

RIZAEV J.A.,
GAFFAROV U.B., IBRAGIMOV D.D.

YUZ JAG' SOXASI

ODONTOGEN VA NOODONTOGEN
YALLIG'LANISH KASALLIKLARI



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI
YUZ – JAG' XIRURGIYASI KAFEDRASI**

Rizayev J.A., Gaffarov U.B., Ibragimov D.D.



**YUZ JAG' SOHASI ODONTOGEN VA NOODONTOGEN
YALLIG'LANISH KASALLIKLARI**

*Stomatologiya fakulteti talabalari, klinik ordinatorlar, rezident
magistrilari uchun o'quv qo'llanma*



UDK 616.716-002(075.8)

BBK 56.6ya73

Yu 20

Yuz jag' soxasi odontogen va noodontogen yallig'lanish kasalliklari [Matn]: o'quv qo'llanma / J.A Rizaev, U.B. Gaffarov , D.D. Ibragimov .-Toshkent: Samarqand, 2023. - 124 b.

TUZUVCHILAR:

- Rizayev J.A.** Samarqand davlat tibbiyot universiteti rektori, professor.
- Gaffarov U.B.** Samarqand davlat tibbiyot universiteti yuz – jag' jarrohligi kafedراسi mudiri t.f.n.
- Ibragimov D.D.** Samarqand davlat tibbiyot universiteti yuz – jag' jarrohligi kafedراسi assistenti PhD.

TAQRIZCHILAR:

- Shomuradov Q.E.** Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti yuz – jag' jarrohligi kafedراسi dosenti, t.f.d.:
- Usmanov R.F.** Samarqand davlat tibbiyot universiteti yuz – jag' jarrohligi kafedراسi assistenti t.f.n.:

O'quv qo'llanma stomatologiya fakulteti 4-5 kurs talabalari, magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlarni "Xirurgik stomatologiya", "Yuz-jag' jarrohligi" mutaxassisligi bo'yicha o'qitish uchun mo'ljallangan ushbu o'quv qo'llanmada ko'rsatilgan mavzu asosida yuz-jag' sohasida uchraydigan odontogen va noodontogen yallig'lanish kasalliklarini etiopatogenezi, zamonaviy tasnifi, klinik ko'rinishi va davolash usullari haqida zarur ma'lumotlar berilgan. O'quv qo'llanma yuz-jag' jarrohligi yo'nalishi bo'yicha standart dastur asosida, ajratilgan soatlarni hisobga olgan holda tuzilgan. Qo'llanmada mavzuga tegishli klinik ko'rinishlarni qayd qilgan rasmlar, jadvallar mavjud.

ISBN 978-9943-9218-8-7

©Rizayev J.A., Gaffarov U.B., Ibragimov D.D.
©Samarqand 2023

YUZ - JAG' SOHASI ODONTOGEN YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

O'tkir odontogen yallig'lanish kasalliklari asosiy guruhini jag'lar atrofi yumshoq to'qimalaridagi yiringli jarayonlar tashkil etadi: kletchatkani bo'shliq hosil qilishi bilan yuzaga keladigan chegaralangan yiringli yallig'lanishi – **absess**;

Teri osti yog' qavati, mushaklar va fassiyalar aro kletchatkani tarqalgan yiringli yallig'lanishi – **flegmona**.

L. Peterson (1988), D. Laskin (1989), P. Romain va boshqa birgalikda ishlagan avtorlar (1989), S. Harreiz (1991) va boshqalar absess va syellyulitni ajratishadi. Keyingisini teri osti yog' qavatining tarqalgan yiringli yallig'lanishi deb tushunishadi. Shu bilan birga ko'pchilik mualliflar kletchatka serroz yallig'lanishini mustaqil shakli deb "infiltrat"ni tushunishadi [Katanova H.I., 1990; Roginskiy V.V., 1992]. Umum qabul qilingan dunyo adabiyotida chegaralangan (absess) va tarqalgan (flegmona yoki syelyulit) yiringli jarayon tushunchalari qolmoqda. Ammo chet mamlakatlarda "flegmona" termini ko'proq umumiy xirurgiyada qo'llaniladi [Berchtold R., 1990; Schmitt W., Kiene S., 1991; Heberer G. et al., 1993], va ba'zi mualliflarga yuz-jag' va og'iz bo'lishlig'i xirurgiyasida qo'llaydilar. E. Boatin va J. Jürgins (1984), O. Sandner va M. Garcia (1984), L. Haisove va T. Wemelh (1989), E. Machtens (1994) absess va flegmonalarni yuz va bo'yin sohalari yiringli infeksiyalari deb nomlashadi, E. Krüger (1986, 1993) – yuz sohasi chuqur bo'shliqlari yallig'lanishi, H. Hanenstein (1979), R. Pfisterer (1991) – yiringli infeksiya og'ir shakli. L. Peterson (1988) esa absessni jag'lar periostitlari va parodont kasalliklarida tish-milk yiringli absesslari deb xisoblaydi. Lekin turli to'qima strukturalaridagi yiringli yallig'lanish xususiyatlari va ularni klinik namoyon bo'lishlaridagi farqlardan turli patologik proseslarni bunday bog'lanishi asossiz hisoblanadi.

Etiologiyasi. Absess va flegmonalarda infeksiya chaqiruvchi bo'lib odontogen o'choqlardagi rezident aralash mikroflora hisoblanadi. Anaerob infeksiyalarni, obligat va fakultativ anaeroblarni, shu bilan birga aeroblarni (stafilokok yoki streptokoklarni turli shakllarini koklar, ichak va boshqa tayoqchalar bilan simbiozi) ahamiyati katta ekanligi aniqlangan. Mikroorganizmlar soni va xususiyatlarini oshishi to'g'ri bog'liqlikda bo'lib, antigen ta'siri konsenrasiyasini oshishiga va infeksiyon-yallig'lanish jarayonini yanada tarqalishiga olib keladi.

Shuningdek aerob va anaerob bakteriyalarni assosiativ qatnashishi aniqlangan.

Turli mualliflar ma'lumotlariga ko'ra 80-95% holatlar odontogen tabiatga egadir. Absess va flegmonalar surunkali periodontitlarni o'tkirlashuvida infeksiyani apikal o'choqdan tarqalishi natijasida vujudga keladi, kamroq – o'tkir periodontitlarda, shu bilan birga pastki aql tishi chiqishini qiyinlashuvida, yiringlagan radikulyar kista, sug'urilgan tish katagi infisirlanishi (alveolit) va parodont kasalliklari o'tkirlashuvida, bosh va bo'yin sohalari, absess va flegmonalar, o'tkir va surunkali odontogen osteomielitlar kelib chiqishi mumkin bo'lib, bu jag'larni o'tkir periostiti asorati bo'lib hisoblanadi. Infeksiyani boshqa manbalari bo'lib og'iz bo'shlig'i, yuqori jag' va burun bo'shliqlari shilliq qavati, teri va bo'yin sohalari, kamroq – ko'z kon'yuktiviti hisoblanadi.

Jag'lar atrofi absess va flegmonalari ko'proq 20-30 yoshdagi kishilarda kuzatiladi. Bu tishlarni ko'proq kariyes bilan zararlanish intensivligi va aql tishlarni chiqishi qiyinligi bilan bog'liqdir. Absess va flegmona kasalliklari mavsumiyliги bilan harakterlanadi: bemorlar soni yoz-kuz oylarida ko'proq bo'ladi.

Patogenezi. Bosh va bo'yin sohaslarida o'tkir yiringli yallig'lanish kasalliklarini vujudga kelishi va kechishi mikroflora konsentrasiyasi, umumiy va mahalliy, nospesifik va spesifik himoya omillari, a'zo va a'zolar tizimi faoliyati, shuningdek to'qimalarni anatomo-topografik xususiyatlari bilan harakterlanadi. Shularga bog'liq ravishda yallig'lanish reaksiyasi harakterlanadi - normergik, giperergik yoki gipoyergik.

Absess va flegmonalar mikroblarni yuqori bo'lmagan toksik ta'siridan, asosan ularni konsentrasiyasi va organizmni adekvat javob reaksiyasidan bir yoki ikki kletchatka bo'shliqlarida rivojlanadi. Kalla suyagi gumbazi, yuz va bo'yin sohalari anatomo-topografik xususiyatlari, shuningdek, qo'shni bo'lgan yuqori va pastki jag'larga yondashgan patologik odontogen va boshqa kletchatkalaridagi infeksiya o'choqlari katta ahamiyatga egadir. Absess va flegmonalarni umumiy va mahalliy simptomlari normergik yallig'lanish reaksiyani ifodalaydi.

Zararlovchi omillarni ta'sirini oshishi (ularni sonini ko'payishni, mikroblarni virulentligi, toksigenligi va konsentrasiyalarini oshishi), kasallikni davomiyliги va infeksiyaga qarshi umumiy va mahalliy himoya mexanizmlarini shu bilan birga immunitetni (disbalans) pasayishi tarqalgan flegmona rivojlanishiga olib keladi. Bu giperergik yallig'lanishni ifodalaydi. Organizm reaktivligini ko'pchilik omillari,

sensibilizatsiyani yuqori darajasi va kalla suyagi gumbazi, yuz, bo'yin sohalariidagi yiringli o'choqlar lokalizatsiyasi organizmni himoyamoslashuv reaksiyasini kompensirlangan, subkompensirlangan va dekompensirlangan harakterlarini ifodalaydi. [Gubin M.A., 1987, 1996].

Alohida bemorlarda absess va flegmonalarni kechishini turli prinsiplari yallig'lanishni gipergik reaksiyasi bilan kuzatiladi. Bir tomondan kasallikni chaqiruvchisi shartli-patogen mikrobo'lishi ham mumkin. Ularga nisbatan qilingan maxsus reaksiya, ya'ni antigen substansiyalarini kuchsiz ta'sirlari kasallikni sekin va kuchsiz kechishini ifodalaydi. Boshqa tomondan maxsus va nomaxsus himoya reaksiyalarni o'zgarishi, pasayishi, shu bilan birga sekinlashgan tipdagi sezgirlikni oshishini, autoimmun reaksiyalarni, tolerantlikni, birlamchi va ikkilamchi immun kasalliklarda yoki holatlarda immunitetni buzilishini rivojlanishi katta ahamiyatga egadir. Sanab o'tilgan ko'rinishlar katta yoshdagi kishilarda absess va flegmonalarni gipergik yallig'lanish reaksiyalar bilan kechishini harakterlaydi. Absess va flegmonalarda antibiotik va sulfanilamidlarni norasional qo'llanilishi yallig'lanish reaksiyasini gipergik darajasiga olib kelishi mumkin.

Yiringli yallig'lanish kasalliklari (yuz va bo'yin sohalari va bo'shliqlari absess va flegmonalari) ko'proq siyrak tolali biriktiruvchi to'qimada – teri osti yog', mushaklararo, fassiyalararo kletchatkalarida, mushaklarda, kletchatka bo'ylab tomirlar, nervlar, og'iz bo'shlig'i atrofi a'zolarida rivojlanadi.

To'qimalarga kirgan mikroblar tomir atrofi va yaqinida to'planadi. To'qimada yallig'lanish reaksiyasi yuzaga keladi.. Quyidagi bosqichlari farqlanadi: I – shishi, II – infiltratsiyalanish, III – to'qimalarni yiringli yemirilishi, IV – nekroz, V – granulyasion val hosil bo'lishi bilan o'choqni chegaralanishi yoki yiringli yallig'lanish jarayonini tarqalishini davom etishi, shuningdek arteriya va venoz qon tomir sistemasi tarqalishidir.

V.V. Kovanov va T.I. Anikina (1968), V.G. Smirnov (1970, 1992), J. Bartlett va P.O.Kcefe (1979), M. Strassburg va G. Knolle (1991) va boshqalar tomonidan bosh, yuz va bo'yin sohalari kletchatka bo'shliqlarini anatomo-topografik tekshiruvlari o'tkazilib, yuz sohalarini tish jag' sistemasi segmentlari va tish kataklari bilan, yuz, bo'yin yuza bo'shliqlarini chuqur bo'shliqlari bilan yaqindan bog'lanishini aniqladilar. Bu esa infeksiyani tishlardan jag' oldi yumshoq to'qimalariga

tarqalishini, yiringli infeksiyani bir sohadan boshqasiga harakatlanishini, bir bo'shliqdan boshqasiga o'tishini ifodalaydi.

Patologik odontogen o'choqlardan jag' atrofi yumshoq to'qimalarga infeksiyani gematogen tarqalishi 60% holatlarda venoz yo'l bilan sodir bo'ladi [Yegorov P.M., 1961], til osti va og'iz tubi bo'shliqlari lokalizasiyalarida esa bu yo'l asosiy bo'lib hisoblanadi. [Lanyuk S.V., 1955; Smirnov V.G., 1969].

Patologik anatomiyasi. Absessda kletchatka bo'shlig'ida seroz, yiringli-seroz eksudatsiya yig'ilishi va devori granulyasion to'qimadan iborat chegaralangan yiringli bo'shliq sifatida aniq namoyon bo'ladi. Nekrotik jarayonlar yiringli o'choqda kam ifodalangan. Yiringli yemirilgan kletchatka atrofida yetilgan granulyasion to'qima biriktiruvchi to'qimali kapsula hosil qiladi. Flegmonalarda shish, seroz va yiringli yallig'lanish bosqichlari nekrotik jarayonlarni turli darajada namoyon bo'lishlari bilan almashinadi. Ba'zi holatlari eksudativ o'zgarishlar ustunlik qilib, tarqalgan seroz va seroz-yiringli yallig'lanish kuzatiladi. Bunda jag' atrofi yumshoq to'qimalar kletchatkalarida sezilarli shish va leykositlarni diffuz infiltrasiyasi kuzatiladi. Yallig'lash o'chog'i aniq chegaralanmagan. Zararlangan to'qimalarda leykositlar bilan o'ralgan alohida nekroz o'choqlari aniqlanadi. Boshqa holatlarda (yiringli nekrotik flegmonalarda) alterasiya jarayonlari ustunlik qilib, to'qimalar gemodinamikasini sezilarli buzilishi, mushak va fassiyalar kletchatkalari nekrozi bilan harakterlanadi. Bu yiringli-nekrotik flegmonalarda yorqin namoyon bo'ladi. Bunday hollarda to'qimalarni tarqalgan shishganligi fonida qon suyilish o'choqlari bilan zich infiltrasiya o'choqlari kuzatiladi. Markazida mushak fassiya qavatlarini va mushak to'plamlarini nekrozi kuzatiladi.

Yiringli yoki yiringli-nekrotik o'choqlarni o'z-o'zidan yoki operativ yo'l bilan ochilishida o'tkir yallig'lanish ko'rinishi yanada yaqqol namoyon bo'ladi. Leykositlar infiltrasiya sababli rivojlangan granulyasion to'qima bilan yallig'lanish o'chog'ini chegaralanishi yuzaga keladi. Nekrozlangan to'qimalar asta-sekin ajralishga va qisman yemirilishga uchraydi. Qon aylanishi tiklanadi, o'lgan sohalarni o'rnida biriktiruvchi to'qima rivojlanadi.

Eksudat chiqishiga yo'lni yo'qligi yoki uni qiyin chiqishi, yiringli o'choq yoki o'choqlarni chegaralash uchun mahalliy to'qima reaksiyalarini yetishmasligi, shu bilan birga a'zolar faoliyati buzilishini

umumiy sabablari, asosan immunitet buzilishi yallig'lanish jarayonini yuz va bo'yinni qo'shni sohalariga tarqalishiga olib kelishi mumkin.

Klinik ko'rinishi. Oxirgi yillarda absessarni klinik ko'rinishi o'zgardi. Ular sekin va kuchsiz kechishi bilan farqlanadi. Shuni asosida chet ellik izlanuvchilar absessni yiringli jarayonlarni surunkali shakli deb hisoblaydilar. [Laskin D., 1980; Peterson L., 1994].

Absesslarni bunday kechishi 70 yillarda ba'zi bemorlarda kuzatilgan edi. [Vasilyev G.A., 1972; Xudaynazarov T., 1972; Robustova T.G., 1979], va bu tendensiya yillar o'tishi bilan kuchayib bordi [Krumov H. va boshq., 1978; Robustova T.G., 1990; Mutatina Sh., 1992; Schultz S., 1980; Saal Ch., 1988; Matusov R., 1988]. Shularga asoslanib jag'lar atrofi absesslari normergik yoki giperyergik reaksiyalar bilan kuzatiladi. Absessda shikoyatlar ko'p bo'lmaydi, ayniqsa yiringli o'choqni teri osti va mushaklar aro kletchatkada joylashadi. Og'riq asosan yiringli o'choqni paypaslaganda seziladi. Og'riqlar asosan og'iz bo'shlig'iga yaqin lokalizatsiyalarda, til osti sohasida, qanotsimon pastki jag', yutqin yoni bo'shliqlarida, tilda yaqqol namoyon bo'ladi. Bunda og'iz ochilishi chegaralanishi kuzatiladi, yutinish og'riqli bo'ladi va boshqalar.

Bemorni ahvoli qoniqarli bo'lganda normergik jarayon, tana harorati subfebril bo'lishi bilan kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda lohoslik, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik kuzatiladi. Absessni giperyergik kechishi 10 kundan 3 haftagacha bo'ladi. Lixoradka reaksiyasi bo'lmasligi mumkin. Intoksikatsiyani boshqa simptomlari yaqqol namoyon bo'lmaydi.

Absesslarda yallig'lanish reaksiyasini turiga qarab qonda leykositar formulani chapga siljishi bilan kuzatiladigan leykositoz yuzaga keladi. Lekin lekositlarni soni me'yoriy yoki leykopeniya ham bo'lishi mumkin. ECHT me'yoriy chegarada va ba'zi holatlardagina ko'tarilishi mumkin 11-20 mm/s.

Yuz va bo'yin sohalarida flegmonani klinik ko'rinishi turlicha bo'ladi. Bir yoki ikki qo'shilgan sohalarida lokalizatsiyalangan, ikki, uch va undan ortiq sohalariga tarqalgan flegmonalar [Robustova T.G., 1990], yuz va bo'yinni ko'p sohalarini qamrab olgan, ko'pincha hayot uchun xavfli asoratlar bilan kechadigan – avjlanuvchi flegmonalar ajratiladi [Gubin M.A., 1987].

Bir – ikki sohalaridagi flegmonalar organizmni normergik yallig'lanish reaksiyasi bilan kechadi: bemor holati qoniqarli, kamroq o'rta og'irlikda, tana harorati subfebril 38,5°S, intoksikatsiya sezilarli

namoyon bo'lgan. Qon leykositlar soni oshgan $10,0-12,0 \times 10^9/g/l$. ECHT ko'tarilgan 10 dan 40 mm/s gacha.

Yuz va bo'yinni ikki va undan ortiq sohalari flegmonalari yallig'lanishni gipergik ko'rinishi bilan kechadi. Kasallikni davomiyligiga, yiringli yallig'lanish jarayonini umumiy va mahalliy klinik ko'rinishlari, laboratoriya tekshiruv natijalari qarab flegmona tarqalishini reaktiv, toksik va terminal fazalari hamda ularni asoratlari farqlanadi. Bular hayotiy muxim a'zolari kompensirlangan, subkompensirlangan va dekompensirlangan holatlariga olib keladi. Toksik fazada hamda uni terminal fazaga o'tishi flegmonani jadallashuvi hisoblanadi.

Yuz va bo'yindagi tarqalgan flegmonalarni reaktiv fazasi kechishini uzoq davom etmasligi, 2-4 kletchatka bo'shliqlarini zararlanish bilan kechadi. Lokalizatsiyalangan og'riqlardan tashqari bemorlarda og'iz ochilishi, yutinish va nafas olish funksiyalarining buzilishi ham kuzatiladi.

Yuz va bo'yinni bir necha sohalarida yiringli yallig'lanishlar kechishi o'rta og'irlikdagi holat bilan ifodalanadi. Tana haroratini o'zgarib turishi intermittirlanuvchi harakterga ega, qaltirash profuz terlash bilan kechadi. Intoksikatsiya umumiy holsizlikni og'irlashtiradi, uyqu buziladi va ishtaxa yo'qoladi. Ba'zi bemorlarda holsizlik va tormozlanish kuzatilsa, ba'zilarida qo'zg'aluvchanlik va ta'sirlanish kuzatiladi. Fiziologik chiqaruv holatlari buziladi (diurez kamayadi, ich qotadi).

Tarqalgan flegmona yuz, bo'yinni ko'plab sohalarida tarqalgan shish va to'qimalar infiltratsiyasi mavjudligi bilan harakterlanadi. Odatda teri va shilliq-qavatga yondashgan yuza va chuqur sohalar bir vaqtda zararlanadi. Bu to'qimalarda giperemiya, mahalliy haroratni oshishi kuzatiladi. Og'iz ochilishi, chaynash, yutunish nutq va xatto nafas olish funksiyalari buzilishi yaqqol namoyon bo'ladi. Yumshoq to'qimalardagi yiringli yallig'lanish jarayonlarini simptomlari patologik o'choqlarning lokalizatsiyasiga bog'liqdir.

Tarqalgan flegmonalarni reaktiv fazasida gemostaz, moddalar almashinuvi jarayonlari va immunitet yaqqol o'zgaradi. Qonda leykositlar $12,0-15,0 \times 10^9/g/l$ va undan ortiq, neytrofillar soni oshgan 60-80%, nu bilan birga tayloqcha yadrolillar (15-20 %). ECHT ni oshishi jadallashadi 30-40 mm/ch gacha va undan ortiq. Siydikda oqsil aniqlanadi. Organizm reaktivligini ko'pchilik ko'rsatkichlarida o'zgarish kuzatiladi -

intoksikatsiyani leykositar indeksi (ILI), oqsil mavjudligi (disproteiniemiya), fermentlar mavjudligi, gumoral va xujayraviy immunitet ko'rsatkichlari – immunoglobulin darajalari, V-xujayra, T-xujayra va ularni populyasiyalari, qonni ivish tizimi holatlaridir.

Keyinchalik yiringli jarayonni yuz va bo'yinni ko'pgina sohalari tarqalishi kasallikni giperergik kechishi bilan harakterlanadi. Kasallik organizmni hayotchanligini ta'minlovchi tizim, sub - va dekospensirlangan harakterdagi organizmni himoya reaksiyalari bilan birga toksik kechuvchi ko'rinishga ega bo'ladi. Kasallik yiringli jarayonni uzoq davom etishi bilan farqlanadi (5 - 7 kun). Yaqqol intoksikatsiya, qon aylanishi buzilishi va moddalar almashinuvida sezilarli o'zgarishlar va yuz-jag' sohasi yiringli yallig'lanish simptomlari yaqqol namoyon bo'ladi. Bu fazada yiringli-septik kasallik asoratlari rivojlanishi mumkin. Bular infeksiyani ko'z kosasiga, miya qobiqlariga, miyaga va ko'krak oralig'iga o'tishidir.

Bemor ahvoli o'rta og'irlikda yoki og'ir. Tana harorati 39 °C ga ko'tariladi. Jag'lar atrofi to'qimalarida yuzni yuza sohalari bilan chuqur bo'shliqlarini qamragan holda sezilarli shish va diffuz leykositar infiltrasiya kuzatiladi. Aniq chegaralangan yallig'lanish o'chog'i yo'q. Qonda leykositlar soni 15,0–20,0 · 10⁹/l gacha ko'tariladi, ECHT – 60 mm/s, organizm reaktivligi o'zgarishi kuchayadi.

Alohida tish gurxlari bilan jag'lar atrofi yumshoq to'qimalarni anatomik qo'shniligi infeksiyani tarqalishida muxim ahamiyatga egadir.

ODONTOGEN ABSESS VA FLEGMONALARNI ANATOMO-TOPOGRAFIK LOKALIZASIYALARIGA QARAB SHARTLI RAVISHDA QUYIDAGI TO'RT GURUHGA BO'LISH MUMKIN:

1. Yuqori jag'ga yondashgan to'qimalar absess va flegmonalari:
 - a) yuza – ko'z osti, lunj, yonoq sohalari;
 - b) chuqur – chakka osti va qanot-tanglay chuqurchalari;
 - v) ikkilamchi – chakka, ko'z kosasi sohalari.
2. Pastki jag'ga yondashgan to'qimalar absess va flegmonalari:
 - a) yuza – jag' osti, daxan osti uchburchaklari;
 - b) chuqur – qanotsimon-pastki jag' osti, yutqin yoni, til osti bo'shliqlari;
 - v) ikkilamchi – jag' orti sohasi, bo'yinni oldi sohalari va bo'shliqlari.

3. Tilni absess va flegmonalari.
4. Yuz va bo'yin tarqalgan flegmonalari.

Yuz va bo'yinni alohida sohalari absess va flegmonalari turli klinik belgilarga egadir.

Lunj, ko'z osti, jag' osti, daxan osti va boshqa sohalar flegmonoz jarayonni yuzda lokalizatsiyalarida yumshoq to'qimalar shishi va infiltratsiyasi, terini ostidagi to'qimalarga yopishishi, uni qizarishi va mahalliy haroratni oshishi kuzatiladi. Palpasiyada flyuktuasiya yoki kuchsiz og'riq seziladi. Jarayonga xususiy chaynov mushaklari qo'shilganda og'iz ochilishi chegaralanishi kuzatiladi. Yuqori va pastki jag'ga yondashgan to'qimalar chuqur sohalaridagi zararlanishlarda yuzda joylashgan to'qimalar perifokal shishi natijasida yuzda shishni ko'rishimiz mumkin. Flegmonoz o'choq chegaralari aniq emas, flyuktuasiya esa ko'p hollarda aniqlanmaydi. Og'iz bo'shlig'i yaqini flegmonoz jarayonlari og'iz ochilishi, yutinish, nutq, nafas olish funksiyalarini buzilishi va yallig'lanish belgilari – shish, giperemiya, shilliq qavatda og'riqli infiltrat kuzatilishi bilan ifodalanadi. Qanotsimon –pastki jag' va yutqin yoni bo'shliqlari zararlanishida og'iz ochilishi chegaralanganligi sababli og'iz bo'shlig'i holatini ko'rish qiyinchilik tug'diradi. Og'iz bo'shlig'i zararlangan to'qimalarini palpasiya qilish, ba'zida bimanual palpasiya usullari kuchliroq og'riq sezilgan sohani aniqlashga yordam beradi.

Yuqori jag'ga yondashgan to'qimalar absess va flegmonalari

Ko'z osti sohasi absess va flegmonalari (ko'z osti kletchatka bo'shliqlari). Infeksiya tarqalishi yuqorigi qoziq va birinchi kichik oziq tishlardan, kamroq – yuqorigi yon kurak yoki ikkinchi kichik oziq tishlardan, shu bilan birga ikkilamchi ravishda lunj sohasidan infeksiya tarqalishidan yuzaga kelishi mumkin.

Ko'z osti sohasi chegaralari: yuqorigi – ko'z kosasini pastki qirg'og'i, pastki – yuqori jag' alveolyar o'sig'i, ichki – noksimon bo'shliq qirrasini, tashqaridan – yonoq yuqori jag' choki. Bu yerda joylashgan mimik mushaklar orasida uchta kletchatka bo'shliqlari joylashgan.

Ko'z osti yuzda kletchatka ko'zni aylana mushaklari va yuqori labni to'rtburchak mushaklari orasida joylashadi. Unda yuz arteriyasi va venasi,

yuz nervini yonoq shoxi joylashadi. Ikkinchi qavati qoziq chuqurchasi kletchatkasi bo'lib, oldindan yuqori lab mushaklari, orqadan og'iz burchagini ko'taruvchi mushaklar chegaralaydi. Kletchatkani uchinchi chuqur qavati ko'z osti qirrasida darajasida joylashgan bo'lib, pastga yo'nalib ko'z osti kanalidan chiquvchi tomir-nerv tugunchasini va nerv chigalini – kichik g'oz panjasini o'raydi. Ko'z osti kletchatka qavatlari o'zaro, lunj sohalari kletchatkali va burun yon yuzasi bilan bog'langan.

Ko'z osti sohasi absesslari yoki qoziq chuqurchasi absesslari va ko'z osti sohasi flegmonalari farqlanadi.

Qoziq chuqurchasi absesslarida zararlangan sohadagi og'riqqa shikoyat qiladi. Erta davrda yuqori jag' oldingi yuzasi yeringli periostitini eslatadi. Ko'z osti, lunj va yuqori lab sohalarida shish hosil bo'ladi. Burun qanoti biroz ko'tarilgan, burunlab burmasi silliqlangan. Shish usti yumshoq, kam og'riqli, teri rangi o'zgarmagan, burmaga yig'iladi. Og'iz dahliz qismi yuqori o'tuv burmasi silliqlashgan, shilliq qavat giperemiyalangan va shishgan. Palpasiyada og'riq kuzatiladi. Bimanual palpasiyada aniq namoyon bo'ladi.

Ko'z osti sohasi flegmonasida o'tkir o'z o'zidan hosil bo'luvchi og'riq kuzatilib, og'riq ko'z, chakka sohalariga tarqaladi. Ko'z osti va lunj sohalari diffuz shishi bilan harakterlanadi. Shish yonoq, yuqorilab, pastki qovoq sohalariga ba'zida esa yuqori qovoq sohalariga tarqaladi. Yuqori jag' tanasi oldingi yuzasida to'qimalar infiltrlangan, palpasiya og'riqli. infiltrasiya usti teri rangi yorqin qizargan, qo'shni to'qimalar bilan silliqlashgan, burmaga qiyin yig'iladi. Og'iz bo'shlig'i dahliz sohasi yallig'lanish jarayonlari absessga nisbatan yanada tarqalgan harakterga ega.

Ko'z osti absessida og'iz bo'shlig'i dahliz sohasi o'tuv burmasidan kesma qilinadi va kesuv yuqori jag' tanasi oldingi yuzasi suyak usti pardasi bo'ylab o'tkaziladi. Keyin o'tmas yo'l bilan raspator yordamida qoziq chuqurchasiga o'tiladi va yiring chiqishiga yo'l ochiladi.

Ko'z osti sohasi flegmonasida operativ yondashuv absessdagidek o'tkaziladi. Kesma yuqorigi ikkinchi kurak tishdan ikkinchi kichik oziq tish yoki birinchi katta oziq tish bo'ylab o'tkaziladi. O'tmas yo'l bilan yuqori jag' oldingi yuzasi bo'ylab o'tiladi va barmoqlar nazorati ostida ko'z kosasi pastki qirrasigacha o'tiladi. Og'iz bo'shlig'idan yiring chiqish

yo'li yetarli bo'lmaganda yoki teriga yaqin joyda eksudatni yuza lokalizatsiyalarida ko'z kosasi pastki devoriga parallel ravishda kesma o'tkaziladi. Shuningdek flegmonani ochishda burunlab burmasi bo'ylab terida kesma o'tkaziladi.

Ko'z osti sohasidan yiringli jarayon lunj, yonoq va chakka osti sohalariga tarqaladi. Ba'zida jarayon ko'z kosasi kletchatkasini qamrab oladi. Asoratlanishida infeksiyani vena bo'yicha tarqalishidan burchak venasi tromboflebiti yuzaga kelishi mumkin. Undan infeksiya hayot uchun muxim bo'lgan miya qattiq pardasi sinuslariga tarqalishi xavfi bo'ladi.

Lunj sohasi absess va flegmonalari (lunj bo'shliqlari kletchatkali)

Lunj sohasi yiringli jarayon sababi infeksiyani yuqori va pastki jag' tishlardan yoki kamroq kichik oziq tishlardan tarqalishidir. Ba'zida yuqori va pastki jag'lar o'tkir yiringli periostitlari asorati bo'lishi ham mumkin. Shuningdek infeksiyani ko'z osti, quloq oldi-chaynov, chakka osti sohalaridan tarqalishi sababidan yuzaga keladi.

Lunj sohasi chegaralari: yuqoridan – yonoq suyagi pastki qirrasi, pastdan – pastki jag' pastki qirrasi, oldindan – og'izni aylana mushagi, orqadan – chaynov mushagi oldingi qirrasi. Kletchatka mushaklar orasida joylashadi, tashqaridan teri osti mushagi, jag' tanasi, ichkaridan lunj mushagi. Lunj mushagi fassiya bilan o'ralgan. Tashqaridan unga teri osti yog' qavati yondashgan. Ichkaridan – shilliq osti asosiga. Ular birgalikda yuza va chuqur kletchatka bo'shliqlarini hosil qiladilar. Lunj sohasida teri osti yog' kletchatkasi, katta yonoq mushagi, og'iz burchagi mushak chigali, og'iz burchagini va pastki labni tushiruvchi mushaklar, lunj limfa tugunlari, shilliq osti to'qimasi joylashadi, shuningdek yuz vena, arteriyalari, quloq oldi so'lak bezi chiqaruv yo'li o'tadi.

Lunj sohasida lunjni yog' siqimi kirib fassial futlyarga o'raladi va quloq oldi, chakka osti chuqurchasi, qanotsimon pastki jag' bo'shliqlariga ochiladi.

Bunday holat infeksiya manbaini lunj sohasiga tarqalishini yoki teskari yo'nalishda lunjdan qo'shni sohalarga tarqalishini ta'minlaydi (Rasm 1).



Rasm 1. Lunj sohasi absessi

Bemor shikoyatlari: ahamiyatsiz tarqaluvchi og'riqlar, palpasiyada kuchayadi. Yiringli o'choq yuza kletchatka bo'shlig'ida teri bilan lunj mushagi orasida shakllanishi mumkin. Bunday holatda infiltratni chegaralangan va ko'proq yumaloq shaklda bo'lishi infeksiya manbai bo'lgan sababchi tishni joylashuviga bog'liqdir. Zararlangan to'qimada ahamiyatsiz shish bo'lib, infiltrat tezda teri bilan birlashgan, teri intensiv pushti va qizil rangga kirgan. Palpasiyada aniq flyuktuasiya aniqlanadi. Ko'pincha yiringli jarayon sekin va kuchsiz kechadi. Yiring shakllanishi 1-2 hafta davom etishi mumkin. Yiringli bo'shliq ochilganda granulyasiya bilan to'lganligi aniqlanadi. Lunj mushaklari va shilliq qavat orasidagi chuqur kletchatka bo'shlig'idagi absessda lunj to'qimalarini shishi harakterlanadi. Palpasiyada yuqori jag' alveolyar o'sig'i bilan birikkan zich infiltrat aniqlanadi. Lunj shilliq qavati giperemiyalangan, shishgan va og'riq kuzatiladi. Boshlanishidan 2-3 kun o'tgach infiltrat va flyuktuasiyani markaziy sohalarida yumshash kuzatiladi.

Lunj sohasidagi flegmonalarda bemorlar o'z o'zidan hosil bo'luvchi o'tkir og'riqqa shikoyat qiladilar. Og'iz ochilishi va chaynashda og'riq kuchayadi. Lunj sohasida infiltratni sezilarli tarqalganligi ko'riladi. Atrof to'qimalar shishi kuzatiladi. Shish yuqori

va pastki qovoqlarga tarqaladi, natijada ko'z yorig'i kichrayadi va to'liq berkiladi. Shish yuqori va pastki lablarga, jag' osti uchburchaklariga tarqaladi. Lunj sohasi teri rangi qizargan, infiltrlangan, burmaga yig'ilmaydi. Lunj, og'iz dahliz sohasi yuqori va pastki o'tuv burmalari shilliq qavati shishi va giperemiyasi kuzatiladi. Shilliq qavatda tish toji tashqi yuzalari izlari aniqlanadi (Rasm 2).



Rasm 2. Lunj sohasi flegmonasi

Lunj sohasida yuza joylashgan absessni flyuktuasiya sohasida teridan ochiladi. Absess shilliq qavatga yaqin joylashganida kesma og'iz bo'shlig'i dahliz qismi yuqori va pastki o'tuv burmalaridan kesma o'tkaziladi. Kesma ko'pincha quloq oldi so'lak bezi chiqaruv yo'liga parallel ravishda o'tkazilib yiringli bo'shliqqa o'tmas yo'l bilan o'tiladi. Flegmonada estetik nuqtai nazaridan kesma og'iz bo'shligi dahliz qismida o'tkaziladi, kletchatkalar ajratilib yiringli o'choq markaziga o'tiladi. Yetarlicha chiqish yo'li bo'lmaganda teri qoplamidan ko'z osti va burun lab burmasi sohalarida yuz nervi tarmoqlarini hisobga olgan holda kesma o'tkaziladi.

Lunj sohasidagi yiringli jarayon yonoq, quloq oldi chaynov sohalariga, chakka osti chuqurchasi va qanotsimon jag' bo'shliqlariga tarqalishi mumkin.

Chakka osti chuqurchasi abssezi, chakka osti va qanot-tanglay chuqurchalari flegmonasi

Chakka osti va qanot-tanglay chuqurchalari yiringli yallig'lanish jarayonlari sababchisi yuqori aql tishlari, kamroq – birinchi va ikkinchi yuqorigi katta oziq tishlar hisoblanadi. Infeksiya yuqori jag' do'mbog'iga yondashgan to'qimalarga o'tadi va bu yerdan chakka osti va qanot tanglay chuqurchalariga tarqalishi mumkin. Chakka osti chuqurchasi yallig'lanishi yana tuberal anesteziya vaqtida qanotsimon venoz chigalni gematomasi va uni yiringlashi bilan ham yuzaga keladi. Yallig'lanish jarayoni qanotsimon-pastki jag' yutqin yoni bo'shliqlaridan tarqalishi natijasida ham yuzaga keladi.

Chakka osti chuqurchasi kalla suyagi asosida joylashgan bo'lib, chakka sohasidan chakka osti qirrasini bilan chegaralanadi. Uning chegaralari: yuqoridan – ponasimon suyak katta qanoti yuzasi, ichkaridan – ponasimon suyak qanotsimon o'sig'ini lateral plastinkasi lunj mushagini orqa qismi, oldindan – yuqori jag' do'mbog'i, tashqaridan – pastki jag' shoxi va chakka mushagi pastki qismi. Chakka osti chuqurchasi chakka-qanotsimon bo'shliqqa yondashgan bo'lib, tashqaridan lunj mushaklari pastki sohasi, ichkaridan lateral qanotsimon mushak bilan chegaralangan. Bu bo'shliqlarda qanotsimon venoz chigallar, yuqori jag' arteriyasi, uni shoxlarini va pastki jag' nervlari joylashadi. Orqada va pastda chakka osti chuqurchasi lateral va medial qanotsimon mushaklar orasidagi qanotsimonlar aro bo'shliq bilan, yuqoridan chakka sohasi bilan, orqadan va tashqaridan – jag' orti sohasi, pastdan va tashqaridan – qanotsimon-pastki jag' va yutqin yoni bo'shliqlari bilan tutashadi.

Chakka osti chuqurchasi ichkaridan tutashuvchi qanot-tanglay chuqurchasi joylashadi. Uning chegaralari: oldindan – yuqori jag' tanasini chakka osti yuzasi; orqadan – ponasimon suyak katta qanoti; pastdan – qanotsimon kanal og'zi; ichkaridan – tanglay sugi perpendikulyar plastinkasi yuqori jag' yuzasi. Qanotsimon-tanglay chuqurchasi kletchatka bilan to'lgan bo'lib, u yerda yuqori jag' arteriyasi, yuqori jag' nervi, yuqori jag' nervini qanottanglay tuguni joylashadi. Pastki ko'z kosasi yorig'i orqali ko'z kosasi bilan bog'lanadi, yumaloq teshik orqali kalla suyagi bo'shlig'i bilan bog'lanadi. Bu infeksiyani venoz sistemasi

bo'ylab tarqalishiga, shuningdek miya bo'shlig'iga tarqalishiga sharoit yaratadi.

Farqlanadi:

Chakka osti chuqurchasi absessi, chakka osti chuqurchasi flegmonasi va qanotsimon-tanglay, chakka osti chuqurchasi flegmonasi.

Chakka osti chuqurchasi absesslarida yiring yuqori jag' tanasi chakka osti yuzasi kletchatkasida va lateral va medial qanotsimon mushaklar orasida joylashadi. O'z o'zidan hosil bo'luvchi og'riqlar, og'iz ochilishi chegaralangan, yuzni tashqi ko'rinishida o'zgarish bo'lmaydi. Ba'zi lunj sohasida bir oz shish seziladi. og'iz bo'shlig'i dahliz sohasi tekshirilganda (lunjni tashqariga ko'targanda) yuqori katta oziq tishlar sohasida o'tuv burma shishgan va giperemiyalangan, palpasiyada infiltrat aniqlanadi.

Chakka osti chuqurchasi flegmonasi og'riq kuchayadi (ko'proq yutinishda) chakka va ko'z sohalariga irradiasiya beradi.

Tashqaridan tekshirganda chakka sohasi pastki sohalarida va quloq oldi chaynov sohalari yuqori sohalarida qum soati shaklida yallig'lanish harakteridagi shish kuzatiladi, shu bilan birga ko'z osti, lunj sohalarida kollateral shish kuzatiladi. To'qimalar yumshoq, og'riqli, teri burmaga qiyin yig'iladi, rangi o'zgarmagan bo'ladi. Chaynov mushaklarini yallig'lanish kontrakturasi yaqqol namoyon etadi. (III darajali). Og'iz bo'shlig'ida absessda sezilarli o'zgarishlar bo'ladi.

Chakka osti va va qanot-tanglay chuqurchalari sohalarida rivojlanuvchi flegmona bosh og'rig'i, ko'z va chakka sohalariga tarqaluvchi yuqori jag'dagi og'riqlar bilan harakterlanadi. Lunj, chakkani pastki sohalarida, quloq oldi chaynov sohasini yuqori qismlarida shish kuzatiladi. Shish qovoqlarga tarqalgan bo'ladi. Bemor ahvoli og'ir, tana harorati 40°C, qaltirash kuzatiladi. Shishgan to'qimalarni palpasiyasida infiltrat aniqlanadi, chakka sohasi pastki qismida og'riq kuzatiladi. Yallig'langan tomonda ko'z kosasi bosilganda og'riq kuzatiladi. Og'iz ochilishi chegaralangan, vesbulyar qismi yuqori o'tuv burmasi qizargan, shishgan, palpasiyada og'riqli infiltrat kuzatiladi.

Absessda operativ muolaja og'iz dahliz qismi yuqori gumbazidan molyarlar sohasida 2-3 sm li kesma o'tkaziladi. O'tmas yo'l bilan shilliq qavat ajratilib tarnovsimon zond yoki qon to'xtatuvchi qisqich yordamida

yuqoriga va ichkariga o'tiladi va shu yo'l bilan yuqori jag' do'mbog'ini aylanib o'tib yiringli bo'shliqqa o'tiladi.

Chakka osti chuqurchasi flegmonasida shunday kesma o'tkaziladi, shu bilan birga tashqi qanotsimon mushak ajratilib ponasimon suyak qanotsimon o'sig'i lateral plastinkasiga o'tiladi. Chakka sohasi zararlanganda chakka mushagini oldingi qirg'og'i bo'ylab kesma o'tkaziladi. Teri, teri osti yog' qavati, chakka fassiyasi kesiladi, chakka mushaklari tolalari ajratiladi va chakka suyagini tangachasimon qismiga o'tiladi. Bukilgan instrument bilan chakka osti qirrasini aylanib o'tiladi va chakka osti chuqurchasiga o'tiladi. V.P. Ipolitov va A.T. Tokstunov (1991) lar shu bilan birga og'iz ichidan dahliz qismi yuqori gumbazi orqa sohalarida kesma o'tazilishini taklif etganlar. Yonoq yoyi bo'ylab kesma o'tkazilganda bu soha rezeksiyalanadi va pastki jag' tojsimon o'sig'i bilan kesishiladi, keyin o'tmas yo'l bilan chakka osti chuqurchasiga o'tiladi. Chakka osti va qanotsimon-tanglay chuqurchasi flegmonasida jag' osti sohasidan kesma o'tkaziladi. Pastki jag'ni qanotsimon g'adir-budirligidan medial qanotsimon mushak ajratiladi, o'tmas yo'l bilan yuqoriga va oldinga yo'nalib yuqori jag' do'mbog'i va pastki jag' o'sig'i orasidagi to'qimalar ajratilib yiringli bo'shliq ochiladi.

Chakka osti va qanot-tanglay chuqurchalaridan yiringli yallig'lanish jarayonlarini tarqalishi: chakka, quloq oldi chaynov sohalariga, qanotsimon-pastki jag' sohalariga va yutqin yoni sohalariga, chakka osti va qanot-tanglay chuqurchalari flegmonasida infeksiyani ko'z kosasi kletchatkasiga yuz venalariga tarqalishi mumkin va natijada miya qattiq qavatlari sinuslari tromboziga olib kelishi mumkin.

Chakka sohasi flegmonasi

Chakka sohasi yallig'lanish jarayonlari ikkilamchi bo'lib yuzaga keladi. Shikoyatda flegmonaga hos og'riqlar kuchayadi. Intoksikatsiya tufayli umumiy og'riqlar bo'ladi. Yonoq yoyi ustida chakka osti chuqurchasini qamragan shish kuzatiladi. Tapa va peshona sohalariga kollateral shish tarqalishi kuzatiladi. Yonoq, yuqori va pastki qovoqlarda ham ko'pincha shish kuzatiladi. Yiringli jarayon chakka mushagi ostida joylashganda og'iz ochilishida sezilarli chegaralanish kuzatiladi, og'riqli zich infiltrat palpasiyalanadi. Teri ostidagi to'qimalar bilan birikkan.

burnaga yig'ilmaydi, rangi har doim ham o'zgarmaydi. Sezilarli og'riq sohasi aniqlanadi. Flyuktuasiya keyin hosil bo'ladi.

Chakka sohasi flegmonasida kesma chakka sohasida yuza joylashgan vena va arteriyalarga parallel ravishda radial kesma o'tkaziladi. Zarurat bo'lganda vertikal kesma o'tkaziladi. [Fedyayev I.M., 1990]. Chakka aponevrozi kesiladi va o'tmas yo'l bilan bo'shliqqa o'tiladi. Ba'zida arterial ustunlarga parallel ravishda bir necha yelpig'ichsimon kesmalar o'tkaziladi. Eksudatni aponevroz orasi bo'shlig'ida chuqur yig'ilishlarida chakka mushagi qirg'og'i bo'ylab yoysimon kesma o'tkaziladi va o'tmas yo'l bilan chakka mushagi ostiga o'tiladi.

Chakka sohasi flegmonasidan chakka suyagi tangachasimon qismi ikkilamchi kortikal osteomieliti kelib chiqishi mumkin. Shu bilan birga infeksiyani miya qobig'iga va miyaga tarqalishi mumkin (meningit, meningoensefalit, miya absessi). Bu hayot uchun xavfli asorat hisoblanadi.

Yonoq sohasi (yonoq bo'shlig'i) absess va flegmonasi

Bu sohada jarayon ikkilamchi rivojlanadi. Yiringli eksudat yuzni boshqa sohalaridan – ko'z osti va lunj sohalardan tarqaladi.

Yonoq sohasi chegaralari: yuqoridan – chakka sohasini oldingi qismi va ko'z kosasi pastki qirrasini, pastdan – lunj sohasini oldingi yuqori qismi, oldindan – yonoq yuqori jag' choki, orqadan – yonoq chakka choki. Yonoq suyagi va chakka fassiyasini yuza qavati orasida yonoq sohasi kletchatka bo'shlig'i joylashadi. Chakka sohasi aponevroz orasi kletchatka bo'shlig'ini davom ettiradi. Bu yerda ko'proq flegmona, kamroq – absess rivojlanadi.

Absessda bemorlar zararlangan sohada sezilarli og'riqqa shikoyat qiladilar. Yonoq sohasida hosil bo'lgan chegaralangan infiltrat tezda yumshaydi. Teri ostidagi to'qimalarga birikib ketgan bo'lib, yorqin qizil rangga kiradi.

Flegmonada yonoq sohasida o'z-o'zidan hosil bo'luvchi og'riqlar bezovta qiladi va chakka sohasiga tarqaladi. Yallig'lanish shishi sezilarli namoyon bo'lib, ko'z osti, chakka, lunj va quloq oldi sohalariga tarqaladi. Yonoq sohasi paypaslanganda zich infiltrat aniqlanadi. Yallig'lanish jarayoniga chaynov mushagini yuqori sohalariga tarqalgan holatlarda

og'iz ochilishi chegaralanishi kuzatiladi. Ko'pincha og'iz ochilishida og'riq kuchayadi. Og'iz bo'shlig'i dahliz qismi yuqori gumbazida molyarlar sohasida shilliq qavatda shish va giperemiya kuzatiladi. Sekin asta infiltrat yumshaydi, yumshoq to'qimalar parchalanishi kuzatiladi. Yiringli eksudat teri ostiga chiqadi yoki ko'z yorig'i tashqi burchagiga tarqalishi mumkin. U yerda yiringli o'choq o'z-o'zidan ochilishi mumkin.

Yonoq sohasi absess va flegmonalarida operativ muolaja flyuktuasiya belgisi yaqqol namoyon bo'lgan joyda o'tkaziladi. Yuz nervi tarmoqlariga parallel ravishda kesma o'tkaziladi. Yiringli jarayon quloq-oldi chaynov sohalariga tarqalishi mumkin. Absess va flegmonalarni uzoq davom etishida ikkilamchi kortikal osteomielit rivojlanadi.

Ko'z kosasi absess va flegmonasi

Ko'z kosasi kletchatkasida yiringli yallig'lanish jarayoni yuqori jag'ga yondashgan kamroq esa pastki jag' ga yondashgan sohalardagi odontogen yiringli jarayonlar tarqalishidan rivojlanadi. Ko'z kosasi flegmonasi quyidagi sohalardagi yiringli yallig'lanishlar tarqalishidan: chakka osti, qanotsimon-tanglay chuqurchalaridan, kamroq yuqori jag' osteomieliti, yuqori jag' bo'shlig'i o'tkir yiringli yallig'lanishidan kelib chiqadi. Shuningdek ko'z kosasidagi yallig'lanish jarayoni yiringli tromboflebit natijasida ko'z osti sohasidagi burchak venasi orqali, pastki jag'ga yondashgan sohalardan qanotsimon venoz chigal va ko'z venalari orqali tarqalishi sababli vujudga kelishi mumkin (Rasm 3).



Rasm 3. O'ng tomon ko'z kosasi flegmonasi

Ko'z kosasi chegaralari uni devorlariga mos keladi. Ko'z olmasi atrofida kletchatka bir maromda joylashadi. Ko'z kosasi to'sig'i zich fassiya shaklida bo'lib, ko'z kosasini yuza sohasi yoki qovoq sohasiga va chuqur – ko'z kosasini xususiy sohalariga ajratadi. Keyingisida ko'z olmasi, ko'ruv nervi, ko'z kosasi arteriyasi joylashadi. Ko'z kosasini distal sohasida kletchatka to'plami joylashib, u pastki ko'z kosasi yorig'i orqali qanotsimon-tanglay va chakka osti chuqurchasi kletchatkalari bilan bog'lanadi, yuqori jag' orqali – kalla suyagini o'rta chuqurchasi bilan, ko'z kosasi yuqori devori orqali - kalla suyagi oldingi chuqurchasi va peshona bo'shlig'i bilan, pastki devori orqali – qanotsimon bo'shliq va g'ovaksimon labirint katakchalari bilan bog'lanadi.

Ko'z kosasi absesslarida ko'z olmasida pulsasiyalanuvchi og'riq kuzatiladi. Bosh og'rig'i va ko'z ko'rish o'tkirligini buzilishi kuzatiladi. Qovoq sohasida yallig'lanish shishi kuzatiladi. Teri rangi o'zgarmagan bo'lishi mumkin. Turg'unlik natijasida ko'kimtir rangga kirishi mumkin. Palpasiya og'riqsiz, infiltrlanmagan, yumshoq. Kon'yuktiva sh illiq qavati giperemiyalangan, bir oz shishgan, ko'pincha ko'kimtir rangda. Ko'z olmasiga bosim berilganda og'riqli, ekzoftalm, ko'z o'tkirligi buzilishi kuzatiladi (ikkilanish kuzatiladi) (Rasm 4).



Rasm 4. Ko'z kosasi absessi

Ko'z kosasi flegmonasi intensiv harakterga egadir. Ko'z kosasida pulsirlanuvchi og'riq kuzatiladi. Og'riq chakka, peshona, ko'z osti sohalariga tarqaladi. O'tkir bosh og'rig'i. Ko'z olmasi harakati chegaralangan. Yallig'lanish belgilari ko'payadi. Qovoqlar infiltrasiyasi kuchayadi. Yarim yopilgan qovoqlar orasida kon'yuktiva shishadi (xemoz) kuzatiladi. Diplopiya keyinchalik esa ko'z o'tkirligini intensiv

pasayishi vujudga keladi. Ko'z tubi tekshirilganda vena chigallari kengaygani, ko'z o'tkirligi pasayishi yaqqol namoyon bo'lishi kuzatiladi.

Qattiq miya pardasidagi g'orsimon sinus trombozi rivojlanishi qovoqlarni kollateral shishi kuchayishi bilan harakterlanadi. Bu boshqa ko'z kosasi qovoqlar sohasi shishi va umumiy holatni oshishi, intoksikatsiya belgilarini kuchayishi bilan namoyon bo'ladi.

Ko'z kosasi yallig'lanish kasalligida kechiktirilmaydigan operativ muolaja o'tkaziladi. Ko'z kosasi yuqori qismidagi yiringli o'choq bo'lganda orbitani tashqi yuqori yoki ichki yuqori sohalarida teri va teri osti yog' kletchatkasida 2 sm li kesma qilinadi. Suyak devori bo'ylab o'tmas yo'l bilan ekssudasiya to'plamiga o'tiladi. Yiringli jarayon ko'z kosasi pastki qismiga tarqalishida kesma orbitani pastki ichkari va tashqari qirg'oqlari sohasida o'tkaziladi. Kesma qirg'oqdan 0,7 sm pastda qilinadi. Ko'z kosasi pastki qismida ko'z kosasi to'sig'i kesilgandan keyin o'tmas yo'l bilan kletchatka ajratiladi va yiringli bo'shliqqa o'tildi.

Ba'zida yuqori jag' bo'shlig'i orqali ko'z kosasi pastki devorini trepanasiya qilish yo'li bilan operativ yo'l ochiladi. Bu yo'l ko'z kosasini pastki va distal, yon sohalariga o'tilishiga imkon beradi. Ko'z kosasi bo'ylab yiring diffuz tarqalganda ko'z kosasini yuqori va pastki devorlari bo'ylab kesma o'tkaziladi. Ba'zida yuqori jag' bo'shlig'i orqali ikkita tashqi kesma o'tkaziladi. Bu eksudat chiqishiga qulay yo'l ochadi. Ba'zi mualliflar taklifiga ko'ra panoftalm kuzatilganda ko'z kosasi ekzenterasiyasi o'tkaziladi. Bu yiringli eksudat chiqishiga qulay yo'l yaratadi va yiringli meningit rivojlanishini oldini oladi.

Ko'z kosasi flegmonasi asoratlari: infeksiyani miya pardalariga, qattiq miya pardasi sinuslariga va bosh miyaga tarqalishi. Ko'p uchraydigan asorat bu ko'ruv nervi atrofiyasi va ko'rlikdir.

Pastki jag'ga yondashgan to'qimalar absess va flegmonasi Pastki jag' osti sohasi (pastki jag' osti bo'shlig'i) absess va flegmonasi

Pastki jag' osti sohasidagi odontogen yallig'lanish jarayonlari yuz-jag' sohasining boshqa sohalariga nisbatan ko'p uchraydi. Ular ko'proq pastki kichik va katta oziq tishlardan yallig'lanish jarayonining tarqalishi natijasida, kamroq – qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i, til osti sohasi, pastki jag'-til tarnovchasi sohalaridan va daxan osti uchburchagidan tarqalishi natijasida yuzaga keladi. Infeksiya

tarqalishini limfogen yo'li va jag' osti lifa tugunlarini zararlanishi hamda yallig'lanish jarayonga kletchatkani qo'shilishidan yuzaga keladi.

Jag' osti sohasi chegaralari (jag' osti uchburchagi, jag' osti bo'shlig'i): yuqori - ichki jag' til osti mushagi, bo'yin xususiy fassiyasi varag'i, orqa-pastki - ikki qorinli mushak orqa qorinchasi va bo'yin xususiy fassiyasi yuza varag'i, tashqi - pastki jag' tanasi ichki yuzasi, oldingi pastki - ikki qorinli mushak oldingi qorinchasi, bo'yin xususiy fassiyasi yuza varag'i.

Pastki jag' uchburchagida jag' osti so'lak bezi, limfa tugunlari lokalizasiyalanadi, yuz arteriya va venalari, yuz nervini qirg'oq va bo'yin shoxlari, til osti nervi, til nervi va venalari o'tadi. Bu yerda ko'p miqdorda siyrak kletchatka joylashgan, orqa qismiga nisbatan oldingi qismda ancha ko'p. [Gusev E.P., 1969]. Kletchatka quyidagicha uch qavat bo'lib joylashadi: teri va teri osti bo'yin mushaklari orasida, shu mushak bilan bo'yin fassiyasi yuza varag'i orasida va bo'yin xususiy fassiyasi yuza varag'i ustida; yanayam chuqurtrog'i jag' osti xususiy kletchatka bo'shlig'i yo'qolib bu yerda so'lak bezi lokalizasiyalanadi. Uning hajmi pastki jag' shakliga bog'liq ravishda o'zgaradi. Agar pastki jag' baland va keng bo'lsa, bezni ko'ndalang kesimi maksimal, uzunasi esa - minimal bo'ladi. Aksincha, pastki jag' tor va uzun bo'lganda bez uzun va kengligi kichik bo'ladi. Shunga mos ravishda kletchatka joylashadi. Uchburchak tubida uchta sagittal yoriqlar mavjud: o'rta, medial va lateral bo'lib, bular til osti, parafaringeal bo'shliqlar va yuz kletchatkalari bilan bog'lanish imkoniyatini beradi. [Smimov V, G., 1990]. Jag'-til osti mushagi ustki sohasida distal bo'limida Pirogov uchburchagi joylashadi. Shu tariqa yiringli jarayon til osti yog' kletchatkasida, teri osti mushagi o'rta bo'shliqlarida va chuqur to'qimalarda - jag' osti xususiy kletchatka bo'shliqlarida rivojlanadi.

Infeksiyani tishlardan pastki jag'ga yondashgan yumshoq to'qimalarga tarqalishida jag' osti uchburchagi bilan boshqa kletchatka bo'shliqlari orasida bog'lanish mavjudligi ahamiyatlidir. Jag'-til osti mushagi orqa qirg'og'i ortida jag' osti protoki joylashadi. Uni o'ragan kletchatka bo'yicha infeksiya til osti sohasiga tarqaladi. Shu yo'l bilan til osti sohasidan yallig'lanish jarayon jag' osti uchburchagiga tarqaladi. Sohaning orqa bo'limlari qanotsimon-jag' va yutqin yoni bo'shliqlarining oldingi qismlari bilan bog'lanadi. Jag' osti sohasi teri osti kletchatkasi daxan osti uchburchagi kletchatkasi bilan bevosita bog'langan bo'ladi.

Pastki jag' osti sohasini oldingi va orqa bo'limlari absesslari hamda shu soha flegmonasi farqlanadi. [Vasilyev G.A., Robustova T.G., 1981].

Absessda bemor o'z-o'zidan hosil bo'luvchi zirqiragan og'riqqa shikoyat qiladi.

Tashqaridan tekshirganda jag' osti uchburchagi oldinga yoki orqa bo'limlarida, jag' osti so'lak bezini oldi yoki orqa tomonida chegaralangan infiltrat aniqlanadi. paypaslanganda infiltrat zich, teri ostidagi to'qimalar bilan ulanib ketadi, rangi o'zgargan (yorqin pushti rangdan – qizilgacha) yupqalashgan. Ayniqsa pastki jag' uchburchagi oldingi bo'limida kuzatilganda markazida flyuktuasiya belgisi aniqlanadi. Og'iz ochilishi erkin. Og'iz bo'shlig'ida o'zgarishlar bo'lmaydi.

Jag' osti uchburchagi flegmonasi yanada keskin og'riqlar bilan namoyon bo'ladi. Tarqalgan shish, kasallik boshlanishidan 2 - 3 kun mobaynida shish jag' osti uchburchagi to'qimalariga, daxan osti va jag' orti sohalariga tarqaladi. Shish usti teri infiltrlangan, burmaga yig'ilmaydi, ba'zida qizardi. Markazida og'riqli infiltrat aniqlanadi. Lunj va quloqoldi chaynov sohalarida shish kuzatiladi.



Rasm 5. O'ng tomon pastki jag' osti, til osti, qanotsimon jag' bo'shlig'i flegmonasi

Og'iz ochilishi ko'pincha og'riqsiz. Yallig'lanish jarayonini jag'-til tarmovidan jag' osti uchburchagiga tarqalishida pastki jag' burchagi ichki yuzasiga birikuvchi qanotsimon mushak infiltrlanishidan og'iz ochilishida chegaralanish kuzatiladi (I darajali yallig'lanish kontrakturasi). Yiringli o'choqni chuqur joylashishida va uni til osti va qanotsimon-jag' bo'shliqlariga tarqalishida pastki jag' ochilishida sezilarli chegaralanish hamda yutinishda og'riq bo'lishi kuzatiladi (Rasm 5).

Pastki jag' osti uchburchagi flegmonasida og'iz bo'shlig'ini yallig'lanish yuz bergan tomonida shish va shu soha til osti burmasi shilliq qavati giperemiyasi kuzatiladi.

Operativ yondashuvda pastki jag' osti uchburchagi tomonida terida yuz nervi qirg'oq shohini jarohatlamaslik uchun unga parallel ravishda pastki jag' tanasidan 2 sm pastdan kesma o'tkaziladi. Absessda flyuktuasiya yaqqol namoyon bo'lgan sohada 1,5-2 sm li kesma o'tkaziladi. Flegmonada 5-7 sm li kesma o'tkaziladi (Rasm 6). Tyeri qavatma-qavat kesiladi, teri osti kletchatka, bo'yinni teri osti mushagi, bo'yinni yuza va xususiy fassiyalari kesiladi, albatta barmoq bilan operasion yara tubiga o'tiladi [Vasilyev G.A., 1972] va sekin asta so'lak bezi surilib zararlangan sohaga barcha qismlariga o'tiladi, ayniqsa so'lak bezi yuqorisi va orqa tomonlariga.



Rasm 6. Mahalliy og'riqsizlantirilib, kesma utkazilgan holat

To'qimalar ajratilib yuz arteriya va venalari aniqlanadi va ular chetlashtiriladi. Yiring evakuasiyasi o'tkaziladi, yara nekrotomiya qilinadi va yaraga antiseptik, antibakterial ishlov beriladi, keyin rezina drenaj qo'yiladi (Rasm 7,8).



Rasm 7. Tuqimalar o'tmas yo'l bilan ajratilishi



Rasm 8. Yiringli bo'shliqning ochilishi

Jag' osti uchburchagi flegmonasi asoratlanadi – infeksiya qanotsimon-pastki jag' va yotqin yoni bo'shlig'iga, til osti, daxan osti uchburchagi va bo'yinni boshqa sohalariga tarqaladi, shu bilan birga qon tomir-nerv qiniga ham tarqaladi.

Daxan osti sohasi (daxan osti bo'shlig'i) absess va flegmonasi

Infeksiya pastki kurak qoziq tishlar odontogen o'choqlaridan tarqaladi, shu bilan birga yiringli jarayon jag' osti, til ildizi, kamroq – til osti sohalaridan tarqaladi. Birlamchi yana limfatik tugunlar zararlanadi, keyin yiringli jarayon daxan osti uchburchagi kletchatkasiga tarqaladi.

Daxan osti uchburchagi chegaralari: yuqorigi – jag'-til osti mushagi, bo'yin xususiy fassiyasi chuqur varaqlari bilan pastdan o'ralgan, pastki – bo'yinni yuza fassiyasi, yon tomonlaridan – o'ng va chap ikki qorinchali mushakni oldingi qorinchalari. Daxan osti sohasida kletchatka (uning teri osti qavatlarini daxan osti uchburchaklarini o'ng va chap tomonlariga o'tadilar), ikki gurug' limfa tugunlari (biri pastki jag' pastki qirg'og'i ortida, keyingisi til osti suyagi oldida), oldingi bo'yinturuq venalari joylashadi.

Daxan osti sohasida absess yoki flegmona rivojlanishi mumkin. Bemorlar zararlangan sohadagi o'z-o'zidan hosil bo'luvchi og'riqqa, palpasiyada absessda kuchli, flegmonada esa o'sib boruvchi va kuchayuvchi og'riqqa shikoyat qiladilar.

Absessda tarqalgan shish harakterlidir. Teri bu sohada infiltrlangan, harakatchan. 3-4 kun ichida palpasiyada kam og'riqli zich infiltrat yuzaga keladi. Teri ostidagi to'qimalar bilan ulanib ketgan, rangi qizargan ko'pincha yupqalashgan, flyuktuasiya musbat.

Flegmonada kasallik boshlanishida daxan osti uchburchagida tarqalgan infiltrat aniqlanadi, har ikki jag' osti sohalarida shish kuzatiladi. Og'iz ochilishi erkin. Faqat yallig'lanish jarayonini atrof to'qimalarga tarqalishida og'iz ochilishida chegaralanish kuzatiladi, yutinish va chaynash og'riqli bo'ladi. Infiltrasiya yumshashi natijasida teri ostidagi to'qimalar bilan ulanib ketadi. Burmaga yig'ilmaydi, qizaradi. Paypaslanganda flyuktuasiya aniqlanadi. Daxan osti sohasi absess va flegmonalarida bemorlari og'iz bo'shlig'i va til osti burmasi shilliq qavatida o'zgarish bo'lmaydi.

Absess va flegmonada operativ muolaja terida patki jag' qirg'og'idan til osti suyagiga kesma o'tkazish bilan yiringli o'choq ochiladi yoki pastki jag' asosiga parallel ravishda daxan osti sohasida teri kesma qilinadi. Keyingi operativ yo'l estetik jixatdan qulay hisoblanadi. Teri va teri osti yog' qavatini kesilgandan keyin yara qirg'oqlari chetlashtirilib, o'tmas yo'l bilan chuqur joylashgan to'qimalarga o'tiladi, jag'-til osti mushagigacha o'tiladi.

Daxan osti flegmonasi – infeksiyani jag' osti uchburchagiga va bo'yinni boshqa sohalariga tarqalishi bilan asoratlanishi mumkin.

Quloq oldi-chaynov sohasi (quloq oldi-chaynov bo'shlig'i) absess va flegmonasi

Yallig'lanish jarayoni pastki katta oziq tishlardan, kamroq premolyarlar va yuqorigi molyarlardan infeksiyani tarqalishidan yuzaga keladi. Ikkilamchi bu sohaga infeksiya lunj, quloq oldi so'lak bezi, chakka osti chuqurchasidan tarqaladi.

Quloq oldi-chaynov sohasi chegaralari: - yuqoridan – yonoq yoyi pastki qirrasi va eshituv yo'li bilan chakka suyagi qismi, pastdan – pastki jag' tanasi pastki qirrasi, oldingi – chaynov mushagi oldingi qirrasi, orqadan – so'rg'ichsimon o'siqdan pastki jag' burchagiga o'tkazilgan chiziq.

Quloq oldi-chaynov sohasida chaynov mushagi, yuza va chuqur qavatlari joylashadi. Bu sohada yuzni ikkita fassiyasi yuza quloq oldi va chaynov fassiyalari joylashadi. Ular xususiy quloq oldi so'lak bezini va chaynov mushagini o'rab turadi. Fassiya yuqoridan yonoq ravog'iga pastdan – pastki jag' asosiga, orqadan pastki jag' burchagiga va o'sig'iga birikadi. Xususiy quloq oldi so'lak bezi distal bo'limida va jag' orti sohasida fassiya bo'linadi va so'zlak bezi o'zanini hosil qiladi. Butun yo'nalishi bo'ylab, chuqur bo'limlaridan tashqari, bez bilan to'liq bog'langan. Pastki bo'limida bigizsimon pastki jag' bog'lami hisobiga quloq oldi fassiyasi zichlashgan. Pastki jag' o'sig'ini o'rta ortki (chaynov mushagini birikmagan) sohasida bo'shliq bo'lib siyrak kletchatka bilan to'lgan. Yuqoriga yo'nalganda yuza va chuqur mushak tutamlarini ajratadi. Pastga va oldinga yo'nalganda mushak kengligi va tomirlar yo'nalishi bo'ylab ketadi. Bunda mushak va paylar tutamlari kletchatkalari bilan bog'lanadi. Ayni shu kletchatka topografik anatomiyada chaynov osti bo'shliq sifatida aniqlanadi. U pastki jag' o'sig'i yuqori orqa sohasi kletchatkasi bilan bog'lanadi. Keyin vena tomirlari bo'ylab yo'naladi, chaynov mushagi orqa qirg'og'i va toj o'sig'i oldingi qirg'og'i orasidan o'tib qanotsiomn-pastki jag' bo'shlig'iga, chakka osti chuqurchasiga va chakka osti mushagiga o'tadi [Yegorov P.M., 1972]. Alohida individlarda chaynov mushagi bilan pastki jag' tanasi orasida yuqoriga ochilgan bo'shliq joylashgan bo'lib, u molyar orti uchburchagi shilliq osti qavati va pastki jag' tanasidan tashqi

yuzasi bo'ylab joylashgan kletchatka bilan bog'lanadi. Chaynov mushagi suyak-fassial o'zani yuqorida yonoq yoyi osti oralig'i orqali chakka osti chuqurchasi bilan bog'lanadi. Chaynov mushagi tomir va nervlari bo'ylab kletchatka pastki jag' egatida qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i bilan bog'lanadi, oldindan – lunj kletchatkasi bilan bog'lanadi [Voyno-Yaseneskiy V.F., 1947].

Quloq oldi-chaynov sohasidagi teri osti siyrak yog' kletchatkasida yuz nervi shoxlari va quloq oldi so'lak bezi joylashadi. Ular ajralgan fassiya varaqlari bilan o'ralgan bo'ladi. U yerdan quloq-chakka nervi va yuz nervi ustuni, tashqi uyqu arteriyasi va ulardan chiquvchi tarmoqlar, pastki jag' orti venasi o'tadi, yuza va chuqur limfa tugunlari, xususiy chaynov mushagi joylashadi. Quloq oldi-chaynov sohasi turli qatlamlarida to'rtta kletchatka bo'shliqlari joylashadi: teri osti, aponevroz osti, mushak osti (submasseterial) va jag' orti chuqurchasi bo'shliqlari kiradi. Bu anatomik xususiyatlar bu sohadagi absess va flegmonani turli klinik ko'rinishda kechishini va yallig'lanish jarayonini boshqa sohalarga tarqalishini ifodalaydi (Rasm 9).



Rasm 9 Quloq oldi-chaynov sohasi flegmonasi.

Quloq oldi chaynov sohasi yallig'lanish jarayonlari lokalizatsiyasiga qarab farqlanadi: chaynov mushagi pastki bo'limi absessi (aponevroz osti bo'shlig'i va chaynov mushagi pastki qismi zararlanadi), chaynov mushagi sohasi flegmonasi (mushak osti bo'shlig'i zararlanadi), quloq oldi chaynov sohasi flegmonasi (barcha to'rt bo'shliq zararlanadi).

Chaynov mushagi pastki bo'limi absessida o'z-o'zidan yuzaga keluvchi og'riq, shish hosil bo'lishi va og'iz ochilishi chegaralanishi kuzatiladi. Quloq oldi chaynov sohasi pastki bo'limlarida og'riq infiltrat

palpasiyalanadi. Chaynov mushagini I-II darajali yallig'lanish kontrakturasi kuzatiladi. Og'iz dahliz sohasi orqa pastki bo'limlarida shish bo'ladi. Chaynov mushagi pastki yarmi oldingi qirg'og'ida infiltrasiya va og'riq kuzatiladi. Birinchi kunlarda infiltrasiya zich fassiya va chaynov mushagi ostida joylashganligi sababli flyuktuasiya aniqlanmaydi. To'qima qismlarini yemirilishi va yiringli o'choqni chaynov mushagi pastki qismi yuza qavatlariga tarqalishidan infiltratni yumshashi yuzaga keladi.

Chaynov mushagi sohasi flegmonasida spontan hosil bo'luvchi og'riqlar bo'lib, og'iz ochilishida og'riq kuchayadi. Tarqalgan shish hisobiga yuz assemetriyasi o'zgargan. Quloq oldi chaynov sohasi paypaslanganda og'riqli infiltrat aniqlanadi. Qo'shni to'qimalarga shish tarqalgan. Infiltrat chegarasi chaynov mushagi chegarasida joylashadi. Yallig'lanish shishi yonoq yoyi sohasigacha tarqalgan bo'lib o'z ichiga lunj sohasini oladi, ba'zida chakka sohasi pastki bo'limlariga va pastki qovoq sohasiga o'tadi, pastdan jag' osti sohasigacha o'tadi. Infiltrat usti teri rangi me'yorida, tortilgan va burmaga qiyin yig'iladi. Chaynov mushagini II darajali yallig'lanish kontrakturasi sababli og'iz ochilishi keskin og'riqli bo'ladi. Lunj shilliq qavati shishgan va unda chaynov tishlari toji izi tushadi. Chaynov mushagi oldingi bo'limlari paypaslanganda zichlashish va og'riq seziladi.

Yiringli jarayon chaynov mushagi sohasidan tashqariga va quloq oldi chaynov sohasi barcha to'qimalarga tarqalishini shu sohasini flegmonasi deb baholanadi. Jarayonga pastki jag' bo'g'im tashqi yuzasi orqa yuqorigi sohalari kletchatka bo'shliqlari va chaynov mushagini yuza va chuqur qismlari orasida joylashgan (chaynov osti bo'shlig'i) kletchatka qo'shiladi. Quloq oldi - chaynov sohasi flegmonasi infeksiyani lunj, jag' osti, qanotsimon - jag', kamroq - yutqin oldi bo'shliq va chakka osti chuqurchasidan tarqalishi natijasida ham kelib chiqadi.

Kasallik klinik ko'rinishi og'ir kechadi. Tarqalgan yallig'lanish shishi chakka sohasi pastki qismidan jag' osti uchburchagigacha, quloq suprasidan burun-lab burmasigacha tarqaladi. Pastki jag' burchagi va o'sig'i qirg'og'i kontrakturasi qo'shiladi. Infiltrat zich, keskin og'riqli, teri to'q qizil rangda, ostidagi to'qimalar bilan ajralib ketgan, burmaga yig'ilmaydi, yaltiraydi. Ko'pincha infiltrat jag' orti, lunj sohalariga tarqaladi. Shish esa ko'z osti, chakka, jag' osti, yonoq sohalarida kuzatiladi. Infiltrat yuqori qismlarida kuchli og'riq seziladi. Og'iz

ochilishi keskin chegralangan. Lunj shilliq qavati sezilarli shishgan, og'riq va chaynov mushagi oldingi qirg'og'i infiltrasiyasi kuzatiladi.

Operativ aralashuv jag' osti yoki jag' orti sohalarida o'tkaziladi. (pastki jag' burchagidan pastroqda 5-6 sm li terida aylanib o'tuvchi kesma). pastki jag' burchak sohasidagi to'qimalar qavatma-qavat ajratiladi. Bunda fassiya ostida joylashgan yuz nervini qirg'oq shohini jarohatlashdan ehtiyot bo'linadi. Ehtiyotlik bilan chaynov mushaklarini pastki qismi suyakka birikkan ba'zi tutamlari suyakdan ajratiladi. Flegmonada bu mushak pay va tutamlari suyakdan yuqoriga qarab to'liq ajratilgani ma'quldir. O'tmas yo'l bilan pastki jag' o'sig'i tashqi yuzasi bo'ylab o'tiladi. Zarurat bo'lganda – mushak tutamlari, quloq oldi - so'lak bezi va chaynov mushagi orasidagi fassiya oraliqlaridan o'tiladi. Quloq oldi chaynov sohasi flegmonasida (M.M. Solovyev 1985), tavsiya qilinganidek (V.F. Voyno - Yaseneskiy 1947), (M. Wass - mund 1935), jag' osti va yonoq osti sohalaridan kombinasiyalangan operativ yo'llari qilinadi.

Adenoflegmonalar yuza va chuqur quloq oldi limfa tugunlaridan tarqalib, yallig'lanish eksudatini mushak ustida yuza lokalizatsiyasi bo'yicha farqlanadi. Bu holatda pastki jag' burchak sohasidagi yaradan o'tmas yo'l bilan chaynov mushagi yuzasi bo'ylab yoki so'lak bezi va teri orasidan o'tiladi. So'lak bezini zararlab qo'ymaslik uchun yuz nerviga parallel ravishda flyuktuasiya yaqqol namoyon bo'lgan sohada radikal kesmalar qilinadi.

Quloq oldi chaynov sohasi flegmonasida quyidagi sohalarga yallig'lanish jarayonini tarqalishi bilan asoratlanadi: lunj. yonoq, chakka, jag' osti, jag' orti sohalariga, qanotsimon pastki jag' bo'shlig'iga, chakka osti chuqurchasiga. Chaynov mushagi sohasida yallig'lanish jarayonini uzoq kechishi, o'z vaqtida qilinmagan operativ aralashuvlar, yiringni chiqishi uchun yo'l yetarli bo'lmasligi pastki jag' o'sig'ini kortikal sohalari nekroziga – ikkilamchi kortikal osteomielitga olib kelishi mumkin.

Qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i absessi va flegmonasi

Qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i yiringli zararlanishi sababi pastki katta oziq tishlar sohasidagi yallig'lanish jarayoni, shu bilan birga pastki aql tishini qiyinlashgan yorib chiqishi ham sababchi bo'ladi. Yuqori molyar tishlardan yiring tarqalishi hisobiga ham kuzatiladi. Ba'zida

yiringli jarayon tarqalishi til osti, jag'-til tamovi, jag' osti uchburchagi, og'iz tubi va quloq oldi chaynov sohalaridan kuzatiladi.

Qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i chegaralari: tashqi – pastki jag' tanasi ichki yuzasi, ichki – medial qanotsimon mushak orqa va tashqi yuzasi, yuqori – lateral qanotsimon mushak va qanotsimon aro fassiya, pastki – ichki qanotsimon mushakni pastki jag' o'sig'iga birikadigan payi yuqorigi chizig'i. Oldindan bo'shliq lunj-yutqin choki va lunj mushagi bilan chegaralanadi, orqadan qisman quloq oldi so'lak bezi berkitadi.

Qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i siyrak kletchatka bilan to'lgan. U yerdan pastki alveolyar nervi, shu nomli arteriya va qanotsimon venoz chigal hosil qilishda qatnashuvchi ko'pchilik venalar o'tgan. Bu bo'shliq kletchatkasi turli joylarda yondosh kletchatka oraliqlari bilan bog'langan: yuqoridan qanotlar aro bo'shliq bilan bog'langan, so'ngra qanot-tanglay oralig'i va chakka mushagi ichki yuzasi bo'ylab davom etadi, chakka sohasi chuqur bo'shlig'i bilan bog'lanadi, medial qanotsimon mushak orqa qirg'og'i bo'ylab yoriq orqali jag' orti bo'shlig'i bilan bog'lanadi, shu bilan birga yutqin oldi bo'shlig'i oldingi bo'limi va chakka osti kletchatka bo'shliqlari bilan bog'lanadi, pastdan – jag' osti uchburchagi bilan bog'langan, uning esa yuqori-oldingi qismi lunjni yog' siqimiga o'tadi.

Qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i absess va flegmonasi farqlanadi.

Absess yallig'lanish jarayonini sekin, doimiy rivojlanib borishi bilan farqlanadi. Bemorlar yutinishda kuchayadigan og'riqqa shikoyat qiladilar. Og'iz ochilishi yanada chegaralanib boradi. Yallig'lanish belgilari ko'pincha faqat qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i kletchatkasini qamrab oladi, ba'zida esa uni o'rta bo'limini egallaydi. Tashqaridan qaraganda yallig'lanish belgilari aniqlamasligi mumkin. Pastki jag' osti uchburchagi limfa tugunlarida og'riq kuzatiladi. Og'iz ochilishi III yallig'lanish kontrakturasini hisobiga chegaralangan. Og'iz bo'shlig'ida qanotsimon-pastki jag' burmasida kuchli og'riqli infiltrat paypaslanadi. Bu sohada shilliq qavat kuchli giperemiyalangan va shishgan, ko'pincha shish tanglay-til yoyiga o'tadi.

Qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i flegmonasi uchun yallig'lanish simptomlarini tezkor rivojlanishi harakterlidir. Ko'pincha yiringli jarayon 2-3 kun davomida butun kletchatka bo'ylab tarqaladi. Pastki jag' burchagi pastki sohasida og'riqli infiltrat va shish kuzatiladi. Limfa tugunlari bir-biri bilan birikkan bo'ladi, ba'zida chakka sohasi pastki qismlarida shish paydo bo'ladi. Pastki jag'ni asbob bilan kengaytirib og'iz

bo'shlig'ini ko'rganimizda qanotsimon-pastki jag', halqumni tanglay-til yarim oyi sohalari shilliq qavat shishi va giperemiyasi aniqlanadi. Ba'zida infiltrat yutqun yon devori va til osti sohasi shilliq qavatlariga tarqaladi.

Qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i yiringli jarayonlarida operativ muolaja absessda og'iz bo'shlig'idan flegmonada esa og'iz tashqarisidan o'tkaziladi. Absessni ochishda qanotsimon-pastki jag' burmasiga parallel ravishda shilliq qavatda 2 sm li kesma o'tkaziladi. Skalpel 0,5 - 0,75 sm chuqurlikka kiritiladi. Agar yiring chiqmasa qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'iga kiritiladi (pastki jag'ni teshigida o'tkazuvchi og'riqsizlantirish qoidalari bo'yicha). To'qimalar chetga surilib yiring chiqariladi. Bu yo'l qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'ini keng ochib yuborishga yo'l qo'ymaydi va u absesslarda qo'llaniladi.

Qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i flegmonasida kesma teri qatlamidan o'tkaziladi. Pastki jag' burchagini aylanib o'tuvchi kesma qilinadi. Teri osti mushagi va bo'yinni fassiyasi kesilgandan keyin pastki jag' burchagi aniqlanadi. Burchak sohada va pastki jag' tanasi sohalorida ichki qanotsimon pastki jag' mushagi paylari ajratiladi va o'tmas yo'l bilan yiring to'plangan pastki jag' shoxi ichki yuzasiga o'tiladi.

Flegmona yiringli jarayonlarni yutqin oldi bo'shlig'i, pastki jag' osti uchburchagi, jag' orti, til osti, quloq oldi va chakka sohalari va chakka osti chuqurchasiga tarqalishi bilan asoratlanishi mumkin. Bu bo'shliq absess va flegmonalari pastki jag' shoxi ichki yuzasi suyak usti pardasi nekroziga olib kelishi va natijada ikkilamchi kortikal osteomielit rivojlanishi mumkin.

Yutqin yoni bo'shlig'i absess va flegmonalari

Bu bo'shliq infisirlanishi odontogen manbai bo'lib pastki katta oziq tishlar, ba'zida yuqori jag' tishlari hisoblanadi. Ko'pincha yutqin yoni bo'shlig'i jag' osti uchburchagi, til osti, jag' orti, shu bilan birga qanotsimon-pastki jag' bo'shliqlaridan infeksiyani tarqalishi natijasida zararlanadi.

Yutqin yoni bo'shlig'i yutqindan orqa va yon tomonlarda joylashgan. U yutqin yoni va yutqin orti bo'shliqlaridan tashkil topgan. Bu bo'shliqlar umurtqa oldi va bo'yinni xususiy fassiyalaridan keluvchi biriktiruvchi to'qimali parda bilan ajralgan. Yutqin yoni bo'shlig'i chegaralari: ichki – yumshoq tanglay mushaklari va yutqin mushak qavati, yuqorigi – yutqinni siquvchi, bu devorga tanglay bodomcha bezi

yondashgan, tashqaridan – medial qanotsimon mushak va quloq oldi so‘lak bezini yutqin qismini o‘rab turuvchi kapsula chuqur varag‘i; oldingi – qanotsimonlar aro chok va fassiya, medial qanotsimon mushak ichki yuzasi, orqadan – umurtqa oldi fassiyasidan yutqin mushak qavatiga keluvchi yutqin-umurtqa oldi aponevrozi. Yutqin yoni bo‘shlig‘i yuqoriga yo‘nalishida kalla suyagi asosiga yetadi, pastda va bir oz oldinda kletchatka og‘iz bo‘shlig‘i tubiga o‘tadi.

Bigizsimon til, bigizsimon yutqin, bigizsimon til osti va o‘rab turuvchi fassiyalar yutqin oldi bo‘shlig‘ini orqa va oldingi bo‘limlarga bo‘lib turadi. Oldingi bo‘limda siyrak va yog‘li kletchatka joylashgan. Yuqorigi bo‘limi qanotsimon venoz chigalga yondashadi. Orqa bo‘limda (yutqin orti bo‘shlig‘ida) ichki uyqu arteriyasi, ichki bo‘yinturuq venasi, IX, X, XI, XII bosh miya nervlari, limfa tugunlari joylashadi. Undan tashqari ba‘zi bemorlarda bu yerda yuqorigi bo‘yin simpatik tuguni joylashadi. Yutqin yoni kletchatkasi qanotsimon-tanglay va chakka chuqurchalari, til osti sohasi, pastki jag‘ osti uchburchagi kletchatkalari bilan bog‘lanadi. Yutqin yoni bo‘shlig‘i orqa qismida umurtqa oldi fassiyasi yutqin va boshni uzun mushaklari bo‘ylab hamda ular ortida joylashgan yutqin orti bo‘shlig‘ini ajratib turadi. Yuqoridan u VI bo‘yin umurtqasiga va kalla suyagi asosiga yetadi hamda bo‘yin orti bo‘shlig‘iga o‘tadi. Yutqin orti bo‘shlig‘i o‘rta liniya bo‘yicha to‘siq yordamida o‘ng va chap bo‘limlarga bo‘linadi.

Yutqin yoni bo‘shlig‘i absess va fegmonalari farqlanadi. Yallig‘lanish jarayoni yutinish vaqtidagi kuchayib boruvchi og‘riq bilan harakterlanadi, xatto ozuqa yoki suyuqlik qabul qila olmay qoladi.

Absessda pastki jag‘ burchagi osti to‘qimalarda sezilarsiz shish kuzatiladi. Og‘iz bo‘shlig‘i tekshirish jag‘lar jipslashgani tufayli qiyinlashgan. Shpatel, tish shifokori oynasi, ba‘zida esa peshona reflektori yordamida og‘iz boshlig‘i va tomog‘ni tekshirish mumkin. Yumshoq to‘qima (tanglay-til va tanglay-yutqin yarim oylari, tanglay tilchasi) shishi va giperemiyasi aniqlanadi. Yutqin yon devorlari shishgan.

Yutqin yoni bo‘shlig‘i flegmonasida yutinishdagi og‘riqlar bilan farqlanadi. Nafas olish qiyinlashadi, umumiy kayfiyat buziladi, terlash va intoksikatsiyani boshqa belgilari namoyon bo‘ladi. Ba‘zi bemorlarda chakka sohasida shish paydo bo‘ladi. Og‘iz ochilishi medial qanotsimon mushaklarni II darajali kontrakturasi hisobiga chegaralangan. Og‘iz bo‘shlig‘ini tekshirish qiyinlashgan. Yuqori va pastki jag‘ tishlari orasiga keng shpatel kiritiladi va aylantirilib, yutqin ko‘riladi. Qanotsimon-pastki

jag' burmasi va yumshoq tanglay shilliq qavati girepemiyalangan va shishgan, tanglay tilchasi sog' tomonga siljigan. Infiltrat yutqin yon devoriga tarqaladi. U yerda sezilarli shish kuzatiladi. Til osti burmasi, til va yutqin orqa devorlari shilliq qavatida shish kuzatiladi. [Gubin M.A., 1997; Barratt G. et al., 1984; Krüger E., 1993].

W. Dzyak va M. Zide (1984), L. Peterson (1993), lar fikrlaricha yutqin yoni bo'shlig'i flegmonasi tashxislanganda ko'pincha infeksiyani pastki jag' osti uchburchagidan tarqalishini hisobga olish kerak. Og'iz ochilishi chegaralanib, yutinishda kuchli og'riq kuzatilganda og'iz bo'shlig'i va yutqinni to'liq tekshirish zarur.

Yutqin yoni bo'shlig'i absessini ochishda og'iz ichidan qanotsimon-pastki jag' burmasiga parallel ravishda medial tomonidan 1,5-2 sm uzunlikda va 0,75 sm chuqurlikda kesma o'tkaziladi. So'ngra o'tmas yo'l bilan yiringli o'choqqa o'tiladi. Yiringni chiqarish uchun yanada ishonchli yo'l bo'lib, ayniqsa yutqin yoni flegmonalarida og'iz tashqari usuli, pastki jag' ostidan kesma o'tkazish hisoblanadi. Teri va teri osti yog' kletchatkasi 4-5 sm uzunlikda kesiladi, bo'yinni teri osti mushagini va xususiy fassiyasini kesib o'tiladi, so'ngra o'tmas yo'l bilan ostki to'qimalar ajratilib pastki jag' burchak sohasida suyak qirg'og'iga yetiladi. Bunda quloq oldi so'lak bezi chetga suriladi. Tashqi qanotsimon mushak tashqi yuzasi bo'ylab yutqin yoni bo'shlig'iga o'tiladi. Bu yerda kletchatka qavatlari qanotsimon mushak ichki yuzasigacha va yutqinni o'rta konstriktorlarigacha ajratilib yiring chiqishiga yo'l ochiladi. Yutqin yoni bo'shlig'i flegmonasini ochishda pastki jag' osti sohasiga, qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'iga, til osti sohasiga o'tiladi. Bu sohalarda yiring yoki to'qimalar nekrozi aniqlansa jag'-til osti mushagi distal qismi kesib o'tilib medial qanotsimon mushak to'liq ajratiladi, shu bilan birga pastki jag' osti so'lak bezi oldinga suriladi. Nekrotomiya o'tkaziladi va jarayon tarqalgan bo'shliq bo'ylab drenaj o'rnatiladi.

Yutqin yoni bo'shlig'idan yallig'lanish jarayoni yutqin bo'ylab oldingi ko'krak qafasi bo'shlig'iga tarqaladi. Yallig'lanish jarayonini bo'yinni oldingi va lateral sohalariga hamda tomir-nerv qiniga tarqalashi ham infeksiyani ko'krak bo'shlig'iga tarqalishiga olib keladi.

Yutqin yoni bo'shlig'iga qanotsimon venoz chigalni yondashib joylashishi yiringli jarayonni miya qavatlari va bosh miyaga retrograd tarqalishiga sharoit yaratadi. Yutqin yoni bo'shlig'i flegmonasi, ayniqsa shundan asoratlar kuzatilganda prognoz og'ir bo'ladi.

Til osti sohasi (til osti bo'shlig'i) absess va flegmonasi

Til osti sohasida odontogen yallig'lanish jarayonlari pastki jag'dagi odontogen o'choqlardan, shu bilan birga yondashgan sohalardagi yallig'lanish jarayonlari hisobiga – pastki jag' osti, yutqin yoni, qanotsimon-pastki jag' bo'shliqlaridan infeksiyani tarqalishi natijasida rivojlanadi.

Til osti sohasi chegaralari: pastki jag'-til osti mushagi va og'iz diafragmasi, yuqorigi – og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, tashqari – pastki jag' tanasi ichki yuzasi, ichki daxan-til va daxan-til osti suyagi mushaklari. Orqadan bo'shliq quyidagi mushaklarga yondashadi – bigizsimon til, bigizsimon yutqin va bigizsimon til osti suyagi va til osti suyagi. Til osti bo'shlig'ida til osti so'lak bezi, pastki jag' osti so'lak bezi chiqaruv yo'li, til vena, arteri va nervlari joylashadi. Jag'-til osti suyagi mushagi orqa qirg'og'i ortida, pastki jag' osti so'lak bezini va uni chiqaruv yo'lini o'rab turuvchi sohada kletchatka bo'shlig'i pastki jag' osti uchburchagi hamda yutqin yoni va qanotsimon-pastki jag' bo'shliqlari kletchatka bo'shliqlari bilan keng bog'lanadi.

Tilni yon yuzasi va pastki jag' tanasi orasida katta oziq tishlar darajasida joylashgan til osti sohasining distal bo'lagi jag' - til osti tarnovi deb nomlanadi. V.G.Smimov (1990) ma'lumotlariga ko'ra til osti bo'shlig'i topografiyasi pastki jag' shakliga bog'liq. Pastki jag'ni tor va uzun shaklida bo'shliq tor lekin uzun bo'ladi. Teskarisiga, agar pastki jag'da keng va qisqa bo'lishida bo'shliq minimal uzunlikda bo'lib, kengligi maksimal bo'ladi.

Til osti sohasi absessi: oldingi va orqa (jag'-til tarnovi) bo'limlari, shu bilan birga til osti sohasi flegmonasi farqlanadi. Ko'pincha yallig'lanish jarayoni jag'-til tarnovi sohasida kuzatiladi. Bu jarayon pastki katta oziq tishlarni o'tkir periodontiti yoki surunkali periodontitni o'tkirlashuvi hamda perikoronit natijasida yuzaga keladi.

Til osti sohasi oldingi bo'limi absessi yutinganda va til harakatida zo'rayuvchi, o'z-o'zidan hosil bo'luvchi og'riqqa shikot qilish bilan harakterlanadi. Pastki jag' osti yoki daxan osti sohalarida shish paydo bo'lishi mumkin. Og'iz ochilishi erkin. Til osti sohasi oldigi bo'limida kurak, qoziq va kichik oziq tishlar darajasida shish kuzatiladi. Shish zich va o'tkir og'riqli. Shish usti shilliq qavat qizargan. Yallig'lanish shishi alveolyar o'siq, til osti burmasi va tilni pastki yuzasi shilliq qavatiga tarqaladi.

Jag'-til tarnovi absessida

Bemorlar yutinishda va til harakatidagi o'tkir og'riqqa hamda og'iz ochilishi chegaralanishiga shikoyat qiladilar. Pastki jag' osti uchburchagi orqa bo'limida shish kuzatiladi. Bu sohada teri rangi o'zgarmagan. Pastki jag' osti limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli. Yallig'lanish jarayonini medial qanotsimon mushak pastki bo'limi tomon tarqalishi pastki jag'ni yaqqol namoyon bo'lgan yallig'lanish kontrakturasini keltirib chiqaradi. Natijada og'iz ochilishi chegaralanadi.

Og'iz bo'shlig'i dahliz qismida o'zgarishlar bo'lmaydi. Og'izni bir oz ochib shpatel yordamida til osti sohasi ko'riladi, so'ngra shpatel yoki stomatologik oyna yordamida til qarama-qarshi tomonga surilib jag'-til tarnovi ko'riladi. Til osti burmasida shilliq qavat qizargan, shishgan va silliqlashgan. Bu sohada to'qimalar o'tkir og'riqli, infiltrlangan, flyuktuasiya aniqlanadi.

Til osti sohasi flegmonasi ko'pincha bir tomonlama bo'ladi, alohida bemorlarda – ikki tomonlama. Til osti sohasi bir tomonlama flegmonasida bemorlar o'z-o'zidan hosil bo'luvchi og'riqlarga, yutinganda va til harakatidagi og'riqlarga, og'iz ochilishi chegaralanishiga shikoyat qiladi. Tashqaridan tekshirganda daxan osti sohasida shish aniqlanadi, pastki jag' osti uchburchagi oldingi bo'limlarida kollateral shish aniqlanadi. Shu bilan birga yallig'lanish eksudati bosimidan og'iz diafragmasi pastga siljishi kuzatiladi. Til osti sohasi ikki tomonlama flegmonasi daxan osti va ikki tomonlama pastki jag' osti uchburchagi sohalarida shish aniqlanadi. Teri rangi odatiy tusda burmaga yig'iladi. Limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli. Yiringli o'choqni chuqur joylashuvida pastki jag' osti uchburchagi va daxan osti sohalari flyuktuasiya aniqlanmaydi.

Yallig'lanish belgilarini til osti sohasi oldingi bo'limlari chegarasida tarqalishidan og'iz ochilishi bir oz chegaralangan bo'ladi. Tarqalgan flegmonada qanotsimon mushaklar kontrakturasi yanada yaqqol namoyon bo'lgan.

Og'iz bo'shlig'ida shish natijasida til osti burmasi ko'tariladi, tilni bir tomonlama sohasida shish hosil bo'ladi va kattalashadi. Til zararlanmagan tomonga siljigan bo'ladi.

Til osti sohasi ikki tomonlama zararlanganda og'iz bo'shlig'i til osti burmasi infiltrlanadi, silliqqlangan yoki oldingi tishlar kesuv yuzasi darajasigacha ko'tarilgan bo'ladi. Til osti burmalari shilliq qavati yuzasi fibroz karash bilan qoplangan. Til sezilarli kattalashgan, tanglayga ko'tarilgan, ba'zida og'izga sig'maydi va bemor og'izni yarim ochiq holatda tutadi. Yutinishda, gapirishda, til harakatida o'tkir og'riq bo'ladi.

Til osti sohasi oldingi bo'limi absessida og'iz bo'shlig'i alveolyar o'siqni til tomon harakatsiz shilliq qavatida 1,5 - 2 sm li kesma o'tkaziladi. So'ngra o'tmas yo'l bilan shishgan til osti burmasiga o'tiladi hamda yig'ilib turgan eksudat chiqarib yuboriladi. Bu bo'shliqda jag' osti so'lak bezi chiqaruv yo'li va chiqaruv teshigi joylashadi. To'qimalar o'tmas yo'l bilan ajratilganda bularni jarohatlashdan ehtiyot bo'ling. Jag'-til tarnovi absessida kesma to'qimalarni ko'proq shishgan sohasida o'tkaziladi. Til nervi, hamda uni yaqinida joylashgan til arteriyasi va venasini jarohatlamaslik uchun skalpel o'tkir qirrasini alveolyar o'siq tomonga qaratiladi. Shilliq qavat kesilganda yiring chiqmasa o'tmas yo'l bilan to'qimalar ajratiladi va chuqurroq kiriladi. Shu yo'l bilan yiringli o'choq ochiladi.

Flegmona og'iz bo'shlig'i alveolyar o'siq til tomondan shilliq qavatda 4-5 sm li kesma qilinib ochiladi hamda o'tmas yo'l bilan yiring yig'ilishi mumkin bo'lgan sohaga o'tiladi. Ikki tomonlama flegmonada ikki tomondan analogik ravishda kesma o'tkaziladi, alohida holatlarda esa pastki jag' osti uchburchagi sohasida kesma o'tkaziladi va jag'-til osti suyagi mushagiga yetganda, uni kesib o'tiladi. Yallig'lanish o'chog'ini ochishda og'iz ichi va tashqari usullarni birgalikda olib borish yaxshi natija beradi.

Jag'-til tarnovi sohasi yallig'lanish jarayonlarini til osti, pastki jag' osti uchburchagi sohalariga hamda boshqa to'qimalarga tarqalishida og'iz bo'shlig'i tubi flegmonasi rivojlanadi.

Og'iz bo'shlig'i tubi sohalarida flegmonasi

Tarqalgan yiringli zaralanishni o'zida namoyon qiladi, bunda turli munosabatlarda til osti, pastki jag' osti sohalarida, daxan osti uchburchagi, shu bilan birga jag'-til osti suyagi mushagi – og'iz diafragmasidan yuqori yoki pastda joylashgan ikki va undan ortiq bo'shliqlar zararlanadi. Flegmona bir holatda til osti yoki pastki jag' osti sohalaridan, boshqa

holatda pastki jag' osti, daxan osti uchburchagi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va til ildizi sohalaridan yallig'lanish infeksiyasini tarqalishi natijasida rivojlanadi. [Shargorodskiy A.G., 1985, 1994; Gubin M.A., 1996; Robustova T.G., 1996; Hanensten H., 1979; Howald H., Kessler P., 1992; Peterson L., 1993].

«Og'iz bo'shlig'i tubi» - keng tushuncha bo'lib jag'-til osti suyagi mushagi ustki va osti bo'shliqlarini o'z ichiga oladi. Og'iz bo'shlig'i tubi chegaralari: yuqoridan – og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, pastdan – o'ng va chap daxan osti va pastki jag' osti uchburchaklari terisi, orqadan – til ildizi va bigizsimon mushaklarga birikkan mushaklar, oldingi-tashqari – pastki jag' tanasi ichki yuzasi. Og'iz bo'shlig'i tubi ikki qavatga bo'linadi: yuqorigi jag'-til osti suyagi mushagi ustida joylashadi va pastki, shu mushak ostida joylashadi. V.G. Smirnova (1985) va O.Yu. Shalayeva (1990) ma'lumotlariga binoan og'iz bo'shlig'i tubi topografiyasi kalla suyagi shu bilan birga pastki jag' tuzulishiga bog'liq. Pastki jag'ni tor va uzun bo'lishida tomir va nervlar, kletchatkani ko'proq to'plangani pastki jag'ga nisbatan til osti suyagi yuqori qirg'og'iga yaqin joylashadi. Pastki jag'ni keng va qisqa bo'lishida tomirlar shoxlangan bo'ladi, ulardan ko'p miqdorda mayda shoxlar ajraladi va ular bilan birga ko'proq kletchatka to'plami pastki jag' asosiga yaqin joylashadi. Bu holat qo'shni sohalarga bo'yinni yon va oldingi bo'limlariga, qon tomir-nerv tutamlari kletchatkalari, shu bilan birga ko'krak bo'shlig'i oldingi va orqa bo'limlariga infeksiyani tarqalishiga imkon yaratadi.

Klinik ko'rinishi bo'shliqlarni turli yo'g'onlikda qo'shilgan yiringli jarayonlarni belgilari bilan harakterlanadi.

Og'iz bo'shlig'i tubi flegmonasida bemorlar intensiv og'riqlarga, yutina olmasligiga, og'iz ochilishi chegaralanishiga, nafas olish va gapirish qiyinlashganiga shikoyat qiladilar. Yuzi “ko'pchib turgan yuz” bo'ladi. Pastki jag' osti va daxan osti uchburchaklarida ikki tomonlama zich tarqalgan infiltrat aniqlanadi. Infiltrasiya natijasida til hajmi kattalashgan, tanglayga ko'tarilgan, ko'pincha quruq va kir-jigarrang karash bilan qoplangan. Yutinish og'riqli; bemorlar so'lagini yuta olmaydi natijada yarim ochiq holatdagi og'izdan oqadi. Til harakatida o'tkir og'riq bo'ladi. Til osti burmalari infiltrlangan ba'zida tish tojidan yuqori darajada shishgan bo'ladi. Popuksimon burmalar shishgan va ko'pincha fibroz karash bilan qoplangan, tish toji izlari ko'rinadi (Rasm 10).



Rasm 10. Og'iz tubi flegmonasi.

Jag'-til osti suyagi mushagi ustki va ostki sohalarni turli uyg'unlikda zararlanishiga qarab jag' osti va daxan osti uchburchaklarida teri tomondan kesma o'tkaziladi. Butun bo'shliq bo'ylab o'tiladi va drenajlanadi. Ko'rsatilgan sohalaridagi kesmadan tashqari yoqasimon kesma o'tkazish ham samarali hisoblanadi. Yallig'lanish jarayoniga til osti sohasi ham qo'shilgan holatda og'iz ichidan pastki jag' alveolyar o'siq til tomoni til osti burmalari bo'ylab kesma o'tkaziladi.

Og'iz bo'shlig'i tubi flegmonasida yallig'lanish jarayoni qanotsimon-pastki jag' va yutqin yoni bo'shliqlari va boshqa, bo'yinni oldingi va yon sohalariga tarqalishi mumkin. Jarayon qon tomir-nerv qini, qon tomir-nerv tutamini va ko'krak bo'shlig'ini qamrab olishi ham mumkin.

Agar yallig'lanish jarayoni og'iz bo'shlig'i tubiga kiruvchi sohalarni barchasini qamrab olgan bo'lsa og'iz bo'shlig'i tubi flegmonasi kechishi o'ziga hos ko'rinishga ega bo'ladi. 70% dan ortiq holatlarda bu jarayon rivojlanishida anaerob mikroblar qatnashadi, shu bilan birga nosporogen anaeroblar qatnashadi deb xisoblaydilar. Kasallik to'qimalarni gangrenoz va yiringli gangrenoz yallig'lanishi bilan kechadi. Keyinchalik ularni nekrozi kuzatiladi. Bu jarayonni Lyudvig anginasi deb atash qabul qilingan. [Yevdokimov A.I., 1964; Solovyev M.M., 1985; Patterson H. et al., 1982; Rare H, et al., 1990].

Lyudvig, R. Hought va birgalikdagi mualliflar (1980) yiringli-nekrotik flegmonasi bor kasallarni kuzatuv natijalari va 1945-1979 yy.

Adabiyotlar ma'lumotlari taxliliga asoslanib, jarayon kechishini o'ziga hos xususitini hisobga olgan holda shu nomni qoldirish zarurligi haqida xulosaga keldilar. Bu aralash infeksiyada anaerob mikroflorani ustunligiga bog'liqdir. Ko'pchilik hollarda jarayon yuz va bo'yinni kletchatka bo'shliqlarini o'z ichiga qamrab olgan bo'ladi. Ammo H. Axhansen (1928), M. Wassmund (1935), keyinroq esa S. Holland (1975), D. Laskin (1980), J. Sowray (1985), R. Topazian va M. Goldberg (1987), E. Machtens (1993), L. Peterson (1994) lar Lyudvig anginasini flegmanoz jarayonni o'ziga hos shakli sifatida ajratish uchun asos topmadilar.

Tipik belgilardan tashqari, bo'g'ilish, intoksikatsiya (isitmalash, uyqusizlik, ta'sirlanish, ko'pincha alaxsirash) belgilari namoyon bo'ladi. Bemor majburiy o'tirgan yoki yarim yotgan holatda boshini qimirlatishdan berkitib egkan holatda bo'ladi. Yuzi oqargan va ko'pincha sarg'imtir rangda bo'ladi.

Pastki jag' osti va daxan osti sohalarida ikki tomonlama joylashgan zich va og'riqli infiltrat yuqoriga quloq oldi lunj sohalariga, pastga bo'yin sohalariga tarqaladi. Teri ostidagi to'qimalar bilan ulanib ketgan bo'ladi. Birinchi kunlarda teri rangi o'zgarmaydi. Keyinchalik qizil rangga kiradi. Ba'zida ko'kimtir-to'q qizil dog' yoki pufakchalar ko'rinadi. Paypaslaganda infiltrat aniqlanadi, flyuktuasiya belgisi aniqlanmaydi, lekin krepitasiya kuzatiladi.

Bemorda og'iz yarim ochiq holatda bo'lib, quyuq, yopishqoq so'lak oqib turadi. Og'iz ochilishi chegaralangan va o'tkir og'riqli. Ozuqa qabul qilish qiyinlashgan, nutqi mujmaldir.

Til osti burmalari shilliq qavati ko'tarilgan, bolish ko'rinishida shishgan bo'lib, tish tojidan ham ko'tarilgan holatdadir. Uning yuzasida fibrinoz karash ko'rinadi. Til tanglayga ko'tarilgan, silliqlangan, og'izdan chirikli xid keladi. Og'iz bo'shlig'i tubi to'qimalaridan yallig'lanish jarayoni qanotsimon pastki jag' va yutqin yoni bo'shliqlariga, bo'yinni oldingi va yon sohalariga tarqaladi. Nafas olish qiyinlashganda va operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdan keyin yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishi xavfi bo'lganda traxeostom qo'yish zarurdir. Zararlangan kletchatka bo'shliqlari (pastki jag' osti, daxan osti, til osti, tilni daxan-til mushaklari orasidagi oraliq, shuningdek jarayonga qo'shilgan yutqin yoni va qanotsimon pastki jag' bo'shliqlari) tashqaridan kesmalar o'tkazilib keng ochiladi. Operativ yo'lni tanlashdan oldin yuz tuzilishi tipini va bevosita pastki jag' tuzilishni hisobga olish kerak. Tor yuzli bemorlarda operativ yo'l daxan osti sohasidan, tarqalgan jarayonda

kesishmaydigan uch chiziqli kesma o'tkazilishi maqsadga muvofiqdir. Ikki qorinchali mushak oldingi qorinchalarini kesmasa ham bo'ladi, lekin chuqur joylashgan to'qimalarga yo'l ochish uchun kesma uzunroq bo'lishi kerak. Keng yuzli bemorlarda ikki qorinchali mushak oldingi qorinchalarini kesish bilan o'tkaziladigan yoqasimon kesma qilish tavsiya qilinadi. Og'iz bo'shlig'i yuqori qavatiga kirish zarurati bo'lganda qon ketishni oldini olish uchun pastki jag'-til osti mushagi o'rta chiziq bo'yicha kesiladi.

Pastki jag' qirrasidan pastida yoqasimon yoki yoysimon kesma o'tkazilishi va jag'-til osti mushagini kesish yo'li bilan barcha zararlangan sohalarni keng kesib ochish maqsadga muvofiqdir. to'qimalarda harakterli o'zgarishlar kuzatiladi. Kletchatka kulrang-yashil, to'q qo'ng'ir yoki qora ranglarda bo'ladi. Yiring yo'q, to'qimalardan xira qonli yoki jigarrang-kulrang yomon xidli suyuqlik ajraladi. Ba'zida gaz pufakchalari bilan ajraladi. Nekrozlangan to'qima, kletchatka va mushaklar olib tashlanadi.

Operatsiyadan keyin kasallikni qoniqarli kechishi tana haroratini pasayishi va umumiy axvolni yaxshilanishi bilan harakterlanadi. Operasion yaradan yiring ajrala boshlaydi, operatsiya vaqtida olinmagan o'lgan to'qimalar ajraladi va sekin-asta granulyasion to'qimalar paydo bo'ladi. Keyinchalik yarani bitishi odatda asoratsiz kechadi. Ba'zi hollarda, ayniqsa yiringli-nekrotik flegmonada yallig'lanish jarayonini yuz va bo'yinni qo'shni sohalariga tarqalishi va avjlanishi kuzatiladi (mediastenit rivojlanishi yoki infeksiyani kiruvchi yo'llar bilan tarqalishi). Yallig'lanish kasalligi sepsis, bemor hayoti uchun xavfli bo'lgan septik shok va o'tkir nafas yetishmovchiligi bilan asoratlanishi mumkin.

Jag' orti sohasi (jag' orti chuqurchasi) flegmonasi

Jag' orti sohasi yiringli jarayoni bo'lib, infeksiyani qanotsimon-pastki jag' va yutqin yoni, kamroq esa – quloq oldi chaynov sohasi va pastki jag' osti uchburchagi, shunigdek quloq oldi so'lak bezlaridan yuqishi natijasida ikkilamchi rivojlanadi.

Jag' orti sohasi chegaralari: yuqoridan – chakka suyagi qismi, tashqi eshituv yo'lini pastki devori, chakka-pastki jag' bo'g'imi kapsulasi, pastdan – begiztil osti mushagi va ikki qorinli mushak orqa qorinchasi, oldindan – pastki jag' o'sig'i orqa qirg'og'i va ichki qanotsimon mushak,

orqadan – chakka suyagi piramidasi so'rg'ichsimon o'sig'i, bigizsimon o'choqdan chiquvchi mushaklar va to'sh o'mrov so'rg'ichsimon mushak, ichkaridan – chakka mushagi bigizsimon o'sig'i va unga birikuvchi mushaklar, tashqaridan – chaynov fassiyasi. Jag' orti sohasida quloq oldi so'lak bezi distal-pastki bo'limi joylashadi. Bu yerda yana fassial kapsula joylashadi, unda tashqi uyqu arteriyasi o'tib chakkani yuza va yuqori jag' arteriyalari tarmoqlari ajraladi. Shuningdek quloq chakka nervi ham shu kapsuladadan o'tadi. Jag' orti sohasi yutqin yoni va qanotsimon pastki jag' bo'shliqlari bilan bog'lanadi.

Jag' orti sohasi absess va flegmonalari farqlanadi.

Jag' orti sohasi yallig'lanish jarayoni o'z-o'zidan hosil bo'luvchi og'riqlarni kuchayishi bilan harakterlanadi. Bu ayniqsa boshni qayiltirganda kuzatiladi. Og'iz ochilishi chegaralanishi kuchayib boradi. Tashqaridan tekshirganda va pastki jag' orti sohasi paypaslanganda og'riqli zich shish aniqlanadi, chetlari silliqdashgan. Shu sohada teri ostidagi to'qimalar bilan jipslashgan. Burmaga yig'ilmaydi. Rangi yorqin qizil rangda. Quloq solinchog'i ko'tarilgan. Eshituv yo'lida yoqimsiz sezgi va zararlangan tomonda eshitish qobiliyatini pasayganligi kuzatiladi. Og'iz ochilishini chegaralanishi kuchayadi, odatda III darajali yallig'lanish kontrakturasi kuzatiladi. Boshqa sohalardagi yallig'lanish belgilari bilan birgalikda kelishida kasallik tarqalgan flegmona harakteriga ega bo'ladi.

Jag' orti sohasi absess va flegmonasini davolashda to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak oldingi qirg'og'iga parallel ravishda pastki jag' shoxining orqa qirg'og'idan bir oz masofa qoldirib 3-4 sm li kesma o'tkaziladi. Teri, teri osti yog' qavati va fassiyalar kesiladi, quloq oldi so'lak bezini ichkari va tashqarisidan to'qimalar ajratiladi. O'tmas yo'l bilan jag' orti chuqurchasi asosiga o'tiladi. Operatsiya davomida quloq oldi so'lak bezi va yuz nervi ustunini jarohatlab qo'yish mumkinligini hisobga olish zarur.

Jag' orti sohasidan yallig'lanish jarayoni atrofdagi to'qimalarga, shuningdek pastki bo'yin sohasiga tarqalishi mumkin.

Til absess va flegmonalari

Tilni yiringli yallig'lanish kasalligi odontogen, stomatogen yoki tonzillogen tabiatli bo'lishi mumkin. Til ildizi mushaklar aro oraliqlari odontogen absess va flegmonalari yiringli jarayonni pastki oldingi tishlar

sohasidan tarqalishi natijasida yuzaga keladi. Til beli va tanasi absesslari bir bor yoki qayta ravishda shilliq qavatni tishlashdan, baliq sugini, stomatologik asboblarni, tish o'tkir qirralarini, tish protezlarini va bq. jarohatlashi, shuningdek stomatit natijasida yuzaga keladi. Ba'zi hollarda tildagi yallig'lanish jarayoni o'tkir tonzillit fonida rivojlanadi. Infeksiyani til osti, kamroq daxan osti sohalaridan tarqalishi yiringli jarayonga olib keladi.

Til mushakli a'zo hisoblanadi. Til beli va tanasi sohalarida mushak tutamlari uzunasiga, ko'ndalang va vertikal yo'nalishlarda kesishadi. Ular orasida sezilarli biriktiruvchi to'qimali to'siqlar yo'q. Til ildizi sohasida o'ng va chap tomonlama daxan-til, til osti suyagi til va bigizsimon til mushaklari orasida siyrak kletchatka joylashadi. Til ildizi sohasida boshqa yoriqsimon oraliqlar joylashadi. Ular yuqorida ko'rsatilganlardan tashqarida simmetrik ravishda joylashib, kletchatka qavatlariga egadir. Ichkaridan ular daxan-til, tashqaridan esa – til osti suyagi-til mushaklari bilan chegaralangan. O'ng va chap tomonlama siyrak kletchatka oralig'idagi mushaklar aro yoriqlarda til arteriyalari o'tadi. Bu yerda yana katta bo'lmagan limfa tugunlari joylashadi.

Til belchasi, tanasi va uni chuqur sohasi – til ildizi absesslari hamda til flegmonasi farqlanadi.

Til belchasi va tanasi absessi uni o'ng yoki chap yarimida, markazida, hamda til belchasi sohasi o'rta qismida joylashadi. Bemorlar til sohasidagi og'riqqa va og'riqni quloq sohasiga tarqalishiga shikoyat qiladilar. Til harakati chegaralangan va og'riqli, nutq qiyinlashgan, yutinish og'riqli. Tashqi tomondan o'zgarishlar bo'lmaydi. Daxan osti va jag' osti uchburchalari sohalaridan birining oldingi bo'limida kattalashgan, og'riqli limfa tugunlari palpasiyalanadi. Og'iz ochilishi erkin. Til yon sohasi zich infiltrasiyasi, o'tkir og'rishi natijasida til yarmini shishi kuzatiladi. Shilliq qavat yuzasi yorqin-qizil rang bilan qoplangan. Alohida bemorlarda yallig'lanish shishi til pastki yuzasiga va til osti burmasiga tarqaladi. Til kengligida tarqalgan infiltrat orasida og'riqli sohani aniqlash mumkin. Kechki bosqichlarda – o'choq yumshagan va flyuktuasiya aniqlanadi. Ba'zida yiringli o'choqni o'z-o'zidan yoriq chiqishi aniqlanadi. Bundan keyin yallig'lanish belgilari so'nadi. Ba'zi holatlarda jarayon tilni ikkinchi yarmini egallashi mumkin.

Til ildizi absessi jag'-til osti mushagi ustida tilni juft mushaklari orasidagi biriktiruvchi to'qimali qavatlarda rivojlanadi. Absess markaziy chiziqqa nisbatan chetroqdagi sohada mushaklar oralig'ida, til arteriyasi

atrofida rivojlanadi. Til ildizi absessi bor bemorlar tildagi o'tkir og'riq va yutinishni iloji bo'lmasligiga shikoyat qiladilar. Odatda daxan osti sohasi o'rta bo'limlarida sezilarli namoyon bo'lmagan shish aniqlanadi. Bu sohada teri rangi o'zgarmagan. Burmaga oson yig'iladi. Markaziy chiziq bo'ylab og'riq seziladi. Og'iz ochilishi erkin, ammo og'riqli. Til bir maromda shishgan va zich, markaziy chiziq bo'ylab og'riq kuzatiladi. Til harakati chegaralangan, shu sababli nutq tushunarsiz.

Til ildizi flegmonasi yallig'lanish jarayonini til ildizi mushaklari orasidagi kletchatka qavatlariga tarqalishi bilan karakterlanadi. Bunda pastga – jag'-til osti suyagi mushagi va yuqoriga – til mushaklari kesishmalarigacha tarqaladi. Tilda yanada intensiv og'riqlar kuzatiladi. Og'riq quloqqa tarqaladi. Yutinishda o'tkir og'riq bo'ladi. Nutq tushunarsiz, Nafas olish qiyinlashgan. Yallig'lanish daxan osti uchburchagidan jag' osti sohasi oldingi bo'limlariga tarqaladi. Regionar limfa tugunlari kattalashgan, og'riqli, bir biri bilan birlashgan. Daxan osti sohasini chuqur qismida tarqalgan og'riqli infiltrat aniqlanadi.

Og'iz ochilishi chegaralangan. Chaynov mushaklarini yallig'lanish kontrakturasi kuzatiladi. Til sezilarli darajada kattalashgan, harakati chegaralangan va o'tkir og'riqli. Ko'pincha og'iz bo'shlig'iga sig'may qoladi. Til kattalashib oldindan va yon tomonlardan tish qatoridan chiqib ketadi va bemorni og'zini yarim ochiq holatda turishiga majbur etadi. Til oqimtir karash bilan qoplangan, chirikli xid keladi. Yutinish qiyinlashgan, ba'zida yutina olmaydi. Ba'zi holatlarda shishni xiqildoq osti va cho'michsimon – xiqildoq usti burmalariga tarqalishi natijasida nafas olish qiyinlashadi va ovoz xirillashi kuzatiladi.

Til belchasi va tanasi absessi operativ aralashuvida til qirg'og'i yoki til belchasi bo'ylab yumshagan yoki og'riqli sohadan uzunasiga kesma o'tkaziladi. Shilliq qavat kesilgandan so'ng o'tmas yo'l bilan mushak tutamlari ajratiladi va yiringli o'choqqa o'tiladi.

Til ildizi absess va flegmonasida daxan osti uchburchagi sohasida markaziy chiziq bo'ylab 4 sm li kesma o'tkaziladi. Yara qirg'oqlari kengaytirilib choki bo'ylab jag'-til osti suyagi mushagi ajratiladi. Agar bu sohada yiring bo'lmasa, o'tmas yo'l bilan yuqoriga daxan-til osti suyagi va daxan-til mushaklari orasiga yoki lateral hamda orqa – daxan-til va til osti suyagi-til mushaklari orasiga o'tiladi. Bu yerda eksudat yig'ilganligi aniqlanadi. Estetik nuqtai nazardan pastki jag' pastki qirg'og'iga parallel ravishda va til osti suyagiga nisbatan yoysimon kesma o'tkaziladi. Teri, teri osti yog' qavati, ikki qorinli mushak oldingi qorinchasi va jag'-til osti

suyagi mushagi choki kesiladi, keyin esa o'tmas yo'l bilan til ildizi mushaklararo oraliqlarga o'tiladi.

Til belchasi va tanasi sohalaridan yiringli yallig'lanish jarayoni boshqa sohalarga, til osti sohalariga, og'iz bo'shlig'i tubi to'qimalariga, qanotsimon-jag' va yutqin yoni bo'shliqlaria xatto bo'yin sohalariga tushib tarqalishi mumkin. Til ildizi, yutqin yoni va og'iz bo'shlig'i tubi zararlanishi nafas yo'llarini stenozini va asfiksiyasiga olib kelishi, xatto bemor hayoti uchun xavfli bo'lishi mumkin.

Yuz jag' va bo'yin sohasi absess va flegmonalarini tashxislash

Absess va flegmonalarni tashxislash umumiy simptomlarga, yallig'lanish reaksiyasini baholashga (normergik, giperergik, gipoyergik) va jarayonni lokalizatsiyasi va tarqalganligiga asoslanib o'tkaziladi. Bemorni yoshi, immun yetishmovchilikni hosil qiluvchi va kasallikni umumiy tasvirini namoyon qiluvchi umumiy kasalliklar mavjudligi, mahalliy simptomatika, shuningdek yiringli jarayonni tarqalganligi hisobga olinadi.

Chaqiruvchi mikroorganizmlar turini aniqlash uchun mikrobiologik tashxislashni o'tkazish muximdir. Ularni tarkibi, konsentratsiya darajasi va antibakterial dorivor vositalariga sezgirligi aniqlanadi. Lekin an'anaviy usul 2-7 kunlarda natija olish imkoniyatini beradi. Tezkor usul – kassetali mikro usul va yarim suyuqlikda bo'lishi mikrobiologik tashxisni tasdiqlash imkonini beradi, buni maxsus klinikalarda o'tkazilishi yanada samarali hisoblanadi. Aerob va fakultativ anaeroblar antibiotikogrammasi 6 - 12 soatda, boshqa anaeroblar uchun 1-3 kunda aniqlanadi [Sarev V.H., 1993]. Asosan flegmonalarda, kamroq hollarda esa absesslarda obligat va fakultativ anaeroblarni aniqlanishi bu yiringli jarayonlardagi zamonaviy mikrosionoz tasvirini harakterlaydi. Tarqalgan yiringli jarayon – flegmonada obligat anaerob va mikroaerofil streptokokklarni oshishi harakterlidir. Shuningdek mikroorganizmlarni virulentlik xususiyatlarini yuqoriligi kuzatiladi. So'ngi holatlardagi oq stafilokoklarda toksik shok endotoksini hosil bo'lishi aniqlandi [Xaritonov Yu.M., 1999].

Kasallikka tashxis qo'yish va prognozini aytib berish uchun qon hamda siydik tahlili katta ahamiyatga egadir. Ularni ko'rsatkichlari turliligi bilan farqlanadi. Genogrammada oq qonni miqdoriy va sifat tarkibi hamda ECHT ni aniqlash katta ahamiyatga ega. Siydik tahlilida –

oqsil, qon xujayralarini va buyrak epiteliysi degenerativ xujayralari mavjudligi aniqlanadi. Ayniqsa atipik, o'tkir osti kechuvchi absesslarda, umumiy namoyon bo'lmagan va mahalliy klinik ko'rinishi yaqqol namoyon bo'luvchi flegmonalarda, shuningdek tarqalgan flegmonalarda hamda ularni asoratlari rivojlanishida qimmatli ahamiyatga egadir.

Jag' atrofi yumshoq to'qimalari yiringli yallig'lanish kasalliklarini tashxislashda organizm reaktivligini ko'rsatkichlari muhim ahamiyatga egadir. Bular orasida intoksikatsiyani leykositlar indeksi (ILI), immunologik ko'rsatkichlar, qonni bioximik tekshiruv natijalari (oqsil, ferment, elektrolit almashinuv va boshqalar) yanada informativ ahamiyatga egadir. Bu ma'lumotlarni to'plash organizm himoya reaksiyasini va intoksikaya darajasini to'g'ri baholash imkonini beradi.

Kompleks tekshiruvda rentgenologik tahlil o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Bu tahlil infeksiyani odontogen manbasini, osteoflegmonadan yumshoq to'qimalardagi yiringli jarayonlarni qiyosiy tashxislashni, kasallikni uzoq davom etishida esa ikkilamchi kortikal osteomielitni aniqlash imkonini beradi.

Yuz va bo'yin sohalari absess va flegmonalarini davolash

Absess va flegmonalarni davolash kompleks tarzda o'tkazilishi zarur. Bunda xirurgik usul asosiy hisoblanadi. Qoida bo'yicha absess kuzatilgan bemorlarni davolash ambulator sharoitda o'tkaziladi. Flegmonada esa, shuningdek chaynov mushagi, qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i, chakka osti chuqurchasi, chakka sohalari absesslari bilan birgalikda yondosh kasalliklari bor bemorlar hamda katta yoshdagi bemorlar guruhi stasionar sharoitida davolanadi.

Xirurgik davolashda yallig'lanish jarayon bosqichini, patologik o'zgarishlar davomiyligini va ularni xususiyatlarini, organizm individual xususiyatlarini, shuningdek mikroorganizm florasini antibakterial dori vositalariga sezgirligini hisobga olish zarur.

Xirurgik davolash shish va serroz infiltrasiya bosqichidagi yallig'langan to'qimalar sohasini chegaralashga qaratilgan bo'lishi kerak. Bunda yallig'lanish infiltrati kesib ochiladi, to'qimalardagi zo'riqish kamaytiriladi va chiqarish yo'li hosil qilinadi. Shuningdek blokada o'tkaziladi (atrof to'qimalarga antibiotiklar, ferment va boshqa dori vositalari bilan 0,25-0,5% anestetik eritmasini yuborish). Bir vaqtning o'zida konservativ usullar yordamida tishdan eksudatni chiqib ketuvchi

yo'li hosil qilinadi yoki ko'rsatma bo'yicha tish sug'uriladi. Lekin boshqa nuqtai nazar ham borki, bunda flegmonoz jarayonni boshlang'ich davrlarida konservativ davo tavsiya etiladi. [Roginskiy V.V., Katanova H.I, 1989].

To'qimalarni yiringli va nekrotik yemirilishida yiringli yarada birlamchi xirurgik ishlov o'tkaziladi (yiringli o'choqni ochish, nekrotomiya), eksudat chiqishi uchun keng yo'l ochiladi, yaraga dori vositalari ta'siri o'tkaziladi. Yiringli o'choqdan chiqaruv yo'lini hosil qilish uchun turli drenajlash, mahalliy dializ, eksudatni uzlukli yoki doimiy so'rilishi, yarani yuvish, qayta bog'lam o'tkazish usullari o'tkaziladi (Rasm 11).



Rasm 11. Yiringli o'choq ochilib, chiqaruv yo'lini hosil qilish uchun drenajlangan holat

Tarqalgan, ayniqsa yirngli-nekrotik flegmonalarda yiringli o'choqni birlamchi ishlovi aktiv neyrotomiya bilan olib boriladi.

Flegmona va absesslarda umumiy patogenetik davo zarur:

1. infeksiya bilan kurashish;
2. organizmni umumquvvatlovchi immunobiologik tarkibni oshirish;
3. organ va tizimlarni vazifalarini korreksiyasi.

Absess va flegmonalarni davolash sxemasini tuzishdi organizmni funksional holatiga va yallig'lanish reaksiyasi harakteriga (normergik, giperergik, gipoyergik), mahalliy xususiyatlarga, yallig'lanish o'choq yoki o'choqlar lokalizasiyasiga asoslanadi. Asosiy e'tiborni birlamchi va ikkilamchi immunodefisit kasalliklar va holatlarda infeksiyaga qarshi organizmni himoya reaksiyasi korreksiyasiga qaratish zarurdir.

Xirurgik aralashuvni yetarli o'tkazilishi, infeksiyon-yallig'lanish o'choqlaridan eksudatni chiqishi uchun yaxshi chiqaruv yo'li ta'minlanishi, maqsadga muvofiq o'tkazilgan dori vositalari ta'siri yarani tozalanishiga sharoit yaratadi. Yaradan yiring oqishi va nekrotik to'qimalardan tozalanishi tugagandan so'ng absesslarda 3-5 chi kunida, flegmonada 5-6 chi kunida birlamchi kechiktirilgan choklar qo'yiladi. Yuz va bo'yin tarqalgan flegmonalarida ikkilamchi choklar 7-8 kundan 10-14 kunigacha qo'yiladi. Kechki muddatlarda esa jag' atrofi flegmonalari asoratlari rivojlangan (infeksiyani tarqalishini avjlanishida, kortikal ikkilamchi osteomielit rivojlanishi) yondosh kasalliklari bor bemorlarda va katta yoshdagi bemorlar guruhida ikkilamchi choklar qo'yiladi.

Birlamchi kechiktirilgan yoki ikkilamchi choklar mahalliy infiltrasion og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. To'qimalarda ishlov o'tkazilib, qoldiq granulyasiyalar olib tashlangandan keyin yara chetlarida choklar yordamida yaqinlashtiriladi. Bunda antibakterial poliamid xirurgik tolalardan foydalangan ma'quldir. Choklar 0,6 - 1,0 sm oralab qo'yiladi. Birlamchi kechiktirilgan choklarni qo'yishda yarada dializasion so'ruvchi naycha yoki perchatka rezinasidan drenaj qoldiriladi. Yallig'lanish belgilari regressiyasiga bog'liq ravishda rezina drenaj 2-3 kunda olinadi. Eksudatni dializi va so'rilishi 3-4 kunda to'xtatiladi. Choklar 7-8 kunda olinadi. Operatsiyadan keyingi davrda umumquvvatlovchi, stimullovchi, immunomodulirlovchi davolar, davolash jismoniy mashqlar usullari o'tkazilishi davom ettiriladi.

Prognoz. Yuz-jag' va bo'yin sohalari flegmonalarini to'g'ri va zamonaviy davolashda prognoz qoniqarli bo'ladi. Asoratlarni rivojlanishi (mediastenit, miya ichi yiringli jarayonlari, sepsis) kasallikni og'ir darajadagi prognozi hisoblanadi va ba'zida letal asoratga olib keladi.

Jag'lar atrofi absess va flegmonalarini profilaktikasi boshqa odontogen yallig'lanish kasalliklaridagi prinsiplarga hamda organizmni infeksiyaga qarshi himoya reaksiyalariga asoslangan.

YUQORI JAG' BO'SHLIG'INI ODONTOGEN YALLIG'LANISHI (GAYMORIT)

Yuqori jag' bo'shlig'i odontogen yallig'lanishi shilliq qavat kasalligini namoyon qiladi. Infeksiya manbai odontogen yallig'lanish o'choqlari hisoblanadi, shuning uchun yuqori jag' yuo'shlig'i sinusiti odontogen hisoblanadi.

Etiologiya. Yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishini o'tkir va surunkali periodontitni o'tkirlashuvida qatnashuvchi hamda boshqa odontogen o'choqlarda joylashgan og'iz bo'shlig'ini odatdagi mikroflorasi chaqiradi.

Patogenez. Infeksiya manbai bo'lib ko'proq yuqorigi birinchi, ikkinchi katta oziq, ikkinchi kichik oziq tishlardagi o'tkir yoki surunkali periodontitni o'tkirlashuvi hisoblanadi. Shuningdek radikulyar kistani yiringlashi, yuqori jag' osteomieliti, retenirlangan tishlar – qoziq, kichik oziq tishlar sohasidagi yallig'lanish jarayoni infeksiya manbai bo'lib hisoblanadi. Ko'p hollarda yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanish jarayoni travmatik tish olish bilan bog'liq. Bunday holatlarda alveola, yuqori jag' bo'shlig'i tubi devorlari jarohatlanadi. Kyuretaj vaqtida tish ildizi yoki ildiz uchi granulyasion o'simtalarni itarilishi kuzatiladi. Yuqori jag'dagi kichik va katta oziq tishlari ildizlarini yuqori jag' bo'shlig'iga yaqin joylashuvi tishlar ildizi cho'qqisidan gangrenoz yemirilgan to'qimalarni, plombalash materialini bo'shliqqa itarilishiga olib keladi, shuningdek bunday holat yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishiga olib keladi.

Yuqori jag' bo'shlig'i odontogen yallig'lanish jarayoni rivojlanishi uning anatomik tuzilishiga katta ahamiyatga egadir. Ko'pincha tish ildizlarini yuqori jag' bo'shlig'i tubiga yaqin joylashuvi kuzatilib, bunda ularni yupqa suyak to'qimasi qavati ajratib turadi yoki ular yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavatiga bevosita tegib turishi aniqlanadi. Sanab o'tilgan sabablardan tashqari yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishini patogenezida organizm himoya reaksiyalarini holati katta ahamiyatga ega bo'lib, yallig'lanish harakterini ifodalayd.

Patologik anatomiyasi. Yuqori jag' bo'shlig'i odontogen yallig'lanishi o'tkir, o'tkir osti va surunkali kechishi mumkin. Yallig'lanishni surunkali shakli ba'zida o'tkirlashuv bilan kechadi. Yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishida shiliq qavat mikroakopik o'zgarishi turli ko'rinishda bo'ladi.

Yuqori jag' bo'shlig'idagi morfologik o'zgarishlar ko'p hollarda yallig'lanish patogenezigaga bog'liqdir. Yuqori jag' bo'shlig'i tubiga infeksiyani va yod tanachalarni periapikal o'choqlardan o'tishida yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'zgarishlar chegaralangan sohada bo'ladi. Kasallikni osteomielit, radikulyar kistani yiringlashi natijasida yuzaga kelishida jarayon yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavati barcha sohalariga tarqaladi.

O'tkir gaymoritda yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavatida shish, giperemiya kuzatiladi. Bunda shilliq qavat kengayib bo'shliq hajmi kichrayadi va ko'pincha burun bo'shlig'i yorig'i torayadi. Boshida shilliq qavatda kataral yallig'lanish namoyon bo'ladi, keyinchalik esa ba'zi sohalarda epiteliy qoplami limfositlar va polinuklearlar bilan kechadi. Shilliq osti qavati shishgan, tomirlari kengaygan, ular atrofida infiltratlar va o'choqli qon quyilishlar aniqlanadi. Alohida sohalardagi shilliq osti qavatida turli qalinlikdagi yoriqlar aniqlanadi (psevdokistalar). Shilliq qavat bezlari kattalashgan, ulardan bo'shliqni to'ldiruvchi sekret ajraladi. Shilliq qavatda yallig'lanish jarayonini yanada yaqqol namoyon bo'lganda (giperemiya va shish kuchayganda) Kataral yallig'lanish 2-3 kundan keyin yiringli yallig'lanishga almashinadi. Polimorf yadroli leykositlar saqlagan yumaloq xujayrali elementlar hisobiga shilliq qavatda intensiv infiltrasiya kuzatiladi. Alohida mikro absesslar hosil bo'ladi. Suyak usti pardasi va suyak to'qimalarida yallig'lanish belgilari namoyon bo'ladi.

Yuqori jag' bo'shlig'ini **surunkali yallig'lanishi** morfologik jixatdan chegaralangan va diffuz, polipoz va polipoz bo'lmagan bo'lishi mumkin. Yuqori jag' bo'shlig'i chegaralangan polipoz bo'lmagan shaklida epiteliyal qavatning giperplaziyasi va yupklashish kuzatiladi. Tomirlar devori ba'zi joylarda ingichka ba'zi larida qalinlashgan. Shilliq osti asosi siyrak fuksinofil tolali to'qima hisobiga qalinlashgan. Bu yerda kollagen fibrillalar kuzatiladi. Diffuz polipoz bo'lmagan surunkali yallig'lanishda shilliq qavatni yanada qalinlashgani kuzatiladi. Buning natijasida bo'shliqni torayishi kuzatiladi. Epiteliyal qavat qalinlashgan, uning yuzasida shilliq ajratayotgan ko'p sonli chuqur kriptalar aniqlanadi. Alohida joylarda epiteliy deskvamasiyasi, eroziyalar, yazva va nekroz o'choqlari kuzatiladi. Polipoz surunkali yallig'lanishda bo'shliq devori yuzasida turli hajmdagi shishlar kuzatiladi. Bular polipoz*granulyasion o'simtalar bo'lib, bir holatlarda yuqori jag' bo'shlig'i chegaralangan sohalarda (polipozni chegaralangan shakli), boshqa holatlarda esa –

uning barcha qismida (diffuz polipoz shakli). Bo'shliq shilliq-yiringli yoki yiringli tarkib bilan to'lgan bo'ladi. Kasallikni aniq tashxislashda – xolestoatomli massalar aniqlanadi.

Yuqori jag' bo'shlig'i shilliq osti qavati limfositlar, makrofaglar, limfoid va plammatik yumaloq xujayralar bilan infiltrlangan. Tomirlar kengaygan, ko'p qismlarida tomir devori tolalari yemirilgan, ba'zi sohalarida esa tomir membranalri sklerozi kuzatiladi.

Surunkali yallig'lanish jarayonida bo'shliq devori suyak to'qimasida yangi suyak hosilalari va ularni qayta tarkiblanishi kuzatiladi. Yuqori jag' bo'shlig'i odontogen sinusitida polipoz o'samalar sohasida xilpillovchi epiteliyni ko'p yadroli yassi epiteliyga aylanishi kuzatiladi.

Klinik ko'rinishi. Yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishi bor bemorlar kuzatilganda ko'z osti, lunj sohalaria yoki yuzni yarmida og'riq, tortilish sezgisi, shu tomon burun bo'shlig'i tumovi kuzatiladi. Og'riq kuchayib peshona, chakka, ensa yuqori jag' tishlari sohalariga tarqaladi. Ba'zi hollarda katta va kichik oziq tishlar sohalarida og'riq kuzatiladi. Tishlov maxalda sezgizligi oshadi. Og'riq sezgisi bo'shliqda ekkssudatni to'planganlik miqdoriga va uni chiqishiga bog'liq. Burun bo'shlig'ida serroz yoki serroz-yiringli ajralma kuzatilagndan keyin og'riqlar kamayadi. Shikoyatlar kuzatiladi: umumiy holsizlikka, bosh og'riqlariga, ishtaxani pasayishiga. Xid bilishni buzilishi – pasayishidan umuman yo'qolishigacha harakterlidir.

Umumiy holat o'zgarmagan bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha tana haroratini 37,5-38°C gacha ko'tarilishi, intoksikatsiya belgilarini turli darajadagi ko'rinishlari: singanlik, holsizlik, qaltirash, yomon uyqu va bq. kuzatiladi.

Tashqaridan kuzatilganda lunj va ko'z osti sohalarida shish kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda o'zgarishlar bo'lmasligi mumkin. Yuqori jag' oldingi devori va yonoq suyaklari palpasiya va perkussiyalari og'riqli bo'ladi. Kasallangan tomondagi regionar limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli. Og'iz bo'shlig'i daxlizi shilliq qavatida qizarish va shish kuzatiladi. 2-3 ta tishlarni perkussiyasi og'riqli(katta va kichik oziq tishlar). Zaralangan tomomndagi burun bo'shlig'i shilliq qavatida giperemiya va shish kuzatiladi. Burun bo'shlig'idan ayniqsa boshni oldinga va pastga eggan vaqtda yiring ajralishi kuzatiladi. Yuqori jag' bo'shlig'ini katta darajadagi shishida yiring chiqib ketishi qiyinlashgan bo'lishi va rinoskopiyada ajralma bo'lmasligi mumkin. O'rta burun yo'lini va burun chig'anoqlariga 0,1% li adrenalin qo'shilgan 1% li dikain

surtilib yuqori jag' bo'shlig'idan ajralma olinishiga imkon yaratiladi, ajralma bo'lganda esa uni kuchaytiradi.

Surunkali gaymorit undan olin kelgan yuqori jag' bo'shlig'ini o'tkir jarayoni natijasida yuzaga keladi. Bemorlarda bosh og'rig'i, kasallangan tomon burun bo'shlig'idan ajralma bo'lishi, ba'zi holllarda esa esa sohasidagi og'riqlarga shikoyat qiladilar. Ba'zi bemorlarda surunkali yallig'lanish smptomlarsiz kechadi va og'riq sezgisiga shikoyatlar bo'lmaydi.

Bo'shliqda yallig'lanish eksudatini yig'ilishi hisobiga og'riq paydo bo'ladi, dam bo'lish sezgisi, bir tomomn burun bo'shlig'idan chirikli xid bilan ajralma kuzatiladi. Umumiy ahvoli qoniqarli. Tana haroratini ko'tarilishi kuzatilmaydi. Jarayonni o'tkirlashuvida tana haroratini ko'tarilishi kuzatilishi mumkin. Alohida bemorlarda esa surunkali yalig'lanish jarayoni kuzatilganda tunda 37,2-37,5 °C tana harorati ko'tarilishi bilan uyg'onadi. Bemorlarda mehnat qobiliyatini pasayishi, tez charchash sezgisi, holsizlik, bo'shlik holati kuzatiladi.

Tekshiruvda yuz konfigurasiyasi o'zgarmagan. Yuqori jag' tanasi oldingi yuzasini palpasiyasi og'riqli. Og'iz bo'shlg'i daxlizi yuqori gumbaz sohasi sianotik holatda. Rinoskopiya ko'rsatadiki, burun bo'shlig'i shilliq qavat rangi o'zgarmagan. Lekin pastki va o'rta burun chig'anoqlari chegarasida gipertrofiyalangan. Ba'zi bemorlarda o'rta burun yo'lida quyuq illiq-yiringli yoki yiringli po'stoqchalar ko'rinadi, shuningdek shishgan polipoz o'simtalar aniqlanadi.

Yuqori jag' bo'shlig'i kasalligida tish alveolasi orqali og'iz bo'shlig'i bilan aloqada bo'lishidagi klinik ko'rinish yanada tinchroq kechishi bilan farqlanadi. Bemorlar chirikli xid kelishiga, xavoni va ovqatlanganda suyuqlikni og'iz bo'shlig'idan burunga o'tishiga shikoyat qiladilar. Tish alveolasi orqali zond kirgazilganda bo'shliqda polipoz o'simtalar borligini aniqlash mumkin, ular onson qonaydi va bo'shliqdan seroz-yiringli ajralma kuzatiladi.

Tashxis. O'tkir sinusitni asosiy tashxisi kasallikni klinik ko'rinishi, tekshiruv natijalari hisoblanadi. Rentgenogrammada yuqori jag' bo'shlig'ini shaffofligini pasayishi aniqlanadi. Tishlarni rentgen tasviri odontogen infeksiya manbaini aniqlashga imkon beradi.

Yuqori jag' bo'shlig'i surunkali yallig'lanishi shikoyatlar, anemnez ma'lumotlari, klinik simptomlar asosida tashxislanadi. Lekin klinik simptomlarning yetishmasligi sababli rentgen natijalari yetakchi

hisoblanadi. Burunni yondosh bo'shliqlarini obzor rentgenogrammasida yuqori jag' bo'shlig'ini xiralanishi aniqlanadi.



Rasm 12. Odontogen gaymorit rentgenologik ko'rintishi

Diagnostik punksiya o'tkazilib penktat tekshirilgandan keyin rentgenokontrast moddani yuborish kasallik harakterini, uni lokalizatsiyasi va kechishini aniqlashga katta imkon beradi. Shuningdek og'iz ichi rentgen tasviri ham o'tkaziladi. Bunda periapikal o'choqlar borligi aniqlanadi (Rasm 12).

Qiyosiy tashxis. O'tkir gaymorit o'tkir pulpitdan, periodontitdan, uch shoxli nerv nevralgiasidan qiyosiy tashxislanadi. Nevralgiya bilan qiyosiy tashxislash bir muncha murakkabdir. Uch shoxli nerv nevralgiasida og'riq xurujsimon bo'ladi. Og'riqlar uch shoxli nerv bir tarmog'i innervasiya zonasi bilan chegaralangan bo'ladi. Og'riq nuqtalari va sohalari aniqlanadi. Yuz terisi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati sezgirliги buzilishi kuzatiladi.

Yuqori jag' bo'shlig'i surunkali sinusiti ildiz yoni kistasi, yuqori jag' xavfli o'smasi bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi.

Yuqori jag' ildiz yoni kistasida yuqori jag' bo'shlig'i shakl buzilishi kuzatiladi. Ba'zida rezorbsiya kuzatiladi. Palpasiyada pergament qisirlashi yoki suyak nuqsoni va flyuktuasiya kuzatiladi. Rentgenografiya va punksiya qiyosiy tashxis o'tkazishga yordam beradi.

Yuqori jag' xavfli o'smalari yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavatidan yuzaga keladi. Yuqori jag' xavfli o'smasi va yuqori jag' bo'shlig'i sinusiti o'xshash tomonlari og'riq bo'lishi, burunni tiqilishi va undan yiringli ajralma kuzatilishidir. Yallig'lanishdan farqli ravishda yuqori jag' xavfli

o'smasida og'riq doimiy bo'ladi. Burundan qonli va yomon xidli ajralmalar kuzatiladi. Tekshiruvda burun bo'shlig'i devorlarini shakl buzilganligi, alveoladan burun bo'shlig'iga hosilalar o'sganligi aniqlanadi.

Rentgenogrammada yuqori jag' shaffofligi buzilishidan tashqari uning devorlarini rezorbsiyasi ham kuzatiladi. Sitologik yoki patogistologik tekshiruvlar to'g'ri tashxis o'rnatish imkonini beradi.

So'ngi yillarda yuqori jag' allergik zararlanishi hollari kuzatilgan. Bu ham yuqori jag' sinusiti bilan qiyosiy tashxislanadi. Buning uchun anamnezi to'liq o'rganiladi va allergik reaksiyalar mavjudligi tekshiriladi. (Kvinke shishi, eshak yemi va boshqalar).

Davolash. Yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishini davolash - bu yuqori jag' bo'shlig'i kasalligiga sabab bo'lgan periapekal yallig'lanish o'choqlarini bartaraf etishdan iboratdir. Bo'shliq punktsiyasi o'tkaziladi, bo'shliq yuvilib antibiotik va ferment dori vositalari yuqoriladi. Tish alveolasidan ham yuviladi. Tabiiy burun bo'shlig'idagi teshikdan chiqaruv yo'li hosil qilish va shilliq qavat sezgisini pasaytirish maqsadida burun bo'shlig'iga tomir toraytiruvchi vositalar yuboriladi. Fizioterapevtik davo muolajalari tayinlanadi: UVCh, flyuktuorizasiya, diatermiya, geliy-neon lazer nurlanishlari.

Quyidagi dori vositalari tayinlanadi: Analgin, amidopirin, fenasetin, asetilsalisil kislotasi 0,25-0,5 g dan 2-3 mahal kuniga, desensibillovchi dori vositalari - dimedrol 0,03-0,05 g, suprastin 0,025 g., diazolin 0,05-0,1 g dan 2 mahal kuniga. Organizmini funksional holati va kasallikni klinik kechishi xususiyatlariga bog'liq ravishda sulfanidlar, antibiotiklar, umumquvvatlovchi stimullovchi davo vositalari tayinlanadi. O'z vaqtida va to'g'ri tayinlangan va o'tkazilgan davo-choralari kasallikni to'liq tuzalishiga imkon beradi.

Surunkali sinusitda - uzoq davom etmagan va bo'shliqdagi patologik o'zgarishlarni chegaralangan holatida infeksiya manbai bo'lmish tish sug'uriladi. Bo'shliqni punktsiyasi o'tkaziladi. Bo'shliq yuviladi va dori vositalari yuboriladi. Shuningdek o'tkir yallig'lanishda tayinlangan davo tadbirlari tayinlanadi. Bunday davo o'tkazilgandan keyin to'liq tuzalish kuzatilishi mumkin. Yuqori jag' bo'shlig'i surunkali yallig'lanishi ko'pincha radikal operatsiyani talab etadi - Kolduae-Lyuk bo'yicha. Bu operatsiya davomida bo'shliqdagi patologik to'qimalar olib tashlanadi va burun pastki yo'li bilan keng teshik hosil qilinadi. Operatsiya o'tkazuvchi og'riqsizlantirish (tuberal, infraorbital, insizual,

paratinal) ostida, infiltrasion 1-2% li novokain, lidokain yoki trimekain eritmalari yordamida o'tkaziladi. Shuningdek, burun pastki yo'lida va pastki jig'anoqlar sohasida 3% li dikain adrenalin bilan birgalikda applikatsion og'riqsizlantirish o'tkaziladi. Mahalliy potensirlangan yoki endotroxeal narkoz o'tkaziladi. Og'iz bo'shlig'i yuqori gumbazi bo'ylab, ikkinchi kurak tishdan ikkinchi katta oziq tishgacha bo'lgan masofada shilliq qavatda kesma o'tkaziladi. Shilliq – suyak usti pardali laxtak ajratilib raspator yordamida yuqori jag' tanasi suyagi yalang'ochlanadi. Bor mashina, trepanlar, suyak qisgichlari yordamida bo'shliqqa suyak oynasi shakllantiriladi va undagi patologik o'zgarishlar: kengaygan va o'zgargan shilliq qavat, poliplar, granulyatsiyalar, yot tanachalar olib tashlanadi.

Yuqori jag' bo'shlig'ini burun bo'shlig'iga qaragan devorida pastki burun yo'li sohasida 1,5x1,5 sm hajmdagi teshik hosil qilinadi (Rasm 13). Yuqori jag' bo'shlig'i yodoform bilan shimdirilgan tampon bilan to'ldiriladi. Tampon bir uchi esa burun yo'lga ochilgan teshikdan chiqarib qo'yiladi. Og'izdagi yara ketgut yordamida choklar qo'yilib tikiladi. Tish alveolasidan yuqori jag' bo'shlig'iga o'tgan perforatsion teshik mavjud bo'lsa, tish alveolasi tashqi devori sohasida shilliq qavatda kesma o'tkazilib, granulyatsion va patologik to'qimalardan tozalanadi.



Rasm 13. Gaymorotomiya operatsiya jarayoni

Og'iz bo'shlig'i tikilganda, perforatsion teshikni bartaraf etish uchun plastik operatsiya o'tkaziladi. Bunda perforatsion sohada alveolyar o'siqni qalinligi va shilliq qavatdagi chandiqli o'zgarishlar hisobga

olinadi. Perforatsion teshikni trapetsiyasimon laxtak bilan bartaraf etishda og'iz bo'shlig'i dahliz qismidagi olingan trapesiyasimon laxtakdan foydalaniladi. Bunday holatlarda laxtak asosida suyak usti pardasida o'tkaziladigan gorizontalar yordamida laxtak uzaytirilib tortiladi. Tish qatorida tishlar bo'lmagan sohalardagi perforatsion teshikni bartaraf etishda, dahliz tomondan keng qilib shilliq – suyak usti pardali va qattiq tanglay tomondan ko'priksimon laxtak ajratib olinadi.

Bir tish chegarasidagi perforatsion teshik tanglay tomondan olingan tilsimon laxtak yordamida bartaraf etiladi. Laxtak hajmi tish o'rnini hajmiga mos kelib uzunligi kengligidan uch barobar katta bo'lishi kerak. Laxtak nuqson o'rniga qo'yilib ketgut yordamida tugunli choklar qo'yilib tikiladi. Yara yodofomli doka yordamida yopilib oldindan yasalgan himoya plastinkasi qoldiriladi.

Katta hajmdagi perforatsion teshik bo'lganda va shilliq qavatda sezilarli chandiqli o'zgarishlar kuzatilganda, dahliz tomondan alveolyar o'siqdan gumbazgacha bo'lgan masofada shilliq-suyak usti pardasi laxtagi tilsimon qilib olinib, nuqson tomonga tortilib, perforasiya bartaraf etiladi hamda ketgut yordamida fiksasiyalanadi.

Radikal operatsiya o'tkazilgandan keyingi kuni yodofomli tampon olib tashlanadi. Har kuni himoya plastinkasi va yara tozalanib chayib turiladi. 7-8 kunlari choklar bir oralab olinadi. Qolganlari keyingi qayta bog'lamlarda 9-10 kunlarida olinadi. Himoya plastinkasi 14-16 kun, ba'zida 3 hafta taqib yuriladi.

Operatsiyadan keyin yuqori jag' bo'shlig'i (1 martadan 3-4 martagacha) 5-6 kunlardan boshlab yuviladi. Perforatsion teshik plastikasi o'tkazilgan bo'lsa, 9-10 kundan keyin o'tkaziladi.

To'g'ri o'tkazilgan xirurgik muolajalardan keyin asoratlar bo'lmaydi. Operatsiyadan keyin zararlangan tomonda ko'z osti nervi tarmoqlari sohasida paresteziya yoki giperesteziya o'tkaziladi (bir necha haftadan 1-2 oygacha). Alohida bemorlarda bu holatlar bartaraf etilmaydi va natijada ko'z osti nervi, ko'pincha yuqori alveolyar nervlar nevriti kuzatiladi. Ba'zida yallig'lanish jarayoni retsidivi kuzatiladi. Bu holat yuqori jag' bo'shlig'ini burun bo'shlig'i bilan bog'lagan teshik torayishiga va chandiqli bekilib qolishiga asoslanadi. Bu yuqori jag' bo'shlig'ida qayta operatsiya o'tkazilishini talab etadi.

Asoratlari. Yuqori jag' bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi yuqori jag' periostitiga, ko'z kosasi kletchatkasi absess va flegmonalariga olib kelishi bilan asoratlanishi mumkin. Shuningdek, jarayon boshqa sohalarga burun

bo'shlig'iga, kataksimon labirintga tarqalishi mumkin. Kamroq esa jarayonni yuz venalariga va qattiq miya pardasi sinuslariga tarqalishi kuzatiladi.

Prognoz. Yuqori jag' bo'shlig'i sinusiti prognozi asosan qoniqarli hisoblanadi. Ko'rsatilgan asoratlar ayniqsa, ko'z kosasi flegmonasi, yuz venalari va qattiq miya pardasi sinuslari flebit va tromboflebiti o'lim holatiga olib kelishi mumkin. O'tkir va surunkali gaymorit jarayonni boshqa yondosh bo'shliqlarga tarqalishiga sabab bo'lishi mumkin. Surunkali sinusit immunologik reaktivlikni buzilishini chaqirishi va bu esa immun yetishmovchilikni infeksiyon sindromiga olib kelishi mumkin.

Surunkali sinusitni xirurgik davolashda prognoz qoniqarli hisoblanadi.

Profilaktika. Yuqori jag' bo'shlig'i odontogen yallig'lanishi profilaktikasi – og'iz bo'lig'ini sanatsiyasiga, ya'ni tishlar kariesini va uning asoratlarini vaqtida davolashga qaratiladi. Zamonaviy xirurgik aralashuvlar (tishlarni va ildizlarni sug'urish, suyak usti pardasi ostidagi o'choqlarni ochish) o'tkazilishi zarur. Yuqori jag'da infeksiya manbai bo'lgan retenirlangan tishlarni sug'urish zarur. Yuqori jag'dagi kichik va katta oziq tishlarni sug'urishda, ular ildizlarini yuqori jag' tubiga nisbatan munosabatini hamda tish sug'urishda travmatik holatni e'tiborga olish zarur.

M.M. Solovyev (2002) ta'rifi bo'yicha «odontogen yallig'lanish kasalliklari» termini yig'ma ma'noni anglatadi. Unga qator klinik jihatdan aniq kasalliklar kiradi (periodontit, periostit, osteomielit, absess va flegmona, limfadenit, odontogen sinusit), bularni bir vaqtni o'zida dinamik kechayotgan odontogen infeksiyon jarayonning turli ko'rinishi ham deb qarash mumkin.

Odontogen yallig'lanish jarayoni jag'-yuz sohasi boshqa kasalliklari orasida yetakchi o'rin tutadi. A.G. Shargorodskiy ma'lumoti bo'yicha, ular stomatologik polikliniklarga murojaat qiluvchi xirurgik bemorlarning 10-20% va stomatologik statsionardagi 50% ga yaqin bemorlarni tashkil etadi.

Jag' - yuz sohasi o'tkir odontogen yallig'lanish kasalliklariga turlicha qarovchi mualliflar uch guruhga bo'lish mumkin.

Birinchi guruh mualliflari barcha odontogen yallig'lanishlarini osteomielitlar deb hisoblaydi (G.N. Kovarskiy 1928, L.M. Lindenbaum 1928, P.P. Lvov 1928, S.N. Vaysblat 1938, V.M. Uvarov 1928, 1957,

N.M. Aleksandrov 1954, M.D. Dubov 1956, V.I. Lukyanenko 1968-1986 va boshq.) Bular Leningrad maktabi vakillaridir.

Ikkinchi guruh mualliflari odontogen yallig'lanishlari jarayonini periodontitlar va osteomielitlarga bo'ladi (I.G. Lukomskiy 1928-1950, V.D. Voyno - Yaseneskiy 1946 va b.)

Va nihoyat uchinchi guruhdagilar, perisementitlar, periodontitlar, periostitlar, osteomielitlar, absesslar va flegmonlarni alohida mustaqil kasallik deb hisoblaydilar. (A.I. Yevdokimov 1923, M.M. Starobinskiy 1927, G.A. Vasilyev 1952 va b.). O'tkir odontogen yallig'lanish kasalliklari tas'nifi masalasidagi fikrlarning bir-biridan farq qilishiga sabab, turli mualliflarning tishni atrofidagi to'qimalarda bo'ladigan patomorfologik o'zgarishlarni turlicha baholashiga bog'liq.

Shunday qilib Leningrad maktabi asoschilari va ularning davomchilari hozirgi kunda ham, periodont odontogen yallig'lanishi alohida uchramasdan, u doimo suyak to'qimasi va suyak miyasi yallig'lanishi bilan birga kechib, shundan kelib chiqqan holda tish ildizi atrofini o'rab turgan to'qimalar odontogen yallig'lanishini barcha ko'rinishini osteomielit deb qarash kerak deyishadi. Ana shunga qarab ba'zi mualliflar ushbu jarayonni - ostit yoki periostit deb atashni taklif etadilar.

A.I. Yevdokimov (1923-1959) ko'p yillar mobaynida tishlardan kelib chiqadigan yallig'lanish jarayonlari o'ziga hos klinik kechish xususiyatiga ega degan fikrda turadi. U xirurgik kasalliklarda etiologik va anato-topografik omillar asos qilib olingan tas'nifdan foydalanish maqsadga muvofiq deb yozadi.

1923 yilda Butun Rossiya odontologik syezdida, u kataksimon o'siq sohasidagi o'tkir yallig'lanish jarayonlariga quyidagi kasalliklarni kiritish kerakligini ko'rsatib o'tgan: tish ildizi qobig'ini yallig'lanishi (periodontit), alveolyar o'siq suyak usti pardasi yallig'lanishi (periostit) va suyak ko'migi yallig'lanishi (osteomielit). Keyinroq esa bu jarayonlarga - absesslar va flegmonalarni qo'shgan. Bunday differensirlangan yondashish u tomondan taklif etilgan o'tkir yiringli yallig'lanish kasalliklari tas'nifiga asos bo'lgan, buning asosiy prinsipi yallig'lanish jarayonini u yoki bu to'qimada joylashishi hisoblanadi. U bu kasalliklar joylashishi va klinik kechishi o'ziga hos xususiyatga ega ekanligini ham ta'kidlab o'tadi. Shu sababli rasional xirurgik davo uchun aniq topik diagnoz qo'yish zarur.

Jag'-yuz sohasi o'tkir yallig'lanish kasalliklari tas'nifini aniqlashga Georgiy Andreyevich Vasilyev (1952-1959) katta hissasini qo'shgan. Ko'plab klinik kuzatishlar va patologoanatomik tekshiruvlarga asoslanib u A.I. Yevdokimov klassifikatsiyasi to'g'riligini tasdiqladi. Vasilyev turli yallig'lanish jarayonlari bir-biri bilan bog'liq bo'lib, miqdor o'zgarishlari ortib borgani sari ular sifat o'zgarishlariga o'tadi.

G.A. Vasilyev olib borgan patomorfologik tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki, perisementitda perisement atrofida hosil bo'ladigan perifokal yallig'lanish o'choqlari osteomielit deb hisobdanishi kerak emas. Alveola devorlarida o'tkir perisementitlarda so'rilish jarayoni ustun bo'lgan suyak to'qimasida o'zgarishlar boshlanadi, buning natijasida perisement bilan suyak miyasini birlashtirib turuvchi alveola devoridagi teshiklar kengayadi, va shu bilan birga me'yorda bir-biridan suyak bilan ajralib turadigan perisement va suyak miyasi bo'shliqlarini ochilib qolishi kuzatiladi. Bu o'zgarishlar suyak miyasiga ham tarqaladi. Ammo, biron-bir o'tkir, surunkali va surunkali perisementit o'tkirlashuvida muallif suyak to'qimasi o'lishini kuzatmagan, bu yuqoridagi o'zgarishlarni osteomielit emasligiga asos bo'ladi. G.A. Vasilyev jarayon zo'rayganda yiring Folkman va Gavers kanallari orqali limfatik tomirlar orqali periodontdan suyakusti pardasi ostiga tarqalishini aniqlagan.

G.A. Shargorodskiy hozirgi davr tushunchalariga asoslanib, jag'-yuz sohasi yallig'lanish kasalliklari tas'nifini taklif etdi, tas'nifga A.I. Yevdokimov va G.A. Vasilyev ishlab chiqilgan prinsiplar asos qilib olindi.

Infeksiya manbasi va harakteri

Kasallik shakli

Odontogen va stomatogen

Periodontit

Utkir:

Seroz,

Yiringli.

Xurujlangan surunkali

Surunkali:

Fibroz,

Granulyasiyalanuvchi,

Jag' periostiti

O'tkir:

Seroz,

Yiringli

Surunkali

(oddiy, ossifisirlangan)

Jag' ostiti.

O'tkir (reaktiv-tranzitor shakli)

Surunkali: rarefisirlangan, giperplastik

Jag' osteomieliti

O'tkir bosqichi

O'tkir osti bosqichi

Surunkali bosqichi

Birlamchi surunkali

Absess va flegmona

O'tkir bosqichi

O'tkir osti bosqichi

Yallig'lanish gazagi.

O'tkir bosqichi

O'tkir osti bosqichi

Nomaxsus limfadenit

O'tkir

Surunkali

Yuqori jag' sinusiti

O'tkir

Surunkali

Keyingi yillarda stomatologiya bo'yicha ilmiy kengash hay'ati xirurgik stomatologiya va og'riqsizlantirish muammolari, jag'-yuz sohasi o'tkir yallig'lanish kasalliklari tas'nifi e'tiborga olinmoqda, chunki bu tas'nif nafaqat nozologiya, balki uning asoratlarini ham hisobga oladi.

Asosan suyak to'qimalari zararlanishi bilan

- o'tkir, xurujlangan surunkali periodontit
- o'tkir odontogen osteomielit

Asosan jag' atrofi yumshoq to'qimalari zararlanishi bilan (jarayonni jag'da tarqalish sohasi bitta tish parodonti chegarasidan tashqariga chiqmaydi)

- o'tkir odontogen periostit
- o'tkir perikoronarit (perikoronit)
- odontogen absess
- odontogen flegmona
- odontogen yallig'lanish infiltrati

- yuqori jag' odontogen sinusiti
- Asosan regionar limfa apparatini zararlanishi bilan
- o'tkir odontogen limfadenit
- odontogen adenoflegmona

Asoratlari

- mediastenit
- yuz venalari, miya qattiq pardasi sinuslari tromboflebiti
- meningit, meningoensefalit, bosh miya absessi
- sepsis

Odontogen yallig'lanish kasalliklari etiologiyasi (OYAK)

OYAK qo'zg'atuvchilari— og'iz bo'shlig'ida uchraydigan mikroflora tarkibiga kiruvchi mikroorganizmlardir: stafilokokklar, streptokokklar, enterokokklar, diplokokklar, grammusbat va grammanfiy tayoqchalar. Adabiyot ma'lumotlari tahlil qilinganda, ularni turlicha ekanligini ta'kidlash mumkin. O'tgan asr 60-70- yillarida odontogen infeksiya o'chog'i ko'proq stafilokok monokulturasi (*Staphilococcus S.epidermidis*) yoki streptokokkning D, F va G guruhidan iborat bo'lgan

Eshbadalov X.Yu., Isxakova X.I., I.A Xudoyarovlarning. 1995-2000 yillardagi tekshiruvlari o'tkir yallig'lanish infeksiyasi mikroflorasi tarkibini tubdan o'zgarganligidan ma'lumot beradi.

Bu mualliflar tomonidan 105 ta turli klinik kechishdagi (o'rta va og'ir) odontogen flegmonasi bor bemorlardan ajralayotgan yiringni mikrobiologik tekshilganda, ularning barchasida bakteriyalarning o'sishi aniqlangan monokultura 11,4% tashkil qilgan, bakteriyalar assotsiatsiyasi – 88,6%da bo'lgan. 105 bemorning 93 (88,6%) dan obligat anaeroblar, 6 da— toza kultura (6,4%), qolganlarda esa assosiasiyada uchragan.

Ikki va undan ortiq sohalarga tarqalgan flegmonali bemorlarda monokultura klinik kechishi uncha og'ir bo'lmagan bemorlarga (20-25,7%, $R < 0,05$) nisbatan bor yo'g'i 3,4% aniqlangan.

Jag' - yuz sohasi flegmonalaridan ajratib olingan obligat anaerob bakteriyalar identifikasiya qilinganda Ushbu kasallikda uchraydigan anaeroblar turli guruh sinf va shakllarini aniqlash imkonini berdi. Eng ko'p *Bacteroides* guruhi vakillari 58,2 % foizni tashkil etdi, keyingi o'rinda *Fusobacterium shtammpi* - 31,5% bo'ldi.

Shunday qilib jag'-yuz sohasi flegmonalari rivojlanishida asosiy etiologik ahamiyatga ega anaeroblardan grammanfiy spora hosil qilmaydigan tayoqchalar bo'lib, ular 146 shtammpning 131(89,3%).tasini tashkil etdilar.

Bakteroidlar orasida flegmona yiringida eng ko'p aniqlangan *B.gingivalis* 35,3 % va *V. melanogenicus* 28,2% bo'ldi. Kamroq *V. fragilis* 17,6%, *B.oralis* - 13% va boshqa turlari uchragan: 4,7%. *V. Interme-dius* 1,2% *ureolyticus*. Fuzobakteriyalar orasida 2 xili *F Nucleatum* - 39,1% va 37% ko'proq kuzatilgan.

Flegmona yiringidan ajratib olingan aeroblar va fakultativ anaeroblar, stafilokokklar (71,9%), streptokokklar (21,9%) va grammanfiy tayoqchalardan (6,2%) iborat bo'lgan. Aniqlangan aerob va fakultativ anaeroblar umumiy soni miqdori bo'yicha o'sib chiqishiga qarab birinchi o'rinda epidermal stafilokokk (43%), ikkinchi o'rinda *S.aureus* (28,8%) va uchinchi o'rinda piogen streptokokk (15,9%) turadi.

Odontogen yallig'lanish kasalliklari patogeneziga ta'lluqli ilmiy izlanishlar yakunini umumlashtirib prof. M.M. Solovyev yozadi: infeksiyon yallig'lanish jarayoni qanday qilib juda tez rivojlanadi degan savolga M. Artyus va G.P. Saxarov XX asr boshida javob topishgan edi Ular quyonlarga ot zardobini 4-5 kiritganlaridan so'ng, zardob kiritilgan joyda alterasiya yaqqol namoyon bo'lgan yallig'lanish reaksiyasi tez rivojlanishini aniqladilar.

Jadal infeksiyon yallig'lanishni qay tarzda rivojlanishi 20 asr boshlarida M. Artyus va G.P. Saxarov tomonidan javob berilgan. Bular aniqlashicha, quyonga ot zardobini 4-5 marta yuborgandan keyin zardob in'yeksiya qilingan joyda jadal yallig'lanish reaksiyasi alterasiya bilan kuzatiladi. Tekshiruv davomida hayvonlarga o'xshash zardoblar yuborilgan bunda quyon organizmiga qayta yuborilgan begona oqsillarga ta'sirlanish xususiyati ko'rib chiqiladigan fenomen mexanizmga bog'liq ekanligiga xulosa chiqarildi. Keyinchalik bu fenomen uzun naysimon suyaklarda (Derijanov S.M 1940) pastki jag'da (Snejko Ya.N 1951 Vasilyev G.A 1972) osteomielit keltirib chiqarish eksperimentida qo'llanildi.

Hozirgi vaqtda Artyus Saxarov fenomenining yetarlicha yaxshi o'rganilgan. Djella Kumbs tas'nifiga ko'ra u immunopatologik reaksiyalarini 3 tipiga kiradi. Organizmga zardob oqsilining kirishi ta'sirida, zardob antigen xususiyatiga ega antitelolar ishlab chiqariladi bu esa organizm sensibilizasiya asosida yotadi. Bunda antigenni ruhsat bergan dozasi qon tomir oqimiga o'tish kuzatiladi, antigen + antitelo kompleksi hosil bo'ladi. Bu kompleks tomir endoteliy hujayralari membranalarida fiksasiyalanadi. Neytrofil leykositlar immun komplekslar fagositlaydi, bir vaqtnig o'zida hujayra membranasini

jarohatlaydi, bu esa lizosomal fermentlarni chiqishiga olib keladi va bir vaqtning o'zida yallig'lanish mediatorlari ajraladi. Bu trombositlarni 3 faktori aktivasiyasini keltirib chiqaradi va tomir ichi qon ivishiga sabab bo'lishi mumkin, mikrosirkulyasiya buzilishi va to'qima nekrozini keltirib chiqarishiga olib keladi.

Yuqorida ko'rsatib o'tilgan immunopatologik reaksiya odontogen infeksiya patogenezida ham qatnashadi. Bunda antigen rovida mikroblar hayot faoliyati davomida ishlab chiqargan mahsulotlar mikroblar hujayralarning struktur elementlari bo'ladi.

Shuning uchun parodontga yuborilgan joyida infeksiyon allergik yallig'lanish kuzatiladi. Bu reaksiya parodontdagi infeksiyon yallig'lanish o'chog'ini yo'q qila olmaydi, agar parodontga mikroorganizmlar kirishi to'xtatilmasa. Eng yaxshi holatda surunkali odontogen infeksiya o'chog'i rivojlanadi.

Dinamik muvozanatni ushlab turish uchun o'choqni o'rab turuvchi biriktiruvchi to'qimali kapsula muhim rol o'ynaydi. Bu kapsula mikroblarni va ularni mahsulotlarini o'choq yonida joylashgan to'qimalarga qon tomirga kirishini chegaralaydi. Shu bilan birga mikroorganizmlar mahsulotlari va parchalangan holati tish kanali orqali, oqma yo'llar orqali yoki periodontal yoriq orqali infeksiyon o'choqdan og'izga o'tadi.

Bu holatni ko'pchilik odamlar og'iz bo'shlig'ida surunkali odontogen infeksiya o'choqlari mavjudligi va ular tashib yuruvchilarini bezovta qilmaydi deb tushunish mumkin.

Agar biz stomatolog huzuriga o'tkir UYAJ bilan kelgan bemorlarni anamnezini yig'sak ularni ko'pchiligi bu holatni jag'da davolangan yoki davolanmagan yemirilgan tish sabab bo'lganini ta'kidlab o'tishadi.

Surunkali o'choqli odontogen infeksiyani o'tkirlashuvini qanday sabablar keltirib chiqarishi mumkin? M.M Salavyov (2002 y) ma'lumotiga ko'ra IYAJ ni o'tkirlashuvi va tarqalishi mikroflorani virulentligi oshishi natijasida kelib chiqadi, eksudatni chiqishini buzilishi natijasida (kanalga ovqat tushib qolishi yoki plombalanganda). Infeksiyon o'choqda mikroblar konsentratsiyasi, ularning toksinlari va to'qima parchalangan mahsulotlar ko'payib boradi, ular o'z navbatida biriktiruvchi to'qimali kapsuladan atrof to'qimalarga o'tishni boshlaydi va ularni jarohatlaydi, yoki qon tomirga o'tadi va immun komplekslarni hosil qiladi, Yane Artyus Saxarov tipi bo'yicha reaksiya keltirib chiqaradi.

Klinik bu odontogen yallig'lanishning bir turi hisoblanadi.

Boshqa mexanizm biriktiruvchi to'qimali kapsula mexanik jarohatlanishi (tishni olish, tishga haddan tashqari bosim berish) natijasida tomirlar o'tkazuvchanligi oshishi va mikroblar toksinlar parchalangan to'qima mahsulotlari infeksiyon o'choq chegarasidan chiqishi Artyus Saxarov tipi bo'yicha immunologik reaksiya rivojlanishi kuzatiladi.

3) Surunkali o'choqli infeksiyani o'tkirlashuvi.

O'tkir periodontit:

Periodontal yoriqda joylashgan to'qimalarning yallig'lanishi periodontit deyiladi. Infeksiyon, travmatik va medikamentoz periodontitlar farqlanadi. Infeksiya periodontga pulpa nekrozidan keyin tish ildizi cho'qqi teshigidan va marginal-aylana boylamlarni buzilishi natijasida tushishi mumkin.

Travmatik periodontit kuchli mexanik travma yoki doimiy takrorlanuvchi mikrotravma ya'ni prikusni ko'tarib turuvchi plomba sun'iy qoplama zararli odatlar natijasida kelib chiqishi mumkin. Lukomskiy I.G (1960 y) periodontitlar tas'nifini taklif qildi.

Kechishiga qarab o'tkir va surunkali periodontitlar farqlanadi. Patologoanatomik o'zgarishiga qarab: o'tkir seroz (chegaralangan yoki chegaralanmagan), yiringli (chegaralangan yoki chegaralanmagan) bo'lishi mumkin.

Surunkali

- Fibroz
- Granulyasiyalanuvchi
- Granulematoz
- Surunkali periodontitni o'tkirlashuvi

O'tkir cho'qqili periodontitni klinikasi va diagnostikasi. Serozli periodontitda zararlangan tishda tunda kuchayib boruvchi to'mtoq simmillovchi og'riqlar yoki jag'larni yopilish vaqtida tishga tushgan bosim natijasida hosil bo'ladi. Og'riq lokalizasiyalangan, bemor zararlangan tishni aniq ko'rsatib bera oladi. Ma'lum vaqtdan keyin o'sib qolgan tish hissiyoti paydo bo'ladi. Gaplashganda, tishlaganda «o'sgan tish» birinchi bo'lib antagonistiga tegadi va jadal og'riq beradi. Tashqi tomondan hech qanday o'zgarishlar bo'lmaydi. Ozigina qimirlash va vertikal perkussiyada og'riq bo'lishi mumkin.

Jarayonni yiringli jarayonga o'tishi og'riqlar intensivligini oshiradi. Og'riqlar pulsasiyalanuvchi bo'ladi, chakka, quloq ko'z yoki bo'yinga

irradiatsiya beradi fizik zo'riqishda og'riqlar kuchayadi. Zararlangan tish qimirlashi mumkin, unga teginsa kuchli og'riq keltirib chiqaradi. Bemor tishlarni bir biriga bosa olmaydi shuning uchun og'zini yarim ochiq holda ochib turadi, uyqu buzilgan umumiy holsizlik kuzatiladi.

Mahalliy: shu tish sohasida milk giperemiyalangan va shishgan.

Tish ildizi cho'qqisi proyeksiyasida suyak usti pardasi infiltrlangan o'tuv burmalar va ildiz milki palpasiyasi og'riqli bo'ladi, yuz yumshoq to'qimalarning shishishi mumkin, jag' osti va daxan osti limfa tugunlari kattalashadi, tana harorati 37,5 °C ko'tariladi, qonda leykositoz ECHT 12 -15 mm/soat bo'ladi.

Rentgenogrammada periodontal yoriq o'zgarmagan, alveola suyak to'qimalarida destruksiya aniqlanmaydi.

Qiyosiy tashxis.

O'tkir va o'tkirlashgan surunkali periodontitni diffuz yiringli pulpitdan, ildiz oldi yiringli kistadan, o'tkir odontogen sinusitdan, periostitdan va jag'lar osteomielitidan qiyoslash kerak. O'tkir yiringli periodontitga issiqdan davriy xurujsimon og'riqlar hos emas. Pulpitda EOD 30 - 40 mkA. Yiringli kistaga alveolyar o'siqni shishishi, suyakni yupqalashishi va «pergament g'ichirlash» xos. Rentgen tasvirda – suyak rezorbsiyasi. Odontogen sinusitda burunning yarmi bitishi burundan seroz yiringli yoki yiringli ajralmalar bo'lishi, jadal bosh og'rig'i intensiv bosh og'rig'i rentgenogrammada yuqori jag' bo'shlig'ini xiralashishi kuzatiladi.

Davolash birinchi navbatda periodontal sohadan eksudatni chiqishi uchun yiring chiqish yo'li ochiladi, tishni olish yo'li orqali tish katagidan.

Qo'shimcha antibiotiklar sulfanilamidlar, chayqash fizio davo belgilash kerak.

To'g'ri olib borilgan davo o'tkir yallig'lanish jarayoni yo'q qilishga imkon beradi. O'tkir yallig'lanish natijasida o'lgan periodont tiklanadi yoki biriktiruvchi to'qima bilan qoplanadi.

Surunkali cho'qqi periodontit

Klinik kechishiga qarab stabillashgan aktiv turlari ajratiladi. Stabillashgan turiga fibroz aktivlashgan turiga granulyatsiyalanuvchi va granulematoz turlari kiradi.

Surunkali fibroz periodontit o'tkir periodontitni noadekvat davo natijasida kelib chiqadi, natijada periodont qo'pol tolali biriktiruvchi to'qima bilan almashinadi va simptomsiz kechadi.

Surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit.

Periodontitni davosi konservativ hisoblanadi. Mexanik va medikamentoz ishlov va tish ildiz kanallarini cho'qqisigacha germetik plombalash yaxshi natija beradi. Konservativ davodan so'ng surunkali periodontitlarda klinik belgilari kuzatilmasa ham cho'qqi oldi sohalarida infeksiya o'choqlari saqlanadi, bu immunologik tasdiqlangan A.M Salavyev 1991 yil, S.I Cherkash 1991 yil. Bakteriya va bakteriyalar ishlab chiqarilgan mahsulotlar ta'siri ostida periapikal sohada suyak to'qimasi rezorbsiyasi kuzatiladi. A.I Volojin fikricha mikroorganizmlar va parchalagan mahsulotlar antigen bo'lib hisoblanadi. Tish ildizidan chiqib periapikal to'qimalarga zararlovchi ta'sir ko'rsatadi. Immunodefisitda yallig'langan o'choq bakteriosid xususiyati tushib ketishi natijasida jarayon sepsisgacha generalizasiyalanadi.

M.M Salavyev surunkali periodontitda tranzitor immunodefisit kelib chiqadi deb hisoblaydi, bu periapikal patologik o'choqni yo'q bo'lguncha saqlaydi yoki kamaytiradi. Bu o'choq faqat jarroxlik yo'li bilan olib tashlanadi. Surunkali periodontitlarni davolashda tarqalgan va effektiv konservativ jarroxlik turlari quyidagilar:

- Ildiz cho'qqisi rezeksiyasi
- Ildizni gemiseksiyasi va amputasiyasi
- Granuloektomiyadan keyin tish replantasiyasi

M.M Salavyev bo'yicha ildiz cho'qqisi rezeksiyasiga ko'rsatma:

- O'tmas va qiyshiq ildiz kanallari
- Endodontik terapiya natijasidagi asoratlari (ildiz yon perforasiyasi, ildiz kanallarda kanal ninalari yoki pulpa eksraktrlarini sinishi, ildiz cho'qqisidan plomba materialarini haddan tashqari chiqarib yuborish.
- Ildiz kanalini chala plombalash (haddan ko'p uchraydi)
- tish davolashdan keyingi uzoq muddatlar, suyak to'qimasi noto'liq regenerasiyasi
- ildiz oldi kistalarini hosil bo'lishiga sababchi granulematoz perikoronoritlar
- ko'priksimon protezlarga tegishli granulyasiyalanuvchi va granulematoz periodontitli tishlar (Uvarov V.M 1971)

Ildiz uchi rezeksiyasiga qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

- paradont kasalliklarida tishlarni II-III darajali qimirlashlari
- ildiz atrofi suyak to'qimasini rezorbsiyasi, ildiz uzunligining yarmigacha

- qon kasalliklari va dekompensasiya belgilariga ega bo'lgan og'ir somatik kasalliklar.

Surunkali periodontitlarni tish toj qismini ko'p qismi yemirilganda jarroxlik yo'li bilan davolanmaydi.

Oxirgi 10 yil ichida tish ildizlarini saqlab qolishga katta ahamiyat berilmoqda. Bunda konservativ jarroxlik usullari qisman qo'llanilib, gemiseksiya (koronaradikulyar separasiya) va ildizlar amputasiyasi qo'llanilmoqda.

Gemiseksiyada davolab bo'lmaydigan ildiz va unga tegishli tish toj qismi olib tashlanadi. Ildiz amputasiyasi-tish ildiz qismini ajralgan joyi befurkasiyadan olib tashlash.

Operatsiyaga ko'rsatmalar:

- molyar ildizi sohasida chuqur suyak ichi cho'ntaklarining mavjudligi.
- ildizlararo to'siqlar suyak moddasining rezorbsiyasi.
- ildizlar befurkasiya sohasidagi perforasiya.

Qarshi ko'rsatmalar:

- hamma ildizlar suyak to'qimasini keng rezorbsiyasi
- bir biriga qo'shib ketgan ajralmagan ildizlar
- saqlab qolinadigan ildiz kanalining o'tmasligi

Bu tish saqlovchi operatsiyalar surunkali periodontitlarni jarroxlik davolashning eng samarali usuli bo'lib hisoblanadi. Ularni stomatologik muassasalarda keng qo'llash kerak. Biroq ularni asoratlarini esdan chiqarmaslik kerak. I.D Kinyapina N.A Korotkova (1999). Asoratlarni quyidagi sabablarini ko'rsatib o'tadilar: shilliq qavatni norasional kesuvi, ildiz cho'qqisining noto'liq rezeksiyasi.

Replantasiya usuli ham o'z ahamiyatini yo'qotgan emas. Replantasiya olingan tishni o'sha tish katagiga qayta o'tkazish bu usul nafaqat periodontit balki intakt tishlarni to'liq chiqishida tishni saqlab qolish maqsadida ishlatiladi.

Ko'pincha periodontit bilan zararlangan konservativ terapiya qilinishi mumkin bo'lmagan katta va kichik jag' tishlari replantasiya qilinadi.

Tish replantasiyasiga qarshi ko'rsatmalar: Tish olish uchun anatomo-topografik sharoitning qiyinligi, tish ildiziga ishlov berganda uning jarrohatlanishi, parodont kasalliklarda parodontal cho'ntaklarni mavjudligi. Shuningdek og'ir somatik va psixik, qon kasalliklari va boshqalar qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

V.A Kozlov tajribalari va klinik ma'lumotlari shuni ko'rsatdiki renplantasiya qilingan tishlar 4-6 hafta mobaynida bitadi. Avtor ko'chib o'tkazilgan tishni alveola bilan bitib ketishini 3 ga bo'ladi.

1. periodontal-alveola suyak usti pardasining va tish ildizi periodontining to'liq saqlangan holda bo'lishi.
2. periodont-fibroz- alveola suyak usti pardasining va tish ildizi periodontining qisman saqlangan holda bo'lishi.
3. osteoid alveola suyak usti pardasining va tish ildizi periodontining to'liq buzilgan holda bo'lishi.

Jag'larning odontogen periostiti

Jag'larning o'tkir odontogen periostiti – bu bir nechta tishlar davomiyligidagi alveolyar o'siq suyak usti pardasining chegarali yallig'lanishi.

Etiologiya – o'tkir odontogen infeksiya bo'limida ta'kidlab o'tilgan infeksiya etiologiyasi bilan bir xil. Bu kasallik patogenezi biz tomondan yuqorida ta'kidlab o'tilgan.

Patologik anatomiyasi:

O'tkir (seroz, yiringli) va surunkali periostit farqlanadi. G.A. Shargarodskiy bo'yicha patologik anatomiyasi. Jag'larning o'tkir odontogen periostitining boshlang'ich davrida suyak usti pardasi qalinlashgan, shishgan, leykositlar bilan infiltrlangan. Periost va atrof to'qimalarning tomirlarida aytarli o'zgarish kuzatiladi, (to'laqonlik, staz, qon quyilishi). Tomir oldi klechatkasini yaqqol leykositar infiltrasiyasi kuzatiladi. Seroz yiringli eksudatni yig'ilishi suyak usti pardasini suyakdan ajratishini keltirib chiqarishi mumkin. Sekinlik bilan hujayra elementlarini miqdori eksudatda oshib boradi va u yiringli harakterni namoyon etadi. Infiltrat markazida yiring eritmali nekroz paydo bo'ladi. Bu suyak usti pardasini butunligini buzilishi va infeksiyon yallig'lanish jarayonini uning chegaralaridan tashqariga olib keladi.

O'tkir odontogen periostitda jag' kortikal plastinkasini yiringli o'choq bilan tegish joyida suyakni osteoklastik yallig'lanishini rezorbsiyasini ifodalovchi reaktiv yallig'lanish va distrofik o'zgarishlar keltirib chiqaradi. Rezorbsiyaga uchragan suyak hujayra tolali to'qima bilan almashadi.

Klinik ko'rinish:

Periostitning klinikasi rivojlanishi oldidan o'tkirlashgan surunkali periodontit klinikasi namoyon bo'ladi. Sababchi tish qimirlashi mumkin,

unga teginsa qattiq og'riq paydo bo'ladi va o'sgan tish sezgisi namoyon bo'ladi. Jarayonni suyak usti pardasi kengaygan sari lokalizasiyalangan og'riq jag'ga, chakkaga, quloqqa, ko'zga, bo'yiga irradiyasiyalanadi. Jag' oldi yumshoq to'qimalar shishi kuzatiladi uning lokalizasiyasi sababchi tishga bog'liq bo'ladi. Sababchi tish ildizi va unga qo'shni 2-3 ta tishlar darajasida o'tuv burma jarayon yiringli formaga o'tishi suyak tagi absessi rivojlanib tekislanadi, holsizlik umumiy holat yomonlashadi, tana harorati ko'tariladi, bosh og'rishi, ishtaha yo'qoladi, uyqu buziladi. Yumshoq to'qimalarni kollateral shishi va tarqalishi yallig'lanish jarayoniga bog'liq. Suyak osti absessi ko'pincha alveolyar o'siqning dahliz tomonidan kam hollarda tanglay va til tomondan vujudga keladi. Bu jag'larning anatomik tuzilishi bilan tushuntiriladi. Yiring asta sekinlik bilan suyak usti pardasini eritadi va dahliz bo'shliqni shilliq osti qavatiga o'tadi, bunda shilliq osti absessi rivojlanadi. Yiringli soha qum soatini eslatadi ya'ni yiringni ostida va suyak pardasi ostida joylashadi. Bu holatda flyuktuasiyani aniqlash mumkin. Umumiy holat qoniqarli, tana harorati 37,3-37,8 °C, qonda leykositoz, ECHT 15-20 mm/ soat.

Suyak osti yiringini rivojlanishi va sababchi tish sohasidagi suyak usti pardasini erishi natijasida yiring tanglay shilliq osti qavatiga o'tadi va og'iz bo'shlig'ida yarim aylana shaklida osilib turadi, bu sohani palpasiyasida suyuq yiringni aniqlash mumkin.

Yumshoq to'qimalarni shishi sababchi tish lokalizasiyasiga bog'liq. Agar periostit sababi bo'lib markaziy yoki yon kesuv tishlar hisoblansa yuqori jag'da, yuqorigi lab va burun qanotlari qattiq shishadi, yuqorigi kurak tish bo'lsa shish lunj va ko'z osti sohaga, burun qanotlariga, og'iz burchaklariga, ba'zida yuqori qovoqqa tarqaladi. Ko'z tirqishi kichrayadi, ko'z yopiq holatda bo'lishi mumkin. Yuqori jag' premolyarlari va birinchi molyar tishlari sababchi bo'lsa shish lunj, ko'z osti va yonoq sohalarda, pastki qovoq va yuqori labda kuzatiladi. Burun lab burmasi tekislanadi. Ikkinchi va uchinchi molyarlar periostitida shish yonoq lunj va quloq oldi chaynov sohasining yuqorisida kuzatiladi.

Agar periostit sababchisi pastki jag' markaziy va yon kurak tishlari bo'lsa pastki labning qizil hoshiyasi shishadi va oldinga chiqib ochilib qoladi. Shish daxan ostiga tarqaladi. Agar infeksiya sababchisi qoziq tish va premolyarlar bo'lsa shish lunjning pastki va o'rta qismlarida kuzatiladi, pastki lab burchagi va jag' osti sohalarga tarqalishi mumkin.

Agar infeksiya manbai molyarlar bo'lsa shish lunjning pastki va o'rta sohalarning, ba'zida quloq oldi – chaynov va jag' osti sohalarda uchraydi.

Jag'larning odontogen osteomieliti.

Osteomielit deganda yallig'lanish jarayoni nafaqat suyak ko'migida, balki suyak struktur qismlarida va uni o'rab turuvchi yumshoq to'qimalarida uchrashi tushuniladi. "Panosit" termini kasallikni nechog'lik keng tushuntirishiga qaramasdan uncha keng tarqalmadi.

B.V. Panikarovskiy va A.S. Grigoryan (1975 yil) fikricha "osteomielit" atamasi suyak yallig'lanishini patologik jarayon tabiatini, uning patologiyasi va morfogenezini to'liq o'zida aks ettiradi.

A.G. Shargarodskiy (1986 yil) quyidagi ta'rifni beradi: jag'lar osteomieliti infeksiyon yiringli nekrotik jarayon bo'lib, neyrohumoral o'zgarishlar va dastlabki sensibilizasiya fonida agressiv, fizik, ximik yoki biologik tabiatga ega bo'lgan faktorlar ta'siri ostida suyak va uni atrofidagi to'qimalarida rivojlanadi.

I.I. Yermalayev (1977 yil) ta'kidlashicha, osteomielit bu har qanday suyakning yiringli yallig'lanishi emas, balki o'zida nekrotik komponent tutuvchi jarayondir.

Jag'lar osteomieliti bo'lishi mumkin:

1. Odontogen (stomatogen)
2. Travmatik : o'qotar va maishiy
3. Gematogen
4. Spesifik
5. Jag'larning nurdan nekrozi

Tas'nif

Kasalliklarni jahon tas'nifini 9 qayta ko'rishdan keyin (1975 yil) quyidagi shakllar ajratib o'tilgan :

O'tkir osteomielit (730.0)

Surunkali osteomielit(730.1)

Aniqlanmagan osteomielit(730.2)

Osteoid osteomielit (Yangi tug'ilganlarda),

Jag'lar periostiti (o'tkir surunkali yiringli) «yallig'lanish holatlari» nomli alohida bo'limga kiritilgan (526.4)

Tabiiyki jahon tas'nifi klinitlar talabiga javob bennaydi, ideal tas'nif tuzish amaliy tuzib bo'lmaydi.

M.M Salavyov bo'yicha jag'larning odontogen osteomielitlar tas'nifi

Klinik rentgenologik osteomielit formalari kasallik fazasi infeksiyon yallig'lanish jarayonini tarqalishi bo'yicha destruksiya harakteriga qarab, kasallik kechishiga qarab

Odontogen yiringli

O'tkir, o'tkir osti

1. Chegaralangan

2. O'choqli

3. Diffuz

Destruktiv, o'tkir o'tkir osti, litik sekvestrli

Giperostoz o'tkir, o'tkir osti

Surunkali destruktiv o'tkir, o'tkir osti litik sekvestrli

A) Birlamchi-o'tkir osti

B) Residivlanuvchi

Surunkali giperostoz O'tkir, o'tkir osti

A) Birlamchi-o'tkir osti

B) Residivlanuvchi

Kliniko rentgenologik ko'rinish asosida bu tas'nifda jag'larning odontogen osteomielit turlari ajratilgan.

Odontogen yiringli osteomieliti, yallig'lanish eksudativ komponent kuzatilishi harakterli bo'lib, bunda klinik rentgenologik belgilariga ko'ra suyak to'qimasi destruksiyasi yaqqol namoyon bo'ladi. Bundan oldingi ishlarda boshqa mualliflar bu kasallik turini o'tkir yoki abortiv osteomieliti, tranzitor ostit deb yozilgan.

Odontogen destruktiv osteomielit, bunda kliniko rentgenologik belgilariga ko'ra suyak to'qimasi destruksiyasi yaqqol namoyon bo'ladi bu guruhga faqat osteomielitning destruktiv formalari kiritildi, ularda demorkasiya va suyakning nekrozlangan to'qimasini chiqib ketishi o'rta muddatda amalga oshiradi: patologik jarayon pastki jag' alveolyar o'simtasida va yuqori jag' sohasida lokalizasiyalanganda – 4-5 haftada, pastki jag'ni shoxi va tana qismiga lokalizasiyalanganda – 6-8 haftada.

M.M Salavyov odontogen destruktiv osteomielit rivojlanishini o'tkir va o'tkir osti fazalariga bo'ladi. Suyak to'qimasi destruksiya harakteriga ko'ra litik va sekvestr formasi bo'ladi. Infeksiyon yallig'lanish jarayon tarqalishi bo'yicha (V.I Lukyanenko 1968 y 1986 y, M.M Salavyov 1969y, T.M Alixova 1977y va boshqalar) chegaralangan, o'choqli va diffuz destruktiv osteomielit ajratiladi.

Bu mualliflar fikricha chegaralangan osteomielit bo'lib jag' tanasi zararlanishisiz 1-2 kam hollarda 3 tish sohasida jag' alveolyar qismini chegaralangan yallig'lanish jarayonlari hisoblanadi. Kechishi xavfsiz kasallik rivojlanish muddati davomli emas. Radikal jarroxlik aralashuvidan keyin kasallikni residivli o'tkirlashuvi deyarli kuzatilmaydi. Jag'ning bitta anatomik qismini yallig'lanish jarayoni natijasida zararlanishi o'choqli osteomielit bo'lib hisoblanadi: jag'ning tanasi burchagi shoxi va boshqalar. Jag'ni 2 yoki undan ortiq anatomik qismini zararlanishi diffuz osteomielit hisoblanadi.

Chastota: turli xil mualliflarni ma'lumotiga ko'ra jag'lar osteomielitini chastotasi har xil. P.T Naomov ma'lumotiga ko'ra 1976 yil klinikaga gospitalizasiya qilinganlarni 11,26%ni tashkil qiladi. A.G Shargorodskiy 15,2% haqida ma'lumot beradi. V.I Lukyanenko 1986 yil ma'lumotiga ko'ra 89,1% ni tashkil qiladi.

Berilgan adabiyotlar va bizning kuzatuvlari shuni ko'rsatadiki odontogen osteomieliti har xil yoshdagi odamlarda uchraydi. Biroq 4-7 yoshli bolalarda va 20-40 yoshda ko'proq uchraydi. G.V Naomov va T.M Chernyapina ma'lumotiga ko'ra jag'larni odontogen osteomielit bilan og'rigan 20-40 yoshdagi odamlar bemorlar 41%ni tashkil qiladi.

Osteomielit patogenezining teoriyalari.

Tomirli yoki embolik teoriya osteomielit patogenezining birinchi teoriyalaridan bo'lib hisoblanadi. A.A Bobrova va Lexer.

Bu teoriyalar mualliflari suyak to'qimalarini qon bilan ta'minlanishini o'ziga xosligidan kelib chiqadi. Bundan kelib chiqqan holda suyaklarning metafiz qismida qon tomir quyuq qon tomir turi bo'lib tomirlarning bir uchi yopilgan, bu yerda qon oqimi sekinlashadi mualliflar o'ylashicha bu tomirlarni bir uchida bakterial embollarni mexanik ushlanib qolishiga olib keladi. Cho'kkan embol suyak to'qimaisini qon bilan ta'minlanishi buzilishi natijada yallig'lanish va to'qima nekrozi vujudga keladi.

Allergik teoriya.

20 asr boshlarida N.Arthus G.P Saxarov quyonlarga ot zardobini teri ostiga 4-5 marta yuborganda in'yeksiya qilingan joyda jadal yallig'lanish reaksiyasi alterasiya bilan uchraydi. Patogenez teoriyasini rivojlanishiga Smolenslik patologoanatom S.M Derijanova 1937-1940 yil hissasi katta.

Derijanov osteomielitlar keltirib chiqaradigan ishlarni tahlil qilib tajribachilarni 2 guruhga bo'ladi.

1) Hayvonlar suyak ko'migiga turli xil kimyoviy moddalar (ishqorlar kislotalar kroton yog'i va boshqalar)larni yuboruvchilar lekin bu holatlarda osteomielit chaqirmagan.

2) Suyak ko'migi mikroorganizmlar yuborilgan (yoki vena ichiga) bu hollarda ham osteomielit kelib chiqmagan, bu tajribalar travma natijasi asorati bo'lganda bundan istisno.

Suyak ko'migiga infeksiyani bevosita kiritganda osteomielit chaqirish katta qiyinchilik tug'dirgan Orlov va Yesaulov tajribalarida, suyaklarni sindirilishi ham osteomielit eksperimentini rivojlanishiga olib kelmagan. S.M Derejanov adabiyotni tahlil qilib, surunkali kechuvchi osteomielit suyak ko'migiga yuborgan infeksiya qon tomirga yuborgan mikroblar kimyoviy moddalar osteomielit keltirib chiqarmasligi haqida xulosaga keldi.

Odam osteomielitiga identik ekspremental osteomielit birinchi bo'lib S.M Derejanov tomonidan organizm sensibilizasiya faktorini ishlatgan holda chaqirildi.

Derejanov 4 qismdan iborat tajribani amalga oshirdi:

1 qismi : muallif ot zardobi bilan quyonlarda sensibilizasiya chaqirdi. Keyin ruxsat etilgan zardob miqdorini suyak ko'migi bo'shlig'iga yubordi, aseptik allergik osteomielit keltirib chiqardi.

2 qismi : tajribalarda belgilangan miqdor 500000 oq stafilakokk mikroblari tanalarini yuborgan. Natijada birinchi qismdagi gistologik o'zgarishlar kuzatilgan.

3 qismi : sensibilizasiya maqsadida ruxsat etilgan zardob miqdori va oq stafilakokklar qo'llanilgan, osteomielitning nekrozli o'choqlar bilan o'tkir kechuvi.

4 qismi : sensibilizasiya zardob va ruxsat etilgan stafilakokk miqdori bilan amalga oshirgan ruxsat etilgan miqdorni yuborishdan oldin hayvon goleni taxta cho'p bilan savalanadi.

Bu qismda osteomielitni rivojlanish mexanizmi yengil travma bilan bog'liq- cho'p bilan savalanishi. Bu travma bitta suyakda yiringli osteomielit kam miqdordagi mikroorganizmlar bilan keltirib chiqarishi mumkin.

O'zini izlanishlarida S.M Derejanov tomirlarda tromblar embollar kuzatnadi, shuning uchun Lekser va Bobrov bu nazariyani inkor etadi, tekshiruvlar natijasidan S.M Derejanov quyidagi xulosalarga keladi.

1 - O'tkir infeksiyon osteomielit faqat sensibillangan odamda rivojlanadi

2 – Osteomielit sensibillangan odamda mudragan infeksiya va nospesifik qo'zg'atuvchi travmalar sovuq qotishda rivojlanadi

3 – O'tkir osteomielitda bir vaqtning o'zida yallig'lanish jarayoni suyak ko'migi periost va yumshoq to'qimalarni zararlaydi.

Ya.M Sneshko quyonlarda Derejanov bo'yicha tajribalar o'tkazdi, ular 2 guruhga bo'lindi.

1-Quyonglar ot zardobi bilan sensibillangan

2-Kontrol guruhi. Tajribalar jarayonida Ya.M Sneshko quyonlarda jag' O.Ch.O.N ni keltirib chiqardi. Sensibillanmagan quyonlarda o'tkir osteomielit chaqirilmagan.

Ya.M Sneshko odamda o'tkir jag' ostiyemiyeliti faqat mikroblar va ularning faoliyati davomida ishlab chiqarilgan mahsulotlar bilan organizmni dastlabki sensibilizatsiyadan keyin kelib chiqishi mumkin degan xulosaga keladi. Derejanov ishlari va allergik teoriya bolalarda uchraydigan va jarayonni metafizlarida lokalizatsiyalanishini tushuntirib bera olmagan. I.S Vengerovskiy 1964 yil osteomielitda organizmda bo'ladigan har xil jarayonlarni allergiya bilan tushuntirish mumkin emasligini yozadi.

Osteomielitni nerv reflektor nazariyasi M.M Yelanskiy 1954 yil tomonidan aytib o'tilgan. Unga ko'ra osteomielitni kelib chiqishi tomirlarni davomiylik spazmi manfaatlantirib qon aylanishini buzilishi bilan vujudga keladi. Vazospazmni keltirib chiqaruvchi faktorlar tashqi muhitdagi ta'sirlovchilar bo'lishi mumkin. Bunda sensibilizatsiya qanchalik muhimligini va yashirin infeksiya borligini inkor qilmaslik kerak. N.R.N asoslash uchun V.A Vashinskaya bir qancha tajribalar o'tkazdi S.M Derejanov metodikasini qo'llab u tajribalarni 1 qismida ko'pchilik quyonlarda osteomielit chaqirdi. Tajribani 2 qismida teng sharoitda allergeni ruxsat etilgan miqdoridan keyin antispastik moddalar yuborgan va osteomielitni rivojlanishi kamaygan. Tajribani 3 qismida suyak destruksiyasi borligida ganglioblokatorlar yuborganda jarayon rivojlanishi qaytar holatda.

Jag' osteomielit patogenezida markaziy nerv sistemasini o'rni G.N Semenshenko aniqlagan. U pastki jag' nerviga metall uzukni qo'ygan, bunda davomiy ta'sirni keltirib chiqargan (organizm sensibilizatsiyasini ham keltirib chiqargan) keyin pastki jag' tanasi charxlangan va suyak ko'migiga mikroflora kiritilgan, bunda jag' osteomielitini keltirib chiqargan.

M.M Salavyov bo'yicha osteomieliit patogenezini haqida zamonaviy tushunchani antigen xususiyatiga ega zardob oqsilini periapikal infeksiyon yallig'lanish jarayonini o'rab turuvchi to'qimalarga tarqalishi bilan bog'laydi.

Osteon va oziqlantiruvchi kanallar orqali bu antigenlar suyak usti pardasi va fassiyalar aro kletchatkalariga yetib boradi. Kapillyarlarni zich turi mavjudligi antigenlarni ularning devori orqali qon tomirga o'tishiga sharoit yaratadi. Bu yerda ular qonda sirkulyasiya qilayotgan antigenlar bilan birikib komplekslar hosil qiladi, ularning borligi Artyus Saxarov tipi bo'yicha fenomen immunopatologik reaksiya vujudga keladi, unga endoteliy jarohatlanishi, tomir ichida qon ivishi, mikrosirkulyasiyani buzilishi, to'qima nekrozi va yallig'lanish jarayonini kelib chiqishi.

Bu tushuncha periostitlarni jag' oldi flegmonalarni va absesslarni rivojlanishini tushuntirib berishi mumkin, bunda yiring suyak ichidan chiqmasdan birlamchi o'tkir infeksiya o'chog'idan bakterial antigenlarni jag' oldi yumshoq to'qimalariga o'tishi natijasida rivojlanadi.

Jag' oldi yumshoq to'qimlarni zararlanishini M.M Salavyov quyidagi ravishda tushuntiradi: parodontda o'tkir o'choqli infeksiya bakterial antigenlari suyakni kompakt qismidan o'zlari tarqalishi mumkin. Jag' oldi yumshoq to'qimalariga ularni o'zi jarohatlash xususiyatiga ega emas. Sensibillashgan organizmlarda ularni antitelolar bilan uchrashish (T-limfositlar hujayra membranasidagi erkin yoki fiksasiyalangan) sharoiti kapillyarlar turi zich hujayra infiltrasiya sharoiti yaxshi vaskulyarizasiyaga ega jag' oldi to'qimalarida yuqori bo'ladi (suyak to'qimasiga nisbatan). Bu uchrashishdan hosil bo'lgan kompleks antigen – antitelo immunopatologik reaksiyalarni keltirib chiqarib ular to'qimani jarohatlanishini va yallig'lanishini keltirib chiqaradi.

Oldingi ma'ruzada periodontda surunkali jarayonni o'tkirlashuvi natijasida 80-90 % holatlarda YUJS ni o'tkir yiringli jarayonlari keltirib chiqaradi.

Surunkali o'choklar infeksiyasini o'tkirlashuvini sabablari nima.

Yuqorida ta'kidlab o'tilgandek infeksiyon o'choq bilan bemor organizmi orasidagi muvozanat saqlanadi. Odontogen infeksiya uchun baryer bo'lib biriktiruvchi to'qimali kapsula (granuloma) hisoblanadi, u mikroblarni va ularni mahsulotlarini o'choqqa yaqin joylashgan to'qimalarga tarqalishini chegaralaydi ularni qon tomir o'tishini ham.

Muvozanat quyidagi holatlarda kuzatilishi mumkin.

1) Mikroflora virulentligini oshib ketishi:

- A) Yiring chiqish yo'lini buzilishi
 - B) Mikroblar konsentrasiyasi va ularni toksinlarini oshishi
 - V) Anaerob mikroflora uchun optimal sharoit yaratish
 - 2) Kapsulani mexanik jarohatlanishi natijasida uning o'tkazuvchanligini oshishi
 - A) Tish olganda
 - B) Tishga haddan tashqari bosim tushganda
 - V) Immunopatologik sistemalar holatini funksional o'zgarishi
- Bu bo'lishi mumkin
- A) Sovuq qotish
 - B) Isib ketish
 - V) Jismoniy va emmosional zo'riqishlar
 - G Ultrabinafsha nurlarini haddan tashqari ko'payib ketishi
 - Ye) Interkurent kasalliklar

Bu faktorlar odamda umumiy steretip reaksiyalarni-aktivasiya reaksiyalarni bu stress stadiyasini va qo'rquv bosqichlariga to'g'ri keladi. Bu holat immunologik zanjirlarini ko'pchiligini funksional oshishi bilan kuzatiladi: qon tarkibida spesifik (antitelo) nospesifik (komplement properdin) gumoral faktorlar oshadi, fagositar hujayra elementlari (mikro va makrofaglar) miqdori ko'payadi.

4) Gipotalamus – gipofiz – buyrak usti tizimlari normada organizm sensibilizasiyasini ushlab turgan holda yallig'lanish reaksiyalarini olgan holda bemor organizmi va surunkali odontogen infeksiya o'chog'i orasida muvozanat saqlab turadi. Biroq surunkali infeksiya o'chog'ini uzoq muddatda bo'lishi yuqorida ta'kidlab o'tilgan sistemalarni yashirin funksional yetishmovchiligini keltirib chiqaradi. Bu fonda bemor organizmiga umumiy harakterli ta'sirlovchilarni ta'sir etishi (intoksikatsiya, sovuq qotish va boshqalar) gipotalamus gipofiz buyrak usti po'stlog'i sistemalarni zaiflashuviga olib keladi. Bu zaiflashuv natijasida infeksiyon allergik jarayonlar aktivasiyasini rivojlantiradi.

Suyak to'qimasi destruksiyasi va uni zararlanish hajmini keltirib chiqaruvchi omillar. Yuqorida aytib o'tilganidek UIYAJ bir holatda chegaralangan harakter periodont, periostit boshqa holatlarda suyakni destruksiyasi bilan kechuvchi osteomielit yoki bir necha anatomik sohalar flegmonasi o'z ichiga oladi. Omillarni bilish zararlangan to'qima hajmini bilgan holda rasional davoga katta ahamiyat kasb etadi.

M.M Salavyov kiritadi.

1 – Infeksiya boshlanishini virulentligi

- 2 – Umumiy immunologik reaktivlik (UIR)
- 3 – YUJS to'qimalarni mahalliy immunitet holatini
- 4 – Qon aylanish holati (mikrosirkulyasiya)

V.I Iyofe bo'yicha infeksiyon o'choq mikrofloriyasini virulentligi mikroblarni miqdori va xususiyatiga bog'liq. Patogen stafilakokk chaqirilgan O.I bemorlarda osteomielit rivojlanishi 2-3 baravar nopatogen stafilakokk bilan chaqirilgan bemorlarga qaraganda ko'proq uchraydi (Bibernan Ya.N 1968 y)

M.M Salavyov tajribada rentgen nurlari yordamida, glyukokortikoidlarni yuqori miqdorda yuborib, sovutib, mushaklarni charchatib, pastki jag' sohasida infeksiyon yallig'lanish jarayonlarini rivojlantirib U.I.R tushirdi, bu esa suyak to'qimasida destruksiyaga olib kelishini aniqladi. Bu holatni klinikada ham ko'rish mumkin. YUJS to'qimalarni mahalliy immuniteti uni holati IYAJ harakteri va rivojlanishini aniqlab beradi u to'qimalarni bu sohada nospesifik yoki spesifik himoya omillarini to'plab olishi va ko'paya olish xususiyatiga bog'liq. Bularga lizosim J y A sekretor, interferon konsement properedin kiradi.

Qon aylanishini buzilishi.

Osteomielit nazariyasini ko'rib chiqqanimizda Bobrov va Lekser nazariyasi haqida aytib o'tgan edik, bu mualliflar fikricha gematogen osteomielit bilan og'rigan bemorlar suyagi nekrozi qon aylanish buzilishi bilan vujudga keladi. Bu nazariya osteomielit patogenezini tushuntirib bermagan bo'lsa ham osteomielit keltirib chiqaruvchi omillar qatoridan olib tashlanmagan.

V.M Uvarov 1939-1957 yillar tajribalarida sekvestrlar o'zini shakli hajmi bilan u yoki bu arteriyalarni vaskulyarizasiyasi bilan bir biriga o'xshab ketishini aniqladi. V.I Lukyanenko 1968 yil pastki jag'ni sekvestrizasiyasini pastki alveolyar arteriyani ezilishi yoki tromboz, emboliya bilan bog'laydi.

Klinik kuzatuvlar bu fikrlar bilan bu fikrlarga qo'shilmaydi, chunki pastki jag' operatsiyalarida (prognatiya) nerv tomir tolalarini kesilishi nekroz chaqirmaydi. Buni T.M Alexova 1977 yil tajribalari ham ko'rsatdi.

Mikrosirkulyasiyani buzilishi bir sababi antigen antitelo komplekslari endoteliy kapillyarlarni jarohatlanishi hisoblanadi. Hujayra membranasini zararlanishi natijasida lizosomal enzimalar chiqib bular yallig'lanish mediatorlari hisoblanadi va kallekrin kinin sistemasi tizimi aktivlanadi. Bu sistemani oxirgi mahsuloti bradikinin fibronolitik sistema

ivish xususiyati qonning reologik xususiyati mikrosirkulyar tomirlar o'tkazuvchanligi va tonusiga ta'sir qiladi. (proxonchukov A.A 1972 yil). Qon aylanish hajm tezligi va qonning reologik xususiyatini yomonlashuvi fonida koagulyasion potensialining oshishi jag'ning u yoki bu qismida tomir ichida qonning to'liq yoki qisman ivishiga sababchi bo'ladi bu esa turg'un gipoksiya va suyakning zararlanishiga olib keladi.

Mikrosirkulyasiya buzilishini boshqa sababi bo'lib u tomirdan tashqari okklyuziya mexanizmlariga bog'liq. Prevaskulyar kletchatka yallig'lanish infiltrati qon tomirlarni ezib qo'yishidan kelib chiqadi (Grinen NV 1977y). Bunga odontogen yallig'lanish jarayoni yopiq suyak bo'shlig'ida kelib chiqishi sabab bo'ladi. Bunga bog'liq holda yallig'lanish komponenti tarkibiy qismi bo'lgan eksudat suyak ichi gipertenziyasini keltirib chiqaradi bu normaga qaraganda bir necha marta katta. (normada suyak ichi bosimi 0,29 -0,39 kPa yoki 30-40 mm suv ustuni). Birinchi navbatida suyak ichi gipertenziyasi kam bosimli venalarni ezib kuyadi. Qon oqimi saqlangan holda bu mikrosirkulyasiya to'laqonligi bilan kuzatiladi, qon oqimi sekinlashadi. Bu hollarda arterial qon aylanishi vujudga keladi.

Yuqorida ta'kidlab o'tilgan gemodinamik o'zgarishlar V.A Olshevsk tomonidan o'tkazilgan reografik tekshiruvlar isbot bo'la oladi. Pastki jag' sohasida o'tkir odontogen yallig'lanish jarayoni bor bemorlarda bu olimlar qon aylanish hajmini pasayganligi arterial oqimni va ayniqsa venoz oqimni qiyinlashganligini ko'rib o'tdi. Bu ma'lumotlardan kelib chiqib o'tkir odontogen infeksiya bor bemorlarda o'z vaqtida suyak ichi bosimini, sababchi tishni olib tashlash yo'li bilan, normallashtirish kerak.

Odontogen osteomieliit patogenezi mikrosirkulyasiya buzilishini 1-2 mexanizmini ishtirokiga bog'liq ekanligi ma'lum bo'ladi. Bundan tashqari mikrosirkulyasiya buzilishining bu 2 turi bir biriga bog'liq. Masalan tomir ichida qonni ivishi to'qima nekrozini chaqirib yallig'lanish mediatorini keltirib chiqaradi, keyinchalik eksudatni ko'payishi suyak ichi gipertenziyasini oshishini keltirib chiqaradi bu esa chiquvchi tomirlardan tashqari okklyuziyani tashkil qiladi. Bunda qon oqimi sekinlashadi va mikrosirkulyar oqim to'lib qoladi bu esa o'z navbatida qon tomir ichida qonning ivishini ta'minlaydi. O'z vaqtida jarroxlik amaliyoti o'tkazilsa ya'ni suyak usti pardasini kesish orqali uni tagida yig'ilgan yiring evakuasiyasi o'tkir odontogen infeksiya bilan og'rikan

bemorlarni mikrosirkulyasiya buzilishini oldini olish uchun muhim hisoblanadi.

Ma'lumki pastki jag' suyak destruksiyasi yaqqol kechuvchi osteomielit yuqori jag'ga nisbatan 4 marta ko'p uchraydi. Yuqorida ta'kidlab o'tilgan suyak zararlanish mexanizmlarini bilgan holda bunga sababchi nima ekanligini bildik: vaskulyarizasiyani va jag' suyak moddasini strukturasi har xilligi. Yuqori jag'ni kompakt plastinkasi yupqa va undan o'tuvchi qon tomirlar va nervlar hisobiga g'ovak bo'ladi shuning uchun bakteriya toksinlari mikroorganizmlar va ularning mahsulotlari jag' oldi to'qimalariga tez va oson o'tib u yerda yallig'lanish jarayoni rivojlanadi. Pastki jag'da kompakt plastinka zich kuchli bo'lib shuning uchun u mikroorganizmlar va ularning mahsulotlarni jag' oldi to'qimalarga o'tishiga to'sqinlik qiladi, shuning uchun ularning konsentrasiyasi suyakda shunaqa darajaga yetadiki ular to'qima strukturasi jarohatlaydi ya'ni suyak to'qimasi destruksiyasini rivojlantiradi. Bundan tashqari suyak plastinkasi zichligi tufayli eksudat tomonidan chaqirilgan suyak ichi bosimi tez ko'tarilish hisobiga mikrosirkulyasiya buzilishi bilan kechuvchi tomirlar okklyuziyasi tezroq vujudga keladi. Pastki jag' qon aylanishini buzilishiga pastki jag'da joylashgan pastki alveolyar arteriyani mavjudligi bo'lib hisoblanadi.

Jag'larning o'tkir osteomielit klinikasi.

O'tkir osteomielit klinik kechuvi turli xil bo'ladi osteomielit bo'lgan bemorlar sababchi tish sohasida paydo bo'lgan og'riqlarni ta'kidlab o'tadi va ularning gapi bo'yicha o'tkirlashgan surunkali periodontit klinikasiga o'hshaydi. Keyinchalik jarayon qo'shni tishlarga tarqaladi, ular qimirlaydi ularni perkussiyasi og'riqli bo'ladi. Og'riq kuchayadi 3 shoxli nerv shoxlari bo'yicha irradiyasiya berib butun jag'ni qoplab oladi pastki lab qizil xoshiyasini falajlanishi mumkin yo pastki lab xoshiyasi og'iz dahlizi shilliq qavati va daxan osti terisi falaj bo'ladi. 3-4 tishlar sohasi milklari shishgan va giperemiyalangan o'tuv burmasi tekis – periostitni tipik ko'rinishi bo'ladi. Qimirlagan tishlar parodontal cho'ntaklardan yiring va og'izda noxush hid ajraladi. Jarayonni tarqalish darajasiga qarab yumshoq to'qimalarda jag' oldi absess va flegmonalari rivojlanib, jarayon o'z ichiga limfatik tugunlarni ham oladi.

V.A Kozlov (1988) ma'lumotiga ko'ra odontogen osteomielitlar 81,78 % holatlarda turli xil joylashgan flegmonalar bilan asoratlanadi.

Chaynov mushaklarini jarayonga qo'shib ketishi og'iz ochilishini chegaralaydi, og'iz ochilishi qiyinlashadi.

Bunda organizmning umumiy reaksiyasi varaja tutadi puls va nafas olish tezlashadi bezgak tutadi. Bemorlar bosh og'rig'iga, uyqusizlikka, ishtaha yo'qlikka, holsizlikka shikoyat qiladi.

Organizmni javob reaksiyasi infeksiya virulentligiga, bemor organizmining rezistentligiga va patologik jarayon davomiyligiga bog'liq.

Tana harorati 39-40 °C ko'tarilishi mumkin, ba'zida bir xil bemorlarda osteomielit subfebril temperaturada ham kechishi mumkin.

Qon tekshiruvda neytrofilli leykositoz $12 - 15 \times 10^9 /L$ yosh formalarni hosil bo'lishi bilan kuzatiladi. Eozin va leykopeniya ECHT 40-60 mm/s gacha ko'tarilib ketadi.

Peshobda oqsil izlari aniqlanadi.

Osteomielitni o'tkir osti bosqichi.

Osteomielitni o'tkir osti turi S.M Derijanov ta'kidlashicha, bo'ron o'tib ketgan joyni eslatib bu yerda o'lgan narsalarni tiklash uchun barcha kuch va imkoniyatlar mobilizatsiya qilinadi. Umumiy holatni yaxshilanishi jarayonni o'tkir osti turiga o'tganligi harakterli: temperatura tushadi, leykositoz va ECHT tushadi, ishtaha ochiladi, uyqusizlik yo'qoladi, bosh og'riqlar holsizlik yo'qoladi, mahalliy yaralar tozalanadi, yiring ajralishi to'xtaydi. Yallig'lanish o'chog'ida joylashgan tishlar qimirlashi to'xtaydi.

Bu stadiyani davomiyligi turli xil mualliflar fikricha 1-2 haftadan 8-12 haftagacha davom etadi. Buni davomiyligi organizm rezistentligiga bemor yoshiga osteomielit turiga davolashni hajmi va vaqtiga bog'liq bo'ladi.

Osteomielitni surunkali bosqichi.

Jag'lar osteomielitni surunkali bosqichi eng ko'p davom etadi. Unga kesuv joylarida va olib tashlangan tishlarda og'iz ichi va og'iz tashqari oqma yo'llari hosil bolishi va sekvestrlar hosil bo'lishi harakterli.

Kichik sekvestrlar oqma yo'llardan chiqishi yoki so'rilib ketishi mumkin (litik forma). Agar sekvestrlar katta hajmli bo'lsa ular atrofida sekvestrli korobka hosil bo'ladi.

A.G Shargorodskiy 2002 bo'lgan sekvestr rivojlanish lokalizatsiyasi infeksiya kiruvchi darvozalarga bog'liq, muallif fikricha, oldingi guruh tishlar va premolyarlar zararlanganda sekvestratsiya alveolyar o'siq yoki pastki jag' tanasini o'rta bo'limi bilan chegaralanadi. Infeksiya manbai bo'lib molyarlar hisoblansa, yallig'lanish jarayoniga pastki jag' shoxlari va burchagi kiradi. Shuni ta'kidlab o'tish joizki kattalarda osteomielit jarayonini pastki jag' tanasi sohasida osteomielit jarayoni lokalizatsiyasi pastki jag' tanasi sohalarida faqat sababchi tish atrofi suyak sohalari sekvestrlanadi. Jag' chetlari zararlanmaydi destruktiv osteomielitda patologik sinish kuzatilishi mumkin. Bir xil bemorlarda destruktiv va reparativ jarayonlar jadal kechadi. Boshqa kasallarda giperplastik jarayonlar bo'lib kasallik o'tkir bosqichisiz kechadi. Bunda oqma yo'llar bo'lmaydi kasallik yillab davom etadi. Surunkali osteomielitni boshqa turlari ham bo'lishi mumkin bunda kichik o'choqli destruksiyalar bir joyda joylashmagan bo'lib suyak to'qimasini sog'lom sohalari bilan navbatma navbat almashinib keladi – kichik o'choqli osteomielit (Rasm 14).



Rasm 14. Odontogen osteomielit rengenolgik ko'rinishi.

YUJS gi o'tkir yallig'lanish kasalliklarini tekshirish usullari.

Odontogen yallig'lanish kasalliklarini tipik ko'inishini o'zgarishi va og'ir asoratlarni kelib chiqishi munosabati bilan kasallikni erta diagnostikasi va kasallik kechishini prognozlash muhim ahamiyat kasb

etmoqda. Nafaqat turini aniqlashni balki uni lokalizasiyasini, infeksiyon yallig'lanish jarayonni tarqalganligini atrof to'qimalarni holatini bilgan holda differensial davolashni rejalashtirishni aniq amalga oshirish kerak.

Stomatologik poliklinika sharoitida jarroh stomatolog elementar laborator tekshiruvlarga imkoniyati bo'lmaydi. Bu sharoitda klinik belgilarni interpretasiyasi ya'ni so'rov va bemorni ko'zdan kechirganda vrachni kvalifikatsiyasi va mahoratiga to'la bog'liq bo'ladi. Periodontit, periostit, jag' osteomieliti kabi kasalliklarga bir xil belgilar hos bo'lib bunda tishdagi og'riq jag'dagi og'riq, yumshoq to'qimalardagi shish, tishlar qimirlashi, tana haroratini ko'tarilishi, uyqusizlik, ishtahani yo'qolishi va boshqalar bo'ladi. Ular faqat miqdoriy va sifat harakteristikasi bilan farqlanadi (D.U Miraxmedov 1989 y).

Oxirgi yillarda tibbiyotda diagnostika savollarini yechish kasallikni og'ir o'tishini prognozlash maqsadida kompyuter tomografiya matematik usullar va EVM keng jalb qilinmoqda.

M.V. Hall D.Narteada, A Manruso (1985) ma'lumotiga ko'ra kompyuter tomografiyasi bo'yin va kalla sohasidagi bo'shliqlarida infeksiya lokalizasiyasini aniqlashda yaxshi natija berishini ko'rsatib beradi.

Agar patologik jarayonning yumshoq to'qimalariga tarqalishini aniqlansa u yoki bu funksional o'zgarishlarni aniqlanishiga asoslanib patologik jarayon suyak to'qimasini o'z ichiga olganligini rentgenologik tekshiruvlar ma'lumotlariga asoslanadi.

(V.I Lukyanenko 1968 – 1986, M.M Salavyov 1969, T.K Supiyev 1985y, N.A Rabuxina 1988 – 1989, J.B Murpxy, J.Xacegua 1985 y) mualliflarning bergan ma'lumotiga ko'ra odontogen infeksiyani har qanday shakli suyak to'qimasida uchraydigan joyida o'zgarishlar bo'ladi. Lekin suyak to'qimasini zararlanishini rentgenologik belgilari jarayon rivojlanishini 10-14 kuni aniqlash mumkin. Shuning uchun kasallikni boshlang'ich davrini to'qima zararlanish hajmini haqida bevosita suyakdagi yallig'lanish jarayonini klinik ko'rinishiga asoslanadi. Odontogen infeksiyon jarayonni diagnostika va prognoz qilish maqsadida gematologik, bioximik va immunologik testlar temperatur reaksiyalar hujayrali oqsilli elektrolitli qon periferik tarkibining miqdoriy va sifat o'zgarishlar uning tarkibidagi nospesifik va spesifik immunitet omillari ECHT leykositlarni funksional aktivligi kabi tekshiruvlar o'tkazish tavsiya etiladi.

Yuqorida sanab o'tilgan klinik laborator tekshiruvlar yallig'lanish jarayonni o'tkirligi haqida kasallik kechish dinamikasi haqida xulosa beradi, lekin ularning hech biri suyak to'qimasini zararlanishiga spesifik harakterli hisoblanmaydi. Bundan kelib chiqqan holda ular suyak to'qimasi zararlanish hajmi qanchaligi haqida yetarlicha ma'lumot bo'lib xizmat qilmaydi. V.M Uvarov 1971, V.I Lukyanenko (1968-1986) va boshqalar qon o'zgarishdagi ko'rinish asosida kasallikni nechog'lik tarqalganligi haqida aniqlash mumkin emasligini ta'kidlaydilar. Bu fikr bilan shartsiz rozi bo'lish kerak chunki yuqorida sanab o'tilgan testlar organizmning nospesifik reaksiyalari bo'lib hisoblanadi.

Ultratovushni diagnostika maqsadida qo'llash.

Ma'lumki har qanday patologik jarayon o'chog'ida nafaqat morfologik strukturalar o'zgaradi balki uning fizik mexanik xususiyatlari ham o'zgaradi. Bu o'zgarishlarni ultratovushni muhim xususiyati yordamida har xil zichlikdagi akustik 2 muhit chegarasini aniqlashda foydalanilgan. Yuz jag' sohasi yumshoq to'qimalarida yallig'lanish jarayonlarini ultratovush diagnostikasiga bag'ishlangan birinchi ishlaridan bo'lib jarroxlilik stomatologiyasi kafedrasida assistenti M.Yu Mirzamahmudov (1979) tomonidan amalga oshirilgan. Ish jarayonida yuz yumshoq to'qimalarini optimal praktik chiziqlarni skanerlash va ultratovush tekshiruvini original usulini ishlab chiqarildi: daxon osti, jag' osti, og'iz bo'shlig'i tubi, jag' orti, quloq chaynov oldi, lunj, ko'z osti, yonoq, chakka va boshqa sohalarni o'z ichiga oladi. O'sha vaqtning o'zida yutqin oldi, qanot jag', chakka osti va og'iz bo'shlig'ini tekshirish urinishlari zoya ketdi chunki apparat ko'rsatkichlarini konstruksiyasini bu sohalarda tekshirish uchun moslashtirilmagan edi. Bu apparatda ishlash chegaralanganligiga qaramasdan muallif yumshoq to'qimalarda yallig'lanish jarayonlari diagnostikasida bir o'lchamli yoki 2 o'lchamli exografiya usulini qo'llash mumkinligini aniqladi. Exogrammalarda yiring joylashgan sohani chuqurligi va davomiyligi haqida tasavvur qilish mumkin.

Klinik tibbiyotda ultratovush moslamasini 2 chi avlodi aniq tartib bilan ishlovchi V skanerlarni 2 chi tipi ishlab chiqarilgandan so'ng aytarli muvaffaqiyatga erishildi. Bu tip moslamani boshqalardan farqi shundaki ma'lumotlarni o'qish tanaffussiz o'qilib ekranda paydo bo'luvchi tasvir esa saqlanmagan holda katta chastota bilan yangi tasvir bilan almashinib turiladi. Tasvirni almashinish chastotasi yuqoriligidan, ko'rilgan tasvir

tanaffuzsiz ko'rsatiladi. Ultratovush tomografiyasida anatomik tuzilishlarni holati, ularning o'zaro joylashuvi konfiguratsiyasi hajmi haqida diagnostik ma'lumot olinadi. 1 o'lchamli exografiyadan farqli ravishda ultratovush tomografiyasida olingan ma'lumot qavatma qavat ya'ni ko'p qavatli va ko'p proyeksiyali bo'ladi.

Ultratovush tomogrammalarini olish uchun, datchik tekshiruvchi ob'yekt ustida harakatlantiriladi, signallar ELT ekranida yoriq nuqta yoki chiziqlar ko'rinishda bo'ladi.

Juda ko'p vaqt mobaynida suyak to'qimasi patologiyasi diagnostikasida Ultratovush tomografiyasi effektiv emas deb hisoblanilgan. Chunki suyakni ultratovush to'lqinlarni yutish % zi yuqori bo'lganligi uchun (9db / sm). Suyak mushak chegarasida qaytarilish koefitsenti 57,9% (M.M Boger, S.A Mordvov 1988 y).

Oxirgi yillardagi tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki exotomografiya suyak patologiyasi diagnostikasida shuningdek o'smali va suyaklarni yallig'lanish jarayonlarida (osteoparoz bilan kechsa) muvaffaqiyatli qo'llanib kelinmoqda. (I.P Krolevs va soavt, 1974 y, F.L Alyavi 1984 y, N.N Mazalova, X.A Agzamxodjayeva 1984y, V.G Sapojnikov 1985 y, M.A Isamuxammedova 1988 y). Zamonaviy ultratovush uskunalarda olingan exogrammalarida sog'lom teri, teri osti kletchatkasi, chaynov mushaklari, so'lak bezlari, limfa tugunlari va katta qon tomirlar yaxshi vizualizatsiya qilinadi.

Ultratovush tomografiyasini qo'llanishi bizga (M.I Azimov 1991 y) yallig'lanish kasalliklarini shakliga bog'liq holda lokalizatsiyasini, tarqalishi va kasallikning fazalari ehografik ko'rinishini namoyon qilib berdi.

Yuza joylashgan absesslarda patologik o'choq teridan keyin vizualizatsiyalanadi uning shakli dumaloq yoki ovalsimon chegaralari aniq bo'lib ko'rinadi.

Limfadenitlarda exotomografik ko'rinish patomorfologik bosqich o'zgarishlariga bog'liq bo'ladi. Nospesifik odontogen limfaadenitlarda exogrammada chegaralari aniq limfatik burchak dumaloq yoki oval shaklida ichki gomogen tuzilmalari bilan yaqqol ko'rinadi. Ultratovushni bez orqali o'tishi va tashqi devorini vizualizatsiyasi uning ichki tuzilmasiga bog'liq. Agar bez ichi tuzilmasi exoerkin bo'lsa ya'ni yiringli eksudatdan tashkil topgan bo'lsa, unda ultratovush bez kapsulasining tashqi devoridan yaxshi qaytadi. Seroz bosqichida yoki produktiv

yallig'lanishda bez chegaralarini aniqlash mumkin lekin ichki tuzilmasi gomogen bo'ladi.

So'lak bezlari bo'yin kistalarni qiyosiy tashhisida ultratovush skanerlashni nechog'lik ahamiyatliligi kashf qilindi. Ehogrammada kista bigizsimon yoki ovalsimon shaklda bo'lib ultratovush kistani qalin kapsulasidan yuqori intensivlik bilan qaytadi. Bu belgilar asosida bo'yin kistasini boshqa yallig'lanish kasalliklaridan qiyoslanadi. Bundan tashqari U.T.S kistoz hosilani ko'p kameraligini aniqlaydi.

Gemotoma boshqa patologik hosilalaridan farqli ravishda eho erkin tuzilmasi aniq chegarali noaniq shaklga ega. Bo'shliq hosilasini ostida qaytgan eho to'lqinlarni aniq vizualizasiyasi ko'rinadi.

O'tkir yiringli periostitda yoshga bog'liq bo'lgan holatda, yuqori va pastki jag'da bir xil ko'rinish kuzatiladi: teri sathidan 0,8 - 1 mm chuqurlikda 10 X 15 X 5 - 10 X exoerkin soha vizualizasiya qilinadi. Bunda exoerkin soha 20 - 40 mm, ovalsimon shaklda, oldingi chegaralari noaniq, keyinchalik suyak usti pardasini aniq chegaralari, ajralgan suyak usti pardasi va jag'ni kompakt plastinkasi orasida bigizsimon bo'shliq bo'lib tarkibida eksudat saqlanishi kuzatiladi. Shuning uchun exogrammada 2 aniq chegara chiziladi bu holatni 2 konturlilik deb yuritiladi. Periostit bilan og'rikan bemorlarda uning davomiyligi 21X18X2

Ultratovush tomografiyasi lokalizasiyani (yuza yoki chuqur) yallig'lanish bosqichini (seroz yoki yiringli) va uni tarqalganligini (bitta anatomik soha bilan chegaralanganmi yoki tarqalganmi) aniqlab berishi ko'rsatildi.

Jag' suyaklari atrofidagi yumshoq to'qimalarni odontogen flegmonalarida jarroxlik amaliyoti qilishdan oldin exogrammada yumshoq to'qimalarni hajmini kattalashganligini kompakt plastinka va yumshoq to'qimalar orasidagi har xil uzunlikdagi exoerkin sohalarni vizuallashtirish mumkin.

Tashqi kompakt plastinka aniq tekis kontur ko'rinishda vizuallashtiriladi. Odontogen flegmonasi bor bemorlarni hammasida yuqori tovush o'tkazuvchanligi va g'ovaksimon jag' tanasining vizualizasiyasi aniqlandi. 3-7 yoshdagi bolalarda ichki kompakt qavat vizualizasiya qilinadi. Ichki kompakt qavat kattalashgan sari uni vizualizasiyasi kamayib boradi. Jag'ning g'ovaksimon qavatida odontogen flegmona bilan og'rikan bemorlarda exoerkin o'choqlar paydo bo'ladi bu

osteoparoz borligidan dalolat beradi. Bu exoerkin olingan natijalar ultratovush tarqalish tezligini 15-20% kamayganligini isbotlab beradi.

Odontogen osteomielitni o'tkir fazasida flegmonada uchraydigan kabi yumshoq to'qima zichligi va hajmi kattalashishi, tashqi kompakt plastinka va mushaklar orasida exoerkin zonalar paydo bo'lishi yiringli eksudatga xosligini vizual ko'rish mumkin. Jag'ning bir xil sohalarida suyak usti pardasi ajralgan va u «2 lik kontur» sifatida vizuallashadi. Yiringli odontogen osteomielitga suyak tuzilmasi va ichki kompakt plastinkasini vizualizasiyasi xos. Odontogen flegmonani exografik ko'rinishidan farqli ravishda yiringli odontogen osteomielitga yuqori tovush o'tkazuvchanlik hos bo'lib, ovalsimon yoki bigizsimon shakldagi exoerkin sohalar paydo bo'ladi bu yiringli eksudatni rivojlanishi va to'planishiga sharoit yaratib beradi.

Jag' destruktiv osteomieliti bilan og'rigan bemorlarning exografik ko'rinishi boshqacha bo'ladi. O'tkir osti fazasida yumshoq to'qimalarida infiltrasiya saqlangan uning zichligi oshgan suyak usti pardasining butunligi buzilgan, tashqi kompakt qavatini konturi aniq bo'lmaydi. Suyakni ichki tuzilmasi ichki tuzilmasi deyarli o'zgarishga uchramaydi chunki bunda exoerkin sohalar saqlangan bo'ladi. Ichki kompakt plastinkasini aniq konturi yo'qola boshlaydi.

Sekvestrlarni rivojlanib borishi bilan jag' tashqi kompakt plastinkasini va unga tegishli bo'lgan sohalaridagi g'ovaksimon moddalarni intensiv tovush qaytarishidan fragmentasiyani aniqlash mumkin. Shuning uchun exogrammada sekvestrlar rivojlanish jarayonini kuzatish mumkin. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek exotomografiya yallig'lanish jarayonini tarqalganligini, kasallik o'tkir yoki o'tkir osti fazalarida va uni u yoki bu darajaga tegishlilikini aniqlashga imkon beradi.

Ma'lumki ultratovushlarning tebranishi turli biologik to'qimalarda ma'lum tezlik bilan, ularning zichligiga bog'liq bo'lgan holda tarqaladi.

Suyak to'qimasida ultratovush tebranishini tarqalish tezligini ro'yxatga olish qilish exosteometriya deyiladi. Bu birinchi bo'lib sovet olimlari tomonidan taklif qilingan (E.Ya Dubrov 1972 y) bu usul suyak to'qimsida ultratovush tebranishini tarqalish tezligini o'lchashga asoslangan bo'lib har xil patologik holatlarda uning zichligi haqida ob'yektiv ma'lumot olishga imkon beradi (O.V Torushkin 1970 y, A.A Nikitin, Yu.B Zolotaryova 1979 y, A.G Kas 1980 y)

Ultratovush osteometriyasi uchun zamonaviy uskunalar osteoparoz darajasini yozib olish imkoni 3-5 %ni tashkil etadi.

Sog'lom odamlar jag' suyaklarida ultratovushni tarqalish tezligini tekshirish yoshga bog'liq bo'ladi. 3 - 7 yoshli bolalarda pastki jag'da ultratovush tarqalishini tezligi 21-82 - 78,1 m/s, yuqori jag'da 19,61 - 67,8 m/s. doimiy tishlarni chiqib borishi va jag' suyaklarni mineralizatsiyasi tufayli ultratovush tarqalish tezligi ham oshib boradi. 8-14 yoshda pastki jag'da u 28-58 +106,7 m/s yuqori jag'da 25-26 + 98,3 m/s kattalarda 33-26+30,3 va 30-50+27,2m/s bo'ladi.

Jag'larning exoosteometriyasi ultratovush tebranishini tarqalish tezligi yallig'lanish jarayonini fazasi va shakliga bog'liqligini ko'rsatadi. Yuz yumshoq to'qimalarning neodontogen yallig'lanish kasalliklarida (adenoflegmonalar, absesslar, flegmonalar, furunkullar) ultratovush tarqalishining tezligi unga simmetrik bo'lgan sog' tomonga nisbatan 3,1-7,7%ga kamayishi aniqlangan. Bemor yoshi qanchalik kichik bo'lsa ultratovush tarqalish tezligi ham shuncha kamayib boradi. Yuz jag' sohasidagi odontogen absess va flegmonasi bor bemorlarda ultratovush tarqalish tezligi unga simmetrik bo'lgan sog'lom tomonga nisbatan 15,8 - 19,1% ga kamayadi. O'tkir yallig'lanish jarayonlari o'tib ketgandan keyin sog' va zararlangan tomonda ultratovush tarqalish tezligi muvozanatlashadi.

Jag'larning yiringli va destruktiv odontogen osteomielitining o'tkir fazasida ultratovush tarqalish tezligi 22,8 - 25,1% ga kamayadi. Yiringli odontogen osteomielit bilan og'rigan bemorlarni kasallikni o'tkir osti fazasining 7-10 kunida ultratovush tarqalish tezligi qayta tiklanadi, destruktiv jarayon bor bemorlarda u kamaygan holatda bo'ladi va bu yomon oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Jag'ning surunkali destruktiv odontogen osteomielitida sekvestr kapsulani rivojlanishi va sekvestrni ajralishi ultratovush tarqalish tezligini kamayishiga sababchi bo'ladi bu holat sekvestroektomiyadan keyin ham saqlanadi.

Davolash. Jag' osteomielitini o'tkir fazasida davo kompleksli va stomatologik stasionarda o'tkazilishi kerak. U jarroxlik aralashuvidan - suyak usti pardasidagi yiringli o'choqlarga suyakka va unga yaqin joylashgan yumshoq to'qimalarga birlamchi ishlov berish, yallig'lanishga qarshi dezintoksikatsiyalovchi, umumquvvatni oshiruvchi, stimullovchi va simptomatik davodan iborat.

Mahalliy davo sifatida yiringli o'choqlarni birlanchi jarroxlilik ishlovi darhol amalga oshirilishi kerak: (tishni olish – infeksiya manbasi), suyak usti pardasi ostida, suyak va jag' oldi yumshoq to'qimalaridagi yiringli o'choqni ochish va drenajlash.

O'tkir osteomielitni boshlang'ich davrida tish olinganda yiring oqib chiqishi uchun sharoit yaratiladi. Tish qanchalik tez olingan bo'lsa yallig'lanish jarayonlari shunchalik tez to'xtaydi va jarayon tarqalish xavfi kamayadi. Tish olinishi yumshoq to'qima va suyak usti pardasi ostidagi va suyakdagi yiringli o'choqni ochish bilan bir vaqtning o'zida amalga oshiriladi. Og'iz dahlizidagi kesuvlar suyak perforasiyasi bilan amalga oshiriladi. Bu yiringni chiqib ketishi va mikrosirkulyasiyani kuchayishini keltirib chiqaradi. Pastki jag' zararlanganda N.N Bajanov va O.D Shalabayev A 986 1990 y suyak ichi yuvilishi kerakligini maqsadga muvofiq ekanligini hisoblashadi. Jag' oldi yiringli o'choqlarni og'iz ichi yoki og'iz tashqarisidagi jarroxlilik kesuvlar umumiy yoki mahalliy og'riqsizlantiruvchilar trimekainli yoki lidokainli blokadalar bilan amalga oshiriladi. Oxirgi xatti harakat kun ora takrorlanib turadi: davo qo'llanishi 3-6 blokadadan iborat. Ba'zi holsizlashgan bemorlarda tish olishni kechiktirish mumkin. Yallig'lanish jarayonlarini oldini olguncha. Yiringli jarohatlarga qarashda katta ahamiyat berish kerak bunda jarohat yuvilib turilishi kerak tomchili yuvish (antiseptik, nitrofuran eritmalarini, antibakterial va immun preparatlarini qo'llagan holda).

Umumiy kompleks davo yallig'lanish reaksiyasi va suyakning zararlanishi shuningdek asoratning rivojlanishiga bog'liq bo'ladi. Jag' o'tkir osteomielitini normergik kechganda yallig'lanishga qarshi (antibiotiklar, sulfanilamidlar, nitrofuranlar) desensibillovchi, umumquvvatni oshiruvchi, stimullovchi va simptomatik davo olib boriladi.

Dorivor moddalar mushak orasiga va vena ichiga yuboriladi aktiv immunoterapiya qilinadi umumiy kompleks davolashda antigen stimulatorlari effektiv bo'ladi.

Jag' o'tkir osteomieliti giperergik kechganda suyak nekrozi kuzatiladi, asorat rivojlanadi, bunda intensiv terapiya bo'lishi shart. Antibiotiklar, sulfanilamidlar, nitrofuranlar, desensibillovchi moddalar.

Jarayon qadamlarini hisobga olib (Gubin M.A., 1987) – reaktiv, toksik, terminal – quyidagilar hisobga olib operatsiyadan oldinga

tayyorgarlik va operativ aralashuv o'tkaziladi. Operatsiyadan keyingi intensiv terapiya metabolik jarayon, arteriya ichiga yuboriladigan antibiotikdan keyingi gemodinamika korreksiyasi, gemosorbsiya, plazmaferez, limfosorbsiya, donor talog'ini kiritgan holda shuningdek hayotiy zarur tizimlar buzilishini kompensasiyasiga yo'naltirilgan terapiya o'tkaziladi. Birlamchi va ikkilamchi immunodifisitli shaxslarga o'tkir osteomielit diffuz formasini davolash kompleks yallig'lanishga qarshi, desensibilizasiyalovchi, umumquvvatlovchi va stimulyasiyalovchi terapiya individual rejalashtiriladi. Antibiotikoterapiya anabolik gormonlar bilan birgalikda ishlatish maqsadga muvofiq. Immunoterapiya faqat passiv bo'lishi mumkin. Antigen stimulyatorlar faqat ularni ta'siri nazorati ostida kiritiladi. Ba'zi qari yoshidagi bemorlarga davo kortikosteroidlar bilan o'tkaziladi. O'tkir osteomielitni giperqik ketishida kompleks davo detoksikasion, umumquvvatlovchi va stimulyasiyaluvchi davo mualojalar bilan boshlanishi kerak. Antibiotiklar faqat ajratilgan mikrofloraga sezgirligini Sarev-Ushakov mikrousulda aniqlab tayinlash lozim. Spesifik aktiv immunoterapiya faqat ko'rsatma bilan yetarli dozada (etiotrop terapiya) o'tkaziladi. Preparatlarni organ va to'qimalarda taqsimlanish xususiyati (to'yinish effekti)ni va shuningdek antibiotik va boshqa dori vositalarini mos kelishini hisobga olish kerak.

Antibiotikoterapiya vaqtida asorat rivojlanishini esda turish kerak: allergik va toksik reaksiya, disbakterioz. Jag'larni o'tkir osteomielit bilan kasallarda bu asoratlarni oldin olish kerak, chunki kasallik faqat sensibilizasiyalangan va yuqori sezuvchanlik bo'lgan organizmda bu reaksiyalar rivojlanish ehtimoli yuqoriroq.

R.V. Ushakov va V.N. Sarev ko'rsatmalarini hisobga olgan holda antibiotik tayinlash va ularni almashtirish paydo bo'lgan yangi assosiasiya fakultativ-anaerob va oblegat-anaerob mikroaerofil mikroblar shakli birgalikda kelishini va sezuvchanligini hisobga olib almashtirish zarur.

Jag'larni o'tkir osteomieliti bilan tushgan bemorlarni birinchi sutkasida bakteriologik natijalarni olgungacha antibiotiklar tayinlanadi. Anamnez, allergologik status va ilgari o'tkazilgan antibiotikoterapiya xususiyatlari keyingi antibakterial dori-vositalarini tayinlashga asos bo'ladi. Olingan natijalar – ko'proq aniqlangan mikroblar turi va osteomielitda ajratilgan mikroblar assosiasiyasida anaeroblarni ustun turishi hisobga olib, ko'proq keng doiradagi antibiotiklarni tayinlanadi

(Sarev V.N., 1997; Alexander J., Dellinger E., 1991). Jag'larni o'tkir osteomielitda suyak to'qimasi tropizmiga ega yuqori samarali dori vositalari terramisin, linkomisin, morfosiklin, klindamisin, natriya fuzidin va dalsin S, makrolidlar (eritromisin, oleandomisin fosfat, sumamed, azitromisin, makropen, rulid) va boshqa antibiotik preparatlar, shunigdek rezerv antibiotiklar – syefalosporinlar, ristomisin fosfomisin, sufuroksim, yarim sintetik penisillinlar (ampisillin, karbenisillin, ampioks, oksasillin, gentamisin). Peptostreptokokklar, peptokokklar, aktinomisetlar aniqlashda beta-laktal guruhni antibiotiklar tayinlanadi. Anaerob infeksiya ustun turishini hisobga olib nitromidazol hosilalari – nitozol, metronidazol ichishga va vena ichiga tayinlanadi. Sulfanilamidlar, nitrofunarlar va fermentlar antibiotiklar bilan mos kelishga hisobga olib tayinlanadi. L. Peterson, 1992 keng doiradagi antibiotiklarni – eritromisin, klindomisin, metronidazol va boshqalarni antibiotikogrammadan keyin ichishga tavsiya etadi. N.N. Bajanov va M.A. Gubin, 1996 antibiotiklarni mushak orasiga va vena ichiga ba'zi og'ir hollarda arteriya ichiga va endolimfal tayinlashni tavsiya etadi.

Ostemiyelitlar chegaralangan shaklida antibiotik, sulfanilamid, nitrofuran va fermentlar 8-10 kun diffuz shaklida ikki hafta uni ortiq yallig'lanish tinchlanguncha tayinlanadi. Asoratlarni oldini olish, ayniqsa keng doiradagi antibiotiklarni ishlatishda zambrug'ga qarshi (disbakterioz) preparatlar: levorin, nistatin shunigdek antigistamin vositalar, bakterial polisaxaridlar, adaptogenlar va biologik aktiv preparatlar tayinlanadi. Desensibilizayalovchi vositalar Bilan birgalikda 40% glyukoza, kalsiy xlor eritmaları vena ichiga tomchi eritmalar tarkibida tayinlanadi. Kompleks davoda vitaminlar ayniqsa vitamin S, V gruppasi, antigen stimulyatorlar – metilurasil, pentoksil, natriy orotat, prodigiozan, adaptogenlar – dibazol, jenshen, xitoy limonnik va boshqalar tayinlanadi. Umumquvvatlovchi umumiy kvars nurlash yaxshi natija beradi (xar 2-3 kunda: kurs davosi 6-10 muolaja). Organizm himoyasini stimulyasiya uchun autogemoterapiya 5-7 mldan kun aro doza 15-20 mlgacha kutariladi. Ko'p uchraydigan reaktiv asoratlarni hisobga olib konservasiyalangan qon preparatlarni o'mini bosuvchi autoqonni lazer va ultrafiolet nurlash qullaniladi.

Oqsil, suv-tuz almashinuvi va ballansini butun organizm sistemalaridagi buzilishni korreksiyasi o'tkaziladi. Asosan yurak-qon tomiri faolitiga e'tibor beriladi. O'tkir osteomielit kompleks davosida ko'p miqdorda suyuqlik ichish, yaxshisi minerallar va vitaminlarga boy

suv maqsadga muvofiq. Og'iz ochilishi chegeralangan hollarda ovqat suyuq yoki kashasini konsistensiyada bo'lish kerak. Og'iz bo'shlig'i sanasiyasi doimo ovqatdan keyin o'tkaziladi.

O'tkir osti osteomielitida davo natijasi bundan oldingi o'tkazilgan davo effektivligiga bog'liq. Bu stadiyada albatta davo fizkulturasi tayinlanadi. Mahalliy yaraga har xil ta'sirdagi dori vositalari, fizioterapiya usullari tayinlanadi.

Surunkali osteomielit davoni natijasi ham kasallikni umumiy va mahalliy holatiga va ilgari o'tkaziladigan davo muolajalariga bog'liq. Agar sababchi tish olinmagan bo'lsa yiringli ajrimani ushlanib qolinishida yara va oqma yo'l kengaytiriladi yiringli o'choqlar yuviladi, drenajlanadi, mahalliy dializ, gipertonik bog'lam quyiladi. Yallig'langan sohadagi tishlar pulpasi tirikligi tekshiriladi va davo o'tkaziladi. Qimirlayotgan tishlar agar avval o'tkazilmagan bo'lsa shinalanadi.

Umumquvvatlovchi, stimullovchi, desensibillovchi davo ba'zan sekvestroektomiyadan oldin o'tkaziladi. Keng tarqalgan suyak zararlanishida, surunkali osteomielit zo'rayishida antibakterial, yallig'lanishga qarshi davo bilan birgalikda o'tkaziladi. Uzoq davom etuvchi surunkali osteomielitda immun dori vositalari (stafilokok anatoksin, levamizol, T-aktivin, timalin va boshq.), antigen stimulyatorlar ishlatiladi. Klinik va rentgenologik ko'rsatgichlarga asoslanib, operativ aralashush – suyakni sekvestrlangan qismini olib tashlash (sekvestrektomiya) o'tkaziladi. Yuqori va pastki jag'lar alveolyar o'siqlaridagi sekvestrlar olish operatsiyasi og'iz bo'shlig'i orqali o'tkaziladi. Mahalliy og'riqsizlantirish ostida trapesiyasimon laxtak ajratilib, bir vaqtda oqma yo'l olib tashlanadi. Sekvestr bo'shlig'idan o'tkir suyak qoshig'i bilan barcha granulyasiya qirib olib tashlanadi. Jarohat germetik tikilib, 1-2 kunga rezina chiqargich qoldiriladi. Ba'zi hollarda bo'shliq yodofomli doka yoki oblepixa moyi, 5-10% sintomisin emulsiyasi shimdirilgan tompon bilan to'ldirish mumkin. Yuqori jag' tanasidagi sekvestrlar ham og'iz bo'shlig'i orqali olinib bir vaqtda radikal gaymarotomiya operatsiyasi o'tkaziladi.

Yuqori jag' ko'z osti va yonoq suyagini kortikal qismi sevestrlari tashqi tomondan kesim o'tkazilib bajariladi.

Pastki jag' tanasi, shoxi qismidagi sekvestrlar tashqi tomondan kesim o'tkazilib, bajariladi. Odatda kesim pastki jag' tanasi pastki qirrasidan 1,5-2 sm pastdan kesim o'tkaziladi. Ba'zan sekvestr o'chog'i suyak tishlagichlari bilan kengaytiriladi, sekvestrlar qisman-qisman

bo'lib olish mumkin. Bo'shliq agar novokain ishlatilmagan bo'lsa antibiotiklar yoki sulfanilamidlar kukuni bilan to'ldirish mumkin. Shuningdek fermentlar, antistofilokokk plazma va kollagen, gidroksiapatit saqlovchi biomateriallar bilan to'ldirish mumkin. Jarohat shuningdek qavatna-qavat gennetik tikiladi, rezina chiqargich qoldirilib, 1-2 kundan so'ng olib tashlanadi. Odatda operatsiyadan so'ng bir oz jarohatdan qonli suyuqlik ajraladi. Choklar 7-kunda olinadi.

Operatsiyadan so'ng analgetiklar, desensibilizasiyalovchi preparatlar, suyaklanishni stimulyasiyalovchi vositalar va mikrobiologik, immunologik ko'rsatmalarga ko'ra ma'lum klinik holatlarda antibakterial, sulfanilamidlar tayinlanadi. Surunkali osteomielitni giperplastik shakllarida yallig'lanish jarayoni bilan birgalikda granulyasion to'qimalar sekin asta osteoid va so'ng suyak to'qimasi bilan to'lib boradi. Keng tarqalgan kasallikda chuqur rentgenologik tekshiruv, immunologik ko'rsatmalarni tekshirib, dinamik kuzatuv o'tkazish zarur. Har 3-4 oyda organizmni detoksikasiya kursi o'tkaziladi. Detoksikasiya maqsadida gemodez, reopoliglyukin vitaminlar bilan (6-10 marotaba quyish uchun). Bir vaqtda polivitaminlar minerallar bilan, enterosorbentlar, ko'p miqdorda suyuqlik ichish, davo o'tlar damlamalari, baliq yog'i, adaptogen ishlatiladi. Surunkali osteomielitda o'tkir osteomielitdagi kabi fizioterapevtik davo qo'llaniladi, qo'shimcha ultratovush, lazer nurlari, ruh, mis elektrofarezi, parafin bilan davolash o'tkaziladi.

Prognoz. O'tkir osteomielitni o'z vaqtida va to'g'ri davo o'tkazilganda prognoz ijobiy natija beradi.

Asoratlari. O'tkir osteomielitni giperjik kechishida sezilarli intoksikatsiya hisobiga septik shok, o'tkir nafas yetishmovchilikka olib kelishi mumkin. Yiringli yallig'lanishni yumshoq to'qimalarga tarqalishi natijasida yuz venalarini flebiti, miya qattiq pardasini yallig'lanishi va infeksiyani yuqoriga ko'tarilib miya absessi, meningit, meningoensefalit rivojlanishi mumkin. Infeksiyani pastga tarqalishi hisobiga mediastenit, sepsis rivojlanishi mumkin. Keng tarqalgan yallig'lanish jarayoni hisobiga suyak to'qimasini zararlanishidan jag' suyaklarini patologik sinishi, yolg'on bo'g'im shakllanishi mumkin. Kasallikni bu turdagi kechishi natijasida jag'lar deformatsiyasi, chakka pastki jag' bo'g'ii ankilozi, chaynov mushaklar kontrakturasi rivojlanadi. Uzoq yillar davomida kechadigan osteomielit septikopiyemiya, ichki a'zolar ameloidozi bilan asoratlanadi.

ADABIYOTLAR

1. Badalyan V.A., Rabuxina N.A., Grigoryans L.A. «Dinamika zaiivleniya periapikalnykh destruktivnykh porajeniy v rentgenovskom izobrajenii» (Stomatologiya.- 2000. - №2.- S. 12).
2. Bezrukov V.M., Grigoryans L.A. « Zubosoxranyayushiyе operasii v ambulatornoy xirurgicheskoy praktike» (Tr. U s'yezda stomatol.assoc. Rossii.- M., 1999.- S. 224-226.) *
4. Belyayev I.V. « Xronicheskiye periodontity mnogokornevnykh zubov» Minsk: Belarus, 1974-143 s.
5. Volojin A.I. « Osobennosti patogeneza xronicheskogo periodontita» Aktualnyye voprosy endodontii: Tr. SNII stomatologii.- M., 1990-S. 11-13.
6. Volchenkova G.V. « Kombinirovannyye metody lecheniya bolnykh xronicheskim verxushechnym periodontitom bolshix i malyx korenykh zubov s ispolzovaniyem plazmennogo potoka argona: Avtoref. Dis....kand.med.nauk.- Smolensk, 1998.- 19 s.
7. N.Zыryanov G.V. « Techeniye verxushechnogo periodontita pri vtorichnom immunodefisite, vyzvannom rentgenovskim oblucheniye, i obosnovaniye patogeneticheskogo lecheniya: Avtoref. Dis...kand.med.nauk.-M., 1992.- 14s.
8. Kozlov V.A. Xirurgicheskaya stomatologicheskaya pomosh v poliklinike.- M., 1985.- 270 s.
9. Solovyeva A.M. « Kliniko-eksperimentalnoye obosnovaniye primeneniya timogena pri lechenii xronicheskogo verxushechnogo perio-dontita» Avtoref.dis.. kand.med.nauk.- L., 1991.- 17s.

NOODONTOGEN YALLIG'LANISH KASALLIKLARI. KLINIKASI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH

Muammoning dolzarbligi

M.M. Solovyev (2002) ta'rifi bo'yicha yuz jag' sohasining yallig'lanish kasalliklari termini yig'ma ma'noni anglatadi. Unga qator klinik jihatdan aniq kasalliklar kiradi. Odontogen tabiatli yiringli yallig'lanish kasalliklari periodontitlar, periostitlar, osteomielitlar, absess va flegmonalar, limfadenitlar, odontogen sinusitlar, bularni bir vaqtning o'zida dinamik kechayotgan odontogen infeksiyon jarayonning turli ko'rinishi ham deb qarash mumkin. Bundan tashqari yuz jag' sohasida noodontogen yallig'lanish kasalliklar juda ko'p holatda uchraydi. Yuz jag' sohasining noodontogen kasalliklariga furunkullar, karbunkullar, yuzning saramasli yallig'lanishi kasalligi, noma kabi kasalliklar kiradi.

Yuz - jag' sohasining noodontogen kasalliklarga qaraganda odontogen yallig'lanish jarayoni yetakchi o'rin tutadi. A.G. Shargorodskiy ma'lumoti bo'yicha ular stomatologik poliklinikalarga murojat qiluvchi xirurgik bemorlarning 10-20%, va stomatologik stasionardagi 50% ga yaqin bemorlarni tashkil etadi.

Jag'-yuz sohasi o'tkir odontogen yallig'lanish kasalliklariga turlicha qarovchi mualliflar uch guruhga bo'lish mumkin.

Birinchi guruh mualliflari barcha odontogen yallig'lanishlarini osteomielitlar deb hisoblaydi (G.N. Kovarskiy 1928, L.M. Lindenbaum 1928, P.P.Lvov 1928, S.N. Vaysblat 1938, V.M. Uvarov 1928, 1957, N.M. Aleksandrov 1954, M.D.Dubov 1956, V.I.Lukyanenko 1968-1986 va boshq.). Bular Leningrad maktabi vakillaridir.

Ikkinchi guruh mualliflari odontogen yallig'lanishlari jarayonini periodontitlar va osteomielitlarga bo'ladi (I.G. Lukomskiy 1928-1950, V.D. Voyno-Yaseneskiy 1946 va b.)

Va nihoyat uchinchi guruhdagilar, peresementitlar, periodontitlar, periostitlar, osteomielitlar, absesslar va flegmonlarni alohida mustaqil kasallik deb hisoblaydilar. (A.I.Yevdokimov 1923, M.M. Starobinskiy 1927, G.A. Vasilyev 1952 va b.). O'tkir odontogen yallig'lanish kasalliklari tas'nifi masalasidagi fikrlarning bir-biridan farq qilishiga sabab, turli mualliflarning tishni atrofidagi to'qimalarda bo'ladigan patomorfologik o'zgarishlarni turlicha baholashiga bog'liq.

Shunday qilib Lyeningrad maktabi asoschilari va ularning davomchilari hozirgi kunda ham, periodont odontogen yallig'lanishi alohida uchramasdan, u doimo suyak to'qimasi va suyak miyasi yallig'lanishi bilan birga kechib, shundan kelib chiqqan holda tish ildizi atrofini o'rab turgan to'qimalar odontogen yallig'lanishini barcha ko'rinishini osteomieliit deb qarash kerak deyishadi. Ana shunga qarab ba'zi mualliflar ushbu jarayonni - ostit yoki panostit deb atashni taklif etadilar.

A.I. Yevdokimov (1923-1959) ko'p yillar mobaynida tishlardan kelib chiqadigan yallig'lanish jarayonlari o'ziga hos klinik kechish xususiyatiga ega degan fikrda turadi. U xirurgik kasalliklarda etiologik va anatomotopografik omillar asos qilib olingan tas'nifdan foydalanish maqsadga muvofiq deb yozadi.

1923 yilda Butun Rossiya odontologik syezdidagi, u kataksimon o'siq sohasidagi o'tkir yallig'lanish jarayonlariga quyidagi kasalliklarni kiritish kerakligini ko'rsatib o'tgan: tish ildizi qobig'ini yallig'lanishi (periodontit) alveolyar o'siq suyak usti pardasi yallig'lanishi (periostit) va suyak miyasi yallig'lanishi (osteomieliit), keyinroq esa bu jarayonlarga - absesslar va flegmonalarni qo'shgan. Bunday differensirlangan yondashish u tomondan taklif etilgan o'tkir yiringli yallig'lanish kasalliklari tas'nifiga asos bo'lgan, buning asosiy prinsipi yallig'lanish jarayonini u yoki bu to'qimada joylashishi hisoblanadi. U bu kasalliklar joylashishi va klinik kechishi o'ziga hos xususiyatga ega ekanligini ham ta'kidlab o'tadi. Shu sababli ratsional xirurgik davo uchun aniq topik diagnoz qo'yish zarur.

Jag'-yuz sohasi o'tkir yallig'lanish kasalliklari tas'nifini aniqlashgan Georgiy Andreyevich Vasilyev (1952-1959) katta hissasini qo'shgan. Ko'plab klinik kuzatishlar va patologoanatomik tekshiruvlarga asoslanib u A.I.Yevdokimov klassifikatsiyasi to'g'riligini tasdiqladi. Vasilyev turli yallig'lanish jarayonlari bir-biri bilan bog'liq bo'lib, miqdor o'zgarishlari ortib borgani sari ular sifat o'zgarishlariga o'tadi.

G.A. Vasilyev olib borgan patomorfologik tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki, perisementitda, perisement atrofida hosil bo'ladigan perifokal yallig'lanish o'choqlari osteomieliit deb hisobdanishi kerak emas. Alveola devorlarida o'tkir perisementitlarda so'rilish jarayoni ustun bo'lgan suyak to'qimasida o'zgarishlar boshlanadi, buning

natijasida perisement bilan suyak miyasini birlashtirib turuvchi alveola devoridagi teshiklar kengayadi, va shu bilan birga me'yorda bir-biridan suyak bilan ajralib turadigan perisement va suyak miyasi bo'shliqlarini ochilib qolishi kuzatiladi. Bu o'zgarishlar suyak miyasiga ham tarqaladi. Ammo, biron-bir o'tkir, surunkali va surunkali perisementit o'tkirlashuvida muallif suyak to'qimasi o'lishini kuzatmagan, bu yuqoridagi o'zgarishlarni osteomielit emasligiga asos bo'ladi. G.A. Vasilyev jarayon zo'rayganda yiring Folkman va Gavers kanallari orqali limfatik tomirlar orqali periodontdan suyak usti pardasi ostiga tarqalishini aniqlagan.

Infeksiya manbasi va harakteri	Kasallik	Kasallik shakli	
Odontogen va stomatogen	Periodontit	O'tkir: seroz-, yiringli. Xurujlangan surunkali	Surunkali: fibroz, granulasiyalanuvchi, granulematoz
	Jag' pyeriositi	O'tkir: seroz, yiringli	Surunkali (oddiy, ossifisirlangan)
	Jag' ostiti.	O'tkir (reaktiv-tranzitor shakli)	Surunkali: rarefisirlangan, giperplastik
	Jag' osteomieliti	O'tkir bosqichi O'tkirosti bosqichi	Surunkali bosqichi Birlamchi surunkali
	Absess va flegmona	O'tkir bosqichi	O'tkirosti bosqichi
	Yallig'lanish gazagi.	O'tkir bosqichi	O'tkirosti bosqichi
	Nomaxsus limfadenit	O'tkir	Surunkali
	Yuqori jag' sinusiti	O'tkir	Surunkali

G.A. Shargorodskiy hozirgi davr tushunchalariga asoslanib, jag'-yuz sohasi yallig'lanish kasalliklari tas'nifini taklif etdi, tas'nifga A.I. Yevdokimov va G.A. Vasilyev ishlab chiqilgan prinsiplar asos qilib olindi.

Keyingi yillarda yuz-jag' sohasidagi yiringli yallig'lanish kasalliklarini barcha ko'rinishlarini, turlarini, yallig'lanish kasalliklarini asoratlarini o'z ichiga olgan tas'nifi e'tiborga olinmoqda chunki bu tas'nif nafaqat nozologiya, balki uning asoratlarini ham hisobga oladi.

Asosan suyak to'qimalari zararlanishi bilan
- o'tkir, xurujlangan surunkali periodontit
- o'tkir odontogen osteomielit
Asosan jag' atrofi yumshoq to'qimalari zararlanishi bilan (jarayonni jag' da tarqalish sohasi bitta tish parodonti chegarasidan tashqariga chiqmaydi)
- o'tkir odontogen periostit
- o'tkir perikoronarit (perikoronit)
- odontogen absess
- odontogen flegmona
- odontogen yallig'lanish infiltrati
- yuqori jag' odontogen sinusiti
Asosan regional limfa apparatini zararlanishi bilan
- o'tkir odontogen limfadenit
- odontogen adenoflegmona
Asoratlari
- mediastenit
- yuz venalari, miya qattiq pardasi sinuslari tromboflebiti
- meningit, meningoenfalejit, bosh miya absessi
- sepsis

Yuz-jag' sohasi odontogen va noodontogen yiringli yallig'lanish kasalliklarini etiologiyasi.

Odontogen yallig'lanish kasalliklari qo'zg'atuvchilari— og'iz bo'shlig'ida uchraydigan mikroflora tarkibiga kiruvchi mikroorganizmlardir: stafilokokklar, streptokokklar, enterokokklar, diplokokklar, grammusbat va grammanfiy tayoqchalar. Adabiyot ma'lumotlari tahlil qilinganda, ularni turlicha ekanligini ta'kidlash mumkin. O'tgan asr 60-70- yillarida odontogen va noodontogen yallig'lanish kasalliklarini infeksiya o'chog'i ko'proq stafilokok monokultursi (*Staphilococcus S. epidermidis*) yoki streptokokkning V, D, F va G guruhidan iborat bo'lgan

Eshbadalov X.Yu., Isxakova X.I., I.A Xudoyarovlarning. 1995-2000 yillardagi tekshiruvlari o'tkir yallig'lanish infeksiyasi mikroflorasi tarkibini tubdan o'zgarganligidan ma'lumot beradi.

Bu mualliflar tomonidan 105 ta turli klinik kechishdagi (o'rta va og'ir) odontogen flegmonasi bor bemorlardan ajralayotgan yiringni mikrobiologik tekshilganda, ularning barchasida bakteriyalarning o'sishi

aniqlangan monokultura 11,4% tashkil qilgan, bakteriyalar assosiasiyasi –88,6%da bo'lgan. 105 bemorning 93 (88,6%) dan obligat anaeroblar, 6 da– toza kultura (6,4%), qolganlarda esa assosiasiyada uchragan.

Ikki va undan ortiq sohalarga tarqalgan flegmonali bemorlarda monokultura klinik kechishi uncha og'ir bo'lmagan bemorlarga (20-25,7%, $R < 0,05$) nisbatan bor yo'g'i 3,4% aniqlangan.

Yuz - jag' sohasi flegmonalaridan ajratib olingan obligat anaerob bakteriyalar identifikasiya qilinganda ushbu kasallikda uchraydigan anaeroblar turli guruh sinf va shakllarini aniqlash imkonini berdi. Eng ko'p Bacteroides guruhi vakillari 58,2 % foizni tashkil etdi, keyingi o'rinda Fusobacterium shtammpi - 31,5% bo'ldi.

Shunday qilib yuz-jag'sohasi flegmonalari rivojlanishida asosiy etiologik ahamiyatga ega anaeroblardan grammanfiy spora hosil qilmaydigan tayoqchalar bo'lib, ular 146 shtammpning 131(89,3%) tasini tashkil etdilar.

Bakteroidlar orasida flegmona yiringida eng ko'p aniqlangan B.gingivalis 35,3 % va V. melanogenicus 28,2% bo'ldi. Kamroq V. fragilis 17,6%, B.oralis - 13% va boshqa turlari uchragan: 4,7%. V. Interme-dius 1,2% ureolyticus. Fuzobakteriyalar orasida 2 xili F Nucleatum - 39,1% va 37% ko'proq kuzatilgan.

Yiringdan ajratib olingan aeroblar va fakultativ anaeroblar, stafilokokklar (71,9%), streptokokklar (21,9%) va grammanfiy tayoqchalardan (6,2%) iborat bo'lgan. Aniqlangan aerob va fakultativ anaeroblar umumiy soni miqdori bo'yicha o'sib chiqishiga qarab birinchi o'rinda epidermal stafilokokk (43%), ikkinchi o'rinda S.aureus (28,8%) va uchinchi o'rinda piogen streptokokk (15,9%) turadi.

Yuz-jag' sohasining yallig'lanish kasalliklari patogeneziga taalluqli ilmiy izlanishlar yakunini umumlashtirib professor M.M. Solovyev yozadi: infeksiyon yallig'lanish jarayoni qanday qilib juda tez rivojlanadi degan savolga M. Artyus va G.P. Saxarov XX asr boshida javob topishgan edi. Ular quyonlarga ot zardobini 4-5 kiritganlaridan so'ng, zardob kiritilgan joyda alterasiya yaqqol namoyon bo'lgan yallig'lanish reaksiyasi tez rivojlanishini aniqladilar.

Jadal infeksiyon yallig'lanishni qay tarzda rivojlanishi 20 asr boshlarida M. Artyus va G.P. Saxarov tomonidan javob berilgan. Bular aniqlashicha, quyonga ot zardobini 4-5 marta yuborgandan keyin zardob ineksiya qilingan joyda jadal yallig'lanish reaksiyasi alterasiya bilan

kuzatiladi. Tekshiruv davomida hayvonlarga o'xshash zardoblar yuborilgan bunda quyon organizmiga qayta yuborilgan begona oqsillarga tasirlanish xususiyati ko'rib chiqiladigan fenomen mexanizmga bog'liq ekanligiga xulosa chiqarildi. Keyinchalik bu fenomen uzun naysimon suyaklarda (Derijanov S.M 1940) pastki jag'da (Snejko Ya.N 1951 Vasilyev G.A 1972) osteomielit keltirib chiqarish eksperimentida qo'llanildi.

Hozirgi vaqtda Artyus Saxarov fenomeni yetarlicha yaxshi o'rganilgan. Djella Kumbs tas'nifiga ko'ra u immunopatologik reaksiyalarini 3 tipiga kiradi. Organizmga zardob oqsilining kirishi ta'sirida, zardob antigen xususiyatiga ega antitelolar ishlab chiqariladi bu esa organizm sensibilizasiya asosida yotadi. Bunda antigenni ruhsat bergan dozasi qon tomir oqimiga o'tishi kuzatiladi, antigen + antitelo kompleksi hosil bo'ladi. Bu kompleks tomir endoteliy hujayralari membranalarida fiksasiyalanadi. Neytrofil leykositlar immun komplekslar fagositlaydi, bir vaqtning o'zida hujayra membranasini jarohatlaydi, bu esa lizosomal fermentlarni chiqishiga olib keladi va bir vaqtning o'zida yallig'lanish mediatorlari ajraladi. Bu trombositlarni 3 faktori aktivasiyasini keltirib chiqaradi va tomir ichi qon ivishiga sabab bo'lishi mumkin, mikrosirkulyasiya buzilishi va to'qima nekrozini keltirib chiqarishiga olib keladi.

Yuqorida ko'rsatib o'tilgan immunopatologik reaksiya odontogen hamda noodontogen infeksiya patogenezida ham qatnashadi. Bunda antigen rolda mikroblar hayot faoliyati davomida ishlab chiqargan mahsulotlar mikrob hujayralarning struktur elementlari bo'ladi.

Shuning uchun parodontga yuborilgan joyida infeksiyon allergik yallig'lanish kuzatiladi. Bu reaksiya parodontdagi infeksiyon yallig'lanish o'chog'ini yo'q qila olmaydi, agar parodontga mikroorganizmlar kirishi to'xtatilmasa eng yaxshi holatda surunkali odontogen infeksiya o'chog'i rivojlanadi.

Dinamik muvozanatni ushlab turish uchun o'choqni o'rab turuvchi biriktiruvchi to'qimali kapsula muhim rol o'ynaydi. Bu kapsula mikroblarni va ularni mahsulotlarini o'choq yonida joylashgan to'qimalarga qon tomirga kirishini chegaralaydi. Shu bilan birga mikroorganizmlar mahsulotlari va parchalangan holati tish kanali orqali, oqma yo'llar orqali yoki periodontal yoriq orqali infeksiyon o'choqdan og'izga o'tadi.

Bu holatni ko'pchilik odamlar og'iz bo'shlig'ida surunkali odontogen infeksiya o'choqlari mavjudligi va ular tashib yuruvchilarini bezovta qilmaydi deb tushunish mumkin.

Agar biz stomatolog huzuriga o'tkir yallig'lanish jarayoni bilan kelgan bemorlarni anamnezini yig'sak, ularni ko'pchiligi bu holatni jag'da davolangan yoki davolanmagan yemirilgan tish sabab bo'lganini ta'kidlab o'tishadi, bundan tashqari noodontogen yo'l bilan infeksiyani yuz-jag' sohasi to'qimalariga tarqalganligi aniqlanadi.

Darsning maqsadi:

Asosiy nazologik noodontogen yallig'lanish kasalliklari (furunkul, karbunkul, saramas, noma) va ularning kechish xususiyatlari bilan tanishishdan iborat.

Darsning vazifalari:

1. Yuz-jag' sohasi teri osti yog' qavati, infeksiyon kasalliklari etiologiyasi, patogenezi va klinikasini ko'rib chiqish.
2. Yuz – jag' sohasining noodontogen kasalliklari (furunkul, karbunkul, saramas, noma) bilan kasallangan bemorlarni tekshirish rejasini tuzishni o'rganish.
3. Yuz – jag' sohasining noodontogen kasalliklari (furunkul, karbunkul, saramas, noma) bilan bemorlarni shikoyatlarini tinglash, kasallik anamnezini yig'ish.
4. Yuz – jag' sohasining noodontogen kasalliklari (furunkul, karbunkul, saramas, noma) bilan bemorlarni ob'yektiv tekshirish.
5. Yuz jag' sohasi noodontogen kasalliklari bilan bemorlarda maxsus tekshiruv usullarini bajarish.
6. Yuz – jag' sohasining noodontogen kasalliklari (furunkul, karbun-kul, saramas, noma) ni etiologiyasi va klinikasi bilan tanishtirish.
7. Yuz-jag' sohasi infeksiyon kasalliklarini qiyosiy tashxisini o'tkazishni o'rgatish.
8. Yuz chipqoni, xo'ppozi va saramasi bor bemorlarni shifoxonaga tezkor yotqizish prinsiplari bilan tanishtirish.
9. Yuz-jag' sohasining noodontogen kasalliklari (furunkul, karbun-kul, saramas, noma) bilan bemorlarni kompleks davolash rejasini tuzish.
10. Yuz – jag' sohasining noodontogen kasalliklari (furunkul, karbunkul, saramas, noma) bilan bemorlarni kasallikni og'irligiga baho berish, davolash taktikasini aniqlash.

Mavzuga tegishli integrasion nazorat savollari:

1. Yuz-jag' sohasi to'qimalari tuzulishini o'ziga hos xususiyatlari.
2. Yuz-jag' sohasini qon bilan ta'minlanishi, innervasiyasi.
3. Pastki jag' sohasini qon bilan ta'minlanishi, innervasiyasi.
4. Yuqorigi jag' sohasini qon bilan ta'minlanishi, innervasiyasi.
5. Yuz-jag' sohasini venoz oqimini anatomiyasi.
6. Tish-jag' tizimini rentgenologik harakteristikasi.

Dars mavzusiga hos nazorat savollari:

1. Yuz-jag' sohasini noodontogen kasalliklari haqida tushuncha.
2. Yuz-jag' sohasini noodontogen kasalliklari turlari.
3. Yuz-jag' sohasida uchraydigan furunkul kasalligini etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari.
4. Yuz-jag' sohasida uchraydigan karbunkul kasalligini etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari.
5. Yuz-jag' sohasida uchraydigan saramas kasalligini etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari.
6. Yuz-jag' sohasida uchraydigan noma kasalligini etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari.
7. Yuz-jag' sohasini noodontogen kasalliklari tufayli yuzaga keladigan asoratlari.
8. Yuz-jag' sohasini noodontogen kasalliklarini vaqtida tashxislash, davolash rejasini tuzish.
9. Yuz-jag' sohasini noodontogen kasalliklarini kompleks davolash choralari.
10. Yuz-jag' sohasini noodontogen kasalliklarini davolashni xirurgik usullari.
11. Yuz-jag' sohasini noodontogen kasalliklarida bemorlarni o'rtacha mehnatga layoqatsizligini o'rtacha davri.

YUZ-JAG' SOHASI NOODONTOGEN YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Furunkul (chipqon) – bitta soch xaltasi va uni o'rab turgan biriktiruvchi to'qimalarning o'tkir yiringli – nekrotik yallig'lanish kasalligi hisoblanadi.

Furunkullarni asosan tillarang stafilakokklar (90,6%), ba'zan spreptokokklar (9,4%) keltirib chiqaradi. Infeksiya yog' bezlarining chiqaruv yo'li yoki soch o'zagi bo'ylab tushadi.

Kasallik shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik (soqol olish vaqtida, yuz terisida joylashgan toshmalarni siqish), noqulay meteorologik shart - sharoitlar (organizmni isib yoki sovib ketishi) oqibatida kelib chiqishi mumkin. Furunkulni kelib chiqishi va og'ir kechishida moddalar almashinuvini buzilish kasalliklari (qandli diabet, avitaminozlar) alohida o'rin tutadi.

Furunkullar va furunkulyoz kasalligi ko'p tarqalgan kasalliklardan hisoblanib terining yiringli kasalliklarini 28% ni tashkil qiladi furunkul va karbunkul terining hamma qismida uchraydi. 80% holatlarda yoshlarda uchrab, erkaklar ayollarga nisbatan 1,5 marta ko'p kasallanishadi. 65% hollarda furunkul va karbunkullar yuzda joylashadi. Ko'pincha furunkul va karbunkullar yuz jag' sohasining lunj, ko'z osti va og'iz atrofida joylashgan bo'ladi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotiga ko'ra furunkul va karbunkul teri kasalliklarini 30 % ni tashkil kiladi. 28,4 % furunkul va karbunkul yuz qismida uchraydi (L.Yu. Dymarskiy, N.S Timofeyev).

Furunkullarni kelib chiqishida teri qoplaminig holati, umumiy va mahalliy infeksiyaga qarshi kurashish mexanizmlariga bog'liq.

M.G. Shrayber xavfli va xavfsiz furunkullarni tafovut etadi
M.V. Kostilov progressiv va progressiv bo'lmagan turini tafovut etadi

Sumbatov (1950) bemorlarni 3 sinfga buladi

1. Bemorlarda kasallik yengil kechadigan
2. Bemorlarda kasallik o'rta kechadigan
3. Bemorlarda kasallik og'ir kechadigan

L.Yu.Dimarskiy va N.S.Timofeyev furunkulning klinik kechishiga qarab 2 sinfga bo'lib, yallig'lanish jarayonini quyidagi darajalarga ajratadi

1. Xavfsiz 3ta bosqich :

1. Infiltrasiya bosqichi
2. Nekroz va yiringlash bosqichi
3. Regenerasiya va epitelizasiya bosqichlariga bo'ladi

2. Xavfli kechishiga qarab 3ta darajaga bo'linadi

1. Infiltrativ toksik darajasi
2. Flegmonali bosqichi darajasi
3. Venalar tramboz septik kuchayishi darajasi

S.T.Pavlov furunkulning klinik kechishiga qarab ajratadi

1. Yakka furunkullarga

2. Residivlovchi yakka furunkullarga
3. Mahalliy joylashgan furunkullarga, kechishiga ko'ra
 - a) O'tkir
 - b) Surunkali

Bu tas'niflar mezonlar soniga qarab quyidagacha tas'niflanadi:

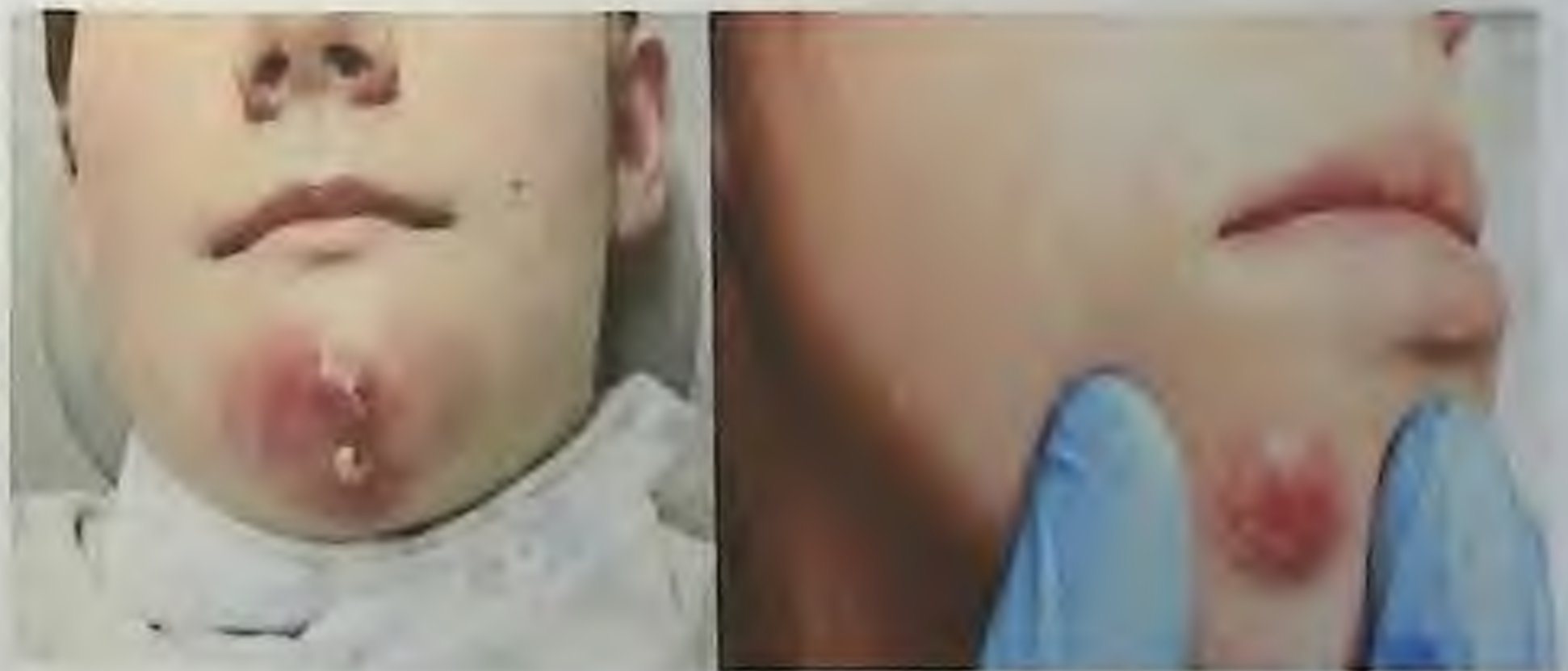
T.Xoriotoj furunkulyozni 2ta turga bo'ladi :

- 1) **O'tkir furunkulez**
 - a) yakka
 - b) furunkul
 - v) karbunkul
- 2) **Surunkali furunkulez**
 - a) residiv tarzda kechadigan
 - b) residiv bo'lmagan

Bundan tashqari furunkulning paydo bo'lishiga meteorologik sharoitlar, sovuq qotish, organizmning isib ketishi, nerv sistemasi, endokrin sistemacining buzilishi, avitaminoz, intoksikatsiya bo'lib hisoblanadi, uglevod almashinuvi muhim ahamiyatga ega, qandli diabet bilan og'riqan bemorlarning 20% i furunkul kasalligi bilan kasallangan.

Patologik jarayonning boshlanishi dermada uncha katta bo'lmagan osteofolikulit tugunning paydo bo'lishi bilan boshlanadi. 1-2 kundan so'ng shu qismda chegarali infiltrat paydo bo'lib, paypaslaganda og'riq bo'ladi, 3-4 kunga borib pustula hosil bo'ladi, flyuktuasiyani aniqlash mumkin.

Yashirin pustulalar hosil bo'lib, oz mikdorda yiring ajralib turadi va yashil rangdagi nekroz ko'zga ko'rinib turadi (Rasm 15).



Rasm 15. Iyak sohasining furunkuli (chipqoni)

Yiring oqishi ko'payib nekrotik o'zak yiringdan bo'shab, granulyasiyalar bilan to'ladi va uncha katta bo'lmagan chandiqlar paydo bo'ladi.

Yallig'lanish jarayonida furunkul follikulalarda hosil bo'lib, keyin teri osti klechatkasiga tarqaladi. Regionar limfadenit rivojlanib, intoksikatsiya natijasida umumiy belgilar kuzatiladi: tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, uyquning buzilishi, ishtahani yo'qolishi bilan harakterlanadi.

Ko'p bemorlarda og'riq asosiy shikoyatlaridan biri hisoblanadi, ayniqsa burun, peshona, lablarda furunkul bo'lsa juda og'riqli kechadi va bu og'riq 3 shoxli nerv yo'nalishi bo'ylab irradiasiya beradi, yuz qismini qaysi sohasi zararlanishiga qarab bir qancha variantlar tafovut qilinadi.

Olimlar fikriga qaraganda (A.I Yevdokimov, G.D Vasilev) ko'pincha yuqori lab va iyaklarda paydo bo'ladi, K.B Axmedova va M.A Shintereva fikricha ko'pincha burun, yonoq, yuqori lablarda ko'proq uchraydi. T.G. Supiyev ko'pincha yonoqda uchrashini kuzatgan. N.A Karelina fikriga ko'ra furunkullar burunning pastki qismida ko'proq uchraydi, chunki burun qismida ko'proq stafilakokklar uchragani kuzatilgan. Xuddi shu fikrni S. L. Goloskover,

A.K. Shulnova bildirishgan.

Ko'pincha furunkullar yuz – jag' sohasining burun qismi, yuqori lab, yonoq, iyaklarda ko'proq yuzaga kelishligi kuzatiladi.



Rasm 16. Burun sohasi furunkuli

Furunkulda burun sohasi: og'riq sindromi bilan bog'liq bo'lib, bemorlar kasallik boshlang'ich davrida ko'pgina holatlarda shifokorlarga murojat qilishmagan holda o'z holicha davolanadilar va bu ko'pincha infeksiyani generalizatsiyasiga sabab bo'lib, har xil ko'rinishda asoratlarni yuzaga keltiradi. Furunkul ko'pincha burun qanotlarida burun uchida chiqishi kuzatiladi (Rasm 16).

Burunning tashqi yoki ichki qismida paydo bo'lishi mumkin. Tashqi qismida bo'lganda tashxis quyish uncha qiyin bo'lmaydi. Bu paytda yuqori labni shishini kuzatish mumkin bo'ladi, burun kataklari kichiklashadi va nafas olish qiyinlashadi. Burunning pastki qismi infiltratida og'izga kirish darvozasi bo'shlig'i va o'tish bukilganda yuqori tish frontal qismida bo'lsa tashxis qo'yish bir oz qiyinchilik tug'diradi. Kam hollarda bunda yuqori jag' periostiti diagnostika qilinadi. Lablarda furunkul bo'lganda bemorlar ovqat qabul qilish vaqtida og'riqning zo'rayishi paydo bo'lishiga shikoyat qiladilar. Bu hollarda joylashishiga ko'ra yuqori lab, pastki labda bo'lishi mumkin. Ko'pincha furunkul yuqori labga chiqqanda og'ir kechadi va bu og'irlik tushishi natijasida xavfli harakterda kechishiga olib kelishi mumkin, shish va uni o'rab turgan to'qima infiltrati kuzatiladi va yuz venalarida yiringli tromboflebit kuzatiladi. Bu esa meningit, sepsis yoki septikopiyemiya, absess va gemotogen osteomielit o'choqlarini paydo bo'lishiga olib keladi. Furunkul yuqori labda bo'lsa, infiltrat lablarning chet qisimlarini egallab, infiltrat butun lab bo'yicha tarqalib o'lchami jihatdan kattalashib ketadi. Shish burun – lab burmasi, to'siq va qanotlariga o'tadi. Absesslanish natijasida yiring og'iz bo'shlig'i shilliq qavatiga yorilishi mumkin, og'iz burchaklarida furunkul bo'lganda uning osilib turishi burun-lab burmasida yonoqda tishlar izi shilliq qavatida shish kuzatiladi.

Kasallikning etiologiyasi va patogenezi.

Kasalligini chaqiruvchisi (96-98% holatlarda) stafilakokklar hisoblanadi. Kasallikni chaqiruvchisi ko'pincha ya'ni 90% holatlarda tilla rangli stafilakokklar, kam hollarda oq rangdagi stafilakokklar hisoblanishadi. Kasallikning boshlanishida asosan ter bezlari yo'llari orqali kasallik chaqiruvchi mikroblarning soch o'zaklarini yallig'lantirishi va nekrozi natijasida yuzaga keladi. Yallig'lanish jarayonining holati va organizmning rivojlanishiga teri qatlamlarining va viruslarga mahalliy va umumiy qarshilik ko'rsatishi holatlarining ahamiyati muhimdir.

Bu omillar ikki guruhga bo'linadi.

Egzogen omillar – terining ifloslanishi, yorilish va boshqa ko'plab omillar terining himoya vazifasini kuchsizlantiradi va bu o'z o'zidan teri bezlarining va soch folikulalarining yallig'lanishiga olib keladi.

Endogen omillar – Organizmni holsizlanishi, ovqatlanish ratsioni tartibi buzilishi, surunkali intoksikatsiya, yiringli uchoqlar va qandli diabet.

Avitaminoz va boshqa kasalliklar, teri va teri osti qatlamlarida yallig'lanish jarayonini rivojlanishiga sabab bo'luvchi omillardir.

Patologik anatomiyasi.

Furunkulda yiringli nekrotik yallig'lanish jarayoni soch teri bezlarida paydo bo'ladi va atrof to'qimalarga tarqaladi. Soch folikulasida birlamchi pustula paydo bo'ladi. Pustula neytrofilli leykositlardan va uning atrofida to'plangan mikroob va fibrinlardan tuzilgan. Yallig'lanish jarayoni soch folikulasining tana so'rg'ichiga tarqaladi va undan bog'lovchi to'qimalarni qamrab oladi. Uning markaziy qismida nekroz boshlanib atrof to'qimalarda esa yiringli jarayon boshlanadi. Hosil bo'lgan yiringli o'choq o'zak bilan yupqalashgan epidermis tagida rivojlanadi. Shundan so'ng teri yoriladi va nekrozli o'zak bilan yiringli ajralma tashqariga chiqib uning o'rnida paydo bulgan bo'shliq granulyasion to'qima bilan to'ladi va chandiq paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda esa bo'shliqda absess paydo bo'ladi va atrof to'qimalarga tarqaladi.

Kasallikning klinikasi.

Furunkul (chipqon) kasalligi bilan bemorlarning umumiy ahvoli ko'pincha qoniqarli bo'ladi. Ayrim bemorlarda umumiy ahvoli o'rta og'irlikda kuzatilib, rivojlangan intoksikatsiya, tana haroratini 37,5 – 38 °C ko'tarilishi belgilari bilan kuzatiladi.

Kasallikning boshlanishida asosan yuz tersida qizarishi yoki yuz terisida papula paydo bo'lishi, shu sohada bezovtalik, og'riq yuzaga kelishi bilan boshlanadi. 1-2 kun ichida teri sathidan ko'tarilgan ko'pincha yumoloq shaklga ega bo'lgan qattiq konsistensiyali og'riqli infiltrat, uning markazida seroz yoki yiringli suyuqlik bo'lgan papula paydo bo'ladi. Infiltrat usti teri qoplami qizargan yoki to'q ko'kimtir rangda bo'lib, teri osti qavatlariga bog'langan bo'ladi. Keyinchalik shish markazida teri qoplami yupqalashib ochiladi, sterjyen quruqlashadi, nekroz sohasi yuzaga kelib, yiringli ajralma ajralib turadi. Bo'shliq to'liq tozalangach, yallig'lanish belgilari yo'qola boshlaydi, shish va infiltrat

kamayadi, qoldiq infiltrat sekin asta soʻrilib ketadi. Yuzda furunkul koʻpincha yuqorigi yoki pastki lab sohalarida, kam holatlarda burun, lunj, iyak osti va peshona sohalarida yuzaga chiqadi. Yalligʻlanish jarayonining holati va organizmning rivojlanishiga teri qatlamlarining va viruslarga mahalliy va umumiy qarshilik koʻrsatishi holatlarining ahamiyati muhimdir.

KARBUNKUL (xoʻppoz)

Bir vaqtning oʻzida bir joyda bir nechta soch xaltachalarining teri va teri osti klechatkasi bilan birgalikda tarqalgan infeksiyon yiringli-nekrotik yalligʻlanishi kasalligi hisoblanadi. Bir vaqtning oʻzida soch xaltachasi va ter bezlariga infeksiyalarining (koʻpincha stafilakokk kam hollarda streptokok) tushishi natijasida kelib chiqadi. Koʻpincha u yoshi katta kishilarda uchraydi, avitaminoz, qandli diabet yana furunkulni siqqanda kelib chiqadi. Bolalik yoshida kamroq uchraydi, bu esa teri va teri osti klechatkasining morfologik tuzilishiga bogʻliq. Kasallikni bolalar yoshida kam uchrashligi ularda teri va teri osti klechatkasida elastik tolalarning yoʻqligi, teri bezlari uncha chuqur joylashmaganligi va yuz terisida soqollarning yoʻqligi bunga sabab boʻladi.

Agar karbunkul labda yoki yonoqda uchrasa, infiltrat hisobiga, yuz assimetriyasi kuzatiladi, shish yuqori qismlarga va sogʻ toʻqimaga qarab tarqaladi. Karbunkul koʻpincha oʻtkir limfangit va regionar limfadenit klinikasi singari kechadi (Rasm 17).



Rasm 17. Yuqorigi lab. oʻng quloq oldi. lunj sohalari karbunkuli

Asta-sekin soch xaltachalarida, ter bezlarida, teri va teri osti yog' to'qimalarida nekroz rivojlanadi. Vena tomirlari qon bilan to'lib tromblashadi, bu esa yuz va yuzning sog'lom qismini shishishiga olib keladi.

Arterial tomirlar eksudat bilan bosiladi. Sirkulyar buzilishlar natijasida, tomirlar devoriga toksin va endotoksinlar nekroz zonaga kirishi ko'payadi, nekrotik jarayon yiringdan ustun keladi.

Oxiri dissirkulyasiya, nekroz va yallig'lanish terida teshiklar hosil qilib, ulardan qon rangidagi yiring-nekrotik massa ajraladi. Nekroz chuqurligi fassiya, muskullar, jag suyagigacha chuqurlashishi mumkin. Regionar limfadenit va intoksikatsiya kuzatilishi mumkin. Asorati esa yuz venalari tromboflebiti, miya sinusi trombozi, meningit, sepsis hisoblanadi. Miya qattiq pardasi yallig'lanishi, g'orsimon sinus trombozi, va boshqa bosh ichi asoratlari, sepsis adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra yuz va buyinning o'tkir noodontogen yallig'lanish kasalliklari asorati sifatida 0,5 – 3,5% bemorlarda aniqlangan. Yuz venasini tromboflebiti – bu venalarni o'tkir yallig'lanishi tromboz bilan, yuz jag' sohasida yiringli yallig'lanishda rivojlanadi. Ko'pchilik hollarda tromboflebit furunkul kasalligini vaqtida mukammal davolanmasligi oqibatida rivojlanadi va organizmda qarshilik kuchi kamayadi. Tromboflebit patogenezi quyidagi omillardan kelib chiqadi: mikroblarga sezuvchanlik (mikroblar sababli paydo bo'lgan allergiya) va yuz jag' sohasi to'qimasi autoallergiyasi, venadagi endoteliyni travmatik yallig'lanishi, qon tomir devorlarini shikastlanishidan kelib chiqadi: organizmning immunitetini pasayishi, qonning ivimasligi, vena qon tomir devorlarini shikastlanishi, qon tarkibini o'zgarishi. Yallig'lanish vena devorlarida va vena ichida tromb hosil bo'lishi bilan kichadi (Struchkov V.I. 1984). Yuz venasini tromboflebiti ko'pchilik hollarda yallig'lanish jarayoni yumshoq to'qimadan venani tashqi devoriga o'tganda kuzatiladi. Bu patologiya aksariyat yuz chipqon va xo'ppozni asoratidan kelib chiqadi.

Yuz venasini tromboflebiti patogenezida yuzdagi limfa va venoz tomirlarda ko'p anastomoz, shu jumladan yuz venasi bilan, burun bo'shlig'i va qanot tanglay chuqurchasi vena va limfa yo'llarida quyushgan bo'ladi.

Asosiy anastomoz, yuz chuqur venasini bog'lab turuvchi, bosh miya qattiq pardasini venasi, g'ovaksimon sinus, pastki ko'z venasi hisoblanadi. Yuz venalarida va bosh miya qattiq pardasi venalarida klapanlar bo'lmaydi. Agar yuqori labda yallig'lanish bo'lsa, burchak venasi orqali ko'z venasiga o'tadi.

Yuz venasini tromboflebiti aksariyat bemorlarda yiringli yuz terisi yoki jarohatdan hosil bo'ladi. Kasallik burchak yoki yuz venasida «og'ir» infiltrat paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Teri osti venalari kengayadi, radikal tarqaladi. Intoksikatsiya belgisi kuzatiladi, bemorni harorati ko'tariladi, toliqish, leykositoz, ECHT yuqoriligi aniqlanadi.

Tromboflebitni ko'z va retrobulbar venalarda tarqalishi bemorda bitta yoki ikkita ko'zni ekzoftalmga, keyinchalik g'ovaksimon sinus tromboziga olib keladi. M. S. Shomov quyidagi g'ovaksimon sinus tromboflebitni klinik variantlarini taklif etgan. Ko'zdagi qon aylanishini buzilishi va bosh miya nervlarini septik holati. Bemorda kuchli bosh og'rish va tana haroratni 39-40 °C ko'tarilishi kuzatiladi, ko'zda kuchli og'riq va ekzoftalm. Yurak qon tomir sistemasida ham o'zgarishlar kuzatilishi mumkin.

Tromboflebitni davolashda birinchi yordam venadagi infeksiya tarqalishiga qarshi kurash hisoblanadi.

Umumiy yiringli kasalliklarning 2 % ini sepsis tashkil etadi. Sepsis rivojlanishi, birlamchi infeksiyon o'choqlar mavjudligi yuz va bo'yin chipqon va xo'ppozlari bilan bog'liq. Sepsis asosan erkak va ayollarda teng miqdorda 40-45 yoshlar orasida uchraydi.

Kasallikni klinik ko'rinishi lokalizasiyaga, birlamchi infeksiya o'chog'ini tarqalishiga, qo'zg'atuvchini turlari va uni biologik ko'rinishi, hayot uchun muhim bo'lgan a'zolarini holatiga qarab sepsisni diagnostika qilish juda qiyin.

Klinik kechishi 3 ta bosqichga bo'linadi. Shuningdek, furunkul, karbunkul ko'pincha yuzaki pustula hosil bo'lishi, keyinchalik zich og'riqli infiltrat hosil bo'ladi. Bu davrning davomiyligi 1-2 kunga cho'zilishi mumkin. Ikkinchi davrda yiring ajraladi. Uchinchi davrda bitish jarayoni kuzatiladi.

Furunkul va karbunkullar organizm intoksikatsiya bilan tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik bilan kuzatiladi.

Yuzda furunkullar va karbunkullarning asorati ko'pincha sinus va bosh miya shilliq qavatiga infeksiya tushishi bilan harakterlanadi, shuningdek venoz, limfatik va arterial tomirlarga infeksiya tushishi bilan harakterlanadi.

Asoratlarni umumiy va mahalliy turlarga bo'linadi:

1. **Mahalliy:** yuz venalarining flebiti, tromboflebiti, regional limfa tugunlarining yallig'lanishi, yuz ekzemasi.

2. **Umumiy :**

a) retrobulbar klechatka flegmonasi, kavernozi sinusi trombozi (7,1% bemorlarda) va yiringli meningit (2,8%).

b) tarqalgan pnevmoniya va yiringli plevritlar (14%) bular meningitning asorati hisoblanadi.

v) buyraklar absessi (7,1%) yumshoq to'qimalarga tarqalgan absessi, yiringli artritlar (21,4%). Immunitet pasayib ketganda kasallik avj olishi mumkin. Mahalliy patogen sabablar muhim ahamiyatga ega, rinogen yallig'lanish kasalliklari, yana to'qimalar zararlanishi simbiozning buzilishi natijasida kelib chiqadi (Rasm 18, 19).



Rasm 18. O'ng quloq oldi sohasida joylashgan karbunkul oqibatida yuzaga kelgan reaktiv yallig'lanivchi shish



Rasm 19. Chap ko'z osti sohasi karbunkull

Klinikasi:

Shikoyati terining qizarishi, kasallangan paytda burun uchida yuqori va pastki labda burun burmasida pufakcha paydo bo'lishi, og'riq, tana haroratining ko'tarilishi bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli o'rtacha, xushi joyida, tana harorati 37-38 °C atrofida. Obyektiv: yallig'langan joydagi qizarish va shish natijasida yuz simmetriyasi buzilgan, shish ogrikli belgilari kuzatiladi. Shishlarni chegarasi aniq, paypaslaganda qattiq, og'riydi. Shishning markaziy qismida suyuqlik yoki yiringli ajralma kuzatiladi. Shish ustki kismi terisi qizargan yoki ko'k pushti rangda va to'qimalarga yopishgan. Keyinchalik pufakcha yorilib yiringli ajralma chiqayotganligi va shishlarning hamda qizarish chegaralarini qisqarayotganligi kuzatiladi. Yuz jag' sohasi furunkuli absess karbunkul asoratlari tromboz, trombo flibit.

Shikoyati: Og'riq shish, qizarish, og'rik uch shoxli nerv tolalari buylab tarqaladi. Bemorning ishtaxasi yo'qolgan. Har qanday noto'g'ri harakat (ovqat iste'mol qilish, og'izni chayqash, yuzni yuvish) qattiq og'riqqa sabab bo'ladi. Bemorning umumiy holati og'ir, hushi joyida, tana harorati 38-39 °C. Limfa tugunlari kattalashgan, shish yuz venalari buylab tarqalgan. Nafas olishi yuzaki. O'pkada xirillashlar kuzatiladi. Yurak tonlari qattiq tezlashgan, 90-100 marta xar bir minutda. Bemorda peshob chiqishi meyorida, ichi qotishi kuzatiladi.

Ob'yektiv: yuz simmetriyasi buzilgan, shish kattalashib, qizarish burun lab burmasi bo'ylab yo'nalgan. Paypaslaganda qattiq og'riq mavjud. Ba'zi holatlarda ekzoftalm holati kuzatilib, ko'z olmasi harakati chegaralangan bo'ladi. Yiringli o'choq chegarasi kattalashgan bo'lib, joylarda nekrozlar va ularning yorilib yiringli o'zaklar paydo bo'lganligi teri esa och pushti va ko'karib ketgan holat kuzatiladi.

Yuz-jag' sohasi karbunkuli (chipkon) yuz venasi trambozi sepsis, septik holat septik pnevmaniya (zotiljam)

Tekshirish usullari operativ: bemorning umumiy kurinishi holati.

Sub'yektiv:

- A) Umumiy qon taxlili
- B) Qoning bioximik ko'rsatkichlari
- S) Umumiy siydik taxlili
- D) Qondagi qand miqdori
- E) ikrobiologik antibiotikka sezuvchanlik
- F) O'pka rentgen su'rati.
- G) Endokrinolog va terapevt ko'rigi

Davolash kompleks tarzda olib boriladi.

Mahalliy jarroxlik usulda davolash: 1. Jarroxlik usulda davolashda furunkul va karbunkul o'chog'i aniqlanib, sinama o'tkazilib, manfiy natija olingandan so'ng yallig'lanish o'chog'i atrofi bo'ylab, antibiotiklar+garmon+og'riqsizlantiruvchi eritmalar aralashmasi yordamida yallig'lanish o'chog'i blokada (qamal) qilinadi va jarohatda nekroz bo'lgan sohada va tromboz sohalarida 2,0 – 3,0 santimetrli bir nechta kesmalar o'tkazilib, bu kesmalar og'iz bo'shligidagi kesmalar bilan yuqorigi labda bo'lsa, burun yo'lidagi kesmalar bilan, agarda burun uchida yoki qanotida bo'lsa, bir biri bilan tutashtiriladi va jarohat antiseptik eritmalar bilan effektiv yuvilib, unga rezinkali chiqaruv trubkasi qo'yilib, jarohatga malhamli yoki gipertonik eritmali yoki antiseptikka shimdirilgan aseptik bog'lamlar bog'lanadi. Antiseptik eritmalardan keng foydalanib, jarohat yuviladi va aseptik bog'lamlar jarohatni og'irligiga qarab 1 kunda 2 marta almashtirish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Umumiy koneservativ davolash:

1. Antibakterial davolash antibiotik preparatlari katta dozada (klaforan 1,0x3 marta tomir ichiga, metrid 100 ml, penisillin 24 mln gacha m/o).
2. Dezintoksikasion davolash.

3. Desensibilizatsion davolash.
4. Umumquvvatlovchi davolash.
5. Simptomatik davolash glikozidlar (strofantin), kokarboksilaza

Antioksidantlar (vitamin S, A, Ye), antistafilakokli plazma, geparin, trental fiziologik eritmalar bilan. Immunopreparatlar (Immunomodulin, T-aktivin, timalin), kalsiy glyukonat, 10ml dimidrol, 1% 1,0ml, antistofilakokli gammaglobulin.

6. Fizioterapevtik davolash.

Taqqosiy tashxisi: Yuz sohasida uchraydigan furunkullar va karbunkullar biri-biri bilan, yuz-jag' sohasida uchraydigan absess va flegmonalar bilan va shuningdek zoonoz kasallik hisoblangan sibir yarali (kuydirgi) karbunkuli bilan qiyosiy tashxis o'tkazishni talab qiladi.

Sibir yarasi teri formasi

Kasallikni gram-musbat hisoblanadigan *Bacillus anthracosis* tayoqchasi chaqiradi boshqa xil hisoblanadigan vegetativ formasi xar qanday taassurotlarga sezuvchi bo'lib dizinfeksiya, qaynatganda, muzda o'ladi, organizmdan tashqari joyda bo'lgan sporalar esa xayvonlarning terisida va go'shtida tuproqda yillab saqlanishi mumkin.

Sibir yarasi kasalligini chaqiruvchi bakterial tayoqcha teri va shilliq qavatlarga xayvonlarning juni, terisi va go'shtidan pashsha yoki chivinlar orqali insoniyat o'zini tug'ridan-to'g'ri go'sht bilan shug'illanganda yoki bilinmagan holda zararlangan go'shtdan iste'mol qilganda bo'ladi kasallikning inkubasion davri 2-14 kun davom etadi. Kasallik chaqiruvchi tayoqcha to'qimalarga kirgandan so'ng, o'zidan uchta komponentlar egzotoksin ishlab chiqaradi. Bu komponentlar tomirlar devorining o'tkazuvchanligini buzadi va shish hamda nekroz paydo qiladi qo'shimcha omillarning ta'siri natijasida kasallikning mahalliy va umumiy simptomlari rivojlanadi, kasallikning kelib chiqishiga go'sht va go'sht maxsulotlari bilan ishlaganda sanitariya me'yorining buzilishi ham sabab bo'ladi

Kilnika:

Yuz-jag' sohasida sibir yarasing teri formasi burunlar, lunj va bo'yin sohalarida ko'proq uchraydi ba'zi holatlarda kasallik yengil formada o'tsa, ba'zi holatlarda tana haroratining birdaniga 38 °C gacha ko'tarilishi bilan boshlanadi. Yuz terisi avvalambor qichiydi va shu joyda tuguncha paydo bo'ladi va uning markazida gemorragik pustula paydo bo'ladi, pufakcha yorilib o'rnida qattiq korqa, qora rangli nekrozli to'qima paydo bo'ladi, uning atrofida ko'plab pufakchalar paydo bo'lib, undan serozli suyuqlik ajralib turadi, pufakchalar bir-biri bilan qo'shib,

yara hosil qiladi va uning tubi qorayib atroflari valiksimon ko'tariladi sibir yarasing teri formasini yuzning karbunkuli yoki furunkulidan taqqosiy tashxislash lozim bo'ladi.

Tashxislash:

Antroksin bilan teriga allergik proba qo'yiladi, jarohatdan surtma qilinib, kuydirgi tayoqchasi aniqlanadi.

Taqqosiy tashxislash:

Simptomlar	Sibir yarasi kuydirgi	Karbunkul
Og'riq	(-)	(+)
Shish	(+)	(+)
Qizarish	(-)	(+)
Yiringli ajralma	(-)	(+)
Qichish	(+)	(-)
Po'stloq	Jarohat tubida qoraygan po'stloq	(-)
Teriga qo'yilgan allergik sinama	(+)	(-)
Bakteriologik tekshiruv	Kuydirgi tayoqchasi	Stafilokok streptokok zamburug'lar

Davosi:

Konservativ

1. Dezintoksikasion davolash
2. Desensebilizasion davolash
3. Umumiy quvvatlovchi
4. Antibakterial davolash
5. Kuydirgi tayoqchasiga qarshi zardob qo'llash
6. Mahalliy: jarohatga antiseptik malxamlar surtish
7. Gemolimfasorbsiya plazmoforez o'tkazish.

'lanishi

Saramas – bu yuqumli kassallik bo'lib, o'tkir kechadi. Organizmning umumiy intoksikatsiya belgilari asosida yuz terisi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini o'tkir serozli yoki seroz – gemorragik yallig'lanish kuzatiladi. Shilliq qavatlarda kam uchraydi, yallig'langan soha sog' teriga qaraganda chegaralanganligi aniqlanadi. Yuz qismida 45%, boshning soch qismida 35% holatlarda uchraydi (Rasm 20, 21).

Bu kasallik Gippokrat davrida ham aniq bo'lgan. Statistika ma'lumotlarga qaraganda kasallik hozirgi vaqtda ko'proq uchramoqda.



Rasm 20. Yuzning saramasli yallig'lanishi



Rasm 21. Yuzning saramasli yallig'lanishi

Etiologiyasi.

Saramasni qo'zgatuvchisi bo'lib A guruhidagi betta - gemolitik streptakokk hisoblanadi. Birinchi bo'lib 1874 y R. Bilrof tamonidan aniqlangan bo'lib kasallik qo'zg'atuvchisi tananing limfa tomirlarida, terini yuqori qavatlarida va teri osti asosida joylashib oladi. Saramasni asoratli kechishida patologik jarayonda boshqa mikroblar xususan stafilakokk ham ishtirok etadi. Kasallikni klinikasida birlamchi va ikkilamchi saramas tafovut qilinadi. Qo'zgatuvchisi teriga endogen va egzogen omillar orqali kiradi, patogen streptakokk teriga limfogen yo'l orqali tushadi.

Patogenezi.

Saramas kasalligini rivojlanishi organizmni sensibilizatsiyasi fonida shuningdek umumiy va mahalliy antiinfeksion himoya faktorlarini pasayishi oqibatida rivojlanadi. Organizmni getero - va autosensibilizatsiyasi faktorlari orasida organizmni sovuqqotishi, charchashi, stressli holatlar, surunkali kasalliklarni shuningdek teri kasalliklarini xurujini ko'rsatib o'tish zarur bo'ladi. Yuz terisini rezistentligi va uning bakteriosid aktivligi katta ahamiyat kasb etadi. Kirish darvozasi bo'lib, zararlangan, erroziyaga uchragan, yallig'lanishga uchragan teri qoplami hisoblanadi. Bundan tashqari saramas kasalligini yuzaga kelishida irsiy faktorlarni ham roli borligi aniqlangan. Immun reaktivlikni pasayishi va sensibilizasiya holati gipergistaminemiyaga va gistaminni inaktivasiyasi funksiyasini pasayishiga olib keladi, bu holat saramasli yallig'lanish jarayonini rivojlanishi uchun qulay holatni yuzaga keltiradi.

Patologik anatomiyasi.

Saramasli yallig'lanish patologoanatomik o'zgarishlarida terining so'rg'ichli qavatida seroz, seroz - gemorragik yallig'lanishni rivojlanishi va buning oqibatida retikulyar qavatni shishishi bilan harakterlanadi. Qon va limfa tomirlarini kengayishi va mikroblarni ko'p miqdorli eksudati bilan to'lishi kuzatiladi. Hosil bo'lgan eksudat epidermisga tarqalishi oqibatida uning ko'chishi hamda, ko'p miqdorda fibrin tutuvchi pufaklar paydo bo'lishiga olib keladi. Eksudat ba'zida teri osti klechatkasiga tarqalishi oqibatida flegmona rivojlanishi va to'qimalarni nekroziga sabab bo'ladi. Saramasni boshlanishi qizarish paydo bo'lishi bilan boshlanadi, bunda qizarish chegaralari aniq ko'rinib turadi, mikroskopik tekshiruvda o'sha sohada serozli yallig'lanish kuzatiladi, dermaning retikulyar qavatida joylashgan bo'ladi. Limfa tomirlar teri osti yog' qavatiga kirib

borishida kamroq uchraydi. Deskvamatsiya kuzatiladi va zararlangan joyni o'rab turgan epidermis parakeratozga uchraydi va tarqalib ketadi, ayrim bemorlarda ko'p miqdorda yallig'lanish eksudati uchrab, bu saramasning bullyoz formasi hisoblanadi, keyinchalik eksudatda ko'p miqdorda leykositlar yig'ilib, ular suyuklikka aylanib, pustula hosil bo'ladi.

Kam hollarda, bemorlarda eksudatda yig'ilgan leykositlar qon aylanishini va to'qimalar oziqlanishini buzadi, bu esa gangrenali nekroz saramasiga olib keladi.

Klinik manzarasi

Ko'pincha yuz terisini shikastlanishi natijasida birlamchi saramasli yallig'lanish rivojlanadi. Kasallikni inkubatsion davri bir necha soatdan 4 – 5 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik o'tkir va organizmni umumiy intoksikatsiya belgilari bilan boshlanadi. Ba'zi holatlarda kasallikni boshlanishida bemorlarni umumiy holsizligi, darmonsizligi, bosh og'rishi, tana haroratini subfebril darajaga ko'tarilishi aniqlanadi. Kasallikni 2-3 kunlariga kelib umumiy intoksikatsiya belgilari kuchayishi, tana haroratini 38 °C gacha ko'tarilishi, tanani qaltirashi, bemorlarni qayt qilishi, gemodinamikani va nafas olishni buzilishi yuzaga chiqadi. Bemorlar hushsizlanib alahsirash paydo bo'ladi.

Kasallikni mahalliy belgilari umumiy belgilar bilan birgalikda yoki kasallik boshlangandan so'ng 2 – 3 kuniga kelib yuzaga chiqadi. Yuz terisida saramasli yallig'lanish ko'pincha burun, lunj terisida "kapalaksimon" ko'rinishda yuzaga keladi. Keyinchalik yallig'lanish qovoq terisiga, peshona sochli qismiga, bo'yin va quloq sohalariga tarqaladi. Ba'zida jarayon og'iz bo'shlig'i shilliq qavatiga tarqalishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i tubi, yutqin, halqum sohalarida saramas kuzatilganda kasallikni kechishi og'irlashadi. Regionar limfa tugunlarini kattalashishi, og'riqli infiltrasiyasi kuzatiladi (Rasm 22, 23, 24, 25, 26).

Saramasli yallig'lanishni klinik o'zgarishlarga ko'ra quyidagi shakllari farqlanadi:

- Eritematoz
 - Eritematoz-bullyoz
 - Eritematoz-gemorragik
 - Bullyoz-gemorragik shakli
- Shuningdek asoratli ko'rinishda
- Nekrotik
 - Flegmonoz shakllari farqlanadi.



Rasm 22. Yuzning eritematoz formali saramasli yallig'lanishi



Rasm 23. Yuzning eritematoz-bullyoz formali saramasli yallig'lanishi



Rasm 24. Eritematoz-gemorragik saramasli yallig'lanish



Rasm 25. Bullyoz-gemorragik saramasli yallig'lanish



Rasm 26. Bullyoz-gemorragik saramasli yallig'lanish

Mahalliy yallig'lanish ko'lamiga ko'ra:

- Lokalizatsiyalangan
- Adashgan
- Tarqalgan
- Metastatik shakli

Umumiy yallig'lanish reaksiyasi darajasiga ko'ra quyidagi shakllari farqlanadi:

- A) Yengil
- B) O'rta og'irlikdagi
- V) Og'ir
- G) Birlamchi
- D) Residivlanuvchi (bir necha oydan 1-2 yilgacha)
- E) Qaytalangan (birlamchi saramasdan 2 yil va undan ko'p)

Yuz saramasli yallig'lanish kasalligining yashirin davri bir necha soatdan 4 – 5 kungacha davom etadi. Hamroh kasalliklari bor bemorlarda yuz saramasini boshlang'ich davrida yuz terisida kuchli shish, qichishish va achishish, tana haroratining yuqoriligi kuzatiladi.

Mahalliy: yuz terisida geografik kartasiga o'xshash chiziqlar paydo bo'ladi, giperesteziya kuzatiladi, periferiyaga qarab og'riq kuchayib boradi. Qizarish tezda tarqalib ketadi. 24 - 48 soatdan keyin regionar limfadenit kuzatiladi, zararlangan soha chetlari valik shaklida ko'tarilib qoladi, bu esa saramasning ko'p tarqalgan formasi hisoblanadi erysipelas eryfhe-mafosum (eryfros-qizil, pella – teri).

Eritematoz formasi bullyoz formasiga o'tadi.

Agar jarayon halta fazasi bilan tugasa, ular yorilib sariq rangdagi zich korkani hosil qiladi. Eritematoz formadan keyin teri tushib, soch, soqol, mo'ylovlar to'kiladi. Teri limfa almashinuvi buzilganligi uchun teri qalinlashadi, flegmonoz va gangrenali formasi yuz qismida kam hollarda uchraydi, bu ko'pincha yoshi katta kishilarda kuzatiladi. Bu esa tipik flegmonani chaqirib, teri osti klechatkasi, teri qavatlarini oziqlanishining buzilishi va chandiq hosil qiladi. Soch qismida saramasni paydo bo'lishi, sochning to'kilishi sepsis va meningitga olib keladi.

Umumiy simptomatikasi:

Bosh og'riq, qusish, ko'ngil aynishi. Puls va nafas olish tezlashadi, tana harorati ko'pincha yuqori bo'ladi. Ko'pincha bu holatlar prodromal sindromlarsiz kechadi.

Ko'p bemorlarda jigar va taloq kattalashadi.

Qon tahlilida: gipoxromli kamqonlik, leykositoz, eozinopeniya kuzatiladi.

Kasallikni tashxislash.

Saramasli yallig'lanish kasalligiga tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Kasallikka tashxis qo'yish aniq klinik belgilarga asoslanadi. Teri yuzasida bo'lgan pufakchalarni bo'lishi ulardan kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlanishi tashxisni tasdiqlaydi.

Kasallikni taqqosiy tashxisi.

Yuzning saramasli yallig'lanish kasalligi jag' atrofi absess va flegmonalari, limfadenitlari, yuz venalari flebitlari, aktinomikoz, sibir yarasi (kuydirgi) kabi kasalliklar bilan olib boriladi. Bundan tashqari, yuz saramasli yallig'lanishini yuz terisida uchraydigan turli etiologiyali teri kasalliklari, eritema va dermatitlardan farqlash lozim bo'ladi.

Yuzning saramasli yallig'lanishida yallig'langan chetlari chiziqli bo'lib, valikka o'xshab ko'tarilib turadi. Tana harorati doim yuqori bo'ladi.

Davolash:

Bemorni alohida palataga joylashtirish.

Tinchlik tartibi joriy qilish.

Umumiy quvvatlovchi dieta.

Sulfanilamidlar.

Antibiotiklar.

Dezintoksikatsion davolash.

Desensibilizatsion davolash.

Asoratlari:

Sog'lom to'qimaga tarqalishi mumkin

Streptokokk infeksiyalarini tarqalishi va ikkilamchi infeksiyani qo'shilishi.

Yiringli yalliglanishi, venalarning zararlanishi.

Yuqumli psixozlar

Soch qismida uchraganda-meningit.

Noma

Noma – yuz to'qimalarini, jag'larning va og'iz bo'shlig'i to'qimalarining tez tarqaluvchi suvli gangrenasi bilan kuzatiladigan infeksiyon kasallik hisoblanadi. Hozirgi kunda noma kasalligi bilan kasallanish juda kam uchraydi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi nekrotik jarayonlar ko'pgina holatda stomatitlarni, ko'p formali eksudativ eritema, chuqur mikoz, yurak-qon tomir yetishmovchiligining asorati sifatida yuzaga keladi (Rasm 27, 28).



Rasm 27. Lunj sohasi noma kasalligi

Kasallik etiologiyasi

Noma kasalligini etiologiyasi hozirgi kungacha noaniqligicha qolmoqda. Kasallikni rivojlangan davrida, nekrotik sohalar ajralmasidan

fuzospirilyar formasidagi anaerob mikroblar, shuningdek, og'iz bo'shlig'idagi odatiy anaerob mikrofloralar aniqlanadi.

Kasallik patogenezi.

Noma kasalligini va og'iz bo'shlig'ini boshqa nekrotik jarayonlarining patogenezida organizmni antiinfeksion himoya kuchlarini pasayishi katta ahamiyat kasb etadi. Kasallik ko'pincha bolalarda uchraydi.

Katta yoshdagi kishilarda 50 yosh va undan kattalarda uchraydi, uning sababi ko'pgina holatlarda qon-tomir sistemasining kasalliklari oqibatida yuzaga keladi.

Nekrotik jarayonni rivojlanishida og'iz bo'shlig'ini gigiyenasiga rioya qilmaylik, gangrenoz tishlarni bo'lishi, og'iz shilliq qavatini jarohatlovchi o'tkir qirrali tishlarni bo'lishi asosiy sababchi bo'lib xizmat qiladi.



Rasm 28. Noma xastaligi

Kasallik patologik anatomiyasi

Noma kasalligini va yuz – jag' sohasini boshqa nekrotik jarayonlarini morfologiyasida lablar, luj, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini suvli gangrenasi yuz beradi. Nekroz o'choqlari kengligi va chuqurligi bo'ylab kattalashib boradi. Bu kasallikda nekrotik jarayonni demarkatsiya rivojlanmaganligi aniqlanadi. Nekroz sohalari chegarasi aniqlanmaydi. Shu sohalardagi mikroskopik tekshirilganda, qon-tomir, limfatik tomirlarni tromblanib qolishligi kuzatiladi. Jarayon rivojlanib, tez tarqalish xususiyatiga ega bo'lib, yangi sohalarni egallay boshlaydi. O'z vaqtida davolashni boshlash va kasallikni xavfsiz kechishida nekrozga uchragan sohalarni ko'chib tushishi va uning o'mida nuqson yuzaga

kelishi kuzatiladi. Nekroz ko'chib tushgan sohalar qattiq, qo'pol chandiqlar bilan qoplanib, bu esa yuzning xunuklashishiga, yuz – jag' sohasidagi chaynov va mimik mushaklarni kontrakturasiga, chaynov, so'zlashuv, mimika, yutinish kabi funksiyalarni buzulishiga olib keladi.

Klinik manzarasi:

Noma kasalligi umumiy holsizlik, tana haroratini subfebril bo'lishi bilan ba'zida o'tkir boshlanadi. Tana harorati 38 – 40 °C ko'tariladi, organizmni umumiy intoksikatsiya belgilari yuzaga chiqadi.

Og'iz shilliq qavatida, yuz terisida, lab sohalarida yallig'lanuvchi o'choq paydo bo'ladi. Og'iz shilliq qavatida sekin asta yaraga o'tuvchi pufak yoki gemorragik dog' ko'rinishlarida, yuz terisida qora ko'kimtir rangli teri qoplamini yuzaga kelishi bilan kuzatiladi. Ayrim holatlarda kasallik yiringli nekrotik gingivit bilan boshlanadi. Birlamchi nomatoz sohadan boshlangan nekroz atrof to'qima bo'ylab to'qimalarni kengligi va chuqurligi bo'ylab tarqala boshlaydi. Gangrenali stomatit paydo bo'ladi va nekrozga uchrab, shilliq osti yog' klechatkasiga mimika mushaklari teri osti klechatkasi va teriga tarqaladi, ko'pincha stomatit og'iz burchagida boshlanadi, tish qatorlarida qimirlash yuzaga keladi.

Yara biroz vaqt turib keyin progressivlanib ketadi. Yuz shishib boradi, yara bo'lgan joyda avval sariq, keyin qora dog'lar hosil bo'ladi.

Kasallik boshlanganini 2-5 kuni lunj to'qimalari lab va og'iz burchaklar to'qimalarida perforatsiya (teshilish) paydo bo'ladi.

Nekroz milklarga tarqalib, tishlarni qimirlab qolishiga olib keladi hamda yuqorigi va pastki jag'gacha, tomoq va og'iz bo'shlig'i oxiriga tarqalishi mumkin. Kasallik boshida tana harorati 38-40 °C gacha ko'tariladi, umumiy holsizlik kuzatiladi, ich ketishi, alahsirash, pnevmoniya belgilari kuzatiladi. O'pka gangrenasi, sepsis kuzatilishi mumkin.

Davolash. Birinchi o'rinda organizm umumiy quvvatini kuchaytirish kerak va zararlanish o'chog'ida mikroflora hayot faoliyatini to'xtatishga qaratilgan muolajalar qilish kerak.

Kasallik tashhisi

Noma kasalligini tashxisi yaqqol klinik belgilar asosida bundan tashqari mikrobiologik, morfologik, immunologik tahlillar, natijalar asosida qo'yiladi.

Kasallikni taqqosiy tashxisi

Noma kasalligi va boshqa nekrotik jarayonlar yuz – jag' sohasi yiringli – nekrotik flegmonalari bilan, yiringli, yiringli – nekrotik

parotitlar bilan, o'tkir leykozda o'tkir nekrotik jarayonlar bilan, xavfli o'smalardagi nekrotik erib ketish kabi jarayonlar bilan taqqosiy tashhislanadi.

Antibiotiklar. Mahalliy novakain-penistillin blokadasi va zararlangan o'choq atrofiga antibiotiklarni tampon yordamida qo'yish gangrenaga qarshi zardob yuborish, yaraga malhamli aseptik bog'lamlar qo'yish ishlari o'tkaziladi.

Gemotransfuziya askorbin kislotasi (0.3-0.5 g 2-3 mahal kuniga) nikotin kislatasi (0.2-0.4g 2-3 mahal kuniga) tiamin (0,01-0,015g) pentoksil (0,02 2-3 mahal kuniga) somatik kasalliklarni davolash, stomatitlarni profilaktika qilish kerak.

Mavzuni o'zlashtirganlik bo'yicha nazorat testlari

1. Furunkul va karbunkullarni qo'zg'atuvchisi bo'lib hisoblanadi:

- A. Streptokokklarni monokulturasi.
- B. Stafilakokklar monokulturasi.
- S. Ichak tayoqchasi monokulturasi
- D. Proteylar monokulturasi
- E. Stafilakokklar, streptokokklar, ichak tayoqchalari yig'ilmasi.

2. Furunkul va karbunkullar qaysi yoshda ko'p uchraydi?

- A. Bolalarda.
- B. o'smirlarda.
- S. Yoshlarda.
- D. Yoshi katta kishilarda.
- E. Qariyalarda.

3. Furunkul va karbunkullar yilning qaysi davrida ko'p uchraydi?

- A. Kuz-qish davrida.
- B. Yoz-bahor davrida.
- S. Qishgi davrda.
- D. Faqat kuz davrida.
- E. Faqat bahor mavsumida.

4. Kasallikni boshlangan kundan boshlab qaysi kunga kelib yiringli-nekrotik sterjyen ajralishi kuzatiladi?

- A. 2-3 kunda.
- B. 4-5 kunda.
- S. 7-8 kunda.

- D. 1 kunda.
- E. Kasallik tuzalish davrida.
- 5. **Furunkullarni rivojlanishi sikli o'rtacha davomiyligi:**
 - A. 2-3 kun.
 - B. 4-5 kun.
 - S. 7-8 kun.
 - D. 8-10 kun.
 - E. 6 kun.
- 6. **Karbunkullarni rivojlanishi sikli o'rtacha davomiyligi:**
 - A. 2-3 kun.
 - B. 4-5 kun.
 - S. 7-8 kun.
 - D. 8-10 kun.
 - E. 15-18 kun.
- 7. **Furunkul va karbunkulda flebit va tromboflebitni rivojlanishiga olib keladigan faktor:**
 - A. Ostiofollikulit.
 - B. Chuqur limfangoit.
 - S. Yiringli limfadenit.
 - D. Pyeradenit.
 - E. Xeylit.
- 8. **Furunkullarni asoratli formalarini ochgandan so'ng jarohatga birlamchi chok qo'yish mumkinmi?**
 - A. Mumkin, barcha holatlarda.
 - B. Ayrim holatlarda mumkin.
 - S. Bu mumkin emas.
 - D. Davolanish yakunida.
 - E. Barcha holatlarda, bemor rozichiligi asosida.
- 9. **Furunkul va karbunkul bu.**
 - A. Teri va teri osti to'qimalarining yiringli yallig'lanishi.
 - B. Mushak to'qimalarining yiringli yallig'lanishi.
 - S. Venoz qon tizimida tromb hosil bo'lishi.
 - D. Suyak to'qimasining yiringli yallig'lanishi.
 - E. Paradont to'qimaning yallig'lanishi
- 10. **Karbunkulni rivojlanishiga sabab bo'luvchi omillar**
 - A. Mikroblarning teri orqali o'tib soch o'zaklarning zararlanishi.
 - V. Tish orqali vujudga keladigan yallig'lanish jarayonining asorati.

- S. Yuz-jag' sohasidagi jarohatlar.
- D. Qandli diabet kasalligining asorati.
- E. Zararli odatlar natijasida yuz to'qimalarining jarohatlanishi.

11. Furunkul va karbunkulda-yiringli nekrotik yallig'lanish jarayoni.

- A. Soch follikulalari va teri bezlarida paydo bo'ladi.
- B. Og'iz shilliq qavatida yiringli o'choq paydo bo'ladi.
- S. Tish atrof to'qimalarida patologik o'zgarish paydo bo'ladi.
- D. Lablarning qizil-xoshiyasida o'zgarish bo'ladi.
- E. Suyak iligida yiringli o'chok paydo bo'ladi.

12. Furunkul va karbunkulning klinik belgilari.

- A. Og'riq, qizarish, shish, tana haroratining ko'tarilishi, yiringli o'zaklar paydo bo'lishi.
- B. Qizarish, og'riq, shish.
- S. Shish, tana haroratining ko'tarilishi.
- D. Qizarish, to'q-jigar rangdagi korka paydo bo'lishi, shish.
- E. Shish, og'riq, qizarish.

13. Yuzning noodontogen kasalliklarida tekshiruv usullari:

- A. Umumiy siydik va qon taxlili, qonning bioximik taxlili, qondagi kand miqdori, yiringli o'chokdan pasev (ekma) olish, o'pkaning R-surati infeksiyanist va endokrinolog ko'rigi.
- B. Yuzning R-surati, qonning va siydikning umumiy taxlili, qonning bioximik taxlili, qonning bioximik ko'rsatkichlari.
- S. Ob'yektiv ma'lumotlar, qonning va umumiy taxlili.
- D. Ob'yektiv ma'lumotlar yuz sohasining R surati, qonning bioximik taxlili.
- E. Dermatolog ko'rigi.

14. Yuzning furunkul, karbunkullari kasalliklarida davolash usullari:

- A. Xirurgik-yiringli o'choqni ochish, kontrapertura o'rnatish, yiringli o'choq atrofiga ferment antibiotik garmon va og'riqsizlantiruvchi dori vositalarini yuborish. Konservativ (mikrobning antibiotikga sezuvchanligini aniqlash, sensibilizatsiyasiga ta'luqli dori – darmonlar, umumiy quvvatlantiruvchi dori-darmonlar, (imunomodulyator)lar va antioksidantlar.
- B. Xirurgik (absessni ochish)
- S. Xirurgik (yiringli o'choqni tozalash) + konservativ antibiotik)

D. Dermotolog kuzatuviga yuborish va teri tanosil shifoxonasida davolanish.

E. Konservativ (antibiotik)

15. Furunkul va karbunkul kasalligi taqqosiy tashxislanadi.

A. Sibir yazvasi (kuydirgi) bilan

B. Tishning surunkali granulyasiyalangan periodontiti bilan.

S. O'tkir yiringli periostit bilan.

D. Puzirchatka kasalligi bilan.

E. Yuzning yuqumli – allergik kasalligi (roja) bilan.

16. Sibir yarasi (kuydirgi) bu

A. Zaonoz guruhiga kiruvchi bakteriyalar chaqiruvchi o'tkir yuqumli kasallik hisoblanadi.

B. Tish ildizi uchining yiringli yalig'lanishi natijasida vujudga keluvchi kasallik.

S. Teri va teri osti yog' to'qimalarining yiringli yalig'lanishi.

D. Organizmning sistemali (umumiy) kasalligining belgisi.

E. Teri va yumshoq to'qimalarning jarohatdan keyingi yiringli yalliglanishi.

17. Sibir yarasi kasallikni chaqiruvchisi.

A. Gramm – musbat Bacilluz-anthzayts tayoqchasi chaqiradi.

B. Gramm-musbat, tillasimon Staphulococc chaqiradi.

S. Zambrug'simon mikroblar chaqiradi.

D. V + C

E. A + V + S

18. Sibir yarasi kasallikning inkubasion davri.

A. 2-14 kun

B. 1-5 kun

S. 1-2 oy

D. 6 oy

E. 1-2 yil

19. Sibir yarasi kasallikni tekshirish usullari.

A. Jarohatdan pasev (ekma) olinib kasallik chaqiruvchi mikrobnani aniqlash, ob'yektiv belgilar qon va siydikning umumiy taxlili.

B. To'qimani sitologik va gistologik tekshirish.

S. Qon va siydikning umumiy taxlili, qonning bioximik taxlili.

D. O'pkani R surati, qonning bioximik taxlili, dermatolog ko'rigi.

E. C+D

20. Sibir yarasi kasalligining klinik belgilari.

A. Yuz-terisi qichib tuguncha paydo bo'ladi, uning markazida gemorragik suyuqlik bo'lgan pufakcha paydo bo'ladi, pufakcha yorilib o'rta qora nekrozli to'qima va uning atrofida ko'tarilib turgan valik paydo bo'ladi.

B. Yuz-jag' sohasida, shish, qizarish, og'riq paydo bo'ladi

S. Shish, og'riq qizarish, belgilari bo'ladi.

D. Tana harorati ko'tarilib og'riq bo'ladi.

E. Og'iz shilliq qavatida aftalar bo'lib, ovqat iste'mol qilishi qiyinlashadi.

13. Sibir yarasi (kuydirgi) kasalligi taqqoslanadi.

A. Furunkul, karbunkul bilan.

B. Kor - Volchanka bilan.

S. Yuz yumshoq to'qimalarining jarohatdan keyingi yiringli yallig'lanish kasalligi bilan.

D. Tishning surunkali granulyasiyalangan periodontiti bilan.

E. Yuz yumshoq to'qimalarining absessi bilan.

14. Sibir yarasi kasalligini davolash.

A. Kuydirgi tayoqchasiga qarshi sivorotka, gemo-limfosorbsiya, plazmaforez, jarohatga antiseptik malxamlar.

B. Konservativ (antibiotiklar) qabul qilish.

S. Xirurgik - konservativ.

E. Xirurgik (jarohatni kesish)

15. Yuz saramasi - kasalligi bu.

A. Teriga shilliq qavatlarning o'tkir serozli yalig'lanishi bo'lib yuqumli kasalliklar xiliga kiradi.

B. Teri va teri osti yog' tuqimalarining yiringli yalig'lanishi.

S. Parodont to'qimasining yiringli yalig'lanishi.

D. Puzirchatka kasalligining klinik belgisi.

E. Yuqori nafas yo'llarining yalig'lanishi.

16. Yuz saramasi kasallikning qo'zg'atuvchi mikrobu.

A. A-guruhidagi beta gemolitik streptokok

B. Zambrug'simon tayoqchasi.

S. Kuydirgi tayoqchasi.

D. Tillasimon stafilokok

E. V + D

17. Yuz saramasi kasallikning inkubasion davri.

A. 2-5 kun

- B. 1-10 kun
- S. 3-6 oy
- D. 6-9 oy
- E. 1-3 yil

18. Yuz saramasi kasalligining klinik belgilari.

A. Tana haroratining ko'tarilishi, qusish, ko'ngil aynishi, nafas olishning buzilishi, limfa tugunchalarining kattalashishi, yuz terisida kapalaksimon ko'rinishdagi pufakchali toshmalarning paydo bo'lishi.

B. Shish, og'riq, qizarish, badandagi toshmalar

S. A + V

D. Shish, og'riq, qizarish, flyuktuasiya, og'iz ochilishining chegaralanganligi

19. Yuz saramasi kasallikni tekshirish usullari.

A. Qo'lga allergologik sinama, o'pkaning R surati, siydikning umumiy taxlili.

B. Yuz-sohasining R surati, qonning umumiy taxlili allergolog ko'rigi.

S. Qon va siydikning umumiy taxlili, qonning bioximik taxlili.

D. Ob'yektiv ma'lumotlar, qonning, siydikning umumiy taxlili, bak pasev (surtma)

E. A + V

20. Yuz saramasi kasallikni davolash usullari bu.

A. Konservativ (sulfalinamid+antibiotik+immunomodulyator+antioksidantlar + gulyukokartikoidlar) + xirurgik (nekrotik yoki flyegmonali) formasida pufakchalarni kesish + fizioterapivtik (UFO)

B. Xirurgik (pufakchalarni ochish)

S. Xirurgik + fizioterapevtik

D. Konservativ + R nuri bilan davolash.

E. Konservativ (antibiotiklar)

21. Noma – kasalligi bu.

A. Teriga shilliq qavatlarning o'tkir serozli yalig'lanishi bo'lib yuqumli kasalliklar xiliga kiradi.

B. Teri va teri osti yog' to'qimalarining yiringli yalig'lanishi.

S. Lunj, yuqorigi va pastki lab to'qimasining yiringli nekrotik jarayoni.

D. Puzirchatka kasalligining klinik belgisi.

E. Yuqori nafas yo'llarining yalig'lanishi.

- 22. Noma kasallikning qo'zg'atuvchi mikrobu.**
- A. A-guruhidagi betta gemolitik streptokokk
 - B. Zambrug'simon tayoqchasi.
 - S. Og'iz bo'shlig'i spiroxetalari.
 - D. Tillasimon stafilakokk
 - E. Kasallik chaqiruvchisi aniq emas.
- 23. Noma kasalligining klinik belgilari.**
- A. Tana haroratining ko'tarilishi, qusish, ko'ngil aynish, nafas olishning buzilishi, limfa tugunchalarining kattalashishi, yuz terisida kapalaksimon ko'rinishdagi pufakchani toshmalarning paydo bo'lishi.
 - B. Shish, ogrik, kizarish, badandagi toshmalar
 - S. Lunj, yuqorigi va pastki lab shilliq qavatlarida bitmaydigan yarali nekrotik stomatitlarning paydo bo'lishi.
 - D. Shish, og'riq, qizarish, flyuktuasiya, og'iz ochilishining chegaralanganligi
- 24. Noma kasalligini tekshirish usullari.**
- A. Qo'lga allergologik sinama, upkaning R surati, siydikning umumiy taxlili.
 - B. Yuz-sohasining R surati, qonning umumiy taxlili allyergolog ko'rigi.
 - S. Qon va siydikning umumiy taxlili, qonning bioximik taxlili.
 - D. Ob'yektiv ma'lumotlar, qonning, siydikning umumiy taxlili, bakteriologik surtma olish.
- 25. Noma kasalligini davolash usullari bu.**
- A. Konservativ (sulfalinamid+antibiotik+immunomodulyator+-antioksidantlar+glyukokortikoidlar) + xirurgik (nekrotik yoki flegmonali) kesish + fizioterapevtik (UFO)
 - B. Xirurgik
 - S. Xirurgik + fizioterapevtik
 - D. Konservativ + R nuri bilan davolash.
 - E. Konservativ (antibiotiklar)
- 26. Noma kasalligida nekrotik o'choqlarni tozalagandan so'ng jarohatga birlamchi chok qo'yish mumkinmi?**
- A. Mumkin barcha holatlarda.
 - B. Ayrin holatlarda mumkin.
 - S. Bu mumkin emas.
 - D. Davolanish yakunida.
 - E. Barcha holatlarda, bemor rozichiligi asosida.

Adabiyotlar

1. Bezrukov V.M., Robustova T.G. – Rukovodstva po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-lisevoy xirurgii. – Moskva: «Medisina», 2007, tom 1.
2. Yevdokimov A. I. Vasilyev G.A. M «Xirurgicheskaya stomatologiya».
3. Imbryakov K.V., Nikolskiy V.Yu. Osenka zabolevayemosti i varianty stasionarnogo lecheniya bolnyx s furunkulami va karbunkulami lisa. Stomatologiya. 2012; 2: 29.
4. Kulakov A.A. i dr. «Xirurgicheskaya stomatologiya i chelyustno-lisevaya xirurgiya». Moskva 2010 g.
5. Milych M.V., Antonyev A.A. Sifilis //Rukovodstvo po kojnym i venericheskim boleznyam. – M., 1992.
6. Mordovsev V.N., Shapoval M. I. Tuberkulez koji//Кожные и venericheskiye bolezni. – M.: Medisina, 1995. – S. 395–422.
7. Robustova T.G., Xirurgicheskaya stomatologiya. Moskva, 2013g.
8. Timofeyev A. A. Rukovodstvo po chelyustno-lisevoy xirurgii i xirurgicheskoy stomatologii. – K.: «Chervona-Ruta-Turs», 2002. – 1024 s
9. Skripkin Yu.K., Mashkeyleson A.L., Sharapova G.Ya. Rukovodstvo po kojnym i venericheskim boleznyam. – M.: Medisina, 1995. – 464 s.
10. «Oral medicine» (Irwin Walter Scopp), 2009.
11. «Ogal and maxillofacial surgery» (Gustav O. Kruger), 2012.
12. «Ogal diagnosis» (D.A.Kern etc), 1983
13. Tyldesley W. Oral medicine. – Oxford – New York – Tokio. – P. 231.
14. Kuiper E., Wiggerts H., Jonker G. et al. Disseminated aktinomycosis due to actinomyces meyeri and actinobacillus actinomycetemcomitans//Scand J. infect. Dis. – 2002. – Vol. 24. – P. 667.

MUNDARIJA

YUZ-JAG' SOHASI ODONTOGEN YALLIG'LANISH KASALLIKLARI	3
ODONTOGEN ABSESS VA FLEGMONALARNI ANATOMO- TOPOGRAFIK LOKALIZASIYALARIGA QARAB SHARTLI RAVISHDA QUYIDAGI TO'RT GURUHGA BO'LISH MUMKIN:..	9
Yuqori jag'ga yondashgan to'qimalar absess va flegmonalari	10
Lunj sohasi absess va flegmonalari (lunj bo'shliqlari kletchatkali)	12
Chakka osti chuqurchasi absessi, chakka osti va qanot-tanglay chuqurchalari flegmonasi.....	15
Chakka sohasi flegmonasi	17
Yonoq sohasi (yonoq bo'shlig'i) absess va flegmonasi	18
Ko'z kosasi absess va flegmonasi.....	19
Pastki jag'ga yondashgan to'qimalar absess va flegmonasi	21
Pastki jag' osti sohasi (pastki jag' osti bo'shlig'i) absess va flegmonasi.....	21
Daxan osti sohasi (daxan osti bo'shlig'i) absess va flegmonasi	26
Quloq oldi-chaynov sohasi (quloq oldi-chaynov bo'shlig'i) absess va flegmonasi.....	27
Qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'i absessi va flegmonasi	30
Yutqin yoni bo'shlig'i absess va flegmonalari	32
Til osti sohasi (til osti bo'shlig'i) absess va flegmonasi	35
Jag'-til tarnovi absessida.....	36
Og'iz bo'shlig'i tubi sohalari flegmonasi	37
Jag' orti sohasi (jag' orti chuqurchasi) flegmonasi.....	41

Til absess va flegmonalari.....	42
Yuz jag' va bo'yin sohasi absess va flegmonalarini tashxislash.....	45
Yuz va bo'yin sohalari absess va flegmonalarini davolash.....	46
YUQORI JAG' BO'SHLIG'INI ODONTOGEN YALLIG'LANISHI (GAYMORIT).....	49
ADABIYOTLAR.....	93
NOODONTOGEN YALLIG'LANISH KASALLIKLARI. KLINIKASI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH.....	94
Asosan suyak to'qimalari zararlanishi bilan	97
Asosan jag' atrofi yumshoq to'qimalari zararlanishi bilan (jarayonni jag'da tarqalish sohasi bitta tish parodonti chegarasidan tashqariga chiqmaydi).....	97
Asoratlari.....	97
YUZ-JAG' SOHASI NOODONTOGEN YALLIG'LANISH KASALLIKLARI	101
S.T.Pavlov furunkulning klinik kechishiga qarab ajratadi.....	102
KARBUNKUL (xo'ppoz).....	107
Yuzning saramasli yallig'lanishi	114
Noma	122
Mavzuni o'zlashtirganlik bo'yicha nazorat testlari.....	125
Adabiyotlar.....	132

Rizayev J.A., Gaffarov U.B., Ibragimov D.D.

**YUZ JAG‘ SOHASI ODONTOGEN VA
NOODONTOGEN YALLIG‘LANISH
KASALLIKLARI**

Guvohnoma raqami: 500-830

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 31.03.2021 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 8

Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 7,91 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 59/2023

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: anvarmexrojbaraka@gmail.com

