзан кучли остеосклероз ҳисобига қийинчилик билан олиш мумкин.

Пастки қозик тишнинг илдизи узун бўлиб, катак деворлари қалинроқ бўлади. Уни олиш учун одатда тишларининг учи кенг бўлган, илдизларни олишга мўлжалланган қўштумшуксимон омбур қўлланади. Лаб ва тил томон тебратиш ва қисман ротация йўли билан юқори ва ташқарига йўналтирилиб олинади.

Пастки жагдаги премоляр тишлар илдизларини олиш. Бу тишлар соҳасида альвеола суяги анча қалинлашади. Тиш илдизлари бўйин соҳасидан синиб қолганда, уларни омбур тишлари билан бўйнидан пастроқдан ушлашнинг имкони камроқ бўлади. Шунинг учун ҳам илдизни олишни бошлашдан олдин милк ва шиллик қаватни альвеола ташқи деворидан (тил ва лунж томонлардан) кенг қилиб ажратиш керак. Омбур тишларини альвеола деворлари устига қўйиб, 2—3 мм чуқурроққача киргизиш лозим. Шундан кейингина илдизни (катак девори билан бирга қўшиб) маҳкам сиқиб ушлаш мумкин бўлади. Илдизни аввал лунж, сўнг лаб томон қаратиб силжитилади, сўнг ташқари ва юқорига томон йўналтириб чиқариб олинади. Қисман ротация ҳаракатини қилишнинг ҳам имкони туғилади.

Пастки жагдаги моляр тишлар илдизларини олиш. Бу тишлар соҳасида альвеола деворларининг қалинлиги янада ошади (асосан ташқи қийшиқ чизик ҳисобига) ва қолган тиш илдизларини фақат омбур ёрдамида олиш имконияти камаяди. Аммо илдизлар ўзаро бир-биридан ажратилса ёки омбур тишларини бирлашиб турган икки илдиздан бирининг четига илдиришнинг иложи бўлса, у ҳолда илдизларнинг бирини (айрим ҳолларда иккаласини ҳам) чиқариб олиш мумкин бўлади.

Илдизлар бир-биридан фиссур бор, баъзан эса ўткир қачов ёрдамида ажратилади. Бунинг учун аввало лунж томондан милк ва шиллик қават альвеола деворидан кенг ажратилади ва тиш катагининг четини 3—4 мм қалинликда яримойсимон қилиб синдириб, бифуркация очиб олинади. Илдизлар бир-биридан ажратилгач, улар оралиғига бурчакли элеватор (ёки қачовнинг ўзи элеватор ўрнида) киритилади ва улардан бири суриб чиқарилади. Иккинчи илдизни эса бўшаган илдиз катаги орқали киритилган бурчакли элеватор ёрдамида суриб чиқарилади.

Кўпинча элеваторлар ишлатилганда таянч сифатида қўшни тиш катаклари деворидан фойдаланилади. Бунда таянч кучи қўшни тишга тушиб, у ўз ўрнидан сиқиб чиқариб юборилиши мумкин. Бунинг олдини олиш учун элеватор ишлатилган пайтда таянч кучи тушган қўшни тишни чап қўлнинг бош бармоғи билан босиб ушлаб туриш лозим.

Пастки жағдаги учинчи моляр тиш илдизларини олиш, бу тишнинг анатомик шакли ва илдизлари сонининг доимий бўлмаганлиги сабабли катта техник қийинчиликлар туғдириши мумкин. Шунинг учун ҳам бу тишнинг синиб қолган илдизлари фақатгина стоматолог врач маслаҳатидан сўнг олинади.

Бундан ташқари, тишлар илдизлари ўрта ва уч қисмларидан синиб, альвеолотомия операциясини ўтказишга эҳтиёж туғилганда ҳам стоматолог врачга мурожаат қилинади.

ТИШ ОЛИНГАН ЖОЙДАГИ ЯРАГА ИШЛОВ БЕРИШ ВА УНИ ПАРВАРИШЛАШ

Суғуриб олинган тиш ёки унинг илдизи (айниқса, уларнинг бўлаклари)ни бирданига туфдонга ташлаб юбориш ярамайди. Аксинча, уларни жуда эҳтиётлаб, эмал косачанинг четига йиғиш ва тиш (илдиз)нинг ҳамма анатомик қисмлари тўлиқ олинганига амин бўлингандан кейингина уларни ташлаб юбориш мумкин. Кўп илдизли тиш олинганда, унинг бирон-бир илдизи синиб қолиб кетса ва унинг қайси илдиз эканлигини врач аниқламаган бўлса (тиш вақтидан олдин ташлаб юборилган бўлса), у ҳолда шу қолиб кетган илдизнинг топик ташхисини аниқлаш учун кўп вақт сарфланиши ва у техник жиҳатдан ноўрин хатти-ҳаракатларга сабаб бўлиши мумкин.

Олиб ташланган тиш катагида эъгибор билан тафтиш ўтказиш зарур. Дастлаб илдиз катагининг туби, кичик ва ўткир жарроҳлик қошиқчаси ёки каттароқ бошчали қирғич (экскаватор) ёрдамида текширилади. Бу ерда мавжуд бўлиши мумкин бўлган грануляцияон тўқима, гранулема қолдиқлари қириб олиб ташланади.

Катак ичига тушиб қолган суяк синиқлари, майдаланиб кетган илдиз қолдиқлари диққат билан изланиб топилади ва олиб ташланади. Олиш пайтида синиб қимирлаб қолган альвеола катаги девори ҳам атроф тўқимадан ажратилиб олиб ташланади. Альвеола суяги қирраларининг ўткир

жойлари, суяк тишлатгичи ёки омбур ёрдамида тишлатиб олинади ва текисланади. Шундан кейин тиш айлана боғламининг соҳаси диққат билан тафтиш қилинади, чунки шу боғлам олдин тишдан яхши ажратилмаган бўлса, майдаланиб кетган (кўпинча олдин девитализация қилинган тишларда) илдиз бўлаклари шу боғламга илашиб қолиб кетиши ва оқиб турган қон ичида врач уни кўрмай қолиши мумкин. Бу эса оралдан 1–2 кун ўтгач бемор томонидан олинмасдан қолиб кетган илдиз сифатида қабул қилиниб, унинг бошқа шифокорга ортиқча мурожаат қилиши ёки альвеолит касаллигининг келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Энг охириги тиш катаги атрофидаги юмшоқ тўқима ҳолати таҳлил қилинади. Осилиб қолиб, қайта тикланишига шубҳа бўлган лахтаклар кесиб олиб ташланади. Катта йиртилган яралар бўлса, улар четига юпқа кетгут билан чок қўйилади. Милк четлари ўз ўрнига қўйилгач, дока тампон ва панжалар ёрдамида тиш катагининг иккала чети сиқиб қўйилади. Натижада, тиш катагидан ортиқча қон кетиши тўхтайдди, катакнинг кириш жойи анча тораяди. Шундан кейин ҳам қон билан ёпилиши қийин бўлган, ташқарига чиқиб қолиш эҳтимоли бўлган суяк қирралари (асосан илдизлараро суяк тўсинлари) бўлса, улар қўшимча кўпориб олинади ва силтиқланади. Агар тиш олингандан сўнг, унинг катагидан йиринг олинган бўлмаса, альвеола катагини бирламчи соф қон лахтаги билан тўлдириш зарур. Бунинг учун олинган тиш катаги 2–3 дақиқа дока тампонлар билан сўлак тегмайдиган қилиб ўраб қўйилади. Катак қон билан тўлгач, тоза дока тампон қўйилиб, тишлатиб қўйилади. Бирламчи қон лахтагининг альвеола девори билан дастлабки кучсиз ёпилиш даври 15–18 дақиқалигини ҳисобга олиб, шу қўйилган тампонни бемор 15–20 дақиқа тишлаб туриши зарур.

Янги ҳосил бўлган қон лахтаги яқин 1–2 соат давомида тўлиқ шаклланади ва альвеола суяқларига етарлича (чиқиб кетмайдиган даражагача) ёпишади. Шунинг учун ҳам тиш олиш операциясидан кейин 2 соат давомида қон лахтагини катакда сақлаб қолиш учун беморга оғзини чаймаслик, овқат қабул қилмаслик тайинланади. Шу мақсадни кўзлаган ҳолда ҳамда қон лахтагининг суяк деворига тамоман ёпилиш даври 12–15 соат давом этишини ҳисобга олиб, ундан шу

давр ичида оғзини тез-тез чаймаслиги ва ўта иссиқ овқат истеъмол қилмаслиги, оғир меҳнат қилмаслиги сўралади.

Агар тиш олингандан сўнг, унинг катагидан йиринг олинган бўлса, у ҳолда тиш катаги тубида ва деворларида фаол жароҳатловчи ҳаракатлар қилмаслик зарур. Акс ҳолда инфекциянинг суяк ичига итариб киритиш хавфи пайдо бўлиши мумкин. Бунда тиш катаги антисептик эритмалар билан яхшилаб ювилади ва кириш қисми 5–10 дақиқа доқа тампон билан беркитилиб қўйилади. Беморга оғзини тез-тез 1–2% ли чой содаси (бикарбонат натрий) ёки калий перманганатнинг оч-қизил ранги эритмаси билан чайиб туриш буюрилади.

Бирваракайига бир неча тиш олинган (агар улар ёнма-ён турган бўлса) бўлса, у ҳолда тишлар оралиғидаги милк тўсинлари йиртилиб кетиб, катта яра пайдо бўлади. Шу ярани кичрайтириш учун чиқиб қолган тишлар ва илдизлараро суяк тўсинлари тишлатгичлар ёки омбур тишлари ёрдамида қўпориб олиниб текисланади ва айтилган милк тўсинлари соҳасига чок қўйилиб чиқилади. Айрим ҳолларда милкнинг ўзига ҳам чоклар қўйилиши мумкин.

Олинган тишларнинг ўрни асоратсиз битганда, бу жараён деярли оғриқсиз кечади ва 12–14 кун ичида текис грануляция билан қопланиб, 1–4 ой ичида тўлиқ эпителийланиб битади. Тиш катагидаги қон лахтаги остеоид тўқима билан алмашади. Оқибатда, агар олиш жараёни ўта травматик кечмаган бўлса, альвеола ўзининг 1/3 баландлигини йўқотган ҳолда суякланиб битади ва тиш протезлашга тайёр бўлади. Тиш олингандан сўнг 6 ой муҳлат ўтгач альвеола суягида имплантация операциясини ўтказиш учун шарт-шароит туғилади.

Катта жароҳат етказилиб олинган тиш катакларида ялиғланиш аломатлари мавжуд бўлса, битиш жараёни жуда узоқ (30–40 кун) даврга чўзилади. Бунда суякланиш жараёни нуқсонли кечиб, тиш протезлаш ҳамда имплантация учун шарт-шароитлар чегараланган бўлади.

ТИШ ОЛИШ ОПЕРАЦИЯСИНING АСОРАТЛАРИ

Тиш олиш операциясини бажариш жараёнида умумий ва маҳаллий тавсифга эга бўлган асоратлар кузатилиши мумкин. Умумий тавсифдаги асоратларга қисқа вақтга ҳуш-

дан кетиш, коллапс ва айрим ҳолларда шок ҳолатларининг пайдо бўлиши киради (улар тўғрисида маълумот юқорида берилган эди). Бундай асоратлар юзага келишига, асосан бемордаги кучли ҳис-ҳаяжон, кўрқув ҳолати ва нотурғун нерв тизимининг мавжудлиги сабаб бўлади. Айрим ҳолларда эса улар анестезия етарли бўлмаганда ҳам юзага келиши мумкин.

Маҳаллий тавсифдаги асоратлар юзага келиш даврига қараб, тиш олиш операцияси пайтидаги ва операциядан кейинги даврдагиларга бўлинади.

Тиш олиш операцияси пайтида юзага келадиган асоратлар. 1. Олинаётган тишга нисбатан қўшни турган тишларнинг синиши ва ўз ўрнидан чиқиши. Бу асосан тиш ёки унинг илдизлари элеваторлар ёрдамида олинаётганда кузатилиши мумкин. Сабаби, врач элеваторни ишлатганда таянч тишни чап қўлининг бош бармоғи билан босиб ушлаб турмаганлигидадир.

Давоси: тиш қисман ўз ўрнидан чиққан бўлса, у ўз ўрнига репозицияланиб, илгаксимон шина билан ёки пластмасса-ли шина-қалпоқ кийдириб маҳкамлаб қўйилади. Тўлиқ чиқиб кетганда эса реплантация қилинади. Қўшни тишнинг тож қисми синиб кетганда унинг даражаси, девитализация қилиш керак ёки керакмаслиги, сақлаб қолиш имкониятлари ҳисобга олинади ва шунга яраша чора кўрилади. Эмалнинг четлари ўчиб кетганда (асосан бу антагонист тишларда кўпроқ кузатилади), ундаги ҳосил бўлган нуқсонни нур билан қотириладиган композитли пломба ёрдамида берки-тиш яхши самара бермоқда.

2. Милк ёки оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг йиртилиб шикастланиши. Бу кўпинча тишни олишдан олдин милкнинг тиш бўйни ва альвеолар суякдан етарлича ажратилмаганлиги ҳамда омбур учларини қўйини пайтида милкни ҳам қўшиб ушлаш натижасида кузатилади. Кўпроқ наст-ки жағдаги тишлар олинганда қайд этилади. Сабаби, оғиз яхши очилмаса ёки ёруғлик етарли бўлмаса, омбурни қўйишда врач хатога йўл қўйиши мумкин. Одатда жароҳат шу олинаётган бир тиш соҳасида (яхши ажратилмаган милк остига омбур учини чуқур киритишга ҳаракат қилинганда), баъзан эса тил томондан лентасимон бўлиб, бир неча тишлар соҳасида суякдан ҳам ажралиб йиртилиши мумкин.

Тишларни қўпол ҳаракатлар билан, альвеола деворларини ўта майдалаб олиш жараёни ҳам милкларнинг қўплаб жароҳатларига сабаб бўлиши мумкин. Жароҳатланган милк олатда қонайди ва ишлашга халақит беради.

Давоси: милк яраси четларига оддий чоклар қўйиб, у қайта тикланса қон кетиш тўхтайтиди. Аммо жуда эзилиб кетган лахтаклар бўлса уларни қирқиб олиб ташлаш зарур. Бунда альвеола суягининг очилиб қолмаслигига эътибор бермоқ лозим. Агар шиллиқ қават суякдан бир неча тиш тўғрисида ажралиб йиртилган бўлса, у тафтишдан ўтказилгач, ўз ўрнига қўйилади ва тишлар орасидаги сўргичлар соҳасидан чоклар қўйиб билан маҳкамланади.

3. Тиш илдизларининг атрофдаги юмшоқ тўқималарга суриб чиқарилиши. Бу тиш илдизларини олиш техникасининг қўпол равишда бузилиши, элеваторларнинг нотўғри йўналишда қўлланилиши, ноўрин куч ишлатилиши оқибатида кузатилиши мумкин. Иккинчи бир ҳолат, бу милк тишдан ажратилганда ёки омбур учи жуда чуқур киритилганда, атрофдаги юмшоқ тўқима суяк усти пардаси билан биргаликда кенг жойда суякдан ажралиб кетганда, суяк бўлақлари ёки илдиз ва унинг қолдиқлари суяк билан суяк пардаси орасига тушиб қолиб кетганда аниқланади. Бу яра-нинг битиши даврида бемор овқат қабул қилганда, тили билан текканда ёхуд пластинкали протездан фойдаланганда оғриқ бериши билан намоён бўлади.

Юмшоқ тўқима ичига силжиб кетган илдизни пальпация қилиб аниқлашнинг иложи бўлса, уни шиллиқ қаватнинг шу жойида кесиб қириб олиб ташланади. Чуқурда қолган илдизнинг (кейинчалик у яллиғланиб, жағ ости соҳасидаги тери ва тиш катагида оқма ҳосил қилиши мумкин) ўрни аниқлангач, уни стационар шароитда олиб ташлаш зарур.

4. Альвеоляр ўсиқ ёки жағларнинг бир қисмининг олинаётган тиш билан бирга қўпорилиб чиқиши. Бундай ҳолат юқори жағдаги ақд тишини олиш пайтида, омбур учини чуқур киритиб юқори жағ дўмбоғи билан қўшиб ушлаганда рўй бериши мумкин. Айрим ҳолларда, тиш илдизлари атрофидаги сурункали яллиғланиш жараёнлари атроф суякда остеоосклерозни (суяк тўқимасининг қаттиқлашиши) чақиради ва натижада илдиз альвеола девори билан узвий

қўшилиб кетади. Бундай тишлар олинганда ҳам улар билан бирга альвеоляр ўсиқнинг бир қисми синиб кўпорилиб чиқади.

Бундай асорат рўй берганда жарроҳ стоматолог врачни маслаҳатга чақариб, керакли ёрдам кўрсатилади.

5. Пастки жағнинг чакка-пастки жағ бўғимидан чиқиб кетиши. Одатда бу асорат пастки жағдаги ёнбош тишларни олиш пайтида оғизнинг жуда катта очилиши ва врач томонидан керагидан ортиқ босим кучи берилиши натижасида кузатилади. Айрим ҳолларда бу асорат тишни олиш пайтида врач томонидан ёки илдизлар уриб чиқарилаётганда ёрдамчи ҳамшира томонидан пастки жағни маҳкам ушлаб турмаганда ҳам рўй бериши мумкин. Кўпинча пастки жағ бир томонлама чиқиб, у бемор оғзининг ёпилмай, энгагининг соғлом томонга сурилиб қолиши билан намоён бўлади. Чиқиб қолган жағ одатда ўз ўрнига Гиппократ усулини қўллаш йўли билан солиб қўйилади ва бир неча кун унинг ҳаракати чегараланади.

6. Пастки жағнинг синиши. Бу асорат одатда пастки жағдаги иккинчи, учинчи моляр тишлар ва уларнинг илдизлари элеватор ёки қачов ишлатиб уриб чиқариш йўли билан олинаётганда, тиш олиш техникасининг қўпол равишда бузилиши сабабли юз беради. Аммо бундай асоратнинг келиб чиқишига жанда айрим патологик жараёнлар (радикуляр, фолликуляр кисталар, жағ ўсмалари, остеомиелит ва б.) борлиги оқибатида унинг нозиклашиб қолганлиги ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Пастки синган жағга шу заҳоти ташхис қўйиш одатда жуда қийин. Унинг белгилари ўтказилган анестезия ва кейинчалик тиш катагидаги оғриқ билан боғлиқ бўлиши мумкин. Аммо орадан 5—6 соат ўтгач бемор жағида оғриқ пайдо бўлиб, у оғзини очишга қийналади ва луқмани чайнай олмайди. Ташхис жағни рентгенография усулида текшириш натижасига кўра қўйилади. Бундай беморни стационарга ётқизиб, жағлар махсус шиналаш йўли билан даволанади.

7. Юқори жағ тубининг тешилиб қолиши (перфорацияси). Бу асоратнинг келиб чиқишига, асосан юқори жағда индивидуал анатомик шарт-шароитларнинг мавжудлиги сабаб бўлади. Жумладан юқори жағ бўшлиғининг пневматик турида, унинг ҳажми меъеридан катта бўлиб, пастки

чегараси (туби) альвеоляр ўсиқ, ҳатто моляр тишлар ил-дизлари орасидаги тўсин ичигача тушган бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда тиш илдининг учки қисмида жойлаш-ган патологик жараён (сурункали периодонтитлар, ради-куляр киста ва б.) илдиз билан бўшлиқ туби ораллиғидаги суяк деворини емириб юбориши, баъзан эса гранулемалар юқори жағ бўшлиғи шиллиқ қавати билан қўшилиб ёпи-шиб қолган бўлиши ҳам мумкин. Бундай пайтда тиш олиш техникаси бузилмаганда ҳам юқори жағ бўшлиғининг туби тешилиб қолиши мумкин.

Айрим ҳолларда бундай асоратлар врачнинг айби билан ҳам юзага келиши мумкин. Масалан, юқори жағдаги моляр тишлар олинаётганда элеватор ва қачовлардан қўпол ҳолда фойдаланиш, олинган тиш катаги тубидан гранулемалар-ни куч ишлатиш йўли билан қириб олишга ҳаракат қилиш ва бошқалар.

Юқори жағ бўшлиғи тубининг тешилиб қолганлигини билиш учун қуйидаги белгиларга эътибор берилади: олин-ган тиш катагидан оқиб чиқётган қонда кўпик (ҳаво пу-факчалари аралашини нағжасида) пайдо бўлади. Катак туби зонд ёрдамида текширилганда, катак туби йўқ бўлиб, у чуқурликка тушиб кетади. Бемор панжалари билан бур-нини бекитиб, бурни орқали нафас чиқаришга ҳаракат қилганда, олинган тиш катагидан ҳаво оғизга томон ўтга-нини сезади. Беморнинг боши олдинга эгилганда, унинг шу томондаги бурун бўшлиғидан қон оқиб чиқиши мум-кин. Қўшимча текшириш усули сифатида, юқори жағ бўшлиғи ва альвеоляр ўсиқ (С.Ҳ. Юсупов усулида) рентге-нографияси тавсия қилинади.

Бу асорат рўй берган тақдирда тиш врачлари тиш олиш билан боғлиқ барча ҳаракатларни тўхтатиши ва олинган (олинаётган) тиш катагининг кириш жойига йодоформли дока-лента қўйиб, жарроҳ стоматолог врачини маслаҳатга чақариши лозим.

Юқорида келтирилганлардан ташқари тиш олиш опе-рацияси пайтида эҳтиёт чорлари кўрилмасдан ишлаганда, тиш ёки альвеола катагидан отилиб чиққан илдиз оғиз бўшлиғига, сўнг эса нафас йўлларига тушиб қолиб, обту-рацияланган асфиксияга сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолат юзага келганда зудлик билан жарроҳ стоматолог врачлари ёр-

дамга чақирилади. Одатда, бундай пайтларда трахеотомия операциясини ўтказиш учун кўрсатма пайдо бўлади. Тиш врачлари эса стоматолог етиб келгунча бемор оғиз бўшлиғини барча ёт жисмлардан тозалайди, нафаснинг тамоман чиқмай қолишининг олдини олиш чора-тадбирларини кўради.

Оғиз бўшлиғига учиб тушган тиш ёки унинг илдизи бемор томонидан ютиб юборилиши ҳам мумкин. У ҳолда уларнинг ўзи табиий йўл билан чиқиб кетади ва махсус ёрдам талаб қилинмайди.

Тиш олингандан кейин юзага келиш эҳтимоли бўлган маҳаллий асоратлар қуйидагилардан иборат:

1. Қон кетиши. Тиш олингандан кейинги қон кетиши ҳоллари икки хил бўлади: 1) бирламчи қон кетиши — тиш олингандан кейин қон оқишининг узоқ вақт тўхтамаслиги; 2) иккиламчи қон кетиши — тиш олингандан сўнг қон оқиши тўхтаб, аммо бир неча соат (баъзан бир неча кун) ўтгач қон оқишнинг яна қайталаниши.

Қон маҳаллий ва умумий сабабларга кўра кетиши мумкин. Тиш олиш пайтида милк ва альвеола суягини кучли жароҳатлаш, олинган тиш катагига етарлича ишлов бермаслик, адреналин эритмасини ўринсиз кўп ишлатиш, тиш катагида грануляция тўқимасининг қолиб кетиши, атроф тўқимада яллиғланиш аломатларининг борлиги маҳаллий сабаблар жумласига киради. Умумий сабабларга қон ивиш жараёнининг бузилиши билан кечувчан (геморрагик диатезлар, гемофилия, Верильгоф касаллиги, Рендю—Ослер касаллиги, Виллебранд касаллиги, геморрагик васкулит, С-авитаминоз) ёки қон томир тизими бузилиши билан кечувчи (ўтқир лейкоз, септик эндокардит, инфекцион гепатит, терлама, қизамиқ ва б.) касалликлар киради.

Булардан ташқари хафақон касаллигига мубтало беморларда ёки антикоагулянт дорилар (гепарин, неодекумарин, синкумар, фенилин ва б.) билан даволанаётган беморларда ҳам қон кетишига мойиллик бўлади. Иккиламчи қон кетишига, баъзан оғир меҳнат билан шуғулланиш, тиш олингандан кейин оғизни кўп чайиш ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Тиш катагидан қон кетганда, дастлаб шу катак ва атроф тўқимада, қон кетаётган жойни аниқлаш мақсадида

(огриқсизлантириш остида) тафтиш ўтказмоқ лозим. Одатда қон катак тубида жойлашган тиш артериясида, альвеола деворининг жароҳатланган ёки атрофдаги юмшоқ тўқиманинг йиритилган жойидан оқиб чиқаётган бўлиши мумкин. Буни аниқлаш эса, кўрсатиладиган ёрдам тактикасини белгилайди. Бунинг учун аввало оғиз бўшлиғи қон лахталиридан тозаланади, сўнг олинган тиш катаги атрофи қондан тозаланиб, шиллиқ қаватдаги жароҳатлар аниқланади. Қон фақат шиллиқ қаватданми ёки бир вақтнинг ўзида суяк тўқимасидан ҳам кетаётгани аниқланади. Милк жароҳати дока тампон билан маҳкам босиб ушланиб, тиш катаги тафтишига ўтилади. Бунинг учун катак қон лахтагидан тозаланади, 3% водород пероксиди эритмаси билан ювилади ва қуриштилади. Катак деворлари тафтиши давомида суяк синиқлари ва синиб қимирлаб қолган, лекин юмшоқ тўқима билан ёпишиб турган суяк бўлақлари ҳам олиб ташланади. Суякнинг ўткир қирралари текисланади.

Агар қон катак деворининг жароҳатланган жойидан кетаётган бўлса, шу жойга тўғри элеватор учини (ёки бошқа бир учи ўтмасроқ тўғри асбоб) қўйиб, жароҳ болғачаси билан уриб эзилса, қон оқишини тўхтатиш мумкин. Қон жароҳатланган тиш артериясидан, тиш катаги тубидан оқаётган бўлса, у ҳолда тиш катаги кичик кенгликдаги йодоформли дока лента билан жипслаб тампонланади ва қон тўхтатилади. Аммо қон фақат йиртилган шиллиқ қаватдан оқаётган бўлса, унинг четларига оддий чоклар қўйилиб тикилади ва қон тўхтатилади. Айрим ҳолларда қон бир вақтнинг ўзида ҳам суяк тўқимасидан ҳам шиллиқ қаватдан оқади ёки унинг қаердан оқаётганини аниқлашнинг имкони бўлмаслиғи мумкин. Бундай пайтларда тиш катаги каппрофер эритмасига бўктирилган дока тампон, гемостатик говак ёки гемостатик дока бўлағи билан тўлдирилиб, шиллиқ қаватнинг йиртилган жойлари чок билан тикиб ташланади. Айрим манбаларда тавсия қилинувчи, яъни қон оқаётган жойни перманганат калийнинг қуруқ кристали билан куйдириш усули қўлланилмайди. Чунки бу усул қўшимча жароҳатлаши, самара бермаслиғи мумкин.

Тиш катагига киритилган йодоформли дока тампон 5—6 кундан сўнг олиб ташланади. Бундан эрта муддатда олиб ташланганда иккиламчи қон кетиши мумкин.

Кечки иккаламчи қон кетганда, анестезия остида тиш катаги қон лахталари ва ёт жисмлардан тозаланади, антисептик эритмалар билан ювилади ҳамда юқорида кўрсатилган гемостатик препаратларнинг бири билан тўлдирилиб, устидан дока тампон қўйилиб, 15–20 дақиқа тишлаб турилади. Қайта текширганда қон кетмаса, беморга уйига кетишига рухсат берилади.

Агар қайта текширганда қон кетиши тўхтамаган бўлса, ёки бу қон кетишнинг умумий сабаблари борлигидан шубҳа туғилса, у ҳолда тиш врачлари жарроҳ стоматологни маслаҳатга чақиради ва унинг кўрсатмасига асосан иш кўради.

2. Операциядан кейин олинган тиш катагининг оғриши.

Одатда олинган тиш ўрни, анестезия таъсири ўтгандан кейин озроқ оғрийди ва бу оғриқ бир неча соатдан кейин изсиз йўқолади. Аммо айрим ҳолларда, орада 1–3 кун ўтгач, шу жойда кучли оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Бемор оғриқ зарбидан кечаси ухлай олмайди, аналгетикларни ичиш ҳам наф бермайди. Одатда бундай оғриққа тиш олиш пайтида унинг катагига бирон-бир ёт жисмнинг (тиш синиқлари, пломба бўлаклари ва б.) тушиб қолиши ёки олиш пайтида тиш катаги деворларининг ўта кучли босим билан шикастланиши (масалан, илдизлари тарвақайлаб кетган кўп илдизли тиш олинганда, гиперцементозли ёки илдиз учлари қийшайган тишлар техник қийинчиликлар билан олинганда) натижасида яранинг битишининг меъёрда эмаслиги (бузилиши) сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек, бундай оғриқлар очилиб қолган альвеола суяги ва теккиеланмай қолган альвеола катаги деворлари сабабли ҳам кузатилиши мумкин. Таъхис қўйганда оғриқнинг борлиги, аммо ялғизланиш жараёнининг йўқлиги ҳисобга олинishi зарур. Аке ҳолда бу оғриқ альвеолит деб аталувчи тиш катаги ялғизланиш касаллигининг бир белгиси ҳисобланади, холос. Давоси эса аниқланган сабабларни жарроҳлик йўли билан бартараф этини ва оғриққа қарши консерватив чора-талбирлар кўришдан иборатдир.

3. Альвеолит касаллиги. Бу касаллик олинган тиш катаги деворларининг инфекция тушиши ва травма оқибатида тўқималар реактивлигининг пасайиши натижасида ялғизланишидир. Унинг сабаблари қуйидагилардан иборат бўлиши мумкин: **а)** тиш олиш пайтида альвеола катаги деворлари

ва катаклараро тўсиннинг майдаланиб кетиши; б) милк ва шиллик қаватларнинг операция пайтида эзилиб йиртилиб кетиши натижасида альвеола суягининг очилиб қолиши; в) тиш олингандан кейин илдизлар ёки тишлараро суяк тўсинлари, катакнинг ўткир қиррали деворлари ортиқча жойларининг олиб ташланмаганлиги; г) элеватор ва қачовлар билан альвеола суягига кучли жароҳат етказилганлиги; д) тиш олиш операциясининг узоқ ва жароҳат билан кечганлиги; е) олинган тиш катагида инфекциянинг мавжудлиги (ўткир ёки хурж қилган периодонтит, асоратланган пародонтит ва б.); ж) кечирилган соматик касалликлар оқибатида организм умумий реактивлигининг пасайганлиги.

Бемор олинган тиш ўрнидаги доимий, кучли, қулоқ, чакка соҳалари ва бошининг ярмигача тарқалувчи оғриқдан, умумий ҳолатининг ёмонлашганлигидан, ҳолсизликдан ҳамда тана ҳароратининг ошганлигидан шикоят қилади. Оғриқ кучлилигидан беморнинг овқатланиши қийинлашади, уйқуси бузилади. Бемор оғзидан қўланса ҳид келиб туради (fetor ex orae). Олинган тиш катагида қон лахталарининг фақат қолдиқларини топиш мумкин. Унинг деворлари кулранг, қўланса ҳидли караш билан қопланган бўлиб, атроф шиллик қавати қизарган, шишган, пальпация қилганда оғрийди. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган, оғриқли. Юз юмшқоқ тўқималари шу тиш соҳасида шишган бўлиши мумкин.

Давоси. Беморда маҳаллий оғриқсизлантириш ўтказилгач, қуйидаги икки усулдан бири қўлланади. 1. Тиш катаги антисептикларнинг илиқ эритмаси билан босим остида (шприц ва учи ўтмаслаштирилган нинадан фойдаланиб) ювилади. Бунинг учун 3% водород пероксида, 1:5000 нисбатдаги фурацилин, 1:1000 нисбатдаги пермаганат калий, хлоргексидин эритмалари ишлатилади. Катакдаги караш, овқат қолдиқлари ва сўлак ювиб чиқарилади. Сўнг кичкина, ўткир жарроҳлик қошиғи ҳамда қирғичлар ёрдамида катакдаги қон лахтагининг қолдиқлари, суяк ва тиш бўлақлари, грануляцияон тўқималар эҳтиётлик билан қириб олиб ташланади, катак яна бир маротаба антисептик эритмалар билан ювилади, дока тампон билан қуриштилади. Шундан кейин тиш катаги атрофини стерилланган пахтали бўлақчалар билан ўраб, сўлак тушишидан эҳтиётлана-

ди. Бир неча дақиқадан сўнг тиш катаги янги соф қон лахтаги билан тўлади. Унинг катакда яхши ушланиб қолиши учун устидан йодоформ порошоги (ёки тетрациклин порошоги) сепилади ва дока тампон билан ёпиб 30 дақиқага тишлатиб қўйилади. Шу мақсадда солкосерил дентал адгезив пастасини қўллаш ҳам яхши самара беради. Бу паста адгезив (ёпишиш) хусусиятга эга бўлганлиги учун унинг таъсири 4–5 соатга чўзилади. Уй шароитида эса беморнинг ўзи муолажани бажаради (3–5 кун давомида). Бундан ташқари бу паста тўқималарнинг маҳаллий реактивлигини оширади ва битиш жараёнини тезлаштиради.

2. Олинган тиш катаги антисептик билан ювилиб, тозаланиб қуритилгач, деворларига анестезия порошоги сепилади ва йодоформли дока тампон билан ёпиб қўйилади. Катак ҳар куни (5–7 кун давомида) антисептик билан ювилиб тозаланади, протеолитик ферментлар (химопсин, хнотрепсин, папаин) билан ишлов берилади ва яна шу тампон билан ёпиб қўйилади. Бу усулнинг етарлича самарадорлигини эътироф этган ҳолда, шуни айтиш керакки, бу усулда даволанганда тиш катагининг грануляцияланиб битиш даври чўзилиб кетади (камида 2 ҳафтага). Усиз ҳам парчаланиб кетган тиш катаги ўрнида секин битадиган чуқурлик ҳосил бўлиб, у ерга овқат қолдиқлари кириб қолади ва бу оғиз гигиенасининг бузилишига олиб келади. Нағижادا оғиз бўшлигини протезлашга тайёрлаш даври ҳам чўзилиб кетади.

Булардан ташқари, яллиғланган тиш катаги атрофига новокаинли блокада қилинади. Бунинг учун ўтувчи бурма соҳасига 5–10 мл 0,5% новокаин эритмаси юборилади. Муолажани бир кун ўтгач қайтариш ҳам мумкин. Физиотерапия усулларида УВЧ, флюктуризация, лазертерапия ва бошқалар тавсия қилинади. Оғиз бўшлигини кунда 4–6 маҳал 40–42 °С ли перманганат калийнинг 1:3000 нисбатдаги ёки 1–2% гидрокарбонат натрий эритмаси билан оғиз ваннаси сифатида чайиб туриш тайинланади. Ичиш учун сульфаниламид препаратлари, аналгетиклар, антибиотиклар ва витаминлар буюрилади.

6. ТИШ-ЖАҒ ТИЗИМИНИНГ ОДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

ОДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Юз-жағ соҳасида учрайдиган яллиғланиш касалликлари асосан инфекцияли яллиғланиш жараёнлари бўлиб, улар патоген хусусиятли микроорганизмлар томонидан чақирилади. Бу микроорганизмлар 95—98% ҳолларда тўқима ичига кариес касаллиги оқибатида емирилган тиш каваклари орқали кириб, бундай патогенезга эга бўлган яллиғланиш касалликлари «одонтоген яллиғланишлар» деб аталади.

Агар касаллик чақирувчи микроб тўқима ичига оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг шикастланган жойи орқали кирган бўлса, у стоматоген, муртак безлари орқали кирган бўлса — тонзиллоген, бурун шиллиқ қавати орқали кирган бўлса — риноген, қулоқ тизими орқали кирган бўлса — отоген ва ҳоказо деб аталади.

Касаллик чақирувчи микроорганизмларнинг кўпи, одатда тиш қавагида, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида, юз терисида вегетацияланиб, маълум шарт-шароитлар туғулмагунча патогенлик хусусиятини намоён қилмайди. Тиш бўшлиғи очилиб қолиши натижасида микроблар пульпа тўқимаси ичига киради ва улар сабабли икки хил ҳолат кузатилиши мумкин. Биринчи ҳолатда микроблар маҳаллий ҳимоя кучлари таъсирида ўлдирилади, иккинчи ҳолатда эса улар лимфа йўллариغا тушиб, унинг оқими бўйлаб лимфа тугунларигача етиб боради ва шу ерда ушлаб қолинади ва йўқ қилиб ташланади. Бундай ҳолатлар инсон организмиде ҳимоя омиллари етарли бўлгандагина намоён бўлади. Агар лимфа тугунида микроорганизм ушланиб қолинмаса, у ҳолда у қон айланиш тизими ичига тушиб, бутун организмга тарқалиши, яъни септик ҳолат юзага келиши мумкин. Кўпинча эса янги шароитга тушган микроорганизм, шу муҳитга мослашиб кўпая бошлайди ва ўзидан оқсил хусусиятига эга бўлган захарли моддалар — экзотоксинларни чиқаради. Улар эса ўз навбатида антигенлик хусусиятига эга бўлиб, айрим тўқималарни танлаб шикастлайди.

Микроорганизмлар ўлиши ва парчаланиши оқибатида ҳам улардан захарли моддалар, эндотоксинлар ажралиб

чиқади. Бу захарли моддаларнинг атроф тўқимага жароҳатловчи таъсири натижасида организмда яллиғланиш реакцияси бошланади ва натижада шу инфекция кирган жой чегараланади. Бу реакциянинг юзага келиши, биринчидан, инфекция чақирувчи микроб вирулентлиги (микроорганизмларнинг патогенлик хусусияти ва уларнинг миқдор даражаси) ҳамда микроорганизмнинг иммунологик реактивлигига боғлиқ бўлади.

Одонтоген яллиғланишни чақирувчи микроорганизмларда одатда стафилококklar, стрептококklar, энтерококklar, диплококklar, граммулбат ва грамманфий таёқчалар ҳамда бошқалар бўлади. Улар монокультура ёки микроорганизмлар ассоциацияси сифатида бўлиши мумкин. Баъзан улар орасида замбуруғлар, микоплазмалар, трихомонадлар, спирохеталар учраши мумкин. Улар орасида анаэроблар (облигат анаэроблардан бактериоидлар, фузобактериялар, пептострептококklar ва б.) ҳам учраши мумкин.

Тиш илдизларининг учи атрофидаги сурункали яллиғланиш касалликларининг хуруж қилиш механизми ҳам одатда жароҳатланишга (тиш тўқимаси орқали ўтган механик жароҳат ёки тиш канали бекилиб қолиши натижасида яллиғланиш ўчоғидаги босимнинг ошиб кетиши) боғлиқ бўлади ва бу ҳолат жараённинг бошланиши учун туртки ҳисобланади. Бу жараёнда стресс омиллари (совуқ қотиш, кучли ҳис-ҳаяжон, жароҳат ва б.) ҳам алоҳида аҳамиятга эга. Шундан кейинги ўткир яллиғланиш реакциясининг барча босқичлари кетма-кет намоён бўла бошлайди.

ОДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ ТАСНИФИ

Кундалик амалиётда одонтоген яллиғланиш касалликларининг клиник-рентгенологик таснифи қўлланади.

Ушбу тасниф бўйича куйидаги касалликлар фарқланади:

1. Периодонтитлар

1. Ўткир периодонтитлар:
 - а) серозли
 - б) йирингли
2. Сурункали периодонтитлар:
 - а) грануляцияланувчи
 - б) гранулематоз
 - в) фиброз
3. Хуруж тутган босқичдаги сурункали периодонтитлар

II. Жағлар периоститлари

1. Ўткир йирингли периостит
2. Сурункали периостит

III. Жағлар остеомиелитлари

1. Клиник кечишига қараб:
 - а) ўткир
 - б) ўткир ости
 - в) сурункали
 - г) сурункали хуруж тутган
2. Тарқалганлик даражасига қараб:
 - а) чегараланган
 - б) диффуз

IV. Юз-жағ ва бўйин соҳалари абсцесси ва флегмоналари

ПЕРИОДОНТИТЛАР

Периодонтит (periodontitis) — бу тиш илдизи билан альвеола катаги оралиғидаги ёриғида жойлашган (периодонт) тўқиманинг яллиғланиш касаллиги бўлиб у инфекцияли, жароҳатли ва медикаментоз тавсифга эга бўлиши мумкин.

Инфекция, одатда кариес натижасида емирилган тиш қаваги орқали тиш пульпаси ва сўнг тиш илдизи канали орқали илдиз учи атрофидаги периодонт тўқимасига тушади. Бундай периодонтит апикал периодонтит дейилади. Айрим ҳолларда эса инфекция периодонт тўқимасига тишнинг бўйин атрофидаги тиш айлана боғламининг емирилиши орқали киради ва бундай периодонтит маргинал (четдан кирган) периодонтит деб аталади.

Жароҳатли периодонтит касаллиги муайян тишга тушган бир мартали (зарба, лат ейиш) ёки сурункали жароҳат (тишга қўйилган пломба ёки сунъий қоплам баланд бўлиб окклюзия бузилган бўлса, одат тусига кириб қолган зарарли кўникмалар: ёнғоқни тиш билан чақиш, кунгабоқар уруғини чақиш, ғалтакли ипни тиш билан узиш, тишлар орасида қаттиқ нарсаларни ушлаш ва б.) натижасида ривожланиши мумкин.

Медикаментозли периодонтит, одатда пульпит касаллигини даволаш мобайнида кучли таъсир қилувчи дори моддалари (мишьякли паста, резорцин формалин ва б.) қўлланилганда ёки бирон-бир дори моддасига нисбатан

периодонт тўқимасида аллергия реакция пайдо бўлганда келиб чиқиши мумкин.

Кундалик амалиётда асосан илдииз учи атрофида ривожланган инфекцияли апикал периодонтит касаллиги кўп учрайди.

Ўткир периодонтит – бу периодонт тўқимасининг ўткир яллиғланишидир. Бу касалликнинг серозли шаклида бемор муайян бир тишда унчалик кучли бўлмаган, аммо тишлаб босганда кучаявчи оғриқдан шикоят қилади. Унинг ўткир йирингли шаклида эса беморлар лўқиллаб турувчи, ўта кучли, уч шохли нерв толалари бўйлаб тарқалувчи (радиацияланувчи) оғриқдан шикоят қиладилар. Оғриқ доимий бўлиб, босиб турилганда бир оз пасаяди. Бемор шу тиши ўз ўрнидан ўсibroқ қолганидан шикоят қилади. Касалликнинг ўзига хос белгилари – бу беморнинг оғриётган тишини аниқ кўрсатиши, тишни вертикал ва горизонтал перкуссия қилганда (уриб кўрганда) кучли оғриқ пайдо бўлиши. Оғриётган тиш одатда кариоз емирилган бўлиб, қимирлаб туради. Касал тиш илдизи учининг проекциясида шиллиқ қават қизарган, шишган бўлиб, пальпацияда оғрийди ва бу белгилар икки ёндаги қўшни тишлар соҳасига ҳам тарқалган бўлиши мумкин. Бемор юзининг ташқи кўринишида одатда ўзгариш бўлмайди, фақат пальпация қилинганда шу тиш билан боғлиқ бўлган бир ёки бир неча лимфа тугунлари катталашган бўлиши мумкин. Беморнинг умумий аҳволи ҳам одатда ўзгармайди, тана ҳарорати меъёр даражасида қолади.

Касал тишни термик таъсирлантирилганда ва электроодонтометрия қилинганда унинг пульпасининг некрозга учраганлиги аниқланади. Оғиз ичидан орторадиал проекцияда бажарилган рентген тасвирда периодонт ёриғида патологик ўзгаришлар аниқланади ёки умуман кузатилмади ёки унда бу ёриқнинг нисбатан кенгайганлигини кўриш мумкин бўлади. Аммо юқорида келтирилган ўткир яллиғланиш белгилари сурункали периодонтит касаллигининг хуружи оқибатида юзага келган бўлса, у ҳолда рентген тасвирда шу касалликнинг турли хилларига (гранулематоз, грануляцияланган фиброз) хос белгилар кузатилади.

Ўткир периодонтит касаллигининг юқорида келтирилган хос белгиларига асосланган ҳолда уни ўткир пульпит,

периостит, жағлар остеомиелити, илдиз атрофи кистасининг йиринглаши ва ўткир одонтоген гайморит касалликларидан фарқлаш лозим бўлади.

Касалликнинг иккала турида ҳам даволашнинг асосий қоидаси — бу экссудатнинг эркин оқиб чиқиб кетишини таъминлашдир. Агар касал тиш косметик ва функционал жиҳатдан ҳали қимматини йўқотмаган бўлса, у ҳолда бу тиш консерватив йўл билан даволанади. Бунинг учун экссудатнинг тиш канали орқали оқиб чиқишига имкон яратилади. Бунинг иложи бўлмаган ҳоллардагина ўтувчи бурма соҳасидан шиллиқ қават ва суяк усти пардаси кесиб очилади. Агар касал тиш кучли емирилиб, қийматини йўқотган бўлса, у ҳолда бу тиш олиб ташланади ва экссудат тиш катаги орқали чиқарилади. Аммо бундай кўрсатмага жуда кам ҳоллардагина амал қилинади.

Сурункали (апикал) периодонтит. Бу периодонт тўқимасининг ўткир периодонтит асоратланиши натижасида ёки тўғридан-тўғри сурункали яллиғланишидир. Периодонтитларнинг бу тури кўп учрайди, уларнинг грануляцияланувчи, гранулематозли ва фиброзли турлари ҳам мавжуд.

Грануляцияланувчи периодонтит. Периодонтитнинг бу турида касалланган тиш илдизининг учи атрофида периодонтит тўқимаси қалинлашади, шишади ва унинг атрофида секин ўсувчи грануляцияцион тўқима ҳосил бўлади. Грануляцияцион тўқима аста-секин ўсиб, альвеола деворини емириб боради, суяк тўқимаси сурилиб кетиши натижасида суяк кўмиги ҳам грануляция билан алмашади. Бу жараён одатда вестибуляр томонга йўналган бўлиб, альвеола кортикал қатламни тамоман емиради ва кўпинча милк соҳасида оқмалар пайдо бўлишига олиб келади. Баъзан жараён жағ атрофи юмшоқ тўқимасига тарқалиши натижасида, шу жойларда гранулемалар пайдо бўлиши (миграцияланган одонтоген гранулемалар) ёки юз ва бўйин терисига оқмалар очилишига сабаб бўлиши мумкин. Бир вақнинг ўзида, ўсиб борувчи грануляцияцион тўқима тиш илдизи учига цемент ва дентиннинг ҳам сурилиб кетишига сабаб бўлади.

Сурункали грануляцияланувчи яллиғланиш жараёни периодонтит касаллигининг фаол тури бўлиб, деярли барча одонтоген яллиғланиш жараёнларида муҳим аҳамият касб этади. Аммо беморлар хуруж бўлмаганда шу тишга қаттиқ

босилгандагина оғриқ пайдо бўлишидан шикоят қиладилар. Шунинг учун ҳам кўпчилик беморлар шифокорга фақат касаллик хуруж қилган даврдагина мурожаат этадилар.

Тиш илдизи учининг проекциясида милк озроқ шишган бўлиб, қизариш аломатлари кузатилади, бирон-бир асбобнинг ўтмас томони билан босиб кўрилганда, унинг изи қолади. Агар шу жойда оқма ҳосил бўлган бўлса, ундан бўртиб турган грануляция ёки кичкина йирингли ўчоқ аниқланиши мумкин. Одатда бу йиринг босилганда қобиғи ёрилиб оғиз ичига тезда оқиб чиқади. Айрим ҳолларда оқма оғиз ва бўйин терисига ҳам очилиши мумкин.

Касалликнинг хуружи кўпинча яллиғланиш ўчоғида мавжуд экссудатнинг бир вақтнинг ўзида тиш канали ва оқма орқали оқиб чиқиш йўллари бекилиб қолишига тўғри келади. Бундай пайтда касалликнинг клиник белгилари ўткир периодонтитдагидан фарқ қилмаслиги мумкин.

Сурункали грануляцияланувчи ўчоқнинг жағ атрофидаги тўқималарга ўсиб кириши натижасида суяк пардаси остида ва тери ости ёғ клетчаткасида одонтоген гранулемалар ҳосил бўлиши мумкин. Улар одатда чегараланган қаттиқ инфилтрат ҳолида бўлиб, пайпасланганда шу инфилтрат билан касал тиш оралиғида қаттиқ ипсимон боғловчи йўл аниқланиши мумкин.

Оғиз ичидан орторадиал проекцияда олинган рентген тасвирда касалликнинг ўзига хос белгилари аниқланади, кариозли емирилган тиш илидизининг учи атрофида суяк тўқимасининг сийраклашган ўчоғи топилади. Шу жойда периодонт ёриғининг чегаралари йўқолган бўлади. Грануляцияцион тўқиманинг инфилтрацияланиб ўсиши натижасида патологик ўчоқ чегаралари текис бўлмайди. Суяк томондан унинг кўриниши машъалани эслатади ва шу билан у периодонтитнинг бошқа турларидан кескин фарқ қилади.

Гранулематоз периодонтит (гранулема). Бу тиш илдизининг учи атрофидаги периодонт тўқимасида жойлашган сурункали яллиғланишнинг бир кўриниши бўлиб, одатда грануляцияланувчи периодонтит ривожланиши сабабли юзага келади ва унга нисбатан фаоллик даражаси анча паст бўлади.

Гранулематоз периодонтитнинг грануляцияланувчи кўринишидан фарқи шундаки, бунда грануляцияли яллиғ-

ланиш ўчоғи чегараланган хусусиятга эга бўлиб, унинг атрофида фиброз тўқимадан иборат қобик пайдо бўлади. Айрим ҳолларда эса унинг девори ички томондан эпителий тўқима билан қопланади ва кистасимон гранулема ҳосил бўлади. Шунга кўра, бу периодонтитнинг 3 хил тури фарқланади: 1) оддий гранулема (грануляцияцион тўқимадан иборат); 2) эпителиал гранулема (грануляцияцион тўқима ораларида эпителийли оролчалар мавжуд); 3) кистасимон гранулема (ўлчами 1 сантиметрдан ошмаган, ички томонидан эпителий билан қопланган кистасимон бўшлиқ).

Одатда гранулема жуда секин ўсади ва беморга ҳеч қандай ноқулайлик туғдирмайди. Шунинг учун ҳам периодонтитнинг бу турини тасодифан рентген тасвирида ёки тишни протезлашга тайёргарлик пайтидаги рентгенологик текширувлар давомида беҳосдан аниқланади.

Касалликнинг хуружи асосан оз миқдорда мавжуд бўлган ўчоқдаги экссудатнинг тиш канали орқали оқиб чиқиш йўлининг бекилиб қолиши билан боғлиқ бўлади. Бу ҳолда касалликнинг клиник белгилари унинг ўткир кўринишидагидан фарқ қилмайди.

Рентген тасвирида кариоз емирилган тиш илдизининг учи атрофида суяк тўқимасининг айлана шаклдаги, чегаралари текис ва аниқ бўлган суякнинг деструкцияланган (меъёрий тўрсимон структуранинг тамоман йўқолиши) ўчоғи кўринади. Бу ўчоқнинг қанчалик аниқ чегараланганлигини унинг атрофидаги суяк тўқимасида жавоб реакцияси сифатида ривожланган остеосклероз (суяк тўқимасининг қаттиқлашиши) белгилайди.

Фиброзли периодонтит. Касалликнинг бу тури грануляцияланувчи ва гранулематоз периодонтит ёки пульпит касаллигини даволаш натижасида юзага келади. Баъзан эса у окклюзиянинг бузилиши оқибатида баъзи тишларга ортиқча юк тушишининг асорати сифатида ҳам юзага келиши мумкин. Бунда тиш илдизининг учи атрофидаги периодонт тўқима ўрнида фиброз тўқима ўсиб кетиши ҳисобига чегараланган, сурункали кечувчи яллиғланиш жараёни юзага келади.

Фиброзли периодонтит, одатда клиник белгиларсиз кечади. Унинг ташхиси асосан рентген тасвиридаги кўринишига

асосланган бўлиб, у тиш илдизи апикси соҳасидаги периодонт ёриғининг кенгайганлиги билан тавсифланади. Шу соҳадаги альвеола суягининг девори деформацияланган ва склерозга учраган бўлади. Кўпинча тиш илдизи учуда қўшимча равишда цемент моддасининг ҳосил бўлиши (гиперцементоз) натижасида илдиз учи шарсимон қалинлашган бўлиши мумкин.

Илдиз каналларига осон ўтиладиган сурункали периодонтитли тишлар, одатда консерватив усулда даволанади. Агар бундай даволашдан наф бўлмаса ёки бунинг иложи бўлмаса, (илдиз каналига ўтиб бўлмаслик) жарроҳлик усули қўлланади (илдиз учи резекцияси, гемисекция, реплантация). Агар касал тиш кучли емирилиб, қимирлаб қолиб, ўз функционал қадр-қимматини йўқотган бўлса ва уларнинг анатомик шаклини қайта тиклашнинг иложи бўлмаса (масалан, штифтли тиш протезини ўрнатиш йўли билан), бундай тишлар олиб ташланади. Ўткир ёки хуруж қилган сурункали периодонтит билан оғриган тиш бир вақтнинг ўзида жағларнинг одонтоген остеомиелити, юз-жағ соҳасининг одонтоген флегмоналари юзага келишида «сабабчи» бўлган бўлса, бундай тишлар уларнинг косметик ва функционал қадр-қиммати, анатомик шакли сақланган ёки сақланмаганлигидан қатъи назар, олиб ташланади.

ЖАҒЛАРНИНГ ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ПЕРИОСТИТИ

Жағларнинг ўткир йирингли периостити — бу альвеоляр ўсиқ ва жағ танаси соҳасидаги суяк усти пардасининг ўткир йирингли яллиғланишидир. Йирингли яллиғланиш жараёни суяк усти пардаси (периост) остида жойлашган бўлиб, асосан оғиз даҳлизи томонда бўлади. Айрим ҳолларда бу жараён танглай томонда (танглай абсцесси) ва пастки жағнинг тил томонида бўлиши мумкин.

Ўткир йирингли периостит кўп ҳолларда тишлар ва пародонт тўқимаси касалликларининг асорати сифатида юзага келади. Аммо жағларнинг ўткир остеомиелити касаллигида у шу касаллик белгиларидан бири сифатида ҳам аниқланиши мумкин.

Пастки жағда ўткир йирингли периоститнинг келиб чиқишига асосан биринчи катта озиқ тиш, ақл тиш ва қамроқ иккинчи катта ва кичик озиқ тишлари, сўнг би-

ринчи кичик озиқ, иккинчи курак тишлар, сўнгра эса биринчи курак ва қозиқ тишлардан тарқалган инфекция сабаб бўлади.

Юқори жағда эса бу нисбат қуйидагича бўлади: биринчи катта озиқ тиш, биринчи кичик озиқ тиш, иккинчи кичик озиқ тиш, иккинчи катта озиқ ва иккинчи курак тишлар, биринчи курак, қозиқ ва ақл тишлар.

Инфекция ўчоғида асосан аралаш тавсифга эга бўлган микрофлора аниқланиб, унда стафилококклар, стрептококклар, граммусбат ва грамманфий таёқчалар, айрим ҳолларда эса анаэроб бактериялар ҳам учраши мумкин.

Касаллик ривожланишида инфекциядан ташқари, организмнинг ҳимоя тизимига салбий таъсир ўтказувчи баъзи омиллар (қаттиқ совқотиш, чарчаш, жароҳатлар, стрессли ҳис-ҳаяжон ва б.) ҳам алоҳида аҳамиятга эга.

Ўткир ва хуруж тутадиган сурункали периодонтитларда йиринг тиш илдизи канали орқали чиқиши қийинлашиши оқибатида, суяк пардаси томон, суякдаги озиқлантирувчи тешиқлар, каналлар орқали ўтиб тарқала бошлайди. Агар альвеоланинг компакт қатламида остеокластик сўрилиш аниқланса, бу жараён янада тез кечади. Микроорганизмларнинг лимфа йўллари бўйлаб тарқалиши ҳам эҳтимолдан холи эмас.

Бемор анамнезида 2–3 кун олдин касал тишда кучли оғриқ пайдо бўлганлиги, сўнг бу оғриқ интенсивлигининг пасайганлиги ва шу билан бирга юзда шиш пайдо бўлиб, оғриқнинг кучайганлиги, унинг қулоқ, чакка ва кўз соҳаларига тарқалиши кузатилади. Бемор юзининг шишганлигидан, оғриқдан шикоят қилади. Бош оғриғи, ҳолсизлик, иштаҳанинг бузилиши, уйқусизлик каби шикоятлар ҳам бўлиши мумкин.

Беморнинг умумий аҳволи қониқарли ҳолатда қолади. Тана ҳарорати 37,5–38 °С атрофида бўлади. Фақат айрим беморларда умумий ҳолат ўрта оғирликда бўлиб, тана ҳарорати 38,5–39 °С гача кўтарилиши мумкин.

Беморнинг юз қисмида, коллатерал шиш (юмшоқ тўқима ичида яллиғланиш инфилтрати бўлмайди) ҳисобига пайдо бўлган асимметрия ҳолати аниқланади. Шишнинг жойланиши касал тиш локализациясига боғлиқ бўлади. Яллиғланган энгак ва жағ ости лимфа тугунлари каттала-

шади, пайпаслаганда оғрийди. Агар яллиғланиш жараёни жағнинг бурчак ва шох қисмларига тарқалган бўлса, у ҳолда чайнов ва медиал қанотсимон мушакларининг вақтинчалик яллиғланиш контрактурасига (I ва II даражалари) олиб келиши мумкин.

Оғиз даҳлизи соҳасида касал ва яна 2—3 қўшни тишлар соҳасида милк, ўтувчи бурма ва лунж шиллиқ қавати қизарган, шишган бўлиб, ўтувчи бурма кўтарилиб теккислашган бўлади. Шу жойни пайпаслаб кўрилганда оғриқли инфилтрат ва флюктуация белгиси аниқланиши мумкин. Фақат касал тишгина қимирлаб қолган бўлиб, перкуссияда оғриқ сезилади. Қўшни тишлар эса нисбатан мустаҳкам жойлашган бўлиб, перкуссияда оғриқ сезилмаслиги мумкин.

Қаттиқ танглай соҳасида ривожланган ўткир йирингли периостит, танглай абсцесси деб юритилади ва у асосан иккинчи курак тишдан тарқалган инфекция ҳисобига ривожланади (шу тиш илдизининг учи кўп ҳолларда танглай томон эгилган бўлиб, унга яқин туради). Мана шу ҳолатда беморнинг ташқи юз кўринишида ўзгариш кузатилмайди. Қаттиқ танглайда эса яримшарсимон, ўсмага ўхшаш шиш пайдо бўлиб, унинг устидаги шиллиқ қават қизарган, шишган, оғриқли бўлади. Флюктуация белгиси яққол аниқланади.

Ўткир йирингли периостит касаллигида рентген ташхис текширувида фақат касал тишгагина хос бўлган ўзгаришлар аниқланиб, жағ суякларида эса ўзига хос ўзгаришлар кузатилмайди.

Ўткир йирингли периоститни ўткир периодонтит, сурункали периодонтитнинг хуружли босқичи, жағларнинг ўткир остеомиелити, юз-жағ соҳасининг айрим абсцесс ва флегмоналари, йиринглаган тиш атрофи кисталари, сўлак безларининг яллиғланиш касалликлари билан дифференсацияланган ташхис ўтказилади.

Дифференциал ташхисда қуйидагиларга эътибор берилди: 1) ўткир периодонтитда ва сурункали периодонтитнинг хуружли босқичида милк ва ўтувчи бурма соҳасида фақат шиш кузатилади, яллиғланиш инфилтрати ва флюктуация белгиси бўлмайди; 2) жағларнинг ўткир остеомиелитида ташхис учун яллиғланиш жараёнининг жағ (альвеоляр ўсиқ)нинг иккала томонида ҳам мавжудлиги, касал

тишдан ташқари қўшни тишларнинг ҳам қимирлаб қолиши, оғриши ҳамда бемор юзида сезувчанликнинг ўзгариши— Венсан белгиси борлиги, интоксикация даражасининг кучлилиги, тана ҳароратининг юқорилиги, безгакли қалтираш мавжудлиги каби белгилар аҳамиятга эга бўлади; 3) абсцесс ва флегмоналарда эса юз тўқимасида яллиғланиш инфилтрацияси, юз терисининг қизариши, шишиши каби белгилар мавжудлиги, организмда интоксикация белгиларининг кучлилиги аниқланади; 4) жағлардаги кисталар рентген тасвирдаги хос бўшлиқлар мавжудлиги билан фарқланади.

Ўткир йирингли периоститни даволаш комплекс тарзда (жарроҳлик усули ва консервативда) олиб борилади. Жарроҳлик усулининг асосий мақсади — йирингли ўчоқни кесиб очиш ва «касал» тишни олиб ташлашдан иборатдир. Бунинг учун маҳаллий (ўтказувчан ва инфилтрацион) оғриқсизлантиришдан фойдаланилади. Инфилтрацион оғриқсизлантириш ингичка нина ёрдамида фақат шиллиқ қават остига, бўлажак кесим чизиғи бўйлаб ўтказилади ва бунда йирингли бўшлиқнинг ичига тушиш ёхуд у ерга анестетик юбориш тавсия қилинмайди. Кесма ўтувчи бурма шиллиқ қавати бўйлаб суяккача чуқурликда ўтказилади ва у яллиғланиш инфилтратининг энг баланд жойи орқали ўтади. Кесманинг узунлиги 3—5 тиш соҳасида бўлмоғи лозим, акс ҳолда йиринг тўлиқ чиқмаслиги ва иккиламчи остеомиелит келиб чиқиши мумкин. Бундай кесимни периоститнинг йирингсиз (серрозли яллиғланиш) даврида ўтказиш ҳам асосли ҳисобланади. Йирингнинг эркин чиқишини таъминлаш учун бўшлиқ ичига резина қўлқопдан кесиб олинган лентача киргизиб қўйилади. Касал тиш одатда олиб ташланади, аммо маҳкам турган, функционал ва косметик жиҳатдан ўз қимматини йўқотмаган, илдиз каналини яхши ўтиш мумкин бўлган тишлар сақланиб, уларни консерватив ёки жарроҳлик усулларида даволаш мумкин. Беморга оғиз бўшлиғини фурацилиннинг 1:5000 ёки калий перманганатнинг 1:5000 нисбатдаги илиқ эритмаси ҳамда чой содасидан тайёрланган эритма билан чайиб туриш буюрилади. Комплекс даволашда беморга сульфаниламид препаратлари, антибиотиклар, физиотерапия (УВЧ, соллюкс ва б.) тайинлаш мумкин.

Ўткир йирингли периоститнинг «танглай абсцесси» кўринишидаги жарроҳлик тактикаси бир мунча фарқ қилиб, унда чизикли кесма ўрнига танглайнинг 1,5–2х0,5 см ўлчамдаги, абсцесс устидаги қисми (энг бўртиб чиққан жойи) учбурчаксимон шиллиқ қават—суяк пардаси лахтаги сифатида қирқиб олиб ташланади. Шу йўл билан ҳосил қилинган тешикдан йиринг доимо эркин оқиб чиқиб туради. Йирингли бўшлиққа резина лента киритиш мумкин эмас.

Йирингли ўчоқ очилгандан сўнг беморга оғиз бўшлиғини иллик антисептик эритмалар (1:5000 нисбатдаги фурацилин, 1:5000 нисбатдаги перманганат калий) билан тез-тез чайиб туриш тайинланади. Булардан ташқари, беморга сульфаниламид ва антибиотиклар ва физиотерапия (УВЧ, соллюкс ва б.) буюрилади.

ЖАҒЛАРНИНГ ОДОНТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТЛАРИ

Жағларнинг одонтоген остеомиелитлари — бу жағларнинг суяк тўқимасидаги, тиш касалликларининг асорати сифати юзага келган инфекцияли, йирингли-некрозланувчи яллиғланиш жараёнидир. Бу касалликдаги яллиғланиш жараёни фақат суяк тўқимасини эмас, балки унинг ичидаги кўмигини, суяк пардасини ва атрофдаги юмшоқ тўқималарни ҳам ўз ичига қамраб олади.

Бу касаллик билан кўпроқ 40 — 60 ёшлар ораллиғидаги эркалар оғрийди. Касаллик асосан пастки жағда учрайди.

Этиологияси. Тишлар орқали сучк ичига кирган инфекция ўткир йирингли остеомиелит сифатида намоён бўлади. Касалликни чақирувчи инфекция агентлари орасида тилларанг ва оқ стафилококклар алоҳида аҳамиятга эга. Улардан ташқари, инфекция ўчоғида стрептококклар ва бошқа таёқчасимон кокклар ҳам учрайди. Кўпинча улар микроблар ассоциацияси ҳолида учрайди. Улар орасида анароб бактериялар (бактериоидлар, фузобактериялар, пептострептококклар ва б.) учраши мумкин.

Патогенези. Ўткир йирингли остеомиелитнинг келиб чиқишида асосий инфекция манбаи — бу тиш илдизи учи атрофида жойлашган патологик ўчоқдаги микрофлора ҳисобланади. Аммо инфекция суяк ичига маргинал тўқимадан, йиринглаб яллиғланган тиш кисталаридан ёки стоматоген йўл билан ҳам кириши мумкин. Жағларда ўткир

одонтоген остеомиелитнинг пайдо бўлиши, асосан касал тишга боғлиқ ҳолда кечади. Пастки жағда асосий касал тиш—бу биринчи моляр, ундан кейин ақл тиши, иккинчи моляр бўлса, юқори жағда эса — бу асосан биринчи моляр тишдир.

Ҳозирги замон илм-фан ютуқларига асосланган ҳолда одонтоген остеомиелитнинг келиб чиқишини қуйидагича тушунтириш мумкин. Тиш илдизининг учи атрофидаги сурункали инфекцион ўчоқда (периодонтит) мавжуд микро-организмлар бемор организмни узоқ давр мобайнида (бир неча хуружлар давомида) экзо- ва эндотоксинлар билан “бомбардимон” қилиб туриши оқибатида макроорганизмда уларга нисбатан сезувчанлик ошиб боради (сенсебилизацияланади). Қулай шарт-шароит юзага келган пайтда, масалан, шу соҳада нерв трофикасининг бузилиши оқибатида ва стресс ҳолатларнинг катализаторлик воситасида, маълум маънода “портлаш” рўй бериб, суяк тўқимасида ўткир йирингли яллиғланиш намоён бўлади. Кейинчалик шу яллиғланиш соҳасидаги озиклантирувчи қон томирнинг жараёнга қўшилиши натижасида унинг деворида яллиғланиш аломатлари юзага келиб, тешиги тораяди ва у инфекцияланган тромб билан тамоман бекилиб қолади. Натижада шу қон томирдан озикланувчи суяк соҳаси некрозга учрайди ва яллиғланади, яъни секвестр ҳосил бўлади. Аммо бу тушунча ҳам ҳозирча тахминий бўлиб, касалликнинг кўп қиррали, қийин жиҳатларини тўлиқ очиб бера олмайди. Шунга қарамадан бу тушунча беморларни самарали даволаш учун асос сифатида хизмат қилиб келмоқда.

Патологик анатомияси. Остеомиелитнинг ўткир даврида суяк кўмиги ичида кўплаб микроскопик йирингли ўчоқлар пайдо бўлади ва улар тўқималарнинг йирингли эришига олиб келиб, ўзида кўп миқдорда микроорганизмларни тутади. Бу йирингли ўчоқлар аста-секин ўзаро қўшилиб, йирингли бўшлиқлар ҳосил қила бошлайди. Суякнинг жароҳатланган соҳасида қон томирлар кенгаяди, стаз ҳолати рўй бериб, ҳосил бўлган тромблар йиринглайди. Шу жароҳатланган жой атрофидаги суяк тўқимасида ҳам қон томирлар кенгаяди, кўплаб қон қуйилган ўчоқлар пайдо бўлади. Суяк кўмиги эса серозли экссудат билан инфилтрацион босқичда бўлади.

Суяк кўмигидаги яллиғланиш аста-секин атроф суяк ичидаги таъминловчи қон томирларга ҳам тарқалади. Бу ерда ҳам томирлар кенгаяди, стаз ва тромбоз кузатилиб, сўнгра тромблар йиринглайди. Томир атрофидаги тўқималар ҳам авваал серозли, сўнгра эса йирингли экссудат билан тўлади. Кейинчалик таъминловчи қон томирларнинг ичи ҳам йиринглайди ва томир деворлари парчаланиб кетади. Тўқималарнинг миқдор жиҳатдан тобора ошиб борувчи лейкоцитлар билан инфильтрацияланиши натижасида катта йирингли ўчоқ ҳосил бўлиб, унинг ичидаги суяк тўқимаси эса ўлади.

Агар йирингли яллиғланиш ўчоғи маълум бир соҳа билан чегараланса, унда чегараланган остеомиелит, агар бу жараён борган сари янги ва янги қўшни соҳаларга ҳам тарқалиб борса — диффузланган остеомиелит деб юритилади.

Остеомиелитнинг ўткир давридаги яллиғланиш жараёни фақат суяк билан чегараланиб қолмасдан, балки унинг атрофидаги тўқималарга (суяк усти пардаси, атрофдаги юмшоқ тўқималар, лимфа тугунлари) ҳам тарқалади. Шу соҳадаги суяк усти пардаси шишади, толалари тарқалади. Яллиғланиш аввалида серозли бўлиб, сўнгра йиринглайди. Натижада экссудат суяк усти пардасининг остига тўпланиб, уни жағнинг икки томонидан ҳам суякдан ажратади. Яъни жағнинг икки томонида ҳам субпериостал абсцесс юзага келади. Кейинчалик йирингли экссудат суяк усти пардасини ёриб чиқиб, атрофдаги юмшоқ тўқима ичига қуйилади ва шу жойларда абсцесс ҳамда флегмоналар юзага келади. Аммо, бундай яллиғланиш жараёнларининг юзага келишига йирингли экссудатнинг суяк ичидан тўғридан-тўғри чиқиши ҳам сабаб бўлиши мумкин (остеофлегмона) Юмшоқ тўқималардаги яллиғланиш жараёнлари ўз навбатида остеомиелит клиникасининг оғирлашишига олиб келиб, суяк некрози ҳажмининг ошишига сабаб бўлади.

Суяк ичидаги йирингли экссудатнинг ташқарига йўл топиб чиқиши, яллиғланиш жараёнининг бирмунча пасайишига олиб келади ва жараён ўткир ости босқичига ўтади. Бу босқич даврида некрозга учраган суяк тўқимаси атрофида қон томирларга бой грануляциян тўқима ривожлана бошлайди. Ушбу тўқима таъсири остида некрозланган суяк қисман сурила бошлайди ва натижада ўлган суяк аста-секин соғлом суяк тўқимасидан ажрала бошлайди. Шу пайт-

дан бошлаб секвестрланиш жараёни кузатилади. Айни пайтда суяк усти пардаси, қисман соғлом суяк томонидан янги (иккиламчи) суяк ҳосил бўла бошлайди.

Суякдаги остеомиелит сурункали босқичга ўтганда эса яллиғланиш жараёни янада чегараланади, секвестр (некрозга учраб, атроф тўқимадан ажратилган суяк) нинг ажралиши тезлашади. Иккиламчи суякнинг кўплаб ҳосил бўлиши натижасида жағ суяги қалинлашади. Секвестрни ўраб турган соғлом суяк тўқимасида ҳам қўшимча суяк ҳосил бўлиши (остеосклероз) билан секвестр “қутичаси” нинг ташкил топиши ўз якунини топади. Бу даврда грануляцион тўқима оқмалар бўйлаб пролиферацияланиб, секвестрларнинг ажралишини тезлаштиради.

Клиник белгилари. Жағлардаги одонтоген остеомиелит асосан уч босқичда кечади: ўткир, ўткир ости ва сурункали босқичлар.

Бундан ташқари, у чегараланган (альвеоляр ўсиқ ёки 3—4 донга тишлар чегарасида жағ танаси соҳасида жойлашган) ёки диффузли (бутун жағ ёки унинг ярми соҳасига тарқалган) бўлиши мумкин. Касалликнинг клиник кечиши асосан организмнинг специфик ва носпецифик иммун системаси ҳолатига, касалликни чақирган микроорганизмнинг вирулентлиги даражасига, яллиғланиш ўчоғининг жойлашган жойига ва унинг тарқалганлигига боғлиқ ҳолда кечади.

Юқори жағда ғоваксимон суяк жуда кам бўлиб, унинг кортикал пластинкасида кўплаб тешикчалар мавжуд. Шу боис бу жағдаги тишлар атрофидаги йирингли яллиғланиш жараёнларида экссудат тезда суякдан ташқарига чиқиб кетади. Шунинг учун ҳам юқори жағда одонтоген остеомиелит касаллиги жуда кам учрайди.

Пастки жағда эса ғовак суякнинг миқдори кўп, кортикал пластинкаси жуда қалин, ундаги табиий тешикчалар сони жуда кам бўлади. Шу сабабли тиш илдири атрофидаги яллиғланишларда экссудатнинг суякдан ташқарига чиқиши жуда қийин бўлиб, у асосан ғовак суяк ичи бўйлаб тарқалади. Шунинг учун ҳам одонтоген остеомиелит касаллиги асосан шу жағда учрайди ва у юқори жағдагига нисбатан оғир кечади.

Одонтоген остеомиелитнинг ўткир босқичида бемор аниқ бир тишидан бошланган ўта кучли оғриқдан шикоят қилади. Кейинчалик бу оғриқ бир неча тишлар соҳасига ва жағнинг

тана қисмига тарқалади. Умумий ҳолсизлик кузатилади. Агар касалликнинг диффузланган тури мавжуд бўлса, у ҳолда бемор кўплаб тишлар, жағнинг ярми ёхуд бутун жағи соҳасидаги кучли оғриқдан шикоят қилади. Оғриқ бутун танага тарқалади, ўта ҳолсизлик ҳолати кузатилади, бемор иштаҳасини йўқотади, уйқуси бузилади ёки уйқусизлик юзага келади.

Беморнинг умумий аҳволи ўртача оғриқликда ёки қоникарли бўлади. Айрим ҳолларда оғир ёки жуда оғир ҳам бўлиши мумкин. Унинг эс-ҳуши жойида, аммо айрим оғир ҳолатларда у алаҳлаши ҳам мумкин. Ҳаракатлари сезиларли даражада сустлашган, ранг-рўйи оқарган, заҳиллашган бўлади. Юрак товушларининг жаранги пасайган, томир уриши эркин ҳаракатсиз ҳолатда ҳам тезлашган бўлиб, аритмия кузатилади. Бемор ҳаракат қилганда янада оқариб кетади, боши айланади, оғрийди, умумий ҳолсизлик сезади. Беморда асосан қабзият, баъзан эса ич кетиши ҳолати кузатилиши мумкин.

Касалликнинг чегараланган турида тана ҳарорати асосан субфебриль ($38,0—38,5^{\circ}\text{C}$) даражада ёки биринчи 3 кунликда $39,5—40^{\circ}\text{C}$ даражада бўлиб, сўнгра пасаяди. Бемор бир неча кун давомида (асосан кечалари) кучли терлайди, безгак тутиши мумкин. Организмдаги умумий интоксикация ҳолати унча кучли бўлмайди.

Остеомиелитнинг диффузланган кўринишида эса, тана ҳарорати юқори бўлиб, $39,5—40^{\circ}\text{C}$ даражагача кўтарилиши мумкин. Эрталабки ва кечки тана ҳароратининг тебраниш даражаси $2—3^{\circ}\text{C}$ ни ташкил қилиб, у безгакли (ёки септик) қиялик деб ҳам аталади. Алаҳлаш ва кучли терлаш касалликнинг бу турига хос ҳисобланади. Организмда турлича даражадаги кучли интоксикация ҳолати аниқланади.

Юз-жағ соҳасидаги маҳаллий ўзгаришлар динамикада асосан беморнинг мурожаат қилган даврига қараб ўзгариб боради. Агар бемор касалликнинг биринчи 3 кун ичида мурожаат қилган бўлса, у ҳолда жағ атрофи тўқималарида аниқ ўзгаришлар кузатилмаслиги ҳам мумкин. Бу пайтда фақат жағнинг ташқи томони пайпасланганда яллиғланиш ўчоғи соҳасида оғриқ борлигини аниқлаш мумкин, холос. Касалликнинг 3—4-кунларига бориб, бемор юзида коллатерал шиш пайдо бўлади, регионал лимфа тугунлари катталашади, оғрийди. Жағдаги оғриқ соҳаси кенгайиб боради ва у яллиғланиш жараёнининг жағ танаси бўйлаб тарқа-

лаётганлигидан дарак беради. Кейинчалик суяк усти пардаси қалинлашганлиги ҳисобига, пастки жағ танасининг қалинлашганлиги қайд этилади. Агар жараён диффузли тавсифга эга бўлиб борса, у ҳолда жағ атрофидаги юмшоқ тўқималар ичида абсцесс ва флегмоналар пайдо бўлиб, бу касалликнинг кечишини оғрилаштириб боради.

Оғиз бўшлиғи текширилганда, оғиздан қўланса ҳид келади, сўлак қуюқлашган, шилимшиқ-чўзилувчан, тил эса сарғиш-қулранг караш билан қопланган бўлиши мумкин. Ютиниш, овқат қабул қилиш оғриқ ҳисобига қийинлашади. (9-расм).

Жағларнинг ўткир остеомиелитида милкларнинг шиллик қавати одатда бир неча тишлар тўғрисида қизарган, шишган бўлиб, бу ҳол бир вақтнинг ўзида оғиз даҳдизи томонда ҳам, тил (танглай) томонда ҳам кузатилади. Шу жойларнинг пальпацияси оғриқли бўлади, ўтувчи бурма соҳасида ҳам шундай ўзгаришлар кузатилиб, унинг ўзи силлиқлашган ҳам бўлиши мумкин. Яллиғланиш ўчоғида жойлашган тишлар қимирлаб қолади, перкуссияда оғрийди. Тишларнинг қимирлаш даражаси борган сари ортиб боради. Қўшни турган янги-янги тишларнинг борган сари қимирлаб қолиши, жараён диффузли кечаётганидан дарак беради. Энг кўп патологик қимирлаш “касал” тишда бўлади, аммо бу тиш перкуссия қилинганда қўшни тишларга нисбатан камроқ оғрийди. Унинг милки кўпроқ қизарган, ҳатто цианотик ҳам бўлиши мумкин. Одатда милк касал тишдан ажралган бўлиб, унинг чўнтагидан йиринг ажралиб туради. Агар жараён диффузли тус олаётган бўлса, жағнинг иккала томонида бир неча субпериостал абсцесслар пайдо бўлишга улгурган ҳам бўлиши мумкин.

Пастки жағда — одонтоген ўчоқдан вертикал



9-расм. Пастки жағнинг ўткир одонтоген остеомиелити

йўналишда тарқалаётган экссудат (асосан иккинчи премоляр ва моляр тишлар соҳасида) пастки жағ каналига етиб боради ва яллиғланиш жараёни шу жойда жойлашган томир-нерв тутамига ҳам терқалади. Натижада пастки альвеоляр ва энгак нервлари иннервацияси соҳасида сезги бузилади. Бу клиник белги Венсан симптоми дейилади. Юқори жағда йирингли экссудат вертикал йўналишда юқори томон бориб, юқори жағ бўшлиғи ичига ўтади. Бу ҳолат юқори жағдаги оғриқнинг зўрайиши ва шу томондаги бурун бўшлиғидан йиринг оқиб чиқиши билан тавсифланади.

Ўткир остеомиелит бир вақтнинг ўзида пастки жағ танаши ва шох қисмини эгаллаган бўлса, у ҳолда йирингли жараён чайнов ва медиал қанотсимон мушакларга ҳам тарқалиб, натижада оғиз очилиши чегараланиб қолади. Бундай ҳолат вақтинчалик яллиғланиш контрактураси деб аталади. Юқори жағда эса яллиғланиш жараёни унинг дўмбоғи соҳасига тарқалса, йирингли экссудат аввал чакка ости, сўнгра чакка соҳаларига тарқалади ва бу жараён қанотсимон мушаклар (латерал ва медиал) ҳамда чакка мушагига ўтиши натижасида оғиз очилиши чегараланиб қолади.

Ўткир одонтоген остеомиелит касаллиги бемор қони ва сийдигидаги ўзгаришлар билан кечади. Бу ўзгаришлар, шу организмнинг специфик ва носпецифик ҳимоя заҳиралари ҳолатига, унинг индивидуал хос томонлари ҳамда кечаётган яллиғланиш жараёнининг турига боғлиқ бўлади.

Одонтоген остеомиелитнинг ўткир даврида жағларнинг рентген тасвирида ҳеч қандай суяк ўзгаришлари кузатилмайди. Аниқланган ўзгаришлар, асосан тишларнинг периодонтитларигагина хос бўлиши мумкин. Фақатгина касалликнинг 10 — 14 — кунларига бориб суяк тўқимаси деструкциясига хос бўлган биринчи рентгенологик белгиларни аниқлаш имкони пайдо бўлади. Айрим касалларда фақат суяк усти пардасининг қалинлашуви ёки суяк таркибидаги айрим ноаниқликларнигина кўриш мумкин. Одатда, бу даврга келиб, рентген тасвирда некрозга учраган суяк қисми атрофида бўлажак демаркацион чизиқ белгилари намоён бўла бошлайди. Айни шу белгиларнинг пайдо бўлиши касалликнинг ўткир ости босқичига ўтганлигидан дарак беради.

Ўткир остеомиелитнинг чегараланган шакли 10 — 14 кун давом этади. Унинг диффузланган шакли эса — 3 ҳафтагача чўзилиши мумкин.

Жағларнинг ўткир остеомиелитини ўткир йирингли периостит ва юз юмшоқ тўқималарининг абсцесс ва флегмоналари билан дифференциал ташхис ўтказиш лозим бўлади. И.А. Груздевнинг (1978) маълумотларига таянган ҳолда ўткир остеомиелит билан ўткир периостит касаллигининг дифференциал ташхисиди қуйидагилар алоҳида аҳамиятга эга бўлади (1-жадвал).

Ўткир остеомиелитнинг юмшоқ тўқималардаги абсцесс ва флегмоналар билан асоратланган кўринишида юқорида қайд қилинган яллиғланиш жараёни фокусининг топик ташхиси алоҳида аҳамият касб этади.

Яъни остеоген тавсифга эга бўлмаган юз юмшоқ тўқималарининг йирингли яллиғланиш жараёнларида остеомиелит белгилари кузатилмайди.

1-жадвал

Ўткир остеомиелит ва ўткир йирингли периостит касалликларининг ўзаро дифференциал белгилари

Остеомиелит белгилари	Периостит белгилари
1. Жағни муфтасимон ўраб олган яллиғланиш инфильтрати мавжуд. Оғиз бўшлиғида у альвеоляр ўсиқнинг икки томониди мавжуд.	1. Муфтасимон тавсифга эга бўлмаган, кичик ҳажмли инфильтрат фақат оғиз ичида, альвеоляр ўсиқнинг бир томонидан мавжуд.
2. Яллиғланиш соҳасига тушиб қолган нервда парестезия кузатилади (Венсан симптоми).	2. Парестезия (Венсан симптоми) қайд этилмайди.
3. Касал тишга қўшни турган тишлар перкуссия қилинганда қаттиқ оғрийд, патологик қимирлаб қолиш кузатилади.	3. Қўшни тишларда оғриқ бўлиши мумкин, лекин бу кучсиз бўлади. Бу тишларда патологик қимирлаш аниқланмайди.
4. Касал тишга нисбатан қўшни тишларнинг перкутор товуш жанги ўзгариб қолади.	4. Қўшни тишларни перкутор товуш жанги ўзгармайди.
5. Касал тиш олиниб, йирингли ўчоқлар кесиб очилишига қарамасдан, беморнинг аҳвали яхшиланмайди, йиринг оқиши кучаяди ва у оқ-қуюқ ҳолатдан ифлос-кулранг суюқ ҳолатга томон ўзариб боради.	5. Касал тиш олиниб, йирингли ўчоқ кесиб очилган, яллиғланиш тезда йўқола бошлайди ва 1—2 кундан сўнг йиринг ажралиши тўхтаиди.
6. Жарроҳлик муолажаси ўтказилишига қарамасдан беморнинг тана ҳарорати пасаймайди.	6. Жарроҳлик муолажаси ўтказилгач беморнинг тана ҳарорати тезда меъёр даражасига тушади.

Одонтоген остеомиелитнинг ўткир ости босқичи. Остеомиелитнинг бу даврида беморнинг умумий аҳволи яхшилана бошлайди, иштаҳаси пайдо бўлади, уйқуси яхшиланади. Овқат ҳазм қилиш ва ичак моторикаси меъёрига қайта бошлайди. Тана ҳарорати пасая бориб, оқибатда эрталабки ҳарорат меъёр даражасида, кечкиси эса субфебрил даражада бўлади.

Йирингли ўчоқлар кесиб очилган жойлардаги яраларнинг четлари грануляция билан қоплана бошлайди, уларнинг ўрта қисмида йирингли оқмалар шакллана боради. Ажралишда давом этаётган йиринг қуюқлаша боради. Регионар лимфа тугунларидаги оғриқлар камаяди, лимфа тугунлари эса қаттиқлашади ва уларнинг силжувчанлик даражаси ошади.

Яллиғланиш жараёни пастки жағ бурчагида, унинг шох қисмида ёки юқори жағнинг дўмбоғи соҳасида жойлашганда оғиз очилиши чегараланганликда давом этади. Қолган ҳолатларда эса оғиз эркин очилади (10-расм).

Оғиз бўшлиғидаги яллиғланиш соҳаларига мос бўлган шиллик қаватлар кўкимтир (цианотик) тусда бўлиб, шишган ва шу соҳаларда оқмалар ҳосил бўла бошлайди. Баъзи ҳолларда оқма олиб ташланган касал тиш катагида ҳам ҳосил бўлган бўлиши мумкин. Оқмалардан грануляцион тўқима бўртиб чиққан бўлади. Улардан кам миқдорда қуюқ йиринг ажралиб туради. Патологик жараён соҳасидаги интакт тишлар ҳам қимираб туради. Энг кам қимираётган тиш одатда остеомиелит жараёни чегарасида аниқланади.

Бемор қонидаги олдин мавжуд бўлган қизил қон кўрсаткичлари борган сари меъёр томонган қараб ижобий ўзгариб боради.

Жағ суягининг рентген тасвирида яллиғланиш соҳаси чеккаларида аниқ чегарага эга бўлмаган суяк деструкцияси кузатилади ва одатда, у бўлажак демаркация чизиғи соҳасига мос келади.

Одонтоген остеомиелитнинг ўткир ости босқичи, касаллик бошланганидан 11—15 кун ўтгач бошланиб 4—5 ҳафталаргача давом этади. Аммо касалликнинг диффузланган кўринишида бу давр 21-кундан бошланиб, 2—3 ҳафта давом этиши мумкин. Бундан ташқари, организмнинг ҳимоя воситалари кучсизланган ёхуд кекса беморларда ҳам бу ка-

саллик судралиб, узоқ кечиши мумкин.

Жағлар одонтоген остеомиелитининг сурункали босқичи. Касалликнинг бу даври 4—5-ҳафталардан бошланади ва узоқ давом этади.

Беморнинг умумий ҳолати янада яхшиланиб боради. Тана ҳарорати меъёр даражасида бўлади. Фақат айрим беморларда у бир оз кўтарилган—37,3—37,5° С даражада бўлиши мумкин.

Бемор юзининг ташқи кўринишида асимметрия сақланиб қолади. Аммо, бу ҳолат асосан жағ суягининг қалинлашуви ҳисобига рўй беради. Жағ суяги суяк усти пардаси томонидан қалин иккиламчи суяк ҳосил бўлиши ҳисобига қалинлашади. Юз териси шу соҳада юпқалашиб таранглашади. Юмшоқ тўқималарда яллиғланиш инфильтрацияси бўлиши мумкин. Агар жараён пастки жағнинг шох қисмида кузатилса, чайнов мушаги ҳам қаттиқлашиб қалинлашади, оғиз очилиши чегараланганлигича қолади. Регионал лимфа тугунлари янада кичиклашади, қаттиқлашади, уларнинг қўзғалувчанлиги ошади, сезиларли даражада оғриқ бўлиши мумкин.

Жағ атрофидаги юз терисида оқмалар тамоман шаклланиб бўлади. Яралар оқмалардан ташқари жойларда томон битади. Оқмалар битта ёки бир нечта бўлиши мумкин. Ёхуд уларнинг айримлари битиб қолиб, унинг ўрнида теридикиндиксимон чандиқ белгиси қолади. Ишлаб турган оқмалардан олча рангли, тез қоновчи грануляция тўқимаси бўртиб чиқиб туради. Оқмадан оқ рангли қуюқ йиринг ажралиб туради. Вақт ўтиши билан шу оқмалардан айрим майда секвестрлар ҳам чиқиб кетиши мумкин.

Оғиз ичида кечаётган яллиғланиш жараёни соҳасидаги шиллиқ қават кўкимтир рангда, қилинлашган, тез қоновчи бўлади. Ҳосил бўлган оқмалар тешиги соҳасидан грануля-



10-расм. Юқори жағнинг ўткир одонтоген остеомиелити

ция тўқимаси бўртиб чиқиб туради. Атроф тўқима босиб кўрилганда оқмадан қуюқ йиринг ажралади. Оқма йўналиши зонд ёрдамида текширилганда, асбобнинг учи суякка тақалади ёки секвестр бўшлиғи ичига тушади. Жараён соҳасида жойлашган барча тишларда патологик қимирлаш кузатилади.

Сурункали остеомиелит кечишида хуруж даврлари кузатилади. Бу асосан оқманинг бекилиб қолиб, йирингли экссудатнинг ажралиб чиқиши қийинлашган ёки умуман бекилиб қолганда рўй беради. Бунда беморнинг умумий ҳолати касалликнинг ўткир даврини эслатади. Умумий ҳолат оғирлашади, тана ҳарорати ортиб кетади ва ҳоказо. Аммо, бу ҳолат оқманинг очилиб кетиши ёки янги жойда оқма ҳосил бўлиши ёхуд жарроҳлик йўли билан йиринг оқиб чиқиши учун йўл очилиши билан тезда бартараф этилади. Айрим ҳолларда эса юз-жағ соҳаси абсцесси ва флегмоналарининг юзага келишига ҳам сабаб бўлиши мумкин (остеофлегмона).

Жағларнинг одонтоген остеомиелити касаллигини даволаш. Касалликнинг ўткир даврида бемор махсус стационар шароитида ётқизилиб комплекс даволанади. Бу даво бирламчи жарроҳлик давоси (жағ ичидаги ва атроф тўқималардаги йирингли ўчоқларни очиш, касал тишни олиб ташлаш) ва иккиламчи, яъни яллиғланишга қарши медикаментоз даво, дезинтоксикация, десенсибилизация давоси, қувватни оширувчи ва стимулловчи ҳамда симптоматик даволарни ўз ичига олади. Бу даво ҳар бир беморда унинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, керак бўлган ҳажмда ўтказилиши лозим.

Маҳаллий даво ўз ичига, иложи борича касал тишни тезроқ олиб ташлаш, унинг катаги орқали йирингли экссудатнинг чиқиб кетишини таъминлаш, субпериостал, атроф юмшоқ тўқимадаги абсцесс ва флегмоналарни кесиб очиш ҳамда уларни дренажлашдан иборат бўлмоғи лозим.

Остеомиелитнинг ўткир ости босқичида буюриладиган даво чора-тадбирлари ўткир даврида ўтказилганларининг самарасига боғлиқ бўлади. Керак бўлса, давом эттирилади, аксинча аста-секин қисқартирилиб олиб ташланади. Аммо, бу даврда даволаш физкультураси буюрилади, яралар ва

ҳосил бўлаётган оқмаларни ювиш, даволаш давом эттирилади. Физиотерапия муолажалари буюрилади.

Сурункали остеомиелит даврида ҳам маҳаллий ва умумий даво конкрет шарт-шароитга боғлиқ ҳолда ўтказилади. Асосий эътибор мавжуд оқмаларнинг вақтидан олдин битиб қолишининг олдини олишга қаратилмоғи лозим (оқма ва яраларни кенгайтириш, дренажлаш, абсцессларни кесиб очиш ва б.). Акс ҳолда, йиринг оқиб чиқиши қийинлашиб, касалликнинг хуружига олиб келади. Агар шундай ҳолат юзга келган бўлса, шифокорнинг тактикаси касалликнинг ўткир давридагисига ўхшаш бўлиши зарур. Қимирлаб қолган тишлардан ЭОД ўтказилиб, ўлик тишлар депульпацияланади, кўрсатма бўлганда улар шиналаниб маҳкамланади.

Клиник ва рентгенологик текширишларга асосланган ҳолда беморда секвестрэктомия (секвестрларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш) операцияси ўтказилади. Юқори ва пастки жағнинг альвеоляр ўсиғи ҳамда юқори жағнинг тана соҳасидаги секвестрлар оғиз ичидан, жағларнинг қолган қисмларидаги секвестрлар эса, асосан оғиз ташқарисидан кириш йўли билан олиб ташланади.

Секвестрэктомия операциясидан бевосита олдин ва ундан кейинги 5—7 кун давомида беморга антибиотиклар, умумий стимулловчи, десенсибиловчи даво тайинланади. Беморга антиген стимуляторлари, иммун препаратлари (иммуномодулин) шидивидуал миқдорларда буюрилади. Айрим ҳолларда гемосорбция, лимфосорбция усуларини қўллашга ҳам кўрсатмалар пайдо бўлиши мумкин.

Жағларнинг одонтоген остеомиелити касаллигининг прогнози одатда ижобий ҳисобланади. Аммо касаллик диффузланган ва гиперергик кечганда кучли ривожланган интоксикация септик шокка ва нафас олишнинг ўткир стишмовчилигига олиб келиши мумкин. Йирингли жараёнинг бир вақтнинг ўзида юз-жағ ва бўйин соҳаларининг кўплаб анатомик регионларига тарқалиши, юз ва бош мия қаттиқ пардаси бўшлиқлари веналари флебитига, юқорига кўтарилувчи инфекция — бош мия абсцесси, менингит ва менингоэнцефалит, пастга тарқалувчи инфекция эса — медиастенит ва сепсис ривожланиши ва ҳатто ўлимга сабаб бўлиши мумкин.

Тиш врачлари амалиётида остеомиелит касаллиги борлигига шубҳа тўғри бўлган тақдирда, албатта маслаҳат учун

стоматологик врачга мурожаат қилиниб, беморни ўз вақтида тўғри йўналишда даволаш лозим.

ЮЗ-ЖАҒ ҲАМДА БЎЙИН СОҲАЛАРИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ (АБСЦЕСС ВА ФЛЕГМОНАЛАР) ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ ҚОИДАЛАРИ

Абсцесс (abscessus) — йирингли бўшлиқ маъносини англатиб, бу термин остида ёғ тўқимасининг йирингли парчаланishi оқибатида ҳосил бўлган, аниқ чегараланган йирингли яллиғланиш ўчоғи тушунилади. Бу жараён асосан ёғ клетчаткаси бор жойларда (тери ёки шиллиқ қават остида, мушаклар ва фасциялар оралиғида) пайдо бўлади. Аммо абсцесслар мушак, лимфа тугуни ва суяқларнинг ичида ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Абсцессларда йирингли бўшлиқ, унинг атрофида грануляция тўқимасидан девор ҳосил бўлиши ҳисобига чегараланади.

Флегмона (phlegmone) — грекча сўз бўлиб, яллиғланиш маъносини англатади. Бу термин остида ёғ тўқимасининг тарқалган йирингли яллиғланиши тушунилади. Бу жараён одатда тери ва шиллиқ қават остида, мушаклар ва фасциялар оралиғида аниқланиб, бир вақтнинг ўзида бир ёки бир неча анатомик соҳани эгаллаши мумкин.

Одонтоген абсцесс ва флегмоналарни анатомик ҳамда топографик жойланиш нуқтаи назариядан қараганда 2 та катта гуруҳга бўлиш мумкин.

- I. Бевосита жағлар атрофида турган юмшоқ тўқималар абсцесс ҳамда флегмоналари: 1) юқори жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарда; 2) пастки жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарда. Ўз навбатида бу гуруҳлар юзаки жойлашган: 1) кўз ости ва лунж соҳалари; 2) пастки жағ ости ва энгак ости учбурчаклари, қулоқ олди чайнов соҳаси ҳамда чуқурда жойлашган: а) чакка ости ва қанот-танглай чуқурчаси; б) қанотсимон-пастки жағ ва ҳалқум атрофи соҳалари, тил ости соҳаси ва оғиз туби абсцесс ва флегмоналарига бўлинади.
- II. Жағлар билан бевосита алоқаси бўлмаган, аммо уларнинг атрофида жойлашган юмшоқ тўқималар абсцесс ва флегмоналари. Бу анатомик соҳалар биринчи турдагилар билан қўшни жойлашган бўлиб, уларга ин-

фекция тарқалиш йўли билан ўтиши мумкин. Булар: ёноқ, чакка соҳалари, кўз косаси, пастки жағнинг орқа соҳаси, тил ҳамда бўйин соҳаларидир.

Этиологияси. Абсцесс ва флегмоналарни чақирувчилар асосан стафилококк ва стрептококклар бўлиб, улар монокультурада ёки бошқа (бошқа кокклар, ичак таёқчаси, кўк йиринг таёқчаси, бактериоидлар, анаэроблар) микроорганизмлар билан симбиозда бўлиши мумкин. Охирги пайтларда оқ ёки тилларанг стафилококклар касаллик чақирувчи сифатида кўплаб учрамоқда. Касалликнинг оғир шаклларида юқори вирулентли аралаш флоранинг роли катта бўлиб, унда анаэроб инфекция алоҳида аҳамиятга эга бўлади.

Патогенези. Абсцесс ва флегмоналар келиб чиқишида асосий инфекция манбаи одонтоген инфекция ҳисобланади (80-95%). Бу инфекция гангренага учраган тиш бўшлиғида, илдиз каналида жойлашиб, унинг апикал тешиги орқали лимфа ва қон томирлар ичига киради, периодонт тўқимасига чиқади, сўнгра суякка ва атрофидаги юмшоқ тўқималарга тарқалади.

Агар инфекция манбаи тиш-милк патологик чўнтагида жойлашган бўлса (пародонтит, пародонтоз, ярали-некротланган гингивит), ёхуд бу манба оғиз бўшлиғининг бошқа қисмларидаги шиллиқ қават орқали кирган бўлса (ярали-некротланган стоматит, глоссит, шиллиқ қаватнинг турли хил жароҳатлари орқали кирган инфекция ва б.), у ҳолда касаллик стоматоген инфекция деб аталади.

Инфекция манбаи суяк ичида ҳам бўлиши мумкин (остеомиелит, периостит, йиринглаган одонтоген ва гранулемали кисталар, ақд тишининг қийин — асоратли чиқиши, гайморит ва б.). Бундай инфекция манбаи остеоген инфекция манбаи ҳисобланади.

Баъзан инфекция манбаи сўлак безининг ичида ҳам бўлиши мумкин. Яллиғланишнинг бундай ривожини саливатор инфекция дейилади. Масалан, сўлак-тош касаллигида, йирингли сиалоаденит ва сиалодохитларда. Агар инфекциянинг бирламчи ўчоғи ҳалқум атрофидаги муртак безларида бўлса, у тонзиллоген дейилади. Агар бурун бўшлиғи шиллиқ қаватида бўлса—риноген ва қулоқ супраси, эшитув йўллари, ўрта ва ички қулоқда бўлса — отоген инфекция манбаи деб аталади.

Айрим ҳолларда бирламчи инфекция манбаи юз ва бўйин терисиди, кам ҳолларда эса кўз конъюнктивасиди ҳам бўлиши мумкин. Бош ва бўйин юмшоқ тўқималарига инфекциянинг инсон танасининг бошқа қисмларидан гематоген (қон оқими билан) йўл билан келиши ҳам эҳтимолдан холи эмас. Булардан ташқари, юз юмшоқ тўқималарида ўткир йирингли жараён асептика қоидалари бузилганда (оғриқсизлантириш пайтида нина учиди инфекцияни соғлом тўқима ичига итариб киргизиш, яхши стерилланмаган анестетик эритмани қўллаш ва ҳ.к) ҳам аниқланади.

Абсцесс ва флегмоналар билан асосан 20 – 30 ёшдаги кишилар оғрийди. Бунга асосан шу ёшда тиш кариеси касаллиги ва унинг асоратларининг кўплаб учраши ҳамда ақл тишининг кўпинча қийналиб асоратланиб чиқиши сабаб бўлади.

Юз ва бўйин юмшоқ тўқималаридаги ўткир йирингли жараёнларнинг ривожланиши ва кечиши, асосан касалликни чақирган микрофлоранинг вирулентлигига, миқдорига, макроорганизмнинг умумий ҳолатига, барча ҳимоя-восита тизимларининг иш фаолиятига ҳамда шу жараён шаклланаётган соҳа анатомияси ва топографиясининг хусусиятларига боғлиқ бўлади.

Патологик анатомияси. Инфекция агенти юмшоқ тўқима ичига юқорида келтирилган бирламчи манбалардан лимфа ҳамда веноз қон томирлари орқали ўтади. Кейинчалик эса йирингли жараён мушаклар ва фасциялар орасидаги табиий ёриқлар бўйлаб тарқалади. Бунда йирингли экссудат бу оралиқларни механик тарзда ёриб ўтади ёки атроф тўқимани эритиш йўли билан ҳам тарқалади. Маълумки, ўткир йирингли жараён ўчоғида тез кўпайиб бораётган ёш микроорганизмлар ўзидан гиалуронидаза ферментини ишлаб чиқаради. Ўз навбатида бу фермент тўқимада мавжуд, аммо нофаол бўлган гиалурон кислотани фаоллаштиради. Натижада тўқиманинг ўтказувчанлиги ортади, унинг ичига микроорганизмларнинг кириб олиб кўпайиши ва йиринглаши шу тўқима (фасция, мушак тоналари)нинг эриб кетишига олиб келади. Бу жараённинг қанчалик фаол кечиши, бир томондан инфекцияни

чақирган микроорганизмнинг вирулентлик даражасига ва иккинчи томондан эса макроорганизмнинг ҳимоя-мослашув тизимларининг ҳолатига боғлиқ бўлади.

Ёғ клетчаткасининг ичига тушган микроблар ундаги қон томирларининг атрофига тўплана бошлайди ва яллиғланиш жараёни бошланиб кетади. Бу жараённинг ривожини 5 босқичда кечади: 1) шиш; 2) инфильтрация; 3) тўқиманинг йирингли эриб кетиши; 4) тўқиманинг некрозга учраши; 5) ҳосил бўлган йирингли яллиғланиш ўчоғини грануляция тўқимаси билан ўраб олиб, чегараланиши.

Дастлаб ёғ клетчаткасида серозли яллиғланиш кузатилади. Ўтқир яллиғланиш жараёнининг бу босқичи ҳозирги даврда “целлюлит” деб аталади (эски номи — “яллиғланиш инфильтрати”). Сўнгра жараён йирингли босқичга ўтиб чегараланса — абсцесс, тарқалган бўлса—флегмона пайдо бўлади.

Тўқимада абсцесс ривожланганда яллиғланиш жараёнининг ҳамма босқичлари аниқ кўринади. Аммо, флегмона ривожланганда уларнинг айримлари кўпроқ ривож топиб (масалан: ифлос—некрозланган флегмоналарда кўпроқ гемодинамика бузилиб тўқималар некрози юзага чиқади ва ҳ.), бошқаларини ёпиб қўяди.

Йирингли ўчоқ кесиб очилгач ёки унинг ўзи ташқарига тешиб чиққач, бўшлиқдан йиринг оқиб чиқиб кетади ва яллиғланиш жараёни тезда бартараф этила бошлайди. Бўшлиқ деворида ҳосил бўлган грануляция тўқимаси борган сари пролиферацияланиб, некрозга учраган тўқималарнинг қисман сурилиб кетиши ва қисман сиқиб чиқарилишини таъминлайди. Тўқимада меъёрий қон айланиш қайта тикланади ва ўлган тўқима ўрни янги ҳосил бўлган қўшувчи тўқима билан тўлади.

Клиник белгилари. Беморлар асосан яллиғланган соҳадаги, турли хил интенсивликдаги оғриқдан, юз ва бўйиндаги шишдан ҳамда юз асимметриясидан шикоят қиладилар. Бундан ташқари, флегмоналарнинг барча турларида у ёки бу даражада қуйидаги белгилар билан боғлиқ шикоятлар кузатилиши мумкин: 1) оғиз очилишининг чегараланиши (чайнов мушакларининг яллиғланиш жараёнига аралашуви натижаси — вақтинчалик яллиғланиш контрактураси); 2) чайнаш ва ютиниш ҳаракатларининг оғриқ билан ке-

чиши ва чегараланиши (хусусан қанотсимон — пастки жағ ва субмассатериал соҳалардаги йирингли яллиғланишларда); 3) гаплашиш ва нафас олишдаги артикуляциянинг бузилиши (оғиз бўшлиғи, трахея деворлари ҳамда овоз боғламларининг шишганлиги оқибатида беморнинг овози пасайиб, хириллаб қолиши мумкин); 4) сўлак ажралишининг бузилиши (сўлак қуюқлашган, чўзилувчан бўлиб қолиб, бемор уни туфлашга қийналади). Айрим беморлар умумий ҳолсизликдан, нохушликдан, бош оғриғидан ҳам шикоят қилишлари мумкин.

Флегмоналар юза ёки чуқурда жойлашган бўлиши мумкин. Абсцесслардан фарқли ўлароқ, флегмонада аниқ чегара бўлмайди. Аммо абсцесс ҳамма вақт флегмонага айланиши мумкин, яъни у классик белгиси “чегараланганлигини” йўқотади. Флегмона ҳам бир анатомик соҳа четлари билан чегараланган бўлиши мумкин. Амалда ҳар бир ёғ клетчаткаси билан тўлиқ бўлган анатомик “бўшлиқда” ҳам абсцесс, ҳам флегмона шаклланиши мумкин. Шунинг учун ҳам уларнинг дифференциал ташхиси амалий ва назарий қийинчиликлардан холи эмас. Шу сабабли, абсцесс ва флегмоналарни ўзаро дифференциациялаш касалликнинг клиник кечиш тавсифига асосланган бўлади. Одатда абсцесс тарқалиш тенденциясига эга бўлмайди. Бемор тана ҳарорати меъёр даражасида ёки субфебриль бўлади. Унинг умумий ҳолатига сезиларли салбий таъсир кўрсатмайди. Беморнинг оқ қон формуласида кучли ўзгаришлар кузатишмайди. Касалликнинг маҳаллий белгилари кучсиз ривожланади. Йирингли ўчоқ битта анатомик соҳада жойлашган бўлиб, унинг чегаралари аниқ бўлади.

Флегмонозли жараёнда яллиғланиш жараёнининг барча клиник белгилари интенсив тарзда ривожланган бўлади. Бемор тана ҳарорати баланд, интоксикация белгилари кучли, ЭЧТ (эритроцитларнинг чўкиш тезлиги) кўрсаткичи ва қондаги бошқа салбий ўзгаришлар юқори даражада бўлиб, юз-жағ тизими кўпроқ бузилган бўлади.

Охирги пайтларда абсцессларнинг классик клиник кўринишида ўзгариш сезилмоқда. Яллиғланган соҳада оғриқ жуда кам, йирингли жараённинг ривожи узоқ давом этиб, беморнинг умумий аҳволида ҳеч қандай салбий ўзгаришлар

кузатилмайди. Тана ҳарорати меъёр даражасида қолади. Йирингли ўчоқ пайпаслангандагина кучсиз оғриқ сезилади. Касалликнинг бундай тарздаги ривож кўпроқ аденоабсцессларга хос эканлиги ҳам эътиборга молик.

Флегмоналарнинг тарқалганлик даражасига пропорционал ҳолда клиникасининг оғирлик даражаси ҳам ортиб боради. Бир ёки икки ёнма-ён жойлашган анатомик соҳаларда жойлашган флегмоналар кўпинча нормергик реакцияда кечади. Бунда беморнинг ҳолати асосан қониқарли, аммо баъзан ўртача оғирликда ҳам бўлиши мумкин. Тана ҳарорати субфебрилдан то $38,5^{\circ}\text{C}$ гача бўлади. Организмнинг интоксикация даражаси кучсиз ривожланган бўлиб, бемор қонида лейкоцитоз ($10\text{--}12 \cdot 10^9/\text{л}$) кузатилиб, ЭЧТ 10 дан 40 мм/с гача ошиши мумкин.

Икки-уч ва ундан ортиқ анатомик соҳаларга тарқалган ва агрессивлигини йўқотмаган флегмоналар одатда гиперергик реакция билан кечади. Бунда организмда интоксикация даражаси кучли бўлиб, у организмнинг ҳимоя мослашув тизимлари фаолиятини компенсацияланган ва субкомпенсацияланган даражагача оғирлаштириши мумкин.

Агар тарқалган флегмона диффузли тус олиб, мия асоси ёки бўйин клетчаткалари томон тарқалса, организмнинг ҳимоя-мослашув тизимининг таранглашиш даражаси субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган ҳолатгача пасайиб, ҳаёт учун реал хавф пайдо бўлади.

Макроорганизмнинг ҳимоя-мослашув тизими фаолияти компенсацияланган даражада бўлганда, беморнинг умумий ҳолати ўртача оғирликда бўлиб, унинг тана ҳарорати $38\text{--}39^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади. Интоксикация кучли даражада бўлади. Қонда лейкоцитоз $12\text{--}15 \cdot 10^9/\text{л}$ дан то $20 \cdot 10^9/\text{л}$ гача бўлиб, ЭЧТ 60 мм/с га етиши мумкин.

Макроорганизмнинг шу тизимининг фаолияти субкомпенсацияланган ҳолатда бўлганда беморнинг умумий аҳволи оғир бўлади, тана ҳарорати 39°C ва ундан ҳам ортиқ бўлиб, септик тавсифга эга бўлиши мумкин. Умумий интоксикация даражаси ортиб боради, асоратлар юзага келиши мумкин. Агар инфекция жараёнининг бундай кечиши ўз вақтида тўхтатилмаса, у инсон ҳаётини таъминловчи аъзолар фаолиятининг декомпенсация даражасига ўтиб кети-

шига сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда организмда септик шок ва сепсис ривожланишига шароит туғилиши мумкин. Нафас олишнинг ўткир етишмовчилиги бемор ҳаётига хавф туғдиради.

Флегмонанинг гиперергик кечиши кўпинча қанд касаллигига, юрак-қон томир ва нафас йўлларининг оғир касалликларига учраган беморларга хос ҳисобланади. Бундай беморларда ўта кучли интоксикация, умумий оғир ҳолат, безгак, организмнинг кўпгина тизимлари фаолиятининг бузилиши 3 – 5 ва ундан ҳам ортиқ анатомик соҳаларга тарқалган ўткир йирингли яллиғланиш билан бирга кечади. Йирингли жараён мия асосига, бўйин соҳасига тарқалган ёки тезда тарқалиш хавфи остида бўлади. Қон текширувлари натижалари одатда беморнинг умумий оғир ҳолатига мос келмаслиги ҳам мумкин.

Флегмона билан касалланган беморда организмдаги интоксикация даражаси бирдан ошиб кетсаю, яллиғланишнинг маҳаллий белгиларида кескин ўзгариш аниқланмаса, у ҳолда ўта вирулентли инфекция агенти маҳаллий ретикулэндотелиал барьердан ва лимфа тугунларидан ўтиб кетиб бутун организмга тарқалганлигидан (генерализацияланганидан) ва бу организм ҳимоя воситаларининг кучи жуда пасайганлигидан дарак беради. Бу эса касаллик прогнозининг ёмонлигини билдиради.

Аксарият ҳолларда, айтилганларга қарама-қарши ўлароқ флегмона гиперергик реакцияда кечиши мумкин. Бунда жараён жуда секин, “судралиб”, узоқ кечади. Беморнинг аҳволи қониқарли даражада қолади. Тана ҳарорати субфебрил ёки меъёр даражасида бўлади, организмда сезиларли интоксикация кузатилмайди. Аммо бу ҳолат флегмонанинг маҳаллий белгиларига боғлиқ бўлмайди. Йирингли жараён бир ёки икки анатомик соҳада жойлашган бўлади. Бемор қонида лейкоцитоз белгилари кузатилмайди (баъзи ҳолларда лейкопения кузатилиши мумкин), ЭЧТ 10 – 15 мм/с даражада. Орадан вақт ўтиши билан ЭЧТ ошиши мумкин (30 – 40 мм/с). Флегмонанинг бундай “судралиб” кечиши кўпинча кекса ёшдаги ва ҳимоя-мослашув фаолияти жуда сусайган беморларга хос бўлади.

Юқори жағ атрофида ривожланувчи абсцесс ва флегмоналар куйидаги соҳаларда жойлашади:

1. **Кўз ости соҳасининг абсцесс ва флегмоналари.** Бу соҳага инфекция асосан қозиқ ва биринчи премоляр тиш орқали киради. Аммо, айрим ҳолларда чекка курак ва иккинчи премоляр тишлар орқали ҳам кириши мумкин. Бундан ташқари кўз ости соҳасига йирингли инфекция лунж соҳасидан ҳам тарқалиши мумкин.
2. **Лунж соҳасининг абсцесс ва флегмоналари.** Бу соҳага инфекция асосан юқори ва пастки жағларнинг моляр ҳамда айрим ҳолларда премоляр тишлари орқали кириши мумкин. Бундан ташқари, бу соҳага инфекция шу тишлар тўғрисида ҳосил бўлган субпериостал абсцесслардан ёки кўз ости, ёноқ, чакка, чакка ости, қулоқ олд-танглай соҳаларидан ва қанот-танглай чуқурчасидан тарқалиш йўли билан ҳам тушиши мумкин. Йирингли инфекциянинг бундай тарқалишига асосан лунж соҳаси билан санаб ўтилган соҳалар оралиғида боғланиш борлиги сабаб бўлади. Бу ёғ мажмуасининг борлиги инфекциянинг тескари йўналишда тарқалишига ҳам олиб келади.
3. **Чакка ости ва қанот-танглай чуқурчаларининг абсцесс ва флегмоналари.** Бу соҳаларга инфекция асосан юқори ақл тиш орқали киради. Аммо, иккинчи ва биринчи моляр тишлар ҳам инфекциянинг сабабчиси бўлиши мумкин.
4. **Чакка соҳасининг абсцесс ва флегмоналари.** Чакка соҳасидаги йирингли яллиғланиш жараёнлари одатда иккиламчи бўлиб, асосан чакка ости ва лунж соҳаларидан одонтоген инфекциянинг тарқалиши орқали ўтади. Аммо бу соҳага инфекция қанот-пастки жағ, ҳалқум атрофи, субмассатериал соҳалардан ҳам ўтиши мумкин. Ноодонтоген инфекция, асосан чакка териси орқали ўтади.
5. **Ёноқ соҳасининг абсцесс ва флегмоналари.** Бу соҳага ҳам инфекция қўшни соҳалардан иккиламчи кириб

келиш йўли орқали тарқалади. Ёноқ соҳасида бирламчи йирингли яллиғланиш жараёни деярли учрамайди.

6. **Кўз косаси соҳасининг абсцесс ва флегмоналари.** Кўз косаси соҳасига инфекция қўшни соҳалардан ўтади: 1) кўз ости соҳасидан бурчак венаси (тромбофлебит бўлганда) ёки кўз ости канали орқали; 2) гаймор бўшлиғидан унинг орқа девори орқали қанот-танглай чуқурчасига, ундан кўз ости ёриғи орқали кўз косасига; 3) чакка ости соҳаси ҳамда қанот-танглай чуқурчасидан кўз ости ёриғи орқали кўз косасига.

Пастки жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарда жойлашган абсцесс ва флегмоналар қуйидагича таснифланади: (11-расм)

1. **Пастки жағ ости учбурчагининг абсцесс ва флегмоналари.** Пастки жағ ости учбурчаги соҳасига инфекция асосан пастки жағдаги моляр тишлар атрофидаги яллиғланиш ўчоқлари орқали тушади. Шунингдек бу соҳага инфекция қўшни соҳалардан (энгак ости, оғиз туби, қанот-пастки жағ, ҳалқум атрофи соҳалари) тарқалиш йўли билан ҳам кириб келиши мумкин. Бу соҳадаги йирингли яллиғланиш жараёнлари келиб чиқишида пастки жағдаги ақл тишининг қийналиб чиқиши давридаги асоратлари ҳам алоҳида аҳамиятга эга. Инфекциянинг аксарият қисми лимфоген йўл билан ҳам кириб келиши мумкин.
2. **Энгак ости учбурчагининг абсцесс ва флегмоналари.** Энгак ости соҳасига инфекция пастки жағнинг фронтал гуруҳидаги тишлар орқали кириб келади. Кўп ҳолларда эса яллиғланиш жараёни бирламчи бўлиб, шу соҳада жойлашган лимфа тугунларини жароҳатлайди ва абсцесс ёки флегмона иккиламчи асорат сифатида намоён бўлади. Жараённинг лимфоген ривожидан инфекция ўчоғи ролини энгак соҳаси ва пастки лаб терисидаги йирингли жараёнлар ўйнайди.
3. **Қулоқ олди чайнов соҳасининг абсцесс ва флегмоналари.** Бу соҳадаги йирингли яллиғланиш жараёнларига асосан пастки жағдаги моляр тишлар сабаб бўлади. Жуда кам ҳолларда инфекция пастки жағдаги премо-

ляр ва юқори жағдаги моляр тишлардан ҳам тарқалган бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда инфекция қулоқ олди чайнов соҳасига кўшни соҳалардан (кўпроқ чакка асосидан) тарқалиши ҳисобига ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Йирингли жараённинг чайнов мускули билан жағнинг шох қисми оралигида пайдо бўлиши ва унинг атроф тўқимага тарқалишга мойиллиги одатда флегмона деб юритилади. Шунинг учун ҳам йирингли жараённинг субмассатериал кўриниши алоҳида нозологик кўриниш деб ҳисобланади.



11-расм. Жағ ости флегмонаси

- 4. Қанот-пастки жағ соҳасининг абсцесс ва флегмоналари.** Бу соҳага инфекция асосан пастки жағнинг моляр тишлари орқали киради. Сабабчи жараёнларни аксарият пастки жағдаги ақл тишининг асоратланган чиқиши ташкил қилади. Булардан ташқари, инфекция бу соҳага тил-пастки жағ тарновчасидан, оғиз тубидан, пастки жағ ости учбурчагидан ва қулоқ олди чайнов соҳаларидан тарқалиш йўли билан ҳам кириб келиши мумкин.
- 5. Ҳалқум атрофи соҳасининг абсцесс ва флегмоналари.** Бу соҳадаги йирингли яллиғланиш жараёнлари келиб чиқишига асосан пастки жағдаги моляр тишлар, айрим ҳолларда эса, юқори жағдаги моляр тишлардаги асоратланган кариес касаллиги сабаб бўлади. Ҳалқум атрофи соҳаси абсцесс ва флегмоналарининг келиб чиқишида тонзиллоген йўл ҳам алоҳида роль ўйнайди. Булардан ташқари, бу соҳага инфекция кўшни соҳалардан (пастки жағ орти чуқурчасидан, тил ости, пастки жағ ости ва қанот-пастки жағ соҳаларидан) тарқалиш йўли билан ҳам кириб келади.

6. **Тил ости соҳасининг абсцесс ва флегмоналари.** Тил ости соҳасига инфекция пастки жағдаги тишлар орқали киради. Аксарият ҳолларда, бу соҳа инфекциясининг ривожланишига катта ва кичик озиқ тишлар сабаб бўлади.
7. **Тил-жағ тарновчасининг абсцесси.** Бу соҳа абсцессининг клиник кечиши ўзига хослиги билан ажралиб туради. Бу жойда жойлашган ёғ клетчаткасидаги йирингли жараён ҳамда атрофидаги перифокал яллиғланиш жараёни касаллик бошланишиданоқ тил илди-зи ва ҳалқум атрофи соҳаларининг олдинги қисмини қамраб олади. Шунинг учун ҳам бемор тилининг ҳаракати ва ютиниш жуда қийинлашади. Шу соҳадан ўтган тил нервига кўрсатилган босим ҳисобига оғриқ кучли бўлади. Медиал қанотсимон мускул олдинги то-лаларининг йирингли ўчоқ билан боғлиқлиги нати-жасида яллиғланиш контрактураси келиб чиқади. Шу туфайли оғиз ичини текшириш қийинлашади.

Тил ости соҳаси флегмоналари асосан бир томондан, айрим ҳолларда эса иккала томондан ҳам бўлиши мумкин. Бемор тил ости соҳасидаги кучли оғриқдан, ютиниш ва тилни ҳаракатлантириш жуда қийинлигидан шикоят қилади. Энгак ва пастки жағ ости (олдинги қисмида) соҳаларида тарқалган шиш кузатилади. Аммо, бу соҳаларда инфилт-рация бўлмайди. Энгак ва жағ ости лимфа тугунлари катта-лашган ҳамда оғриқли бўлади. Оғиз очилиши инфекция-нинг тарқалганлик даражасига қараб, эркинроқ (олдинги соҳасидаги) ва яллиғланиш контрактурасининг II даража-сигача (инфекция тил остининг орқа қисмига ҳам тарқалганда) бўлиши мумкин.

Оғиз ичида тил ости шиллиқ қавати кучли шишиши оқибатида тил кўтарилган (икки томонлама жараёнда) ёки соғлом томонга қараб силжиган (бир томонлама жараён-да) бўлади. Шиллиқ қават қизарган, шишган бўлиб, баъ-зан караш билан қопланган ҳам бўлиши мумкин. Пальпа-цияланганда оғрийди, инфилтрация ва флюктуация бел-гиси кузатилади.

Тил ости соҳаси абсцесс ва флегмоналарида йирингли жараён бир ёки иккала томондан ҳам қўшни соҳаларга

тарқалиши билан асоратланиши мумкин. Бундай ҳолларда оғиз туби флегмонаси пайдо бўлиб, у бемор ҳаёти учун хавфли ҳисобланади.

8. **Тил илдизи соҳасининг флегмонаси.** Бу соҳага одонтоген инфекция пастки жағнинг моляр тишларидан, тил-жағ тарновчаси орқали кириб келади. Айрим ҳолларда бу инфекция стоматоген (тил ости соҳасининг шиллиқ қавати жароҳатларида) йўл билан ҳам кириши мумкин.
9. **Оғиз туби флегмонаси.** Оғиз туби флегмонаси деганда, тил ости соҳаси, энгак ости ва иккала пастки жағ ости учбурчаклари соҳаларига бир вақтнинг ўзида турли хил йўналишда тарқалган йирингли жараён тушунилади. Бу соҳа флегмонаси одатда иккиламчи жараён бўлиб, юқорида санаб ўтилган соҳаларнинг биридан ёки тил илдизи соҳасидан йирингли жараён қўшни соҳаларга тарқалиши орқали юзага келади.
10. **Оғиз тубининг йирингли-гангренали флегмонаси** (Людвиг ангинаси). Бу флегмона оғиз туби флегмонасининг ўзига хос кечадиган тури бўлиб, уни чақирувчилар анаэроб микроорганизмлар симбиози ҳисобланади. Бу микроорганизмлар асосан оғиз тубига пастки жағдаги моляр тишлар илдизлари атрофидаги сурункали яллиғланиш ўчоқлари орқали киради. Касалликнинг бу турида яллиғланиш жараёни атипик кечиби, унинг тарқалиши, шу соҳа анатомияси ва топографиясининг ўзига хос хусусиятларига боғлиқ эмас. Яъни яллиғланиш жараёнига бошданоқ нафақат ёғ клетчаткаси, балки мускуллар ва фасциялар ҳам қўшилиб кетади. Энг асосийси, бу жараёнда йирингли бўшлиқлар ҳосил бўлмайди, инфильтрацияланган барча тўқималар некрозга учрайди. Натижада мускул тўқимаси қайнатилган гўшт кўринишини олади. Касаллик бошланишиданоқ жараён ҳалқум атрофи ва қанот-жағ соҳаларига тарқалади.
11. **Пастки жағ орқаси чуқурчасининг абсцесс ва флегмоналари.** Пастки жағ орқаси чуқурчаси соҳасига инфекция қўшни соҳалардан ўтади. Шунинг учун ҳам

доимо иккаламчи ривожланади. Аммо, бу соҳага инфекция пастки моляр тишлардан тўғридан-тўғри ўтиши ҳам мумкин. Кўпинча йирингли жараён бу соҳага қанот-пастки жағ ва ҳалқум атрофи соҳаларидан, камроқ ҳолларда эса пастки жағ ости учбурчаги ҳамда қулоқ олди чайнов соҳасидан тарқалиб ўтади.

12. **Бўйин соҳасининг абсцесс ва флегмоналари.** Юз-жағ соҳасининг одонтоген йирингли яллиғланиш жараёнлари, одатда, бўйиннинг олдинги қисмидаги тери ости ва фасциялар оралиғидаги ёғ клетчаткаларига тарқалиши билан асоратланади. Бўйиндаги абсцесс ва флегмоналар юза (тери ости ёғ клетчаткасида) ҳамда чуқурда (трахея, нерв-томир тутами атрофидаги ва фасциялар оралиғидаги ёғ клетчаткаларида) жойлашган бўлади.

Юз ва бўйин соҳаларининг абсцесс ва флегмоналари асосан жарроҳлик усулида даволанади. Кечиктирилмасдан, ўз вақтида ўтказилган йирингли бўшлиққа бирламчи ишлов бериш операцияси, экссудат ва некрозланган тўқиманинг организмдан тез чиқиб кетиши ҳамда интоксикация камайишини таъминлайди. Бу давони ўтказиш стоматолог врачнинг вазифасига киради.

Юз ва бўйин соҳаларининг абсцесс ҳамда флегмоналари комплекс даволанади, яъни: 1) бу даво этиотроп тавсифга эга бўлиши, яъни касалликни чақирган микробни йўқотишга қаратилган бўлиши; 2) макроорганизмнинг қаршилиқ кучларини кўтаришга (уни стимуллашга) қаратилган бўлиши; 3) патогенетик тавсифга эга бўлиши, яъни яллиғланиш ўчоғидаги патофизиологик жараёнларни бошқаришга қаратилган бўлиши; 4) симптоматик тавсифга эга бўлиши, яъни инсон организмнинг асосий функцияларини сақлаб туришга ва бузилганларини қайта тиклашга қаратилган бўлиши лозим.

Бундай давонинг асосий вазифаларига қуйидагилар киради: а) йирингли жараённинг қўшни соҳаларга тарқалиб кетишининг олдини олиш; б) йирингли жараённинг қон оқимига тушиб бошқа аъзоларга тарқалиши (септикопиемия) нинг олдини олиш.

Юз абсцессларида бундай даво асосан поликлиника шароитида ўтказилади. Аммо чегараланган йирингли жараён қанот-жағ, субмассатериал, чакка ости ва чакка соҳаларида жойлашган бўлса, у ҳолда операция ва ундан кейинги даво стационар (ёки кундузи стационар) шароитида ўтказилгани маъқул.

Юз ва бўйин соҳаларининг флегмоналарини эса асосан стационар шароитида даволаш лозим.

Бундай касаллик билан оғриган беморлар ўз вақтида тўғри даволансалар касаллик оқибатсиз тугаб, улар бутунлай соғайиб кетадилар. Агар яллиғланиш жараёни асоратланиб, медиастинит, менингит, менингоэнцефалит, мия қобиклари ёриғлари тромбози, сепсис каби оғир касалликларга олиб келса, унинг оқибати ҳам оғир бўлади. Бундай бемор узоқ вақт иш қобилятини йўқотиши, ногирон бўлиб қолиши ва ҳатто ўлиши ҳам мумкин.

ЮЗ ВА БҮЙИН СОҲАСИ ЛИМФА ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ (ЛИМФАДЕНИТЛАР)

Клиник кўриниши. Клиникасининг кўриниши, патологик анатомиясининг ўзига хос томонларини ҳисобга олган ҳолда ўткир ва сурункали лимфангит, ўткир серозли ва ўткир йирингли лимфаденит, аденофлегмона ҳамда сурункали лимфаденит касалликлари фарқланади (Т.Г. Робустова, 1990).

Лимфангит ўткир ва сурункали кўринишда кечади. Ўткир лимфангит юза ёки чуқурда ётган лимфа томирларида ривожланиши мумкин. Ҳимоя-мослашув тизимлари кучсиз бўлган беморларда ўткир лимфангит, “судралиб” кечувчи сурункали кўринишга ўтиб кетади. Бундай ҳолат антибиотикларни тартибсиз қўллаганда ҳам келиб чиқиши мумкин.

Юза лимфа томирлари чигалидаги ўткир лимфангитни ретикуляр (тўрсимон) лимфангит, чуқурда жойлашган катта лимфа томирларидагини эса трункуляр лимфангит дейилади.

Ўткир ретикуляр лимфангитда юз терисидаги яралар, чипқон, ҳўппоз ёки лабдаги жароҳатлар, яллиғланган ўчоқлар атрофида жойлашган жуда кичик тўрсимон лимфа

томирлари яллиғланади. Шу жой қизириб оғрийди. Касаллик клиникаси сарамасникига ўхшаб кетади. Аммо шу қизарган яллиғланиш ўчоғидан регионар лимфа тугунлари томон йўналган қизил ҳошиялар пайдо бўла бошлайди. Беморнинг тана ҳарорати 38–39 °С гача кўтарилиши мумкин. Безгак, иштаҳанинг йўқолиши, бош оғриши каби интоксикация белгилари пайдо бўлади. Регионар лимфа тугунлари катталашади, кучсиз оғрийди, лекин юмшоқлигича қолади.

Ўткир трункуляр лимфангитда яллиғланиш жараёни чуқурроқда жойлашган бўлиб, каттароқ диаметрдаги лимфа томирлари яллиғланади. Юз ёки бўйин терисида бирламчи яллиғланиш ўчоғидан регионар лимфа тугунлари томон йўналган бир ёки бир неча қип-қизил рангдаги ҳошия пайдо бўлади. Дастлаб бу ҳошия бўйлаб терида кучсиз оғриқ пайдо бўлади, кейинчалик шу жой қаттиқлашади. Атроф тўқималар шишади, таранглашади. Аста-секин яллиғланиш жараёни лимфа томири деворидан атрофдаги тўқималарга ҳам тарқала бошлайди. Натижада қизил ҳошия ҳам кенгайиб боради, юз ёки бўйиндаги шиш катталашади, регионар лимфа тугунларда лимфаденит кузатилади.

Юза жойлашган ретикуляр лимфангит ташхиси қийинчилик туғдирмайди. Аммо теридаги қизариш ҳошиясимон бўлмасдан бир текис бўлса, у ҳолда уни сарамас касаллигидан фарқлаш қийин бўлади. Бунда асосий эътиборни теридаги қизарган жойларнинг бир ёки бир неча эканлигига қаратмоқ зарур. Одатда сарамас касаллигида тери бир текис қизариб, у бир неча жойда аниқланади.

Трункуляр лимфангитдаги шиш тагидаги ипсимон қаттиқлашиш флебит касаллигини, атрофдаги инфильтрация эса флегмонани эслатади. Тўқималарнинг чуқур ерида жойлашган ўткир трункуляр лимфангитни тромбофлебит касаллиги билан адаштириб қўйиш ҳам мумкин. Аммо флебит ва тромбофлебитда ипсимон инфильтрат вена томирлари бўйлаб жойлашади ва унинг устидаги тери узоқ вақт қизармасдан туради. Умумий интоксикация белгилари кучлироқ бўлади.

Лимфангитнинг давоси, асосан бирламчи яллиғланиш ўчоғини (периодонтит, периостит, чипқон, хўппоз ва б.) бартараф этишга қаратилган бўлиши керак. Консерватив

даво учун антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари қўлланилади.

Лимфаденитлар ўткир, сурункали, специфик ва носпецифик бўлади. Ўткир лимфаденит серозли ва йирингли, сурункали лимфаденит эса гиперпластик ва йирингли турларга бўлинади (Ю.И. Вернадский, 1984).

Ўткир серозли лимфаденит бир ёки бир неча лимфа тугунларида пайдо бўладиган кучсиз оғриқ билан бошланади. Бу лимфа тугунлари шишади, катталашади, пальпация қилинганда қаттиқ-эластик, оғриқли, эркин силжувчан бўлади. Шу соҳадаги терининг ранги ўзгармаган, бемалол қатламга йиғилувчан бўлади. Беморнинг умумий аҳволида ўзгариш кузатилмайди. Унинг қони ва сийдигида ҳам ўзгаришлар аниқланмайди.

Инфекциянинг бирламчи ўчоғидаги яллиғланиш жараёни камайиши давомида, оғриган лимфа тугунининг ҳам ҳажми кичрайиб боради, оғриқлар йўқолади, у юмшаб қолади. Бир неча ҳавфтадан сўнг меъёрий даражадан фарқ қилмайдиган ҳолатга келади.

Ўткир серозли лимфаденит оғир кечганда, у йирингли кўринишга ўтиш билан асоратланиши мумкин.

Ўткир йирингли лимфаденит лимфа тугуни соҳасида инфильтрация (перилимфаденит) пайдо бўлиши, унинг силжувчанлигининг камайиши, атрофдаги лимфа тугунлари ва тўқималар билан бирика бошлаши билан тавсифланади. Бу жараён сероз кўринишининг асорати ёки сурункали лимфаденит хуружи сифатида пайдо бўлади. Беморнинг тана ҳарорати $37,2-37,8^{\circ}\text{C}$ даражагача кўтарилиши ва унинг қонида яллиғланишга хос ўзгаришлар кузатилиши мумкин.

Яллиғланган лимфа тугуни соҳасидаги тери қизариб шишади ва аста-секин таг тўқима билан бирика бошлайди. Яллиғланган лимфа тугуни ҳалқум атрофи ёки қулоқ олди соҳаларида бўлганда, ютиниш ва оғизни очиш ҳам бир оз қийинлашади.

Лимфа тугунининг йирингли парчаланиш жараёни айрим беморларда жуда тез (2–3 кун ичида), айримларида аста-секинлик билан (1–2 ҳафта давомида), ҳатто инфекциянинг бирламчи ўчоғи бартараф қилингандан анча кейин ҳам ривожланиши мумкин.

Юз-жағ соҳасида лимфаденит касаллиги билан энг кўп жағ ости лимфа тугунлари касалланади. Иккинчи ўринда энгак ости, қулоқ олди ва пастки жағ лимфа тугунлари яллиғланади.

Ўткир лимфаденитлар (айниқса, бир йўла бир неча лимфа тугунлари яллиғланса), асосан ўткир лейкоз касаллиги сабабли лимфа тугунларидаги ўзгаришлар билан дифференциалланади. Лейкоз касаллигига, бир вақтнинг ўзида бир неча анатомик соҳалардаги лимфа тугунларининг шикастланиши ва икки томонлама жараённинг мавжудлиги хос бўлади.

Сурункали носпецифик лимфаденит ўткир жараённинг асорати сифатида ёки вирулентлик даражаси паст бўлган микроорганизмлар яллиғланиш чақирганда юзага келади. У айрим лимфа тугунларининг турли ўлчамларда катталаниши ва силжувчанлигининг чегараланиши билан тавсифланади. Бунда беморнинг умумий аҳволида ўзгаришлар кузатилмайди. Маҳаллий текширилганда аниқ бир лимфа тугунининг катталаниши қаттиқлашганлиги, оғримаслиги аниқланади.

Агар бу сурункали жараён хуруж қилса, у ҳолда йирингли жараён юзага келиб, ўткир йирингли лимфаденит клиникасидан фарқ қилмайди.

Агар бирон-бир лимфа тугуни узоқ вақт давомида, одонтоген ўчоқда мавжуд бўлган инфекция ўчоғидан токсинлар билан “бомбардимон” қилиб турилса, унда у сурункали яллиғланиш оқибатида томоман ўлади ва унинг паренхимаси грануляция тўқимасига айланади (гиперпластик турдаги сурункали яллиғланиш). Вақти-вақти билан шу жойдаги сурункали яллиғланиш жараёни хуруж қилиб туради. Охир оқибатда инфекция устидаги терини тешиб чиқади, унда оқма ҳосил бўлиб, унинг деворлари ҳам грануляцияланади. Кейинчалик бу оқма чандиқланиб ёпилиб қолса, ёнидан янгиси ҳосил бўлади. Бу жараён юздаги миграцияланувчи гранулема деб ҳам юритилади.

Сурункали гиперпластик лимфаденитни юздаги туғма оқма ва кисталар ҳамда айрим ўсималардан фарқлаш лозим бўлади.

Сурункали специфик лимфаденитлар, асосан сил касаллигида учрайди. Аммо, бемор анамнезида унинг ер куррасининг шимолий кенгликларидаги ноқоратупроқ ерлар-

да қишлоқ хўжалиги ишлари билан машғул бўлганлиги ҳақида аниқланса, у ҳолда бундай лимфаденитнинг актиномикоз этиологияли бўлиши мумкинлигини ҳам унутмаслик лозим. Айрим ҳолларда сурункали лимфаденит сифилитик этиологияга эга бўлиши ҳам мумкин.

Сурункали специфик лимфаденитлар, одатда бўйин, пастки жағ, пастки жағ ости ва жағ орқасида жойлашган лимфа тугунларини шикастлайди. Баъзан улар тананинг бошқа соҳаларидаги (шу жумладан бронхиал ва қорин парда орқасидагиларни ҳам) лимфа тугунларининг шикастланишлари билан бирга кечади.

Сил касаллигидаги сурункали лимфаденитларда оғиз бўшлиғида, жағлар ва жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарда бирламчи яллиғланиш ўчоқлари топилмайди. Жуда секин ва айрим ҳолларда икки томонлама лимфаденит ривожланади. Беморда узоқ давом этувчи субфебрилитет ҳолати кузатилиб, Манту реакцияси мусбат натижа беради, пунктат эса, кўпинча стерил чиқади. Кўпинча йиринглашга ҳам мойил бўлади.

Актиномикоз этиологиясига эга бўлган сурункали лимфаденитга оқма ва унинг атрофида шу касалликка хос тахтасимон қаттиқлик мавжудлиги тавсифли бўлади. Жараён “судралиб” жуда узоқ кечади. Булардан ташқари, оқмадан ажралаётган суюқлик цитологиясида актиномицитлар мицелияси аниқланади.

Сурункали лимфаденит сифилитик этиологияда бўлганда, шу касалликка хос анамнез ва мусбат натижали Вассерман реакцияси кузатилади.

Даволаш. Ўткир лимфаденитларни даволашда, лимфа тугунига инфекциянинг оқиб келишини тўхтатиш учун, биринчи навбатда бирламчи яллиғланиш ўчоғи баргараф қилинади.

Ўткир серозли лимфаденитни консерватив усулда даволаш мумкин. Бунинг учун физиотерапия усуллари ҳамда маҳаллий иссиқ берувчи боғламлар яхши ёрдам беради. Дубровин боғлами (лимфа тугуни устидаги тери 4% сариқ симобли малҳам билан суртилиб, устидан калий перманганатнинг концентрланган эритмасига бўктирилган дока-салфетка билан ёпилади, устидан чой қоғози, пахта

қўйилиб, бинт билан ўраб боғланади) ҳамда ярим спиртли компресс маҳаллий иссиқ берганлиги учун яхши натижа беради. Яллиғланган тугун атрофига новокаин, тримекаин ёки лидокаин билан “блокада” қилиш уни асоратланишдан сақлайди. Бу эритмаларга антибиотиклар ёки ферментларни ҳам қўшиб юбориш мумкин.

Ўткир йирингли ёки хуруж қилган сурункали лимфаденитларда ёхуд лимфа тугуни қобиғи ёрилиши натижасида атроф ёғ клетчаткасига йиринг тарқалганда (аденофлегмонада) жарроҳлик давоси ўтказилади.

Сурункали специфик лимфаденитлар, уларнинг этиологияси тасдиқлангач, беморлар махсус даволаш муассасаларига юборилиб, ўша ерда даволанадилар.

Ўткир ва сурункали лимфаденитлар профилактикаси тиш кариеси ва унинг асоратларини ўз вақтида аниқлаш, стоматит, ринит, отит, гингивит, глоссит, чипқон, хўппоз каби касалликлар ҳамда оғиз бўшлиғи ва юз соҳасидаги травматик жароҳатларни ўз вақтида даволашдан иборат бўлади.

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

ТИШ ОЛИШ ОПЕРАЦИЯСИ

- 1. Поликлиника ва стационар шароитида, режали операциядан олдин қилиниши шарт:*
 1. Бутун танага санитария ишловини бериш
 2. ЛОР аъзолари санацияси
 3. Оғиз бўшлиғи санацияси
 4. Беморни руҳий-эмоционал таёрлаш
 5. Оғиз бўшлиғи ирригацияси
- 2. Юз терисини операцияга тайёрлаш учун ишлатилади:*
 1. 1% хлорамин эритмаси
 2. 3% формальдегид эритмаси
 3. Глицерин-йодоформ аралашмаси
 4. 5% Люголь эритмаси
 5. Перманганат калий эритмаси (1:5000)
- 3. Дока турундаларни шимдириш учун қўлланиладиган йодоформ аралашмаси таркибига киради:*
 1. Йодоформ, Люголь эритмаси, эфир, дистилланган сув
 2. Йодоформ, глицерин, этил спирти ва эфир
 3. Йодоформ, марганец кристаллари, спирт ва эфир
 4. Йодоформ, йод эритмаси, глицерин ва эфир
 5. Йодоформ, глицерин, йод ва дистилланган сув
- 4. Юз терисини операцияга тайёрлаш учун қўлланилади:*
 1. Перманганат калий эритмаси (1:5000), 5% Люголь эритмаси
 2. 1% хлорамин эритмаси, 5% йод настойкаси
 3. 1% глицерин эритмаси, 5% Люголь эритмаси
 4. Фурацилин эритмаси (1:5000), 3% йод настойкаси
 5. 70% этил спирти, 2% йод настойкаси, 5% Люголь эритмаси

5. *Амбулатория операциясидан бевосита олдин ўтказиш зарур бўлган муолажалар:*
 1. Оғиз бўшлиғи ирригацияси
 2. Оғиз бўшлиғи санацияси
 3. Тишларнинг электроодонтодиагностикаси
 4. Операция зонасини рентген қилиш
 5. Пункцион биопсия ўтказиш

6. *Тиш олиш операциясига асосий кўрсатмалар:*
 1. Илдизнинг очилиб қимиллаб қолиши
 2. Тишнинг аномалияли жойлашиши
 3. Тиклаш имконияти бўлмаган функционал қимматини йўқотиши
 4. Тиш тожининг кариоз парчаланиши
 5. Тиш тожи ва илдизининг кариоз емирилиши

7. *Хавfli шиш бор бўлган соҳадаги тишни:*
 1. Консерватив даволаш керак
 2. Дарҳол олиб ташлаш керак
 3. Бемор соғайгач олиб ташлаш керак
 4. Агар бемор илтимос қилсагина олиш керак
 5. Олиш керак, фақат стационарда

8. *Юқори жағдаги тишлар олинаётганда, беморнинг боши шундай қўйилади:*
 1. Беморнинг боши ёстиқча ўртасида бўлсин
 2. Олинаётган тиш врачнинг елкаси тўғрисида бўлсин
 3. Ўриндиқ суянчиғи тушиб кетмасин
 4. Врач беморнинг олдида ўнг томонда турсин
 5. Бемор бошини қимиллатиб юбормасин

9. *Тиш катагидан илдизларни суғуриб олиш учун энг кўп ишлатиладиган асбобнинг номини кўрсатинг:*
 1. Долото
 2. Экскаватор
 3. Элеватор
 4. Омбур
 5. Распатор

10. Қайси кўрсатма «касал» тишни олиб ташлашга асос бўлмайди?

1. Ўткир йирингли пульпит
2. Юқори жағ остеомиелити
3. Пастки жағ периостити
4. Юқори жағ периостити
5. III даражали пародонтит

11. Тиш олиш учун қарши кўрсатма ҳисобланмайди:

1. Ўткир юрак-қон томир касалликлари
2. Геморрагик диатез
3. Ўткир панкреатит
4. Ўткир одонтоген гайморит
5. Ўткир йирингли отит

12. Қайси асорат тиш олингандан кейинги кечки асоратга киради?

1. Пастки жағнинг синиши
2. Пастки катак нерв неврити
3. Гаймор бўшлиғи
4. Тиш

13. Тиш олингач, қанча вақтдан кейин тиш катаги остеомиелити пайдо бўлиши мумкин?

1. 3 кундан
2. Бир ойдан
3. 2 ҳафтадан
4. Ўша куннинг ўзида
5. 2 ойдан кейин

14. Юқори жағда қайси тиш гуруҳлари олинганда, гаймор бўшлиғи тубининг тешилиб қолиш хавфи кўпроқ бўлади?

1. 1,2
2. 2,3
3. 5,6,7
4. 4,5
5. 8

15. *Кўрсатилганлардан қайси бири тиш олиш операциясига қарши кўрсатма ҳисобланмайди?*
1. Қон касалликлари
 2. Сурункали зотилжам
 3. Геморрагик диатезлар
 4. Юқори нафас йўллари яллиғланиши
 5. Инфарктдан кейинги биринчи кунлар
16. *Қайси касалликда тиш олингач унинг катакчасидан қон кетмайди?*
1. Геморрагик диатезларда
 2. Гемофилияда
 3. Лейкозда
 4. Хафақон (гипертония) касаллигида
 5. Гипотонияда
17. *Юқори жағдаги қайси тишларни ротация қилиш ҳаракати билан олиш мумкин?*
1. Ҳамма тишларни
 2. Ҳамма премолярларни
 3. Ҳамма фронтал тишларни
 4. Ҳамма премоляр ва молярларни
 5. Фақат моляр тишларни
18. *Тиш олиш операциясидан олдин, тиш атрофи милкига қайси препарат билан ишлов бералади?*
1. 80° спирт
 2. 1:10000 нисбатдаги калий перманганат эритмаси
 3. 1% йод настойкаси
 4. 5% йод эритмаси
 5. Хлоргексидин эритмаси
19. *Юқори жағдаги кўп илдизли тишларнинг қайси илдизини ротация қилиш йўли билан олиб ташлаш мумкин?*
1. Молярларнинг ҳамма илдизларини
 2. Фақат 5 та тишнинг танглай илдизини
 3. Моляр тишларнинг танглай илдизини
 4. Премолярларнинг ҳамма илдизларини
 5. Моляр тишларнинг лунж илдизларини

20. *Пастки ўнг томондаги катта жағ тишларини олиш пайтидаги врачнинг ҳолатини кўрсатинг:*
1. Беморнинг олд томонида
 2. Бемордан ўнг томондан олдинроқда
 3. Бемордан ўнг томонда, орқароқда
 4. Беморнинг орқа томонида
 5. Беморнинг олд томонида ўтирган ҳолда
21. *Агар пастки моляр тишни олиш пайтида, унинг битта илдизи олинган бўлиб, иккинчиси синиб қолса, уни олиш учун қайси элеватордан фойдаланилгани маъқул?*
1. Бурчак остида эгилган элеватор
 2. Тўғри элеватор
 3. Леклюз элеватори
 4. Эчки туёғисимон элеватор
 5. Қачовсимон (Долото) элеватор
22. *Чуқурда синиб қолган тиш илдизини олиб ташлаш учун қайси жарроҳлик операциясини бажарган маъқул?*
1. Тиш илдизи учи резекцияси
 2. Цистэктомия
 3. Альвеолотомия
 4. Гемисекция
 5. Реплантиция
23. *Ўсиб чиқмай қолган ва горизонтал ҳолда ётган пастки жағдаги ақл тишни олиш учун энг маъқул бўлган жарроҳлик усулини кўрсатинг:*
1. Олдин 7-тишни олиб, сўнг 8-ни олиш
 2. 7-тишни олиб ташлаш, 8-ни жойда қолдириш
 3. 8-тишни кесиб бўлаклаб олиш
 4. Тўғри элеватор ёрдамида кўтариш
 5. Жағ суягини қисман остеотомия қилиш
24. *Альвеолотомия операциясига бўлган кўрсатмани аниқланг:*
1. Алоҳида жойлашган илдизни олишда
 2. Чуқурда синиб қолган тиш илдизи бўлақларини олишда
 3. Бир неча илдизни бирваракайига олишда
 4. Гемисекция операциясини бажариш пайтида
 5. Реплантиция операциясини бажариш пайтида

25. *Тиш олиш операциясини бажариш пайтида, тиш ёки илдиз қайси жойга бехосдан тушиб қолганда энг оғир асорат келиб чиқиши мумкин?*
1. Овқат ҳазм қилиш трактига
 2. Нафас йўлларига
 3. Юқори жағ бўшлиғига
 4. Жағ атрофидаги юмшоқ тўқималар ичига
 5. Бурун бўшлиғига
26. *Альвеолит касаллиги қай вақтда келиб чиқиши мумкин?*
1. Тиш катакчасига тиш тошлари тушиб қолганда
 2. Тиш катакчасига тиш кариеси бўлаклари тушганда
 3. Тиш катаги деворларини ўта майдалаб тиш олганда
 4. Катакча тубида грануляциян тўқима қолганда
 5. Катакчада суяк бўлакчалари қолганда
27. *Олинган тиш катакчасидан қон кетишини тўхта-тишининг энг самарали усулини кўрсатинг:*
1. Катак ичини маҳкам тўлдириб йодоформли тампон қўйиш
 2. Қон кетган жойни перманганат калий кристалли билан куйдириш
 3. Тиш катаги четларини қаттиқ сиқиш
 4. Венага аминаокапрон кислота эритмасини қуйиш
 5. Ташқи уйқу артериясини вақтинча сиқиш
28. *Чуқурда ётган тиш илдизларини катакчалардан суғуриб олишда ишлатиладиган асбоб нима деб аталади?*
1. Долото
 2. Экскаватор
 3. Омбур
 4. Элеватор
 5. Распатор
29. *Қайси касалликда «касал» тишни олиб ташлаш шарт эмас?*
1. Юқори жағдаги ўткир остеомиелитда
 2. Одонтоген флегмоналарда
 3. Ўткир йирингли периодонтитда

4. Пастки жағдаги ўткир остеомиелитда
 5. Сурункали остеомиелитда
30. *Кўрсатилган асоратлардан қайси бири кечки асорат га киради?*
1. Пастки катак нерв неврити
 2. Пастки жағнинг синиб қолиши
 3. Юқори жағ бўшлиғи тубининг тешилиб қолиши
 4. Тиш илдизининг синиб қолиши
 5. Қўшни турган тишнинг ўрnidан чиқиб кетиши
31. *Санчғич найзасимон (штыковидный), лунжларининг учлари қўшилмаган ва бўйин қисми узайтирилган омбур қайси тишларни олишга мўлжалланган?*
1. Фақат юқори чапдаги 8-тиш учун
 2. Фақат юқори ўнгдаги 8-тиш учун
 3. Юқори премолярлар учун
 4. Юқори 6- ва 7-тишлар учун
 5. Юқори ақл тишлари учун
32. *Тишга омбур қўйилганда врачнинг эътибори алоҳида нималарга қаратилган бўлиши керак ...?*
1. Омбур тишларининг тиш тожидан тойиб кетмаслигига
 2. Омбур тишлари милкни қўшиб ушламаслигига
 3. Қўл билан омбурни ўта қаттиқ сиқмасликка
 4. Омбур тишлари ўқининг тиш ўқига мос тушишига
 5. Биринчи ҳаракатни тўғри қилишга
33. *Юқори жағдаги курак ва қозиқ тишларни олганда ишлатиладиган омбурни кўрсатинг:*
1. Тўғри шаклдаги, лунжлари текис, қўшилмаган
 2. «S»-симон шаклда, лунжлари текис, қўшилмаган
 3. Баянет (санчғич найза) шаклидаги
 4. Қўштумшуқ шаклда ясси томонга эгилган
 5. Қўштумшуқ шаклда лунжлари қўшилган
34. *Юқори жағдаги премоляр тишларни олганда ишлатиладиган омбурни кўрсатинг:*
1. «S»-симон шаклда, лекин бир лунжда тишчаси бор

2. Тўғри шаклда, лунжлари текис, қўшилмаган
 3. «S»-симон шаклда, лунжлари текис, қўшилмаган
 4. Санчғич найзасимон, учлари қўшилган
 5. Санчғич найзасимон, узайтирилган бўйинли
35. *Юқори жағ ўнг томонидаги 6-тишни олишда ишлатиладиган омбурни кўрсатинг:*
1. Санчғич найзасимон
 2. «S»-симон ўнг лунжида тишчаси бор
 3. Тўғри шаклда
 4. «S»-симон чап лунжида тишчаси бор
 5. «S»-симон лунжларида тиши йўқ
36. *Пастки жағдаги 8- тишни олишда ишлатиладиган омбурни кўрсатинг:*
1. Қўштумшуқсимон, қовурғасига қараб эгилган
 2. Қўштумшуқсимон, лунжларининг учи қўшилган
 3. Санчғич найзасимон
 4. Қўштумшуқсимон, текислигига қараб эгилган
 5. «S»-симон кўринишда
37. *Элеваторлар бўлади:*
1. Қовурғасига қараб эгилган
 2. Текислигига қараб эгилган
 3. Икки томонлама
 4. Юқори ва пастки жағлар учун
 5. Ўнг, чап ва тўғри
38. *Қайси омбур пастки жағдаги тишлар ва уларнинг илдизларини олиш учун умуман қўлланилмайди?*
1. Қўштумшуқсимон қовурғасига қараб эгилган
 2. Қўштумшуқсимон, текислигига қараб эгилган
 3. «S»-симон
 4. Қўштумшуқсимон, тишлари бир-бирига тегиб турувчи
 5. Найзасимон (штыковидные)
39. *Юқори жағдаги тишлар ва уларнинг илдизларини олиш учун умуман қўлланилмайдиган омбурларни кўрсатинг:*
1. «S»-симон
 2. Тўғри шаклдаги

3. Найзасимон шаклдаги (штыковидные)
 4. Қўштымшүқсимон, қовурғаси томон эгилган
 5. Элеваторлар
40. Тишларни олиш операциясида қайси асбоб қўлланилмайди?
1. Гладилка
 2. Леклюз элеватори
 3. Шпатель
 4. Омбурлар
 5. Тўғри элеватор
41. Юқори жағдаги курак ва қозик тишларни олганда ишлатиладиган омбурни кўрсатинг:
1. «S»-симон шаклдаги
 2. Баянет(санчғич найза) шаклидаги
 3. Тўғри шаклдаги
 4. Қўштымшүқсимон шаклда ясси томонга эгилган
 5. Қўштымшүқсимон шаклда учлари қўшилган
42. Юқори жағдаги 6-тишининг илдизларини олишда ишлатиладиган омбурни кўрсатинг:
1. Милтиқ найзасимон, лунжлари силлик, қўшилган
 2. «S»-симон ўнг лунжида тишчаси бор
 3. Тўғри шаклда
 4. «S»-симон чап лунжида тишчаси бор
 5. «S»-симон, лунжларида тиши йўқ
43. Чуқурда синиб қолган тиш илдизини олиб ташлаш учун қайси жарроҳлик операциясини бажарган маъқул?
1. Тиш илдизи учи резекцияси
 2. Альвеолотомия
 3. Цистэктомия
 4. Гемисекция
 5. Реплантиция
44. «S»-симон, ўнг лунжида тишчаси бор омбур қайси тишларни олишга мўлжалланган?
1. Юқори чаптаги 6- ва 7-
 2. Юқори чаптаги 8-

3. Юқори ўнгдаги 7- ва 6-
 4. Юқори ўнгдаги 8-
 5. Юқори чапдаги 6, 7- ва 8-
45. *«S»-симон, ўнг лунжидида тишчаси бор омбур қайси тишларни олишга мўлжалланган?*
1. Юқори ўнгдаги 7- ва 6-
 2. Юқори ўнгдаги 8-
 3. Юқори чапдаги 6- ва 7-
 4. Юқори чапдаги 8-
 5. Юқорги премолярлар учун
46. *«S»-симон, лунжларининг учи ярим айлана бўлиб силлиқ тугаган омбур қайси тишларни олишга мўлжалланган?*
1. Юқори премолярларни
 2. Юқори фронтал тишларни
 3. Юқори чапдаги 1- ва 2-
 4. Юқори чапдаги 6- ва 7-
 5. Юқори ақл тишларини
47. *Милтиқ найзасисимон (штыковидные) лунжларининг учлари қўшилмаган ва бўйин қисми узайтирилган омбур қайси тишларни олишга мўлжалланган?*
1. Фақат юқори чапдаги 8- тиш учун
 2. Фақат юқори ўнгдаги 8- тиш учун
 3. Юқори премолярлар учун
 4. Юқори ақл тишлари учун
 5. Юқори 6- ва 7- тишлар учун
48. *Қўштумшуксимон, иккала лунжининг учиди ҳам тиканаги бор омбур қайси тишларни олишга мўлжалланган?*
1. Фақат пастки 6-тишни
 2. Фақат пастки 7-тишни
 3. Пастки моляр тишларни
 4. Фақат пастки 8-тишни
 5. Фақат пастки премолярларни
49. *Тиш олингач, қанча вақтдан кейин тиш катаги остеомиелити пайдо бўлиши мумкин?*

1. 2 ҳафтадан
2. 3 кундан
3. Бир ойдан
4. Ўша куннинг ўзидан
5. Икки ойдан кейин

50. *Юқори чап томондаги 6-тиш қайси омбур билан олинади?*

1. Милтиқ найзасисимон
2. Тўғри шаклдаги
3. «S»-симон, ўнг лунжида тиканаги бор
4. «S»-симон, лунжлари икки томонда силлиқ
5. «S»-симон шаклдаги, чап лунжларида тиканаги бор

ЖАРРОҲЛИК СТОМАТОЛОГИЯСИДА ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

51. *Тиш олиш операциясида қўлланиладиган оғриқсизлантириш усули:*

1. Маҳаллий
2. Умумий (наркоз)
3. Комбинацияланган
4. Нейролептанальгезия
5. Атаральгезия

52. *Умумий оғриқсизлантиришга киради:*

1. Атаральгезия
2. Ўтказувчи оғриқсизлантириш
3. Эндотрахеал наркоз
4. Вагосимпатик блокада
5. Инфильтрацион оғриқсизлантириш

53. *Йирингли ўчоқ атрофидаги тўқимани оғриқсизлантиришда новокаиннинг таъсир кучининг пасайиши нимага боғлиқ?*

1. Юз-жағ соҳасида қон айланишининг ўзига хослигига
2. Юз-жағ соҳаси иннервациясининг ўзига хослигига
3. Юмшоқ тўқимадаги ишқорий муҳитнинг нейтраллашига
4. Йирингли ўчоқ кислотали муҳитининг нейтраллашига
5. Йирингли ўчоқ атрофида кучли инфильтрациянинг борлигига

54. *Ингаляцион наркоз учун қўлланилади:*
1. Фторотан
 2. Калипсол
 3. Оксibuтират натрий
 4. Дроперидол
 5. Фентанил
55. *Маҳаллий анестезияни бажариш пайтида қон қуюлиш (гематома) ниманинг ҳисобига пайдо бўлади?*
1. Асептика қоидалари бузилиши
 2. Нина билан томир девори зарарланиши
 3. Анестетик жуда тез юборилиши
 4. Томир деворини анестетик оқими зарарлаши
 5. Томир девори ўтказувчанлигининг ошиб кетиши
56. *Ноингаляцион наркоз турига киради:*
1. Маскали
 2. Эндотрахеал
 3. Ўтказувчан
 4. Назофарингиал
 5. Вена ичига юбориладиган
57. *Ноингаляцион наркоз учун қўлланилади:*
1. Сембревин
 2. Фторотан
 3. Эфир
 4. Азот оксид
 5. Септонес
58. *Ноингаляцион наркоз учун қўлланилади:*
1. Фторотан
 2. Эфир
 3. Гексенал
 4. Трилен
 5. Азот оксид
59. *2% лидокаин эритмасининг юз-жағ соҳасида оғриқсизлан-тиришда қўлланиладиган энг юқори миқдорни кўрсатинг:*
1. 10 мл
 2. 30 мл
 3. 50 мл

4. 80 мл
5. 100 мл

60. *Узоқ давом этадиган ва жароҳат билан кечадиган операцияларда қўлланиладиган наркоз турини кўрсатинг:*

1. Маскали
2. Вена ичига қилинадиган
3. Электронаркоз
4. Эндотрахеал
5. Ректаль

61. *Нейролептанальгезияда препаратлар тайинланади:*

1. Ичирилади
2. Вена ичига
3. Ингаляцион йўл билан
4. Мушак ичига
5. Тери остига

62. *Нейролептанальгезияда қўлланиладиган препаратларни кўрсатинг:*

1. Дроперидол, фентанил
2. Дипидолор, пенталгин
3. Гексенал, сомбревин
4. Циклопропан, морфин
5. Промедол, трентал

63. *Нейролептанальгезиянинг пайдо бўлганлиги белгиси:*

1. Нейровегетатив тормозланиш
2. Ҳаракатчан кўзғалиш
3. Релаксация ҳолати
4. Автоматик нафас олишнинг йўқолиши
5. Руҳий-эмоционал индифферентлик ҳолати

64. *Атаральгезия деганда тушунилади:*

1. Оғриқсизлантиришнинг алоҳида усули
2. Ингаляцион наркознинг бир тури
3. Ноингаляцион наркознинг бир тури
4. Нейролептанальгезиянинг бир тури
5. Нинарефлексоанальгезиянинг бир тури

65. *Атаральгезия учун қўлланиладиган препаратлар гуруҳи:*
1. Транквилизаторлар
 2. Ухлатувчилар
 3. Тинчлантирувчилар
 4. Наркотик моддалар
 5. Аллергияга қарши дорилар
66. *2% тримекаин эритмасининг юз-жағ соҳасида оғриқсизлантиришда қўлланиладиган энг юқори миқдорини кўрсатинг:*
1. 20 мл
 2. 10 мл
 3. 30 мл
 4. 50 мл
 5. 100 мл
67. *Умумий оғриқсизлантиришга кўрсатма бўла олади:*
1. Операциянинг жароҳат билан кечиш эҳтимоли
 2. Қисқа муҳлатли операциялар
 3. Бемордаги руҳий-эмоционал зўриқиш
 4. Бемордаги буйрак касалликлари
 5. Бемордаги жигар касалликлари
68. *Умумий оғриқсизлантиришни ўтказишга қарши кўрсатма:*
1. Маҳаллий анестетикларга аллергиянинг мавжудлиги
 2. Ошқозоннинг тўлалиги
 3. Бемор руҳиятининг ноқарорлиги
 4. Бемор ёш бола бўлганлиги
 5. Бир йўла бир неча тишни олиш ва даволаш лозимлиги
69. *Пастки жағ уч шоҳли нервнинг қайси толаси билан иннервацияланади?*
1. II
 2. I
 3. III
 4. I ва II
 5. II ва III

70. *Юқори жағ уч шохли нервнинг қайси толаси билан иннервацияланади?*
1. II
 2. III
 3. I
 4. I ва III
 5. II ва III
71. *Юқори жағ нерви мия бўшлигидан қандай тешик орқали чиқади:*
1. Овал
 2. Уйқу
 3. Думалоқ
 4. Ёриқ
 5. Катта
72. *Туберал анестезияда юқори катак нервнинг қайси қисми блокада қилинади?*
1. Орқа
 2. Ўрта
 3. Олдинги
 4. Орқа ва ўрта қисми бирданига
 5. Олдинги ва ўрта қисми бир вақтда
73. *Туберал анестезия қилинганда огриқсизлантириш зонасига киради:*
1. $8^{\circ}8$
 2. $54^{\circ}45$
 3. $87^{\circ}54^{\circ}678$
 4. $876^{\circ}678$
 5. $76^{\circ}67$
74. *Инфраорбитал анестезияда юқори катак нервнинг қайси толалари блокада қилинади?*
1. Олдинги ва орқа
 2. Ўрта ва орқа
 3. Фақат олдинги
 4. Фақат ўрта
 5. Олдинги ва ўрта

75. *Юқори жағда инфраорбитал анестезия қилинганда оғриқсизлантириш зонасига киради:*
1. Юқори лаб ва бурун қанотлари иккала томондан
 2. Юқори 1, 2, 3, 4, 5- тишлар ва вестибуляр томондаги шиллик қават
 3. Моляр тишлар соҳаси
 4. Премоляр тишлар соҳаси
 5. Юқори фронтал тишлар иккала томондан
76. *Катта танглай тешиги соҳаси (палатинал) оғриқсизлантирилганда қайси нерв толалари блокада қилинади?*
1. Катта танглай нерви
 2. Бурун-танглай нерви
 3. Юқори ўрта тиш чигали
 4. Юқори орқа тиш чигали
 5. Юқори олдинги тиш чигали
77. *Катта танглай тешиги соҳаси (палатинал) оғриқсизлантирилганда танглай томондаги шиллик қават қайси тиш тўғрисида оғриқсизлантирилади?*
1. Биринчи премоляргача
 2. Четдаги курак тишгача
 3. Қозиқ тишгача
 4. Марказий курак тишгача
 5. Биринчи моляргача
78. *Курак тешиги соҳаси оғриқсизлантирилганда блокада қилинган зонага альвеоляр ўсимтанинг шиллик қавати киради:*
1. Курак ва қозиқ тишлари тўғрисида танглай томондан
 2. Курак ва қозиқ тишлар тўғрисида вестибуляр томондан
 3. Курак ва қозиқ тишлар тўғрисида иккала томондан
 4. Курак тишлардан биринчи премоляргача танглай томондан
 5. Курак тишлардан премоляргача вестибуляр томондан

79. *Пастки жаг нерви уч шохли нервнинг қайси толасига киради?*
1. II
 2. I
 3. III
 4. I ва II
 5. II ва III
80. *Пастки жаг нерви мия бўшлигидан қайси тешик орқали чиқади?*
1. Думалоқ
 2. Овал
 3. Уйқу
 4. Ёриқ
 5. Катта
81. *Уч шохли нервнинг ҳаракатлантирувчи толасига киради:*
1. n. auriculotemporalis
 2. n. lingualis
 3. n. buccalis
 4. n. alveolaris inferior
 5. n. massetericus
82. *Оғиз ичидан аподактил усулда бажариладиган мандибуляр анестезияда анатомик ориентир ҳисобланади:*
1. Қанот-танглай қатлами
 2. Моляр орқаси чуқурчаси
 3. Чакка тожи
 4. Ўтувчи бурма
 5. Танглай пардаси
83. *Торусал анестезияда қайси нерв толалари блокада қилинади?*
1. Тил ва пастки катак
 2. Тил ва лунж
 3. Тил ва энгак
 4. Тил, лунж ва пастки катак
 5. Тил, пастки катак ва энгак

84. *Лунж нерви оғриқсизлантирилганда блокада зонасига лунж ва альвеоляр ўсиқнинг шиллиқ қавати киради — иккинчи моляр тўғрисида то:*
1. Биринчи премоляргача
 2. Қозиқ тишгача
 3. Иккинчи премоляргача
 4. Четдаги курак тишгача
 5. Марказий курак тишгача
85. *Тил нерви оғриқсизлантирилганда нинани тил-жағ тарновчаси соҳасидаги шиллиқ қаватга қайси тишнинг тўғрисида санчилади?*
1. Биринчи моляр
 2. Иккинчи моляр
 3. Учинчи моляр
 4. Иккинчи премоляр
 5. Қозиқ
86. *Пастки жағ нерви танаси қайси ердан оғриқсизлантиради:*
1. Овал тешиқ атрофидан
 2. Уйқу тешиги атрофидан
 3. Ўсимтасимон тешиқ атрофидан
 4. Думалоқ тешиқ атрофидан
 5. Катта тешиқ атрофидан
87. *Пастки жағ нервнинг ҳаракатлантирувчи толалари қандай ҳолатларда блокада қилинади?*
1. Яллиғланиш контрактурасида
 2. Чандиқли контрактурасида
 3. Ёноқ суяги репозициясида
 4. Пастки жағ синганда
 5. Тишлар синганда
88. *Берше—Дубова усулида қайси нерв толаларини блокада қилиш кўзда тутилади?*
1. Тил, лунж ва пастки альвеоляр нервларни
 2. Тил ва пастки альвеоляр нервларни
 3. Уч шохли нервнинг ҳаракатлантирувчи толаларини
 4. Лунж ва пастки альвеоляр нервларни
 5. Юқори ва пастки жағ нервларини бир вақтда

89. *Танали (стволовая) анестезияда оғриқсизлантириш зонаси қамраб олади:*
1. Жағнинг тўлиқ бир томонини
 2. Тишларни
 3. Жағларнинг шиллиқ қаватини
 4. Ёноқ ва лунж соҳаларини
 5. Кўз ости ва лунж соҳаларини
90. *Юқори жағ нервнинг танали (стволовая) анестезияси қайси тешик атрофига қилинади?*
1. Думалоқ
 2. Уйқу
 3. Овал
 4. Ўсимтасимон
 5. Катта
91. *Новокаин эритмасига адреналин қўшилганда унинг оғриқсизлантириш кучининг ошиши нимага боғлиқ?*
1. Адреналиннинг оғриқ рецепторларига таъсирига
 2. Тахикардия пайдо бўлишига
 3. МНС га адреналиннинг тинчлантирувчи таъсирига
 4. Юборилган жойдан новокаин резорбцияси камайишига
 5. Адреналиннинг томирни кенгайтирувчи таъсирига
92. *Уч шохли нервнинг II ва III шохларини танали (стволовая) анестезия қилинганда мўлжал қилиб олинади:*
1. Чайновчи қирраси
 2. Чакка ости қирраси
 3. Понасимон суяк қанотсимон ўсимтасининг ташқи пластинкаси
 4. Кўзнинг чекка қирраси
 5. Пастки жағ шохининг яримойсимон кемтиги
93. *Танали (стволовая) анестезия қилинганда нинанинг узунлиги:*
1. 7 — 8 см
 2. 10 — 15 см
 3. 3 — 4 см

4. 10 — 12 см

5. 10 см

94. *Вайсблат усулида юқори жағ нерви анестезия қилинганда нинани санчадиган жойнинг мўлжалли:*
1. Ёноқ-альвеоляр қирра
 2. Бўғим дўмбоқчаси
 3. Трагоорбитал чизиқнинг ўртаси
 4. Бўғим бошчаси
 5. Кўз косасининг чеккаси
95. *Ўтказувчан анестезия қилинганда эҳтимоли бўлган маҳаллий асоратлар:*
1. Неврит
 2. Невралгия
 3. Вазопатия
 4. Тромбофлебит
 5. Сиалоденит
96. *Танали (стволовая) анестезияда бевосита маҳаллий асорат ҳисобланади:*
1. Нина учининг бурун бўшлиғига тушиши
 2. Нина билан артерияга жароҳат етказиш
 3. Ҳушдан кетиш
 4. Неврит
 5. Невралгия
97. *Маҳаллий оғриқсизлантиришнинг бевосита умумий асоратига кирди:*
1. Қисқа ҳушдан кетиш (обморк)
 2. Гематома
 3. Контрактура
 4. Нинанинг синиб қолиши
 5. Тиш илдизи ёки тожининг синиши
98. *Маҳаллий анестетикларнинг заҳарли таъсири билинади:*
1. Анестетик концентрацияси камайганда
 2. Гипертиреозда
 3. Томирлар бирдан кенгайганда

4. Анестетик қон томир ичига тушганда
5. Томирлар бирдан торайганда

99. *Анестетик миқдори ошириб юборилганда бевосита умумий асорат ҳисобланади:*

1. Тризм
2. Анестетик юборилган жойдаги қизариш
3. Ҳаракат қўзғалиши, қалтираш
4. Нинанинг синиб қолиши
5. Тиш илдизи ёки тожининг синиши

100. *Обморк—бу:*

1. Антигенга қарши аллергия ҳолати
2. Ҳуш сақланган ҳолда томирлар етишмовчилиги
3. Ҳуш сақланган ҳолда қон босимининг ошиши
4. Артериал қон босимининг пасайиши
5. Мушаклар тонуси йўқолиши билан кечувчи ҳушдан кетиш

101. *Адреналин миқдори ошириб юборилганда беморга нима қилиш керак?*

1. Вена ичига 1 мл 0,1% атропин
2. Вена ичига 1 мл мезатон
3. Мушак ичига 1 мл норадреналин
4. Мушак ичига 1 мл витамин В₁₂
5. Вена ичига 1 мл кокарбоксилаза

102. *Коллапс пайтида беморнинг ҳуши:*

1. Йўқолган бўлади
2. Қисман сақланиб қолади
3. Қисман йўқолган бўлади
4. Сақланиб қолади
5. Бунинг аҳамияти йўқ

103. *Коллапс—бу:*

1. Мушаклар тонуси йўқолиши билан кечувчи ҳушдан кетиш
2. Антигенга қарши аллергия ҳолати
3. Ҳуш сақланган ҳолда томирлар етишмовчилиги

4. Ҳуш сақланган ҳолда қон босимининг ошиши
5. Артериал қон босимининг пасайиши

104. *Коллапс пайтида бемор териси:*

1. Ҳўл, оқарган
2. Қуруқ оқарган
3. Қуруқ қизарган
4. Ҳўл, қизарган
5. Ҳўл, шишган

105. *Коллапс пайтида бемор томирининг уриши:*

1. Ипсимон, сскин
2. Тез, ипсимон
3. Тез, яхши тўлиб оқади
4. Секин, яхши тўлиб оқади
5. Меъёр даражасида бўлади

106. *Коллапс пайтида беморнинг артериал қон босими:*

1. Ошиб кетади
2. Пасаяди
3. 10 — 15 мм. сим. уст. даражасига ошади
4. Кескин даражада ошади
5. Ёши меъёр даражасида сақланади

107. *Коллапс пайтида беморнинг нафас олиши:*

1. Юза
2. Чуқур
3. Чейн-Стокча
4. Чуқур, уйқу чақурчасининг ботиши билан
5. Чуқур, қовурғалараро мушакларининг ботиши билан

108. *Анафилактик шок кўпинча ниманинг асосида ривожланади?*

1. Сурункали панкреатит
2. Заҳарланиш
3. Олдин кечирилган аллергия реакциялар
4. Диатезлар
5. Стресс ҳолати

109. Анафилактик шок—бу:

1. Мушак тонуслари йўқолиш билан кечувчи ҳус-сизлик
2. Ҳуш сақланган ҳолда томирлар етишмовчилиги
3. Артериал қон босимининг кескин ошиб кетиши
4. Антигенга қарши энг оғир аллергик реакция
5. Инсон организмнинг алоҳида стресс ҳолати

110. Инфраорбитал анестезия қилаётганда нинанинг тўғри йўналишини кўрсатинг:

1. Орқага, ташқарига ва юқорига
2. Юқорига
3. Орқага ва ташқарига
4. Олдинга ва ичкарига
5. Ташқарига ва юқорига

111. Юқори жағда 6-тишни олиш учун қайси усулдаги анестезияларни бажариш керак?

1. Инфраорбитал ва туберал
2. Туберал ва курак тешиги соҳаси
3. Туберал ва палатинал
4. Инфраорбитал ва палатинал
5. Инфраорбитал ва курак тешиги соҳаси

112. Кўз косаси ичига анестетик тушса (инфраорбитал оғриқсизлантириш пайтида) қайси симптом пайдо бўлиши мумкин?

1. Кўр бўлиб қолиш
2. Диплопия
3. Кўришнинг пасайиши
4. Нистагм
5. Кўз олмаси ҳаракатининг бузилиши

113. Бурун-танглай нерви қай усулда анестезия қилинганда энг яхши оғриқсизлантирилишга эришиш мумкин?

1. Курак тешиги соҳасида оғиз ичкарисидан
2. Икки томонлама инфраорбитал
3. Икки томонлама инфраорбитал ва курак тешиги соҳасида

4. Курак тешиги соҳасида — оғиз ташқарисидан
5. Маҳаллий инфилтрацион — курак тиши соҳасида

114. *Палатинал анестезия қилинганда нинани тўғри санчиш жойини кўрсатинг:*

1. Танглай тешиги проекциясидан 1 см олдинга
2. Катта танглай тешиги тўғрисида
3. 6-тиш тўғрисидаги танглай шиллиқ қаватига
4. 7-тиш тўғрисидаги танглай шиллиқ қаватига
5. Қаттиқ ва юмшоқ танглай чегарасидаги шиллиқ қаватга

115. *Курак тешиги соҳасига оғиз ичидан анестезия қилинганда:*

1. Бош максимал орқага қилиниб оғиз катта очилади
2. Бемор боши вертикал ҳолда ушланиб оғиз катта очилади
3. Бемор ярим горизонтал ҳолатда оғиз сал очилади
4. Бемор горизонтал ҳолатда оғиз ярим очилади
5. Беморни боши сал олдинга эгилиб, оғиз катта очилади

116. *Кўз ости тешиги, кўз косасининг пастки қиррасидан қанча пастда жойлашган?*

1. 1 см
2. 1,5 см
3. 0,75 см
4. 0,5 см
5. 2 см

117. *Оғиз ичидан қилинадиган инфраорбитал анестезияда нинанинг тўғри санчиладиган жойини кўрсатинг:*

1. 2-тиш тўғрисида, милкнинг юқори чеккасида
2. 3-тиш тўғрисида, ўтувчи бурмада
3. 3-тиш тўғрисида, милкнинг юқори чеккасида
4. 1- ва 2- тиш оралиғи тўғрисида, ўтувчи бурмалан 0,5 см тепароқда
5. 1- ва 2- тиш оралиғи тўғрисида танглай томондан

118. Туберал анестезия қилинганда, нинанинг тўғри санчи-
ладиган жойини кўрсатинг:

1. 6-тиш тўғрисида, ўтувчи бурмада
2. 5-тиш тўғрисида, ўтувчи бурмада
3. 6-тиш тўғрисида, милкнинг юқори чеккасида
4. 7-тиш тўғрисида, ўтувчи бурмада
5. 5- ва 6- тишлар оралиғи тўғрисида, ўтувчи бурмада

119. Туберал анестезия қилинганда нина қанча чуқурликка
киритилади?

1. 0 — 1 см
2. 1 — 1,5 см
3. 2 — 2,5 см
4. 1,5 — 2 см
5. 2,5 — 3 см

120. Торусал анестезия қилинганда нинанинг санчилиш
жойини кўрсатинг:

1. Пастки чекка молярнинг чайнов юзасидан 1,0 см тепароққа, шиллиқ қаватга
2. Юқори чеккадаги молярнинг чайнов юзасидан 0,5 см пастроққа, шиллиқ қаватга
3. Чеккадаги моляр тишлар ўқларининг кесишган жойига
4. Пастки жағ шохи бўрттириб турган жойининг тўғрисида
5. Юқори чекка молярнинг чайнов юзасидан 1,0 см пастроққа, шиллиқ қаватга

121. Оғиз ичи усулида бажариладиган мандибуляр анесте-
зияда нина ва шприцнинг тўғри йўналишини кўрсатинг:

1. Молярларга параллель қилиб, сўнг қарама-қарши томонга сурилади
2. Фақат молярларга параллель ҳолатда
3. Қарама-қарши томондан, катта бурчак остида
4. Қарама-қарши томондан, сўнг молярларни параллель қилиб
5. Қарама-қарши томонда, 5- ва 6- тишлар тўғрисида катта бурчак остида

122. *Оғиз ичидан бажариладиган мандибуляр анестезияда нини қанча чуқурликка киритилади?*

1. 0,5 см — 1 см
2. 1 — 1,5 см
3. 1,5 — 2 см
4. 2,5 — 3 см
5. 2 — 2,5 см

123. *Ментал тешиқ соҳаси анестезияси бажарилганда, оғриқсизлантириш зонасини кўрсатинг:*

1. Курак ва қозиқ тишлар, улар тўғрисидаги шиллиқ қават иккала томондан
2. Курак, қозиқ ва премоляр тишлар ва улар тўғрисидаги шиллиқ қават, даҳлиз томондан
3. Курак, қозиқ ва премоляр тишлар ҳамда улар тўғрисидаги шиллиқ қават иккала томондан
4. Курак, қозиқ ва премоляр тишлар ва улар тўғрисидаги шиллиқ қават тил томондан
5. Курак, қозиқ ва премоляр тишлар ҳамда улар тўғрисидаги шиллиқ қават иккала томондан

124. *Овал тешиқ тўғрисида пастки жағ нерви оғриқсизлантирилганда, нинани ёноқ равоғи тағидаги қайси жойга санчилади?*

1. Трагоорбитал чизиқнинг ўртасига
2. Қулоқ дирилдоғидан 2 см олдинга
3. Кўз косаси ташқи чеккасидан 3 см орқага
4. Трагоорбитал чизиқ олдининг 2/3 қисми чегарасига
5. Қулоқ дирилдоғидан 2—2,5 см олдинга

125. *Туберал анестезияда қайси асорат кўпроқ учрайди?*

1. Анафилактик шок
2. Юқори жағ артерияси жароҳати (гематома)
3. Юқори жағ нерви жароҳати
4. Чакка ости веноз чигали жароҳати (гематома)
5. Нинанинг синиб қолиши

126. *Маҳаллий инфилтрацион анестезия учун қўлланилади:*

1. 0,25 % новокаин эритмаси

2. 0,5 % новокаин эритмаси
3. 1—2% новокаин эритмаси
4. 3% кокаин эритмаси
5. 3% дикаин эритмаси

127. *Юқори орқа альвеоляр нерв толалари иннервация зона-
насига киради:*

1. 6,7,8-тишлар соҳаси
2. 3,4,5,6,7-тишлар соҳаси
3. 5,6,7,8-тишлар соҳаси
4. 7- ва 8- тишлар соҳаси
5. Юқори жағ бутун бир ярмининг соҳаси

128. *Танглай нерви иннервация соҳасига қуйидаги тиш-
лар тўғрисидаги шиллик қават киради:*

1. Премоляр
2. Премолярлар ва молярлар
3. Молярлар, премолярлар то 3-тиш ўртасигача
4. Юқори жағнинг бир томонидаги ҳамма тишлар
5. Молярлар

129. *Лунж нерви иннервация соҳасига қуйидаги тишлар
тўғрисидаги шиллик қават киради:*

1. Премоляр ва моляр тишлар тўғрисидаги
2. 5- ва 6- тишлар чегарасигача бўлган
3. Фақат премолярлар тўғрисидаги
4. 4- ва 5- тишлар оралиғи чегарасигача бўлган
5. Марказий чизиқчача бўлган

130. *Юқори ўрта альвеоляр нерв толалари иннервация
қилади:*

1. Премоляр ва моляр тишларни
2. Фақат премолярларни
3. Даҳлиз шиллик қаватининг ҳаммасини
4. Премоляр ва улар тўғрисидаги даҳлиз томонни
5. Фақат моляр тишларни

131. *Кўз ости нерви кўз косасига қуйидагилар орқали киради:*

1. Пастки кўз ости ёриғи
2. Юқори кўз ости ёриғи

3. Ёноқ-кўз косаси тешиги
 4. Кўз ости канали
 5. Кўз усти тешиги
132. *Кичик танглай нервнинг ҳаракатлантирувчи толлари қуйидаги мушаклардан қайси бирини иннервация қилади?*
1. Жағ-тил ости
 2. Икки қоринли
 3. Юмшоқ танглайни қўтарувчи
 4. Юмшоқ танглайни тарангловчи
 5. Барабан пардасини тарангловчи
133. *Кўрсатилган нервлардан қайси бири чакка-пастки жағ бўғимига тола беради?*
1. Лунж нерви
 2. Чайнов нерви
 3. Қулоқ-чакка нерви
 4. Чакка нерви
 5. Пастки катакчали нерв
134. *Анестезия қилинганда жағ ости сўлак безининг қайси нерви унинг найига кўшилиб жароҳат олиши мумкин?*
1. Тил ости нерви
 2. Жағ-тил ости нерви
 3. Тил нерви
 4. Тил-ҳалқум нерви
 5. Пастки катакчали нерв
135. *Тиш депульпация қилинганда қайси анестезия усули энг самарали ҳисобланади?*
1. Шиллиқ қават остига юбориладиган усул
 2. Суяк пардаси остига юбориладиган усул
 3. Билвосита инфилтрацион анестезия усули
 4. Суяк ичига юбориладиган усул
 5. Аппликацион анестезия усули
136. *Палатинал анестезия қилинганда қайси асорат унга хос эмас?*
1. Кўнгил айниши

2. Гематома ҳосил бўлиши
3. Ютингандаги оғриқ
4. Томоқда “ёт жисм” ҳисси
5. Қайт қилиш

137. *Пальпация усулида бажариладиган мандибуляр анестезияда нинанинг санчиш жойи:*

1. Шох қисми қиррасидан ичкарига ва 8-тишдан 0,75—1 см юқорига
2. 8-тиш чайнов юзасидан 0,5 см юқорига
3. Қанот-пастки жағ қатламининг ўртасига
4. Юқори 8-тиш чайнов юзасидан 0,5 см пастроққа
5. Чакка қиррасидан ичкарироққа ва 8-тишдан 0,75—1 см юқорига

138. *Аподактил усулда бажариладиган мандибуляр анестезияда нинанинг санчиш жойи:*

1. Қанот-жағ қатлами ташқарисига, ўртасига
2. Юқори 8-тиш юзасидан 0,5 см пастга
3. Чакка қиррасининг тахминан ўртасига
4. Пастки 8-тишдан 0,75 см юқорига
5. Қанот-жағ қатлампидан ичкарироққа, ўртасига

139. *Бирше—Дубов усулида нинанинг санчиш жойи:*

1. Трагоорбитал чизиқ ўртасида
2. Пастки жағнинг яримойсимон чуқурчасида
3. Қулоқ дирилдоғидан 2 см олдинда
4. Бўғим дўмбоқчасидан 2 см олдинда
5. Ёноқ ровоғи орқа қисмининг пастки қиррасида

140. *Бирше—Дубов усулида нинанинг санчиш жойи:*

1. Пастки жағ тишларини олишда
2. Юқори жағдаги операцияларда
3. Чайнов мушаклари контрактурасида
4. Пастки жағга шина қўйишда
5. Тил ости флегмоналарини кесиб очишда

141. *Қисқа хушдан кетганда (обморок) беморга қуйидагилар мумкин эмас:*

1. Тананинг ярим горизонтал ҳолати

2. Тоза ҳаво
3. Новшадил спиртни ҳидлатиш
4. Совуқ сувга ҳўлланган сочиқ билан артиш
5. Нафас аналептикларини юбориш

142. Қайси усул умумий оғриқсизлантириш усуллариға кирмайди?

1. Наркоз
2. Атаральгезия
3. Нейролептанальгезия
4. Нина санчиш
5. Марказий анальгезия

143. Жарроҳлик стоматологияси амалиётида қайси ингаляцион наркоз усули кенгроқ қўлланилади?

1. Маскали
2. Назоэндотрахеал
3. Ороэндотрахеал
4. Трахеостома
5. Назофарингиал

144. Нейролептанальгезияда нимаға эришиб бўлмайди?

1. Эйфорияға
2. Марказия анальгезияға
3. Эс-хушни тамоман узиб қўйишға
4. Беморнинг тинчланишиға
5. Нейровегетатив тормозланишға

145. Умумий оғриқсизлантиришға кўрсатма бўла олмайди:

1. Анестетикларға аллергия борлиги
2. Бемор руҳиятининг стабиллиги
3. Муолажанинг жароҳатлилиги
4. Муолажанинг давомийлиги
5. Болалардаги операциялар

146. Атаральгезияда қайси самарға эришиб бўлмайди?

1. Эйфорияға
2. Нейровегетатив тормозланишға
3. Беморнинг тинчланишиға

4. Марказий анальгезияга
5. Операция олдидан қўрқувни йўқотишга

147. Ингаляцион наркоз учун қўлланилмайди:

1. Кислород
2. Азот оксид
3. Гексенал
4. Фторотан
5. Учхлорэтилен

148. Ноингаляцион наркоз учун қўлланилмайди:

1. Натрий оксибутират
2. Калипсол
3. Сомбревин
4. Тиопентал-натрий
5. Пентран

149. Туберал анестезиянинг асорати сифатида чакка ости соҳасида гематома пайдо бўлганда нима қилинади?

1. Антибиотик берилади
2. Витаминларни мушак ичига юборилади
3. Шу соҳага музли халтача қўйилади
4. УВЧ буюрилади
5. Аҳамият беришнинг кераги йўқ

150. Анестезия пайтида тўқима ичида инфекцион нининг бир бўлаги синиб қолади. Сизнинг тактикангиз?

1. Нина бўлагини топиб олиш
2. Шу соҳада қўшимча анестезия ўтказиш
3. Тажрибалироқ врачни ёрдамга чақириш
4. Беморни стоматология стационарига жўнатиш
5. Қўшимча ёрдам талаб қилинмайди

ПЕРИОДОНТИТ ВА ПЕРИОСТИТЛАР ҲАМДА УЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК
ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

151. Юз-жағ соҳаси йирингли яллигланиш билан кечувчи касалликлар этиологиясида ниманинг аҳамияти йўқ?

1. ВИЧ инфекциясининг
2. Анаэробларнинг
3. Специфик инфекциянинг

4. Ичак таёқчасининг
5. Коккларнинг

152. Юз-жағ системаси йирингли яллигланиш касаллик-лари патогенезида ниманинг аҳамияти йўқ?

1. Организм реактивлигининг
2. Тиш тузилишининг
3. Сенсibiliзациянинг
4. Инфекция вирулентлигининг
5. Топографик-анатомик хусусиятларнинг

153. Тиш боғламлари соҳасидаги яллигланиш қандай номланади?

1. Пульпит
2. Периодонтит
3. Гингивит
4. Пародонтит
5. Периостит

154. Ўткир йирингли периодонтитни қайси микроорганизм-лар чақирмаслиги мумкин?

1. Чиритувчи (гнилостные) бактериялар
2. Анаэроблар
3. Микробактериялар
4. Кокклар
5. Ичак таёқчаси

155. Ўткир йирингли периодонтит қайси касаллик билан дифференцияланмайди?

1. Пульпит билан
2. Остеомиелит билан
3. Пародонтит билан
4. Периостит билан
5. Лимфаденит билан

156. Сурункали периодонтитга нима хос эмас?

1. Тишнинг қимирлаб қолиши
2. Тиш тожининг емирилиши
3. Пульпанинг қонаб туриши

4. Пульпанинг некрозга учраши
5. Тиш рангининг ўзгариши

157. *Сурункали фиброз периодонтитга хос рентгенологик белгини кўрсатинг:*

1. Периодонтал ёриғининг кенгайиши
2. Ўзгариш бўлмади
3. Периодонтал ёриғининг торайиши
4. Суякда ноаниқ чегарали деструкция борлиги
5. Суякда аниқ чегарали деструкция борлиги

158. *Тиш олиш пайтида йўқотилган юқоридаги 6-тиш ил-дизининг жойини аниқлаш учун нималар тавсия қилинади?*

1. Шу тиш соҳасининг оғиз ичи рентгенографияси
2. Юсупов усулида юқори жағ рентгенографияси
3. Тиш катакчасини зонд билан текшириш
4. Гаймор бўшлиғини тафтиш қилиш
5. Юмшоқ тўқимани пальпация қилиш

159. *Олиш пайтида йўқотиб қўйилган юқоридаги 6-тиш-нинг илдизи кўпроқ қаерга тушиши мумкин?*

1. Жағ атрофи юмшоқ тўқимаси остига
2. Киста бўшлиғига
3. Юқори жағ бўшлиғига
4. Кистасимон шиш бўшлиғига
5. Туфдонга сўлак билан (бемор туфлаганда)

160. *Агар перфорация тешигини оддий яқинлаштириб тикиш билан ёпишнинг иложи бўлмаса, қайси тактика энг яхши ҳисобланади?*

1. Йодоформинли тампон қўйиб, уни чок билан маҳкамлаш
2. Эркин кўчириш йўли билан пластика қилиш
3. Қон тромбининг ўзини қолдириш
4. Яқинлаштирувчи қавиқли чок қўйиш
5. Атроф тўқима лахтаги билан пластика қилиш

161. *Перфорация рўй берганда, беморни қайси ҳолатда стационарда даволанишга юбориш лозим?*

1. Перфорация бўлсаю, илдиз бўлмаса
2. Перфорациянинг борлигига шубҳа бўлса
3. Қачонки ҳам перфорация, ҳам илдиз бўлса
4. Бемор ётиб даволанишдан бош тортса
5. Қачонки бемор сиздан шикоят қилса

162. *Микроскопик кўринишда сурункали периодонтитга хос бўлмаган белгини кўрсатинг:*

1. Тиш учи атрофида шишиб қизариш
2. Пролифератив ўзгаришларнинг кучайиб бориши
3. Периодонтда грануляция тўқимасининг ривожланиши
4. Грануляциянинг альвеоляр ўсиқ томон ўсиши
5. Ўчоқ атрофида суякнинг сурилиб кетиши

163. *Одонтоген гранулемалар қаерда бўлмайди?*

1. Суяк усти пардаси остида
2. Шиллиқ қават остида
3. Тери остида
4. Тери ичида
5. Шиллиқ қават ва тери остида

164. *Гранулематозли периодонтитдаги гранулема бу:*

1. Фиброз тўқима билан қопланган грануляцион тўқима
2. Сурункали периодонтитнинг фаол тури
3. Тиш илдизи цементининг пролиферацияси
4. Суякни парчаловчи грануляцион тўқима
5. Тиш учун атроф тўқиманинг унча фаол бўлмаган сурункали яллиғланиш тури

165. *Одонтоген грануламанинг учрамайдиган турини кўрсатинг:*

1. Ангиматозли
2. Оддий
3. Эпителиал
4. Кистасимон
5. Кистасимон, бўшлиғи бор

166. *Сурункали периодонтитларнинг кўрсатилганлардан қайси бири учрамайди?*

1. Грануляцияланган
2. Гангренозли
3. Гиперцементозли
4. Фиброзли
5. Гранулематозли

167. Грануляцияланган периодонтитнинг рентгендаги кўри-нишини кўрсатинг:

1. Суяк деструкцияси тиш бўйин тўғрисида
2. Периодонт чизиғи кенгайган
3. Тиш учи атрофидаги суякда ноаниқ чегарали
4. Тиш учида аниқ чегарали деструкция бор
5. Суякда ўзгариш йўқ

168. Гранулематоз периодонтнинг рентгенологик кўри-нишини аниқланг:

1. Тиш учида аниқ чегарали деструкция бор
2. Тиш учи атрофидаги суякда ноаниқ чегарали деструкция бор
3. Суяк деструкцияси тиш бўйни тўғрисида
4. Периодонт чизиғи кенгайган
5. Суякда ўзгариш йўқ

169. Тишни олиб ташлашга кўрсатма бўла олади:

1. Ўткир пульпит
2. Ўткир периодонтит
3. Ўткир периостит
4. Тиш атрофи тўқималарида яллиғланишнинг кучайиши
5. Сурункали периодонтит

170. Ўткир периодонтитда тишни олиб ташлашга қарши кўрсатма бўлса унда:

1. Экссудатнинг чиқишига йўл очиш керак
2. Оғизни чайқаш тавсия этилади
3. Тишни тозалаш керак
4. Умумий касалликни даволаш
5. Антибиотик даво тавсия этилади

171. Тиш илдизининг ампутацияси — бу тиш илдизининг қайси жойдаги резекцияси ҳисобланади?

1. Уч қисмида
2. Бифуркацияси тўғрисида
3. Илдизнинг 1/3 қисмида
4. Илдизнинг 2/3 қисмида
5. Илдизнинг 1/2 қисмида

172. *Олинган тишни қайтариб ўз ўрнига ўрнатиладиган жарроҳлик операциясининг номи нима деб аталади:*

1. Трансплантация
2. Аллотрансплантация
3. Реплантация
4. Гемисекция
5. Ампутация

173. *Тиш реплантация операцияси кўпроқ қилинади:*

1. Тиш қисман емирилганда
2. Тиш қимирлаб қолганда
3. Радикуляр киста бўлганда
4. Сурункали периодонтитда
5. Чуқур тиш-милк чўнтаги бўлганда

174. *Реплантация операциясида қўлланилмайдиган жарроҳлик усулини кўрсатинг:*

1. Тишни суғуриб олиш
2. Каналларни пломбалаш
3. Илдиз учини пломбалаш
4. Илдиз учи резекцияси
5. Альвеолотомия

175. *Тиш учи резекцияси операциясига кўрсатма ҳисобланади:*

1. Сурункали периодонтит
2. Тишнинг қимирлаб қолиши
3. Тиш тож қисмининг йўқлиги
4. Тиш катакчаси остеомиелити
5. Бифуркация соҳасида перфорация

176. *Гемисекция операцияси қилинмайди:*

1. Ўткир периодонтитда
2. Сурункали периодонтитда

3. Остеомиелитда
4. Периоститда
5. Пульпитда

177. *Тиш бифуркацияси тўғрисида қилинган резекцияга қандай номланади:*

1. Ампутация
2. Реплантация
3. Гемисекция
4. Трансплантация
5. Имплантация

178. *Гемисекция операциясидан кейин мумкин бўлмаган асо-
ратни кўрсатинг:*

1. Қон кетиши
2. Остеомиелит
3. Юз веналари тромбофлебити
4. Тиш тожининг синиши
5. Тишнинг қимирлаб қолиши

179. *Реплантация операциясида қўлланилмайдиган жар-
роҳлик усулини кўрсатинг:*

1. Тишни суғуриб олиш
2. Альвеолотомия
3. Каналларни пломбалаш
4. Илдиз учини пломбалаш
5. Илдиз учи резекцияси

180. *Тиш учи резекцияси операциясига кўрсатма ҳисобла-
нади:*

1. Тишнинг қимирлаб қолиши
2. Тиш тож қисмининг йўқлиги
3. Тиш катакчаси остеомиелити
4. Сурункали периодонтит
5. Бифуркация соҳасидаги перфорация

181. *Ўтувчи бурманинг қизариб, шишиб ва силлиқланиб
қолиши қайси касалликга хос белги?*

1. Периоститга
2. Периодонтитга

3. Пародонтитга
4. Пульпитга
5. Лимфаденитга

182. *Касал тишга қўшилиб бир неча тишларнинг қимирлаб қолиши қайси касалликка хос белги?*

1. Пульпитга
2. Гайморитга
3. Остеомиелитга
4. Перикороноритга
5. Периоститга

183. *Ўткир йирингли периоститга кўпроқ хос бўлган тана ҳароратини кўрсатинг:*

1. 37,0 — 37,2⁰ С
2. 37,5 — 38,0⁰ С
3. 38,0 — 38,5⁰ С
4. 38,5 — 39,0⁰ С
5. 39,5 — 40,0⁰ С

184. *Кўрсатилганлардан қайси даво усули ўткир йирингли периоститга учраган беморларга тайинланади?*

1. Десенсибилловчи
2. ГБО (Гипербарик оксигенация)
3. Седатив
4. Гипотензив
5. Нурлаш

185. *Қайси даволаш усули ўткир йирингли периоститда қўлланилмайди?*

1. Шиллиқ қаватни суяккача кесиш
2. Ярага дренаж қўйиш
3. Рентген нури билан даволаш
4. Тишни олиш
5. Ярани ювиш

186. *Қайси даволаш усули ўткир йирингли периоститда қўлланилмайди?*

1. Антибиотик даво
2. Десенсибилизацияловчи даво

3. Гелий-неон лазер билан даво
4. Ультрабинафша нурлаш
5. Витаминлар билан даво

187. *Ўткир йирингли периоститни қайси касаллик билан дифференциялаш лозим?*

1. Сурункали периодонтит
2. Ўткир сиалоаденит
3. Ўткир остеомиелит
4. Сурункали гайморит
5. Сурункали артрит

188. *Қайси касаллик ўткир йирингли периоститга олиб келиши мумкин?*

1. Сурункали периодонтит
2. Пульпит
3. Кариес
4. Сурункали гайморит
5. Пародонтоз

189. *Периодонтитнинг қайси турида терида сурункали оқма пайдо бўлади?*

1. Ўткир йирингли
2. Гранулематозли
3. Фиброзли
4. Ўткир серозли
5. Грануляцияланувчи

190. *Ўткир йирингли периоститда йиринг оғиз бўшлиғи шиллик қаватидан қанча вақт ичида ёриб чиқади?*

1. 1—2 кунда
2. 2—3 кунда
3. 3—4 кунда
4. 5—6 кунда
5. 24—28 кунда

191. *Юқори жасд дўмбоғи периоститига кўпинча қайси тиш сабаб бўлади?*

1. 2
2. 4,5

3. 6,7

4. 8

5. 1

192. *Йиригги периоститнинг қаерда жойлашгани бошқача кечади?*

1. Пастки жағнинг вестибуляр қисмида
2. Қаттиқ танглайда
3. Юқори жағ дўмбогида
4. Юқори жағнинг вестибуляр қисмида
5. Пастки жағнинг тил қисмида

193. *Перикоронорит деганда нима тушунилади?*

1. Тиш тожи атрофи тўқимасининг яллиғланиши
2. Тиш милкининг яллиғланиши
3. Тиш атрофи тўқимаси некрози
4. Тиш бўшлиғи тўқимасининг яллиғланиши
5. Тиш катакчасининг яллиғланиши.

194. *Перикоронорит келиб чиқишига қайси асосий омил сабаб бўлиши мумкин?*

1. Жағ ўлчамининг кичиклиги
2. Шиллиқ қават ёпинчиғининг чандиқланиши
3. Ёпинғичи бўлган тиш-милк чўнтагининг мавжудлиги
4. Ақл тишининг анамол ҳолатда жойланиши
5. Милкда эрозияларнинг пайдо бўлиши

195. *Перикоронорит касаллигида асосан қайси даволаш усули тавсия этилади?*

1. Жарроҳлик усули
2. Консерватив усул
3. Рентгенотерапия
4. Физиотерапия
5. Ортопедик даволаш

196. *Ўтувчи бурманинг шишиб, қизариб ва силлиқланиб қолиш белгиси қайси касалликга хос?*

1. Периодонтитга
2. Пародонтозга

3. Периоститга
4. Пульпитга
5. Пародонитга

197. *Ретромоляр соҳа периостити келиб чиқишига қайси касаллик сабаб бўлиши мумкин?*

1. Юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши
2. Гайморит
3. Ўткир пародонит
4. Альвеоляр ўсиқ фибромаси
5. Тил абсцесси

198. *Ўткир йирингли периоститни кесиб очишнинг энг яхши йўли:*

1. Пастки жағ бурчаги атрофидан айлантириб кесиш
2. Энгак остидан, ўрта чизик бўйлаб кесиш
3. Қанот-пастки жағ бурмасини суяккача кесиш
4. Ўтувчи бурма бўйлаб суяккача кесиш
5. Лунж шиллик қаватини кесиш

199. *Кўрсатилганлардан қайси асорат кўпроқ ўткир йирингли периоститга хос эмас?*

1. Йирингнинг ўз ҳолича ёрилиши
2. Медиастенит
3. Остеомиелит
4. Гайморит
5. Флегмона

200. *Қайси даволаш усули, ўткир йирингли периоститда қўлланилмайди?*

1. Антибиотик даво
2. Десенсибилизацияловчи даво
3. Гелий-неон лазери билан даволаш
4. Витаминлар билан даволаш
5. Ультрабинафша нурлаш

201. *Юқори жағ дўмбоғи периоститига кўпинча қайси тиш сабаб бўлади?*

1. 2
2. 4,5

- 3.8
- 4.6,7
- 5.1

202. *Йирингли периоститнинг қаерда жойлашгани бошқача кечади?*

1. Пастки жағнинг вестибуляр қисмида
2. Қаттиқ танглайда
3. Юқори жағ дўмбоғида
4. Юқори жағнинг вестибуляр қисмида
5. Пастки жағнинг тил қисмида

203. *Ўткир йирингли периостит келиб чиқишига қайси касаллик сабаб бўлиши мумкин?*

1. Юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши
2. Сурункали гайморит хуружи
3. Сурункали периодонтит хуружи
4. Лимфаденит
5. Тил абсцесси

204. *Ўткир йирингли периоститда йирингли жараён қаерда жойлашган?*

1. Мушак остида
2. Суяк усти пардаси остида
3. Суякнинг кортикал пластинкаси остида
4. Милк шиллиқ қавати остида
5. Суяк ичида

205. *Ўткир йирингли периоститни даволаганда, яра ичига резина дренаж қачон қўйилади?*

1. 2-кун
2. 3-кун
3. 4-кун
4. Кесиб очилган заҳотиёқ
5. Қўйиш шарт эмас

206. *Ўткир йирингли периостит ривожига сабаб бўлган тиш бир илдизли бўлса, у ҳолда у:*

1. Олиб ташланади
2. Илдиз канали абсцесс очилгунча пломбланади

3. Илдиз канали абсцесс очилганидан сўнг пломба-баланади
 4. Тиш бўшлиғи абсцесс очилишидан олдин очиб қўйилади
 5. Умуман тегилмайди
207. *Ўтқир йирингли периостит ривожига сабаб бўлган тиш бир илдизли бўлса, у ҳолда уни қачон пломбалаш керак?*
1. Бир ҳафтадан кейин
 2. Дренаж олиб ташланган кундан бошлаб
 3. Яллиғланиш жараёни пасайгандан кейин
 4. 3-кундан бошлаб, дренажни яна 2—3 кун сақлаб
 5. Пломбалаш керак эмас
208. *Ўтқир йирингли периостит ривожига сабаб бўлган тиш кўп илдизли бўлса, у ҳолда у:*
1. Олиб ташланади
 2. Илдиз канали абсцесс очилгунча пломбабаланади
 3. Илдиз канали абсцесс очилганидан сўнг пломбабаланади
 4. Тиш бўшлиғи абсцесс очилишидан олдин қўйилади
 5. Умуман тегилмайди
209. *Ўтқир йирингли периостит ривожига сабаб бўлиши мумкин:*
1. Юз юмшоқ тўқималарининг лат ейиши
 2. Ўтқир периодонтит
 3. Сурункали гайморит
 4. Лимфаденит
 5. Сиалоаденит
210. *Ўтқир йирингли периостит билан мурожаат қилган беморга, келган кун:*
1. Перистотомия қилинади
 2. Новокаинли блокада қилинади
 3. Физиотерапевтик даво буюрилади
 4. Нафас аналептик дорилари юборилади
 5. Касал тиш пломбабаланади

211. *Ўткир остеомиелитда таъхис қўйишда қайси усулнинг аҳамияти йўқ?*
1. Экссудатдан бактериологик экиш
 2. Гемограмма
 3. Рентгенография
 4. Термовизиография
 5. Ультратовуш билан текшириш
212. *Ўткир остеомиелитда милкларнинг қизариб шиши учрайди:*
1. Бир неча тиш тўғрисида ички томондан
 2. Икки томондан бир тиш тўғрисида лунж томондан
 3. Битта тиш тўғрисида лунж томондан
 4. Битта тиш тўғрисида оғиз томондан
 5. Оғиз томондан бир неча тиш тўғрисида
213. *Ўткир остеомиелитга хос бўлмаган тишларнинг қимирлаши белгисини кўрсатинг:*
1. Иккита тиш қимирлайди
 2. Учтагача тиш қимирламайди
 3. Бештагача тиш қимирлайди
 4. Битта тиш қимирлайди
 5. Оғиз томондан бир неча тиш тўғрисида
214. *Бемор стационар шароитда даволанади:*
1. Перикороноритда
 2. Периоститда
 3. Лимфаденитда
 4. Пародонтитда
 5. Жағларнинг диффуз остеомиелитида
215. *Жағлар остеомиелитида касал тишга нисбатан тўғри даволаш тактикасини кўрсатинг:*
1. Реплантация қилиш
 2. Олиб ташлаш
 3. Консерватив даволаш
 4. Тишнинг илдизли резекцияси
 5. Гемисекция қилиш

216. *Ўтқир ости остеомиелитига кўпроқ хос бўлган клиник белгини кўрсатинг:*
1. Оқма ҳосил бўлиб, грануляция пайдо бўлиши
 2. Тана ҳароратининг $39,5^{\circ}$ С гача кўтарилиши
 3. Инфилтратнинг кўпайиб бориши
 4. Оғиз очишнинг чегараланиши
 5. Йиринг оқишининг тўхташи
217. *Ўтқир остеомиелит даврига хос бўлган рентгенологик белгини кўрсатинг:*
1. Суяк ноаниқ чегарада парчаланган
 2. Суякда аниқ чегараланган деструкция ўчоғи мавжуд
 3. Суяк структураси ўзгармаган
 4. Тиш учи атрофида ноаниқ чегарали деструкция мавжуд
 5. Суякда кўплаб остеосклероз ўчоғи мавжуд
218. *Катта одамларда ўтқир остеомиелитнинг ўртача кечиш даврини кўрсатинг:*
1. 10—14 кун
 2. 6—8 кун
 3. 5—6 кун
 4. 15—20 кун
 5. 15—28 кун
219. *Рентгенограммада суякдаги бирламчи ўзгаришлар жағ остеомиелитининг қайси даврида кузатилади?*
1. Ўтқир даврида
 2. Фақат сурункали даврида
 3. Умуман кузатилмайди
 4. Ўтқир ости даврида
 5. Аҳамияти йўқ
220. *Сурункали жағ остеомиелитига кўпроқ хос бўлган асоратни кўрсатинг:*
1. Жағнинг патологик синиши
 2. Сепсис
 3. Каверноз синуси тромбози

4. Медиастенит
5. Жағ атрофи флегмоналари ривож

221. *Сурункали жағ остеомиелитида кўпроқ қўлланиладиган жарроҳлик усулини кўрсатинг:*

1. Периостотомия
2. Остеоперфорация
3. Трепанация
4. Остеотомия
5. Секвестрэктомия

222. *Пастки жағ остеомиелитида секвестрлар ҳосил бўлишининг энг эрта даврини кўрсатинг:*

1. 1 ҳавфта
2. 3 ой
3. 4—5 ҳавфта
4. 4 ой
5. 6 ой

223. *Суякдаги қайси ўзгариш кўпроқ сурункали остеомиелитга хос?*

1. Суяк атрофияси
2. Остеолиз
3. Остеодеструкция
4. Суякнинг қалинлашиши
5. Тотал остеосклероз

224. *Сурункали остеомиелитда суяк ниманинг ҳисобига қалинлашади?*

1. Иккиламчи суяк ҳосил бўлиши
2. Тотал остеосклероз
3. Юмшоқ тўқималар қалинлашуви
4. Грануляциян тўқима ўсиши
5. Оқмалар ҳосил бўлиши

225. *Касал тишга қўшилиб бир неча тишларнинг қимирлаб қолиши қайси касаллика хос белги?*

1. Остеомиелитга
2. Пульпитга
3. Гайморитга

4. Перикороноритга
5. Периоститга

226. *Ўтқир остеомиелитга қайси турдаги қон томир ўзгариши хос эмас?*

1. Тромбоз
2. Кенгайиш
3. Стаз
4. Торайиш
5. Ўтказувчанликнинг ошиши

227. *Кўрсатилган симптомлардан қай бири пастки жагнинг ўтқир остеомиелитга хос эмас?*

1. Суяк пардаси қалинлашуви
2. Дюпетрен симптоми
3. Венсан симптоми
4. Тишларнинг патологик қимирлаб қолиши
5. Милкнинг икки томонлама яллиғланиши

228. *Қонда лейкоцитоз даражаси $20 \times 10^9 / \text{л}$, бўлса бу кўпроқ қайси касалликка хос?*

1. Периоститга
2. Абсцессга
3. Остеомиелитга
4. Тери ости гранулемасига
5. Перикороноритга

229. *Қайси касалликда ЭЧТ (эритроцитлар чўкиш тезлиги) 50 мм/соатгача тезлашади?*

1. Периоститда
2. Абсцессда
3. Тери ости гранулемасида
4. Остеомиелитда
5. Перикороноритда

230. *Қайси белги пастки жагнинг ўтқир остеомиелитини дифференциация қилишда ёрдам беради?*

1. Пастки лаб ва энгақда сезгининг йўқолиши
2. Тана ҳароратининг ошиши
3. Чапга сурилган лейкоцитоз

4. Пастки жағ соҳасидаги шиш
 5. Пастки жағнинг зирқираб оғриши
231. Қайси турдаги жарроҳлик усули фақат ўткир остеомиелитда қўлланилади?
1. Кесиш
 2. Ярани ювиш
 3. Остеоперфорация
 4. Дренаж қўйиш
 5. Касал тишни олиб ташлаш
232. Сурункали остеомиелитда суяк ниманинг ҳисобига қалинлашади?
1. Тотал остеосклероз
 2. Юмшоқ тўқималар қалинлашуви
 3. Иккиламчи суяк ҳосил бўлиши
 4. Грануляцион тўқима ўсиши
 5. Оқмалар ҳосил бўлиши
233. Жағ остеомиелитида милкларнинг қизариб шиши учрайди:
1. Икки томондан бир неча тиш тўғрисида
 2. Бир неча тиш тўғрисида ички томондан
 3. Битта тиш тўғрисида лунж томондан
 4. Битта тиш тўғрисида оғиз томондан
 5. Оғиз томондан бир неча тиш тўғрисида
234. Ўткир йирингли остеомиелитни келтириб чиқаришга сабаб бўлади:
1. Фузобактериялар
 2. Бактериоидлар
 3. Пневмококклар
 4. Тилларанг ва оқ стафилококклар
 5. Спора ҳосил қилмайдиган анаэроблар
235. Одонтоген жағ остеомиелитига энг кўп сабаб бўлувчи тишлар:
1. III
 2. 3I3
 3. 6I6

4. 515
5. 818

236. *Жағ остеомиелити касаллигига учраган бемор организмнинг носпецифик резистентлигини оширувчи омилларни кўрсатинг:*
1. Рационал овқатланиш, спорт билан шуғулланиш
 2. Қаттиқ совқотиш
 3. Руҳий стресслар
 4. Даволаниш
 5. Антистафилококк гаммаглобулини
237. *Суяк тўқимасининг некрозга учраши бу қайси касалликнинг белгиси?*
1. Периодонтит
 2. Пародонтит
 3. Периостит
 4. Одонтоген гранулема
 5. Остеомиелит
238. *Жағларнинг сурункали одонтоген остеомиелитининг ташхиси ниманинг асосида қўйилади?*
1. Лаборатор текширишлар
 2. Бемордан сўраб-суриштириш
 3. Клиник текширишлар асосида
 4. Клиник ва рентгенологик текширишлар
 5. Биопсия йўли билан
239. *Ўтқир одонтоген остеомиелитнинг асоратини кўрсатинг:*
1. Сўлак оқмалари
 2. Чандиқли контрактуралар
 3. Юз нерви неврити
 4. Сурункали шаклига ўтиб кетиши
 5. Уч шоҳли нерв невралгияси
240. *Ўтқир одонтоген остеомиелитни комплекс даволашга қиради:*
1. Криотерапия
 2. Антибактериал терапия

3. Рентгенотерапия
4. Электрокоагуляция
5. Химиотерапия

241. *Қанот-пастки жағ соҳаси флегмонасида инфекция-нинг кириш йўли:*

1. Марказий курак тишлардан
2. Пастки жағ ақл тишидан
3. Кўз ости соҳасидан
4. Жағ-тил тарновчасидан
5. Жағ ости соҳасидан

242. *Қанот-пастки жағ соҳаси чегаралари ҳосил бўлишида қатнашмайди:*

1. Пастки жағнинг шох қисми
2. Медиал қанотсимон мушак
3. Чайнов мушаги
4. Латерал қанотсимон мушак
5. Қулоқ олди сўлак беzi

243. *Қанот-пастки жағ соҳаси флегмонасига хос бўлмаган белгини кўрсатинг:*

1. Пастки жағ тагидаги оғриқ инфилтрати
2. Қанот-пастки жағ қатламининг қизариши
3. Охирги моляр орқасидаги шиллиқ қаватнинг қизариши
4. Пастки жағ ости соҳасида жойлашган инфилтрат
5. Ютингандаги оғриқ

244. *Ҳалқум атрофи флегмонасига хос бўлмаган белгини кўрсатинг:*

1. Юз асимметрияси
2. Оғиз очилишининг чегараланиши
3. Қанот-жағ қатламининг қизариши ва инфилтрати
4. Пастки жағ ости соҳасида инфилтрат
5. Ютингандаги оғриқ

245. *Ҳалқум атрофи флегмонасида қўлланиладиган кесии жойи:*
1. Ўтувчи бурма бўйлаб
 2. Танглай чодирини бўйлаб
 3. Қанот-жағ қатламиндан ичкарироқда ва унга параллель
 4. Жағ остини соҳасида
 5. Жағ орқаси чуқурчаси соҳасида
246. *Қулоқдаги чайнов соҳаси флегмонаси қайси тишлардан бўлмаслиги мумкин?*
1. Пастки молярлардан
 2. Пастки премолярлардан
 3. Юқори молярлардан
 4. Ретинирланган пастки ақл тишдан
 5. Пастки курак тишлардан
247. *Қуйидаги кўрсатилган симптомлардан қай бири қулоқ олди-чайнов соҳаси флегмонасига хос эмас?*
1. Ютиниш пайтидаги оғриқ
 2. Юз асимметрияси
 3. Оғрийдиган инфилтрат
 4. Лунж шиллиқ қаватининг шишиши
 5. III даражали тризм
248. *Қулоқ олди чайнов соҳаси флегмонаси кўпроқ кесиб очилади*
1. Ёноқ равоғи остидан
 2. Пастки жағ остини соҳасидан
 3. Пастки жағ бурчагини атрофи бўйлаб
 4. Қанот-пастки жағ қатламини бўйлаб
 5. Пастки жағ орқасини соҳасидан
249. *Қулоқ олди соҳаси флегмонаси тарқалиши мумкин эмас:*
1. Лунж соҳасига
 2. Ёноқ соҳасига
 3. Энгак остини соҳасига
 4. Чакка соҳасига
 5. Пастки жағ остини соҳасига

250. Қуйидаги кўрсатилган белгилардан қай бири энгак ости флегмонасига хос?
1. Оғиз очишнинг чегараланиши
 2. Энгак ости соҳасидаги тарқалган инфилтрат
 3. Чайнаганда оғриқ
 4. Ютинганда оғриқ
 5. Тил ости соҳаси гиперемияси
251. Юз-жағ системаси йирингли яллигланиш касаллик-лари патогенезида аҳамияти йўқ:
1. Организм реактивлигининг
 2. Сенсбилизациянинг
 3. Инфекция вирулентлигининг
 4. Тиш тузилишининг
 5. Топографик-анатомик хусусиятларининг
252. ЮЖС абцессларининг асосий даволаш усулини кўрсатинг:
1. Жарроҳлик
 2. Антибактериал
 3. Десенсибилизацияловчи
 4. Дегидратацияловчи
 5. Умумий мустаҳкамловчи
253. Яллигланиш жараёни бор пайтда организмдан захарларни чиқариб юбориш учун венага нимани юбориш керак?
1. Антигистамин дорилари
 2. Гормонлар
 3. Антибиотиклар
 4. Суюқлик
 5. Аутогемотерапия
254. Ичишга ёки венага юборилган кальций хлорид препарати қандай таъсир этади?
1. Ярадаги токсинларни нейтраллайди
 2. Антимикроб таъсирга эга
 3. Дезинтоксикацияга ёрдам беради
 4. Пролиферацияга ёрдам беради
 5. Томирлар ўтказувчанлиги ва экссудатни камайтиради

255. Бемор организмнинг стафилококк микроорганизмига нисбатан сезгирлиги кучли бўлса, у ҳолда:
1. Диазолин
 2. Буйрак усти беги гормони—преднизолон
 3. Димедрол
 4. Хлорид кальций
 5. Супрастин ёрдам беради
256. Антισταфилококкли анатоксин бу:
1. Антибиотик
 2. Умумий мустаҳкамловчи препарат
 3. Антиген стимулятор
 4. Оғриқсизлантирувчи препарат
 5. Десенсибилизацияловчи препарат
257. Лимфаденит касаллигида қайси функция бузилади?
1. Биологик филтрлаш
 2. Антибактериал
 3. Бактериостатик
 4. Бактериоцид
 5. Хужайра филтрацияси
258. Лимфаденитнинг қайси турида консерватив даволаш мумкин?
1. Ўткир йирингли
 2. Абсцесланган
 3. Ўткир серозли
 4. Гиперпластик
 5. Аденофлегмонада
259. Лимфатик тугунни қай вақтда олиб ташлаш керак?
1. Серозли лимфаденитда
 2. Йирингли лимфаденитда
 3. Яллиғланиш жараёни сурункали кечганда
 4. Йиринглаб кетган лимфаденитда
 5. Аденофлегмонада
260. Абсцесни кесиб очишга кўрсатма:
1. Шиш
 2. Флюктуация

3. Тери қизариши
4. Тана ҳароратининг кўтарилиши
5. Оғриқ

261. *Тил абсцесс ва флегмонасининг энг кўп учрайдиган ноодонтоген сабабини кўрсатинг:*
1. Пастки лаб чипқони
 2. Тилнинг жароҳатланиши
 3. Лунж соҳаси лимфаденити
 4. Қулоқ олди соҳаси лимфаденити
 5. Пастки жағ периостити
262. *Тил абсцесси ва флегмонаси ривожда инфекция ўчоги ҳисобланади:*
1. Юқори лаб
 2. Пастки жағдаги тишлар
 3. Юқори жағдаги тишлар
 4. Лунждаги лимфа тугунлари
 5. Гаймор бўшлиғи
263. *Қанот-жағ соҳасида жойлашган флегмонанинг қайси томонга тарқалиши хавфлироқдир?*
1. Субдурал соҳасига
 2. Қулоқ олди безига
 3. Кўкс оралиғига
 4. Бош мия веноз синусларига
 5. Чакка ости соҳасига
264. *Қанот-жағ соҳасида жойлашган абсцесс ва флегмоналарни даволаш учун ўтказиладиган кесмада жароҳатлаш эҳтимоли:*
1. Ёноқ суяги
 2. Тил нерви
 3. Диафрагма нерви
 4. Пастки жағ катак нерви
 5. Қулоқ олди сўлак безини
265. *Беморда қанот-жағ соҳасида жойлашган абсцесс ёки флегмона ташхиси қўйилса, биринчи бўлиб нима қилиниши керак?*

1. Нинарефлексотерапияни бошлаш
2. Анестетик билан блокада қилиш
3. Физиотерапияни буюриш
4. Йирингли ўчоқни кесиб очиш
5. Венага суюқлик қуйиш керак

266. *Тил-жағ тарновчаси абсцесси ривожланишига сабаб ҳисобланади:*

1. 876т678
2. Юқори лаб
3. Юқори жағдаги тишлар
4. Лунждаги лимфа тугунлари
5. Қулоқ олди лимфа тугунлари

267. *Тил-жағ тарновчаси абсцессига хос белги ҳисобланади:*

1. Тризм
2. Лунж соҳасидаги шиш ва гиперемия
3. Пастки лаб соҳасидаги шиш ва гиперемия
4. Оғиз тубининг орқа томонидаги шиш ва гиперемия
5. Жағ орқасида жойлашган инфилтрат

268. *Тил-жағ тарновчаси абсцессига хос белги ҳисобланади:*

1. Тризм
2. Лунж соҳасидаги шиш ва гиперемия
3. Пастки лаб соҳасидаги шиш ва гиперемия
4. Ютинганда пайдо бўладиган оғриқ
5. Жағ орқасида жойлашган инфилтрат

269. *Тил-жағ тарновчаси соҳасида жойлашган абсцесс қайси томонга тарқалиши эҳтимоли бор ва хавфлироқдир?*

1. Қулоқ олди сўлак безига
2. Субдурал соҳага
3. Қанот-танглай веноз чигалига
4. Қанот-жағ соҳасига
5. Бош мия веноз синусларига

270. *Пастки жағ ости соҳаси абсцесс ва флегмоналари келиб чиқишига асосан сабаб бўлган яллиғланиш:*
1. Юқори лабдаги
 2. 8765 т 45678 тишлардаги
 3. Юқори жағ тишлардаги
 4. Лунж соҳасидаги лимфа тугунларидаги
 5. Қулоқ олди соҳасидаги лимфа тугунларидаги
271. *Пастки жағ остида жойлашган флегмонага хос бўлган клиник белгини кўрсатинг:*
1. Тризм
 2. Пастки лаб соҳасидаги гиперемия ва шиш
 3. Қанот-жағ қатлами соҳасидаги шиш
 4. Жағ ости соҳасидаги инфилтрат, шиш ва гиперемия
 5. Лунж соҳасида шиш, гиперемия ва инфилтрат
272. *Энгак ости соҳасида жойлашган абсцесс ва флегмоналар келиб чиқишига қаерда жойлашган яллиғланиш ўчоги сабаб бўлиши мумкин?*
1. Юқори лабдаги
 2. Юқори жағ тишларидаги
 3. 4321 т 1234 тишлардаги
 4. 876 т 678 тишлардаги
 5. Лунж соҳасидаги лимфа тугунларидаги

ТЕСТ ЖАВОБЛАРИ

1 – 3	18 – 3	35 – 2	52 – 3	69 – 3
2 – 4	19 – 3	36 – 4	53 – 4	70 – 1
3 – 3	20 – 3	37 – 5	54 – 1	71 – 3
4 – 5	21 – 1	38 – 3	55 – 2	72 – 1
5 – 1	22 – 3	39 – 4	56 – 5	73 – 4
6 – 3	23 – 5	40 – 3	57 – 1	74 – 5
7 – 1	24 – 2	41 – 3	58 – 3	75 – 2
8 – 2	25 – 2	42 – 1	59 – 1	76 – 1
9 – 3	26 – 3	43 – 2	60 – 4	77 – 3
10 – 1	27 – 1	44 – 3	61 – 2	78 – 1
11 – 4	28 – 4	45 – 3	62 – 1	79 – 3
12 – 2	29 – 3	46 – 1	63 – 5	80 – 2
13 – 3	30 – 1	47 – 4	64 – 4	81 – 5
14 – 3	31 – 5	48 – 3	65 – 1	82 – 1
15 – 2	32 – 4	49 – 1	66 – 3	83 – 4
16 – 5	33 – 1	50 – 5	67 – 1	84 – 3
17 – 3	34 – 3	51 – 1	68 – 2	85 – 2

ТЕСТ ЖАВОБЛАРИ

86 – 1	103 – 3	120 – 2	137 – 5	154 – 3
87 – 1	104 – 1	121 – 4	138 – 1	155 – 5
88 – 3	105 – 2	122 – 5	139 – 3	156 – 3
89 – 1	106 – 2	123 – 2	140 – 2	157 – 1
90 – 1	107 – 1	124 – 1	141 – 1	158 – 2
91 – 4	108 – 3	125 – 4	142 – 4	159 – 3
92 – 3	109 – 4	126 – 3	143 – 3	160 – 1
93 – 1	110 – 1	127 – 1	144 – 3	161 – 3
94 – 3	111 – 3	128 – 3	145 – 4	162 – 1
95 – 1	112 – 2	129 – 2	146 – 1	163 – 4
96 – 2	113 – 4	130 – 4	147 – 3	164 – 5
97 – 1	144 – 1	131 – 1	148 – 5	165 – 1
98 – 4	115 – 1	132 – 3	149 – 3	166 – 2
99 – 3	116 – 3	133 – 2	150 – 4	167 – 3
100 – 5	117 – 4	134 – 3	151 – 1	168 – 1
101 – 1	118 – 1	135 – 4	152 – 2	169 – 4
102 – 4	119 – 3	136 – 3	153 – 4	170 – 1

ТЕСТ ЖАВОБЛАРИ

171 – 2	188 – 1	205 – 4
172 – 3	189 – 5	206 – 4
173 – 4	190 – 4	207 – 4
174 – 5	191 – 4	208 – 1
175 – 1	192 – 2	209 – 2
176 – 2	193 – 1	210 – 1
177 – 3	194 – 3	211 – 3
178 – 3	195 – 1	212 – 5
179 – 2	196 – 3	213 – 3
180 – 4	197 – 3	214 – 2
181 – 1	198 – 4	215 – 4
182 – 3	199 – 2	216 – 5
183 – 2	200 – 5	217 – 2
184 – 1	201 – 3	218 – 1
185 – 3	202 – 3	219 – 3
186 – 4	203 – 3	220 – 1
187 – 3	204 – 2	221 – 4

ТЕСТ ЖАВОБЛАРИ

222 – 1	239 – 5	256 – 5
223 – 5	240 – 4	257 – 2
224 – 3	241 – 4	258 – 1
225 – 4	242 – 2	259 – 3
226 – 1	243 – 2	260 – 2
227 – 1	244 – 3	261 – 2
228 – 2	245 – 4	262 – 2
229 – 2	246 – 1	263 – 3
230 – 3	247 – 3	264 – 2
231 – 4	248 – 5	265 – 4
232 – 1	249 – 1	266 – 1
233 – 3	250 – 3	267 – 4
234 – 3	251 – 3	268 – 4
235 – 1	252 – 2	269 – 4
236 – 4	253 – 4	270 – 2
237 – 3	254 – 1	271 – 4
238 – 1	255 – 4	272 – 3

МУНДАРИЖА

Сўз боши	3
1. Кириш	4
2. Стоматология поликлиникаларида жарроҳлик стоматологияси хона- си (бўлими) ни ташкил этиш асослари	5
3. Жарроҳлик хонасида беморларни текшириш	10
4. Тишлар ва оғиз бўшлиғини оғриқсизлантириш	15
5. Тиш олиш операцияси	30
Тож қисми сақланган тишларни олиш	43
Тишларнинг илдизларини олиш	49
Тиш олинган жойдаги ярага ишлов бериш ва уни парваришлаш .	53
Тиш олиш операциясининг асоратлари	55
6. Тиш-жағ тизимининг одонтоген яллиғланиш касалликлари	65
Одонтоген яллиғланиш касалликлари этиологияси ва патогенези	65
Одонтоген яллиғланиш касалликлари таснифи	66
Периодонтитлар	67
Жағларнинг ўткир йирингли периостити	72
Жағларнинг одонтоген остеомиелитлари	76
Юз-жағ ҳамда бўйин соҳалари юмшоқ тўқималарининг ўткир йи- рингли яллиғланиш касалликлари (абсцесс ва флегмоналар) ва у- ларни даволаш қоидалари	88
Юз ва бўйин соҳаси лимфа тизими касалликлари (лимфаденит- лар)	101
Тест саволлари	107
Тиш олиш операцияси	107
Жарроҳлик стоматологиясида оғриқсизлантириш	117
Периодонтит ва периоститлар ҳамда уларни жарроҳлик йўли билан даволаш	137
Тест жавоблари	163

Ўқув наشري

Саттор Ҳабибуллаевич Юсупов,
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Дилмурод Жумаевич Ашуров

**ТИШ ЖАРРОҲЛИГИ СТОМАТОЛОГИЯСИ
ВА ЮЗ-ЖАҒ ТРАВМАТОЛОГИЯСИ**

Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, Навоий кўчаси, 30.

Муҳаррир *Д. Абдуллаева*
Техник муҳаррир *В. Мешчерякова*
Балий муҳаррир *Т. Қаноатов*
Мусахҳиҳ *Д. Тўйчиева*
Компьютерда терувчилар
М.Т. Ким, Б.Б. Эсанов, И.В. Гончарова

ИБ № 2913

Босмахонага 28. 01. 2003 й. да берилди. Босишга 12. 03. 2003 й. да рухсат этилди. Бичими 84x108¹/₃₂. Офсет қоғози. Шартли босма табоқ, 8,82. Шартли бўёқ отт. 9,24. Нашр ҳисоб табоғи 8,86. 100–2002 - рақамли шартнома.

Жами 6100 нусха. 4003-рақамли буюртма. Нархи шартнома асосида.

Ўзбекистон Матбуот ва ахборот агентлигининг Тошкент 1- босмахонасида босилди. 700002, Сағбон, 1-берк кўча, 2-уй.