

Н.Ш. НАЗАРОВА
Г.А. МУСАЕВА,
И. РАВШАНОВ,
М.М. АСТАНАКУЛОВА

ОҒИЗ БУШЛИҒИ ШИЛЛИК
ҚАВАТИДА УЧРАЙДИГАН
КАСАЛЛИКЛАР



ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

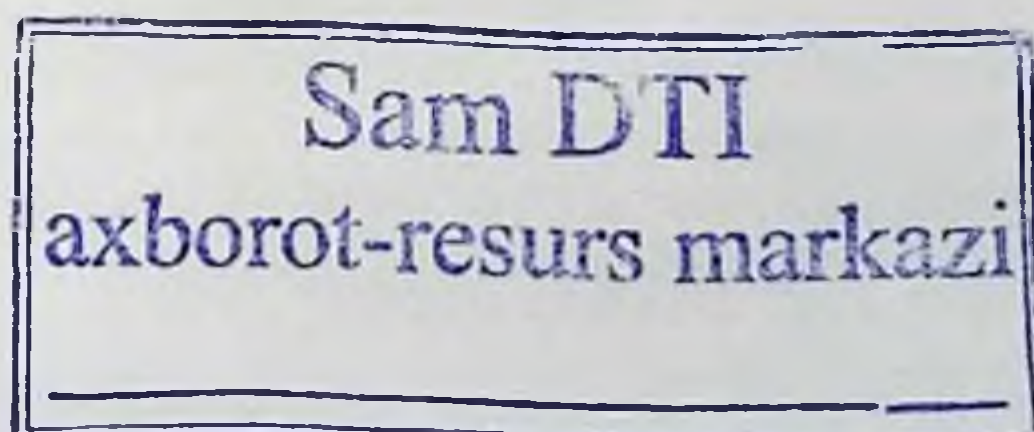
**Н.Ш. НАЗАРОВА, Г.А. МУСАЕВА,
И. РАВШАНОВ, М.М. АСТАНАКУЛОВА**



**ОҒИЗ БЎШЛИГИ ШИЛЛИК ҚАВАТИДА УЧРАЙДИГАН
КАСАЛЛИКЛАР**

*Стоматология факультетининг магистр ва клиник ординаторлари, малака оширувчи шифокорлар ва барча амалиётдаги стоматолог - врачлар учун
ўқув қўлланма*

Ўқув қўлланма



Тошкент 2022

УЎК: 616.31-008.5(075.8)

КВК: 56.6я73

О - 99

Н.Ш. Назарова, Г.А. Мусаева, И. Равшанов, М.М. Астанакулова

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватида учрайдиган касалликлар [Матн]: ўқув қўлланма / Н.Ш. Назарова, Г.А. Мусаева, И. Равшанов, М.М. Астанакулова. - Тошкент: "QAMAR MEDIA"., 2022. - 180 б.

Тузувчилар :

Н.Ш.Назарова

СамДТИ, ДКТФ стоматология курси
муdiri, т.ф.н., доцент в.б;

Г.А.Мусаева

СамДТИ ДКТФ Стоматология курси
ассистенти

И.Равшанов

СамДТИ, ДКТФ Стоматология курси
ассистенти

М.М. Астанакулова

ТДСИ факультатив терапевтик
стоматология кафедраси ассистенти,
т.ф.ф.д. (PhD):

Такризчилар:

Ш.Ю.Абдуллаев

ТДСИ юз-жағ касалликлари ва
травматология кафедраси муdiri,
т.ф.д., профессор.

Т.Э. Зойиров

СамДТИ 2 – Стоматология кафедраси
доценти, т.ф.д.

Ўқув қўлланма стоматология соҳасидаги оғиз бўшлиғи аъзолари касалликларининг кенг спектрли симптомлари, оғиз бўшлиғи тўқималари ва қўшни чегара структураларнинг зарарланиши билан характерланган тизимли патологиянинг барча кўринишларини ёритиб берган. Ўқув қўлланма магистр-талабаларнинг назарий ва клиник кўникмаларини ўрганишлари учун керакли бўлган зарур маълумотларга эга. Наширда оғиз бўшлиғи шиллик қаватида учрайдиган ўзгаришлар натижасида келиб чиқадиган асоратларнинг олдини олишга катта эътибоғ қаратилган.

ISBN 978-9943-7980-6-9

© И.Р. Абдурахмонов, Р.М. Нуралиевао.А. Сиддиқов. 2022 й.

© "QAMAR MEDIA"., 2022 й

Кириш

Оғиз бўшлиғи аъзолари касалликлари кенг спектрли симптомлар, оғиз бўшлиғи тўқималари ва кўшни чегара структураларнинг зарарланиши билан характерланиб, кўпинча тизимли патологиянинг кўриниши сифатида намоён бўлади. Буларнинг ҳаммаси дифференциал (киёсий) ташхисни қийинлаштиради, бу нафакат стоматологлар, балки терапевтик йўналиш бўйича мутахассислар (биринчи навбатда гематологлар, эндокринологлар) олдида турган муаммоларнинг мураккаблигини тушунтиради.

Стоматологик касаллар билан оғриган беморларга ёрдам бериш, нормал ва патологик анатомияни билиш, синчиклаб анамнез йиғиш, оғиз бўшлиғини методик текшириш, мазкур клиник манзара эҳтимоли бэр бўлган касалликлар ва ҳолатларни дифференциал ташхис қилишни билишни назарда тутишни тақозо этади.

Дифференциал ташхис - ташхисни аниқлаш ва даволаш режасини тузишнинг асоси ҳисобланади. Санаб ўтилган принциплар (тамоийиллар) ҳар кунлик кундалик даволаш ва реабилитация қилишда муҳим роль ўйнайди ҳамда врачнинг ортиқча гап эшитиш ва беморни асосланган госпитализация қилиш мажбуриятини сақлайди.

Ташхис қилишда муҳим босқич бўлиб, кўпинча беморни илк кўрикдан ўтказадиган стоматолог гигиенист ҳисобланади. Кўпинча беморларнинг шикоятлари ва уларда аниқланган ўзгаришлар, хавфли ўсмалар, саратон олди ҳолатлар ва юқумли касалликларга хос бўлганлиги учун стоматолог – гигиенист зиммасига бу касалликлар ва ҳолатларни аниқлаш, улар ҳақида стоматологга информация бериш масаласи ётади. Яна бир муҳим нарса, оғиз бўшлиғи касалликлари ички аъзолар касалликларининг “кўзгуси” бўлганлиги сабабли бемор дастлаб терапевтик, педиатрик йўналишдаги, шу жумладан, айниқса, гематолог ва эндокринологларга мурожаат қилиши мумкин. Бу мутахассислар касблари доирасидаги касалликларда оғиз бўшлиғи аъзоларида бўладиган ўзгаришларни аниқлаб ўз вақтида аниқ ташхис қўйиб, даволаш режасини тузсалар, беморларни даволаш самараси ошади ва реабилитация муддатлари қисқаради. Магистрлар, клиник ординаторлар ва врачлар эътиборига тақдим қилинаётган рисолада матни тушунарли тилда клиник тавсифга урғу берган ҳолда ёзилган, бу эса касаллик ҳақида тўғри тасаввур қилишга имкон беради.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ГИСТОЛОГИЯСИ

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати организмнинг бошқа шиллик қаватидан бирмунча фарқ қилади. У механик, термик, кимёвий ва бошқа таъсиротларга ва инфекцияга чидамли бўлади. Маълумки, Оғиз шиллик қавати юқори регенератор хусусиятга эга. Шиллик парданинг бу хусусиятлари унинг морфологик тузилишига боғлиқ. Л.И.Фалин (1963) ва В.В. Гемонов (1969) шиллик қаватнинг морфофункционал тузилишини текширишга катта ҳиссаларини кўшишган.

Оғиз бўшлиғи ошқозон-ичак трактининг бошланғич қисмини ташкил қилади, бунда овқатнинг механик ишлови содир бўлади. Ошқозон ичак трактининг барча қисмлари сингари оғиз бўшлиғи кўп қаватли ясси эпителийдан иборат шиллик парда билан қопланган.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати эпителиал ва хусусий бириктирувчи тўқимали пластинкадан иборат. Шиллик қаватнинг эгиловчан ва бурма ҳосил қилувчи қисмларидан хусусий пластинка шиллик қават ости асосида жойлашган. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг бошқа шиллик қаватлардан фарқи шундаки хусусий қаватни шиллик ости асосдан ажратиб турувчи мушак пластинкасига эга эмас.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг бутун юзаси қалинлиги 200-500 микронга тенг бўлган эпителий билан қопланган.

Мугўзланувчи эпителий тўртта қаватдан иборат:

- 1) Базал қават.
- 2) Тикансимон қават.
- 3) Донадор қават.
- 4) Шох ёки мугуз қават.

Энг чуқур, базал мембранада жойлашган цилиндри ва кубик эпителий катлами базал қават деб юритилади. Бу қават хужайралари протоплазмаси кўпинча базофиллиги билан ажралиб туради, бу унда рибонуклеин кислота борлигига боғлиқ. Шу қаватда Меркель ва Лангерганс ўсимтасимон хужайралар ҳам жойлашган. Меркель хужайралари ўсимтасимон шаклга ва киррасимон ядрога эга. Улар эпителийнинг юқори қаватида жойлашган хужайралар орасига кириб улар билан десмосомалар орқали бирикади. Бу хужайралар гормонсимон моддалар ҳосил қилиши тахмин қилинади.

Шунингдек улар эпителий регенерациясини ва шиллик қават кон томилари ўтказувчанлиги ва тонусини бошқаришда иштирок этади.

Лангерганс хужайралари ҳам ўсимтасимон бўлиб, Меркель хужайраларидан эпителиал хужайралари билан десмосомалар орқали бирикмаганлиги билан фарқ қилади. Уларнинг ядроси жуда йирик, бу хужайралар эпителийга кираётган антигенларни ўраб олади. Бундан ташқари Лангерганс хужайралари Т-лимфоцитларни фаоллаштирувчи интерлейкинларни ишлаб чиқаради. Шунингдек, Лангерганс хужайралари эпителиоцитларнинг пролеферацияси ва дифференцировкасида иштирок этади. ОБШҚнинг турли хил қисмларида бу хужайралар миқдори турличадир. Лаб шиллик қаватида, лунж ва юмшоқ танглай шиллик қаватида 1мм^2 эпителий пластида 500 та, каттик танглай ва милкда 150-200 тага тенг. Бундан ташқари бу хужайралар эркакларга нисбатан аёлларда кўпроқ, чекувчиларда ҳам кўпаяди.

Ўсимтасимон хужайраларининг яна бир тури – меланоцитлар. Уларнинг асосий функцияси меланин пигментини ишлаб чиқариш. Оғиз бўшлиғи эпителийсида меланоцитларнинг роли аниқланмаган.

Ундан сўнг **тиканаксимон қават** келади. У протоплазмаси нисбатан очроқ ва хужайралараро кўприкчалари яққол намоён бўлган бир неча қатор полигонал хужайралардан иборат. Юза қаватга яқинлашган сари бу қават хужайралари яссилашиб боради. Улар доимо кўчиб, сўлакка аралашади, шу сабабли сўлакда бу хужайралар катта миқдорда топилади. Эпителий регенерацияси чуқур жойлашган хужайралар булиниши ҳисобига амалга ошади. Эпителийнинг юқорида қайд этилган тузилиши лунж, лаблар, юмшоқ танглай ўтувчи бурма шиллик қаватига хос.

Оғизнинг каттик танглай ва милк каби чайнаш оқибатида механик таъсир айникса кўп бўладиган соҳаларидаги эпителий мугузланади (Орбен, 1953, Л.И.Фалин, 1960). Мугузланиш айникса каттик танглайда кўпроқ бўлади. Бу ерда тиканаксимон хужайралар устида протоплазмасида кератогиалин сақлаган узунчоқ шаклдаги хужайралар қавати жойлашади. Бу-**донадор қават**. Ундан ташқари тўлиқ мугузланган ва ядро сақламайдиган хужайралардан иборат **шоҳ қават** ҳам фарқланади.

Гистохимик усуллар билан оғиз эпителийси ўзида кўп миқдорда гликоген сақлаши аниқланган (К.И.Черенова, 1955; Л.И.Фалин, 1961). Лаб, лунж, юмшоқ танглай, тил ва ўтувчи

бурмаларда гликоген миқдори кўпроқ бўлади. Каттик танглай ва милк эпителийсиди нормада гликоген бўлмайди ёки жуда оз миқдорда бўлади. Демак гликоген шохланиш бўлмайдиган қисмларда кўп бўлади. Бу патологик жараёнда ҳам ўз аҳамиятига эга. Гликоген энергия манбаи ёки кератин синтези учун пластик материал деб тахмин қилинади. Шунинг учун у тезда ўзлаштирилиб, шохланиш соҳаларида учрамайди. Гликоген фақат инсон оғиз бўшлиғи эпителийсиди кузатилади. Хайвонларда эса у кузатилмайди (Л.И.Фалин., 1961).

Эпителий остиди бўладиган оғиз бўшлиғининг бириктирувчи тўқимали асоси шиллик парданинг хусусий қавати (*lamina propria*) ни ташкил қилади. У зич бириктирувчи тўқимадан ташкил топган бўлиб, эпителийга ўсиб қирадиган ўсимталар - сўрғичларни ҳосил қилади. Улар ичидан эпителийни озиклантирувчи томирлар ва нервлар ўтади. Сўрғичлар *lamina propria* ва эпителий қатлавлари юзаларини кенгайтириб, моддалар алмашинувини яхшироқ боришини таъминлайди.

Шиллик парданинг хусусий қавати аста шиллик ости қават (*lamina submucosa*) га ўтади. Оғизнинг баъзи қисмлари - тил, милк, каттик танглай ёнлари ва чокида шиллик ости қават умуман билинмайди. Бу соҳалардаги шиллик қават мушаққоқ бириктирувчи тўқимаси (тилда) ёки суяк усти пардаси (каттик танглай ва милкларда) билан битишиб кетган.

Оғиз бўшлиғининг турли қисмларида кўплаб майда сўлак безлари жойлашган бўлади. Улар ажратган секретни характерига кўра шиллик, оксилли ва аралаш бўлади. Ундан ташқари оғиз шиллик қавати юзасига йирик - кулоқолди, жағости ва тилости сўлак безлари чиқарув найлари очилади. Сутка давомида одамда 1,5 литргача сўлак ишланиб, оғиз бўшлиғига ажратилади. Сўлакни таркибида сув, шиллик, ва оксилдан ташқари 0,2% ноорганик моддалар: кальций, калий, натрий тузлари бўлиб, уларнинг концентрацияси қонникига нисбатан бир неча баробар юқори бўлади. Ундан ташқари сўлак темир, марганец, никель, литий каби микроэлементларни ҳам сақлайди. Органик моддалар альбуминлар, глобулинлар, ферментлардан иборат. Сўлак таркибида турли витаминлар бўлади.

Сўлакда 50 дан ортиқ ферментлар аниқланган, улар гидролаза, трансфераза, липаза, изомеразалардир (И.Б.Збарский, Л.Ф.Адигамов 1971). Сўлакдаги лизоцим бактериолитик, яллиғланишга қарши,

антигистамин, гемостатик, антибиотиклар таъсирини ва регенерацияни кучайтирувчи хусусиятга эга. Оғиз бўшлиғининг маҳаллий иммунитетни сўлакда сақланадиган "иммун таначалар" ёрдамида амалга оширилади. Оғиз бўшлиғига турли безлардан ажралган сўлақлар йиғилиб, "оғиз суюқлиги"ни ҳосил қилади. Уни таркибига сўлак ва шиллик безларининг секретидан ташқари кўчган эпителий, микроорганизмлар, нейтрофиллар ва баъзан лимфоцитлар киради.

Истеъмом қилинадиган овқат, ташқи муҳит таъсири ва организм ҳолатига боғлиқ ҳолда оғиз муҳити таркиби ўзгариб туради. Нормда оғиз бўшлиғи муҳити кучсиз ишқорий бўлиб, рН 6,9 га тенг. Водород кўрсаткичи оғиздаги патологик жараёнга боғлиқ ҳолда ўзгаради: оғизда инфекция жараён кечиш вақтида сўлак реакцияси нордон бўлади. Сўлак таркибини ўзгариши тиш тошларини ҳосил бўлишига олиб келади ва бу ўз навбатида гингивитга мойилликни чакиради.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватида таъм, оғрик, ҳарорат ва тактил ҳисларни сезишни таъминлайдиган рецепторлар жойлашган. Таъм рецепторлари асосан тил сўрғичларида жойлашган. Тактил сезги айникса лаблар ва тил учида яхши ривожланган. Оғрик сезгиси оғиз бўшлиғида кучсиз бўлиб, танглай равоқлари, юмшок танглай, оғиз дахлизиди нисбатан яхши ривожланган. Ҳарорат билиш оғизни ҳар хил соҳаларида турлича, масалан оғиз туби ва милқлар ҳароратни сезмайди. Иссиққа нисбатан совуқни сезиш яхшироқ ривожланган. Оғизнинг қайси соҳаси таъсирланишига кўра унга нисбатан рефлекс реакция кузатилади. Масалан: таъм билиш рецепторлари ширин моддалар билан кўзғатилса, қўл-оёқлар томирлари кенгайди, аччиқ таъмли моддалар эса аксинча, томирларни торайтиради. Оғиз бўшлиғи рецепторларини таъсирлаш газ алмашинуви ва мушаклар ишига таъсир кўрсатади.

Оғиз бўшлиғи эпителийсининг юқори регенератор хусусияти ҳам унинг ўзига хос физиологик хусусиятидан далолат беради. Сутка давомида жуда катта миқдорда ясси эпителий хужайралари кўчади. Эпителий регенерацияси базал ва тиканаксимон қават хужайралари митози ҳисобига амалга ошади. Шиллик қават эпителийсининг янгиланиши эпидермис янгиланишига нисбатан бир неча баробар жадал кечади. Шу сабабли оғиз бўшлиғидаги жароҳатлар тери жароҳатларига нисбатан тезроқ битади. Оғиз

шиллик қаватининг регенерациясига унда гликогеннинг барвақт пайдо бўлиши, РНК ва нордон мукополисахаридларнинг кўп миқдорда бўлиши қулай имконият беради. Терига нисбатан оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг тезроқ битиши унда кам дифференциаллашган хужайра элементлари бўлиши билан тушунтирилади (Г.В.Ясвоин 1928, 1930; В.В.Гемонов 1967). Теригаги фибробластларга нисбатан шиллик қават фибробластлари кам дифференциаллашган, ёш бўлади. Ундан ташқари репаратив жараёнларда қон ивувчанлиги ва фибринолитик ферментларнинг аҳамияти катта. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг физик хусусиятлари ва тургори унинг чўзишга, сиқишга ва эзишга чидамлилиги билан аниқланади. Унинг физик чидамлилиги чақалокларда ёшлар ва катталарга нисбатан камроқ бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг буферлик хусусияти унинг оғиз бўшлиғига кислота ва ишқор таъсир эттирилганда рН балансини тезда тиклаб олиши билан белгиланади. Бу хусусият шох қават қалинлиги ва сўлак безлари секретига боғлиқ бўлиб, оғизда патологик жараён кечганда ўзгаради.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати сўриб олиш хусусиятига эга бўлиб, бу ҳар хил соҳаларда ва ҳар хил моддалар учун турличадир. Бу баъзи дори препаратларини кўллаш учун қулай омил бўлиб хизмат қилади. Масалан: валидол оғиз тубида яхшироқ сўрилади. Соғлом шиллик парда патологик ўзгарган шиллик пардага нисбатан дори моддаларни яхшироқ сўришини назарда тутиш керак.

Шундай қилиб, оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг барьер функцияси ҳам анатомик, ҳам бир қатор функционал хусусиятларни бажаради: уларга шохланишнинг бир текисда кечмаслиги, эпителийнинг митотик фаоллиги, юқори регенеративлиги, алмашинув жараёнининг фаол бориши, ўзида гликоген сақлаши, хусусий қаватда кўп миқдорда хужайра элементлари, лейкоцитларнинг оғиз бўшлиғига миграцияси, сўлак компонентларининг бактерицид хусусияти, селектив сўриб олувчи хусусияти ва физик пишиқлиги мисол бўла олади.

Оғиз бўшлиғи ҳаёт давомида ташқаридан тушадиган микроблар учун дарвоза ҳисобланади. Оғиз бўшлиғи микрофлорасининг доимийлиги бир микробнинг бошқасига нисбатан антагонистлиги ва сўлакнинг бактерицид хусусияти билан амалга оширилади. Оғизнинг турли соҳаларининг микрофлораси

турлича бўлиб, ёш ўтган сайин ўзгариб боради. Шиллик қаватнинг силлик юзалари (танглай, лунж, милк)га стрептококклар, тиш бўлган сохаларга эса вибрион ва фузоспирохетоз комплекс хос.

В.Г.Петровская ва О.П.Марко (1976) маълумотларига кўра, нчак таёкчаси Оғиз бўшлиғида фақатгина организм иммунитетини пасайганда ва дисбактериоз ҳолларида кузатилиши мумкин.

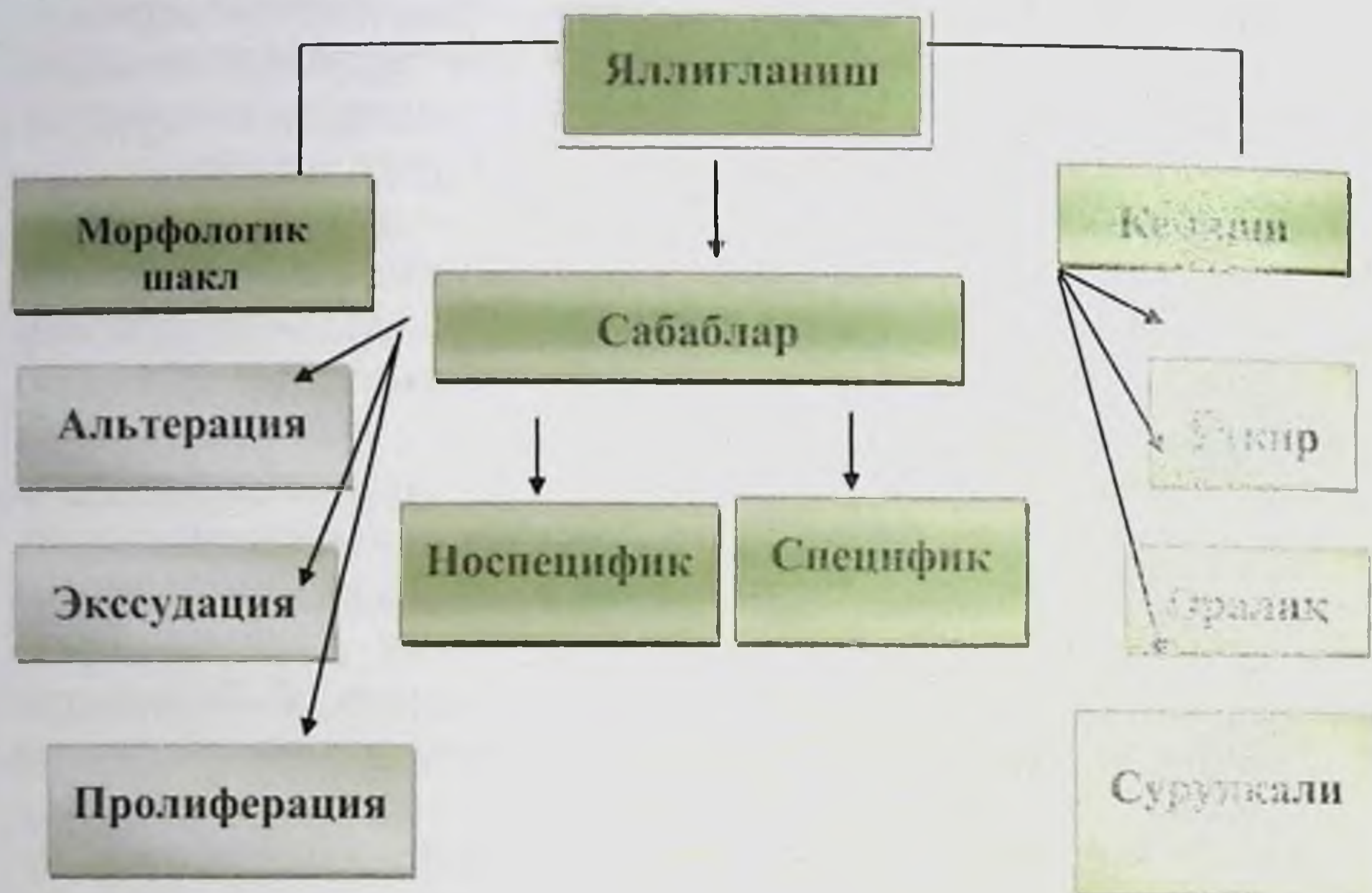
Кўпинча оғиз бўшлиғида спирохеталар билан бирга фузиформ бактериялар ҳам бўлиб, улар ўз навбатида стафилококк ва стрептококклар билан симбиоз ҳолатида бўлади. Оғиз бўшлиғи микрофлорасининг доимийлигини стрептококклар таъминлайди, унга нисбатан агар сусайтирувчи таъсир кўрсатилса, оғиз микрофлораси баланси бузилади ва бегона флора ўсиши кузатилади. Шундай қилиб, оғиз бўшлиғидаги бактериал антагонизм шиллик қаватини антибактериал химоясининг муҳим омилларидан ҳисобланади. Оғиз бўшлиғида баъзи вируслар, масалан: оддий герпес вируси сапрофит ҳолида яшаши мумкин. П.Попхристов (1963) маълумотига кўра 60% одамлар унинг соғлом ташувчиси ҳисобланади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати (ОБШҚ) касалликлари ва улардаги патологик ўзгаришларни ўрганиш учун аввалом бор оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг тузилиши тўғрисида тўлиқ маълумотга эга бўлиш керак.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини (ОБШҚ) гистологик тузилиши.

ОБШҚни кўп қаватли ясси базал мембранали эпителиядан ва шиллик ости қаватидан иборат (ғовак бириктирувчи тўқима). Шиллик қаватни хусусий қавати бириктирувчи тўқима ва гистоцид, фибробластли ҳужайра элементларидан таркиб топган. Тил, милк ва қисман қаттиқ тангайда шиллик ости қавати бўлмайди, тил ости ва лаб, лунж ўтувчи бурмачаларида у яхши ривожланган бўлади. Тилни барча юзаси ипсимон сўрғиччалар, тил учида замбуруғсимон, ён томонида баргсимон ва тарновсимон сўрғиччалар тилни танаси ва илдизида жойлашган бўлади. Эпителия доимо янгиланиб туради.

Шиллик қавати касалликларини умумий морфологик
характеристикаси:



ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ЭПИТЕЛИЙСИ ЎЗГАРИШЛАРИ

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати эпителийсини ўзгаришлари турли патологик жаён билан кечади:

- 1) Мугузланиш бузилиши
- 2) Экссудатив ўзгариш
- 3) Гипертрофия

Мугузланиш бузилишига: паракератоз, гиперкератоз ва дискератоз киради.

ПАРАКЕРАТОЗ- Мугузланиш жараёни бузилиши, яни эпителий хужайраларининг керотогиалин ишлаб чиқариш хусусиятини йукотиши. Донадор қават йўқолиб шох қават қалинлашади. Клиникада бу шиллик қават эпителийсининг хиралашиши билан намоён бўлади.

ГИПЕРКЕРАТОЗ- эпителий шох қатламининг хаддан зиёд қалинлашиши. Гиперкератоз кератиннинг кўпайиб кетиши

натijasида келиб чиқади, бунда донадор ва тикансимон қаватлар қалинлашади. Эпителий хужайралари функционал фаоллиги ошиши натijasида кератин синтези жадаллашади. Клиникада бу шиллик қават эпителийсини оқариши ва қалинлашиши билан намоён бўлади.

ДИСКЕРАТОЗ- мугузланиш жараёнини бузилиши натijasида баъзи эпителиал хужайралар шаклининг бузилиши.

Дискератоз икки турга булинади:

Хавфсиз дискератоз – шох қаватда юмалок танача ва донадор хужайраларнинг.

Хавфли дискератозда стилмаган ва атипик хужайраларининг пайдо бўлиши кузатилади. Масалан Боуэн касали ва ясси хужайрали саратон касаллиги.

Яллигланиш жараёнида эпителийда экссудатив ўзгаришлар кузатилади. Бу ўзгаришларга қуйидагилар киради:

ВАКУОЛЬ ДИСТРОФИЯСИ– бу тикансимон ва базал қават хужайралари ичида суюқлик йиғилиши ҳисобига содир бўлади.

СПОНГИОЗ (ғоваклик) - тиканаксимон қават хужайралари орасида суюқлик йиғилиб қолиши. Суюқлик тупланиб бориб, хужайралар орасидаги протоплазматик кўприкчаларни узади ва ҳосил бўлган бўшлиқларни тулдириб, пуфакчалар юзага келишига олиб келади.

БАЛЛОНЛОВЧИ ДИСТРОФИЯ - тиканаксимон қават хужайралари

орасидаги боғламлар узилиб, хужайралар ҳосил бўлган экссудатда алоҳида ёки гуруҳлар холида жойлашиб "баллон" кўринишини олади. Бунда эпителийнинг колликвацион некрози натijasида баллонни эслатувчи гомоген шарсимон хужайраларнинг экссудат билан тўлган бўшлиқларда сузиб юриши кузатилади.

АКАНТОЛИЗ–Эпителиал хужайралар ўртасидаги боғлам бузилиши натijasида бўшлиқ кейин эса қаварик ҳосил бўлиб хужайралараро кўприкнинг эриб кетиши кузатилади. Бу хужайралар кичрайиб думалок шаклга киради ва улар акантолитик ёки Тцанк хужайралари номини олган. Бу хужайралар пурсилдоқ ташхисини қўйишда катта аҳамиятга эга. Бу ўзгаришларининг барчасининг клиникаси қаварик ва қаварикчаларнинг ҳосил бўлиши билан намоён бўлади.

АКАНТОЗ - тиканаксимон қават хужайраларининг катталаниб кетиши

ПАПИЛЛОМАТОЗ- Оғиз бўшлиғи шиллик кавати сўргичсимон қаватининг ўсиб кетиши.



Папилломатоз а)пастки лаб шиллик каватидаги папилломатоз б)схема: 1.эпителий 2.шахсийкават. 3.эпителий сўргичсимон қаватининг ўсиши

Ангиоматоз- қон томирларини ҳаддан ташқари ўсиб кетиши



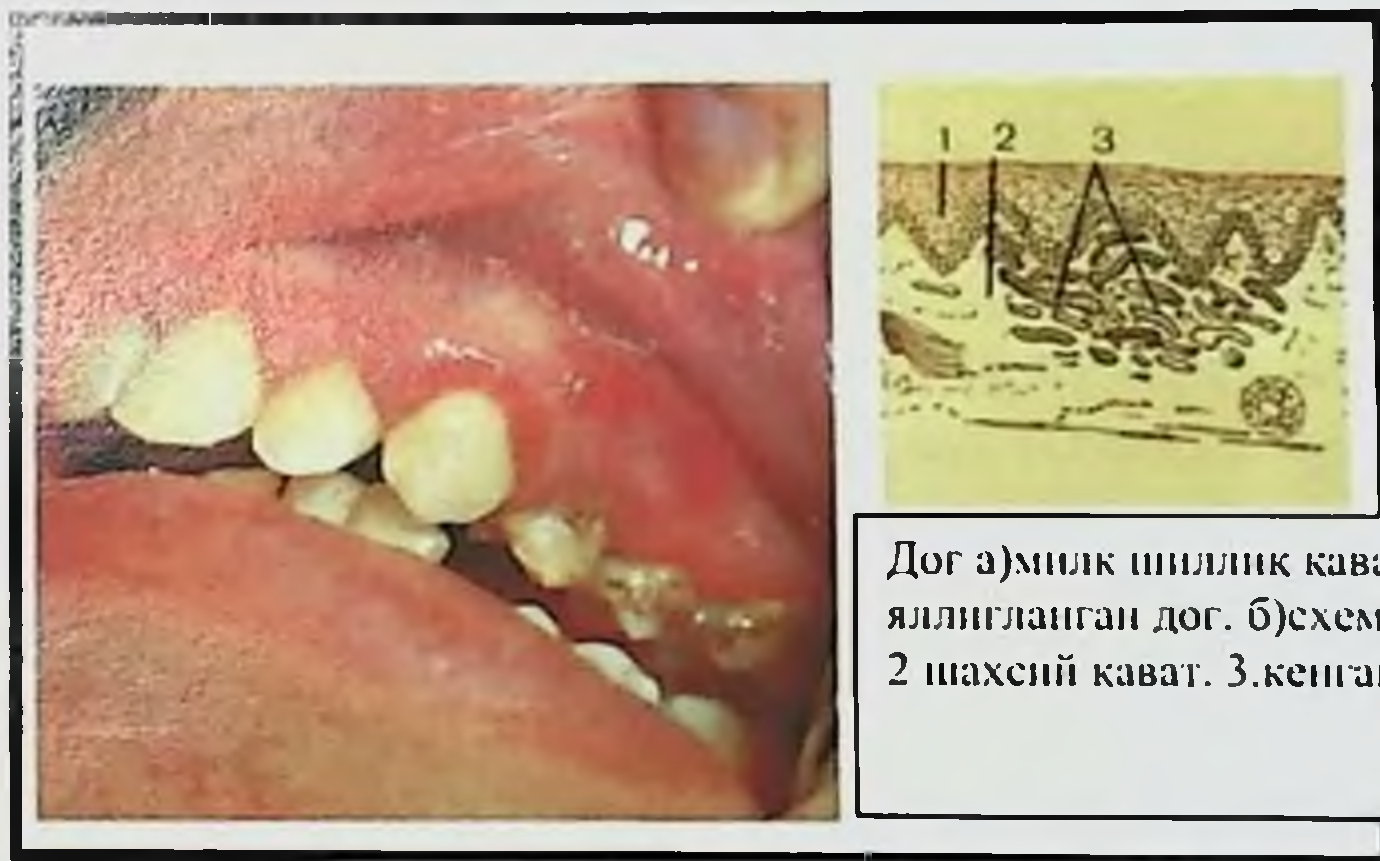
Ангиоматоз. а)юз териси ва лабдаги ангиоматоз б)схема: 1. эпителий 2. шахсий кават 3. Қон томирларнинг ўсиб,катталашиши

Оғиз бўшлиғи шиллик каватида пайдо бўладиган элементлар бирламчи ва иккиламчига булинади. Мустақил равишда пайдо бўлган бирламчи ва бирламчи элементларнинг ўрнида пайдо бўлган иккиламчи элементлар дейилади.

БИРЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР

А. Инфильтратив

ДОГ- Оғиз бўшлиғи шиллик қавати рангини ўзгариши. Кўриниши турлича: йирик ва майда, тарқоқ ва чегараланган, турғун ва нотурғун бўлиши мумкин. Доғга уни пайпаслаб аниқлаб бўлмаслиги хосдир. Доғларнинг томирли ва шиллик қаватда бўёвчи моддалар тупланиши натижасида келиб чиқадиган пигмент (дисхроматик) турлари фаркланади. Томир доғлари яллиғланиш ва томирларнинг вақтинчалик рефлексор кенгайиши натижасида келиб чиқади, Яллиғланиш доғлари турли интенсивликдаги кизил тусда бўлиб, кул билан босилганда йўқолиб, бир оздан сўнг яна пайдо бўлади. Кўплаб жойлашган ва майда кўринишдаги доғлар- **розеола**, йириклари - эритема деб юритилади. Юза жойлашган томирларнинг яллиғланмасдан турғун кенгайиши ёки ундан ўсмалар ҳосил бўлиши натижасида келиб чиқадиган доғлар - **телеангиэктазиялар** деб аталади.



Доғ а)милик шиллик қаватидаги яллиғланган доғ. б)схема: 1 эпителий 2 шахсий қават. 3.кенгайган томирлар

Тери ва шиллик қаватдаги доғлар улардаги томирлар девори бутунлигини бузилиши (ёрилиш, ўтказувчанликни ошиши) оқибатида келиб чиқиши мумкин. Бу - **геморрагик** доғлардир. Бундай доғлар босганда йўқолмайди ва пайдо бўлган муддатига боғлиқ ҳолда турлича тусга эга бўлади. Нуктасимон геморрагиялар - **петехиялар**, кўплаб майда кўринишдагиси пурпура, йириклари эса **экхимозар** деб аталади.

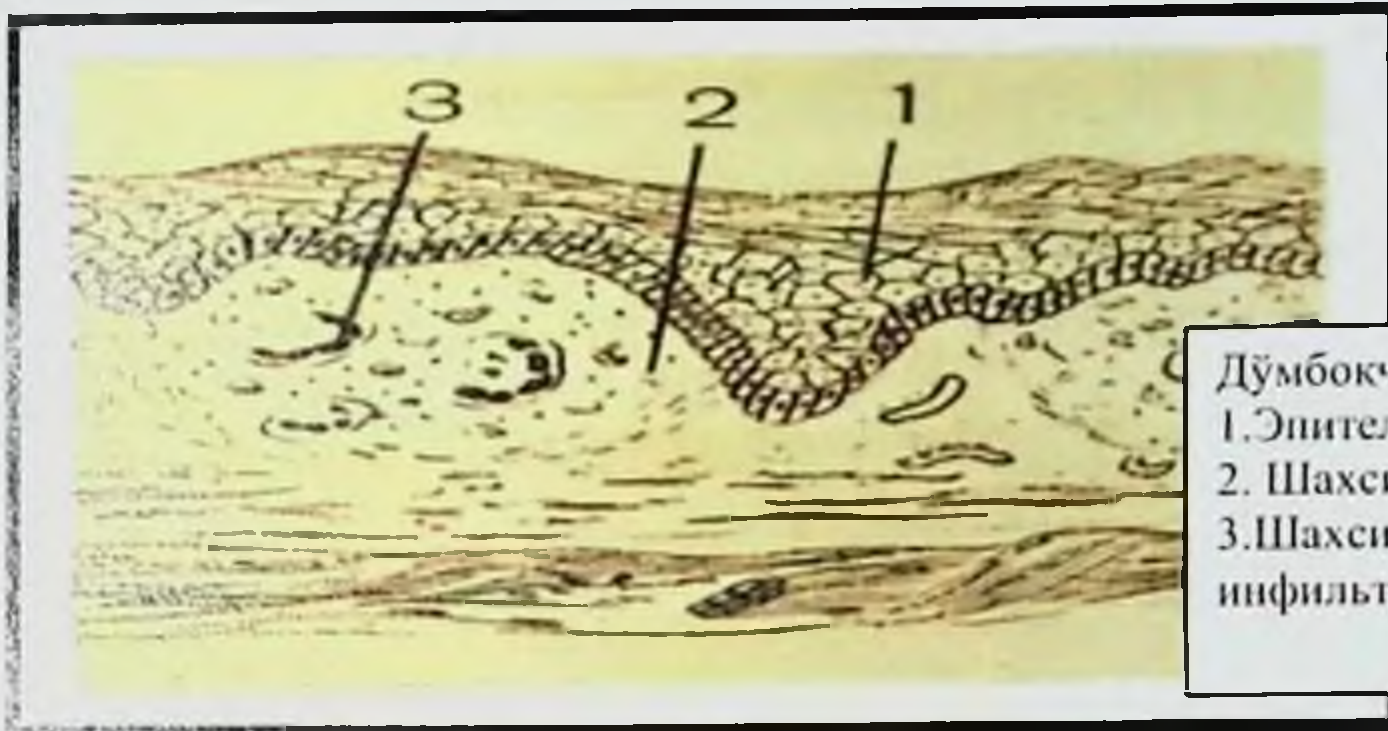
Пигмент (дисхроматик) доғлар меланин пигментининг кўпайиши ёки камайиши ва баъзан умуман бўлмаслиги натижасида келиб чиқади.

ТУГУНЧА - акантоз ҳисобига пайдо бўладиган, шиллик каватдан кўтарилиб турувчи бўшликسىз ҳосила бўлиб, унинг юзаси ясси, конус ва шар шаклида, чеккалари эса юмалок ва полигонал шаклда бўлиши мумкин. Ранги ва консистенцияси турлича бўлади. Катталиги тарик доначасидай ва ундан катта бўлиб, улар ўзаро қўшилиб кетиши натижасида пилакчалар ҳосил қилиши мумкин. Тугунчалар ўзидан кейин из қолдирмай битиб кетади.



ТУГУН- Шиллик кават остигача етиб борадиган чегараларга, каттик элемент. Ўлчами ёнгок ўлчамидан тухумдек ўлчамгача бўлиши мумкин. Улар яллиғланган жараён, хавфли ва хавфсиз ўсмаларининг ўсиши ёки кальций ва холестериннинг тўқималарда тўпланиши натижасида ҳосил бўлиши мумкин. Яллиғланган тугунларга тез ўсиш ҳосдир. Уларнинг натижаси бўлиб сўрилиш, некрозланиш, яралар, чуқур чандик ҳосил қилиш ва эриш бўлиши мумкин.

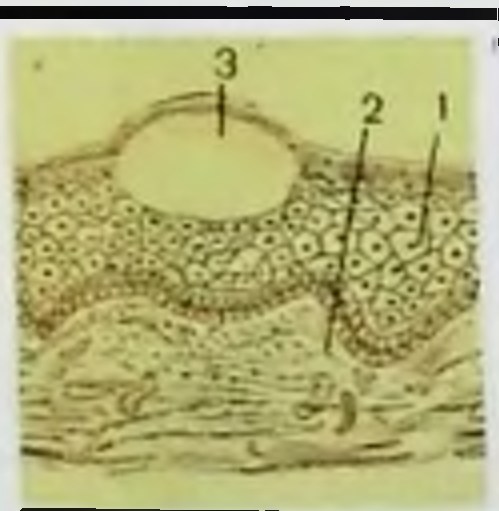
ДЎМБОҚЧА- бўшликسىз, айлана шаклдаги инфилтратив ҳосила бўлиб, шиллик пардани ҳамма каватларини уз ичига олади ва шиллик парда юзасидан кўтарилиб туради. Шиллик кават сатҳидан бўртиб чиқиб унинг барча каватларини эгаллайди. Думбокча аввал тугунчани эслатиб ундан фарқи шундаки думбокчанинг марказий қисми баъзан бутунлай некрозга учрайди. Одатда тўп-тўп бўлиб жойлашади ва тезда емирилади. Уни ўрнида грануляция ва вегетация билан қопланган яралар юзалар ҳосил бўлади. Бу бирламчи элементлар сил югураги, учламчи сифилис, маховга ҳос.



Дўмбокча
1.Эпителий
2. Шахсий кават
3.Шахсий шиллик каватдаги
инфильтрация

Б. Экссудатив жараёнлар

ПУФАКЧА –Бўшликли элемент суюклик билан тўлган. Ўлчами тўноғич бошчасидан нўхат ўлчамигача катталиқда бўлиши мумкин. Пуфакча ичи сероз ёки геморрагик экссудат билан тўлган. Эпителийнинг мугуз қатламида шаклланади. Тошмалар нафакат соғлом балки гиперемияланган ва шишган ўзакда ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Деворчаси юпқа қаватли эпителийдан таркиб топган бўлиб, эпителий тезда ёрилиб, устки қатлами йиртилиб эрозия ҳосил бўлади. Унинг четларида пуфакчанинг бўлакчалари қолади. Кўпинча пуфакчалар гуруҳ бўлиб жойлашади. Пуфакчаларнинг ҳосил бўлиши баллонли ва вакуоль дистрофиянинг оқибати бўлиши мумкин. Вирусли касалликларда ривожланиши кузатилади. Пуфакча ўзидан кейин из қолдирмай кетади.



Пуфакча.
а)лаб шиллик қаватидаги пуфакча
б)схема: 1.эпителий 2.шахсий кават
3.эпителийдаги бўшлик

ПУФАК -Ўлчами тухум ўлчамидан катта. Эпителийнинг ичида ёки остида шаклланади. Тиканаксимон қаватда жойлашиб, уни туби

ва шиллик кават юзасидан кўтарилиб турувчи қопқоғи ва суюқлигидан иборат. Суюқлик сероз ва геморрагик экссудатдан иборат. Қопқоғи механик таъсирот оқибатида тезда ёрилади. Эпителий остидаги пуфак қобиғи эпителий ичидаги пуфак қобиғидан калинроқ бўлгани учун кўп вақт сақланиб туради. Пуфакдан кейинги эрозиялар ўзидан из қолдирмай битади.



1-раем. Пуфак.
а) тил шиллик каватидаги пуфак; б) схема, 1-эпителний, 2- шахсий кават, 3-эпителний ости шиллик каватидаги бўшлик

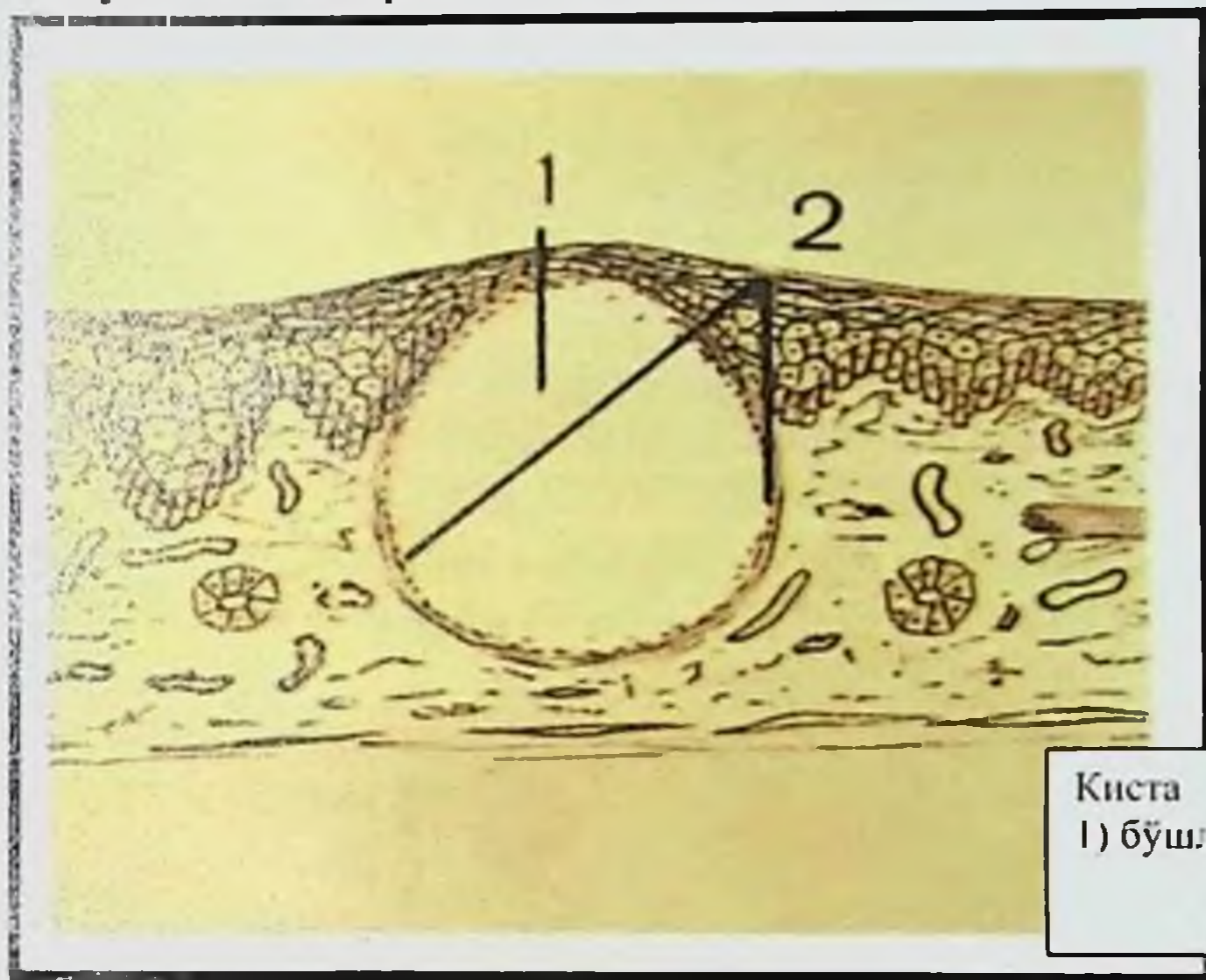
ЙИРИНГЧА – йирингли экссудатни чегараланиб тўпланиши. Улар бирламчи яъни ўзгармаган шиллик каватда пайдо бўлиб ок сарик йирингли суюқлик билан тулиши ва иккиламчи - пуфакча ва пуфакдан ҳосил бўлиши мумкин. Йирингча эпителийга стрептококк ва стафилакоккларнинг токсин ва ферментлари таъсири натижасида ҳосил бўлади. Улар юзаки ва чуқур бўлиши мумкин.



Йирингча
а) Юз терисидаги йирингча
б) схема 1.эпителний кавати
2.шахсийкават 3.йирингли экссудат билан тўлган бўшлик

КИСТА-бўшликли ичи суюқликдан ва деворлардан иборат элемент. Эпителиал ва ретенцион кистага бўлинади. Ретенцион кисталар – сўлак ва шиллик кават безлари чиқариш йўлларининг

ёпилиб қолиши натижасида пайдо бўлади. Танглайда, лабларда, лунж шиллик қаватида жойлашади. Ичи тиник, баъзан йирингли экссудат билан тўлган. Эпителнал кисталар – эпителий билан қопланган бириктирувчи тўқимадан иборат деворлардан таркиб топган. Эпителнал кисталар сероз, сероз-йирингли ва конли экссудатдан иборат.



Киста
1) бўшлик 2) эпителий қобиги

КАВАРИҚ - бўшлиқсиз ҳосила бўлиб, сўрғичсимон қаватни ўткир чегараланган шиши натижасида юзага келади. У шиллик қаватдан кўтарилиб туриб, хажми 0,2дан то 1,5 см гача бўлган ясси, оқиш ёки кизғиш кўринишга эга бўлади. Экзоген ва эндоген келиб чиқишга эга.

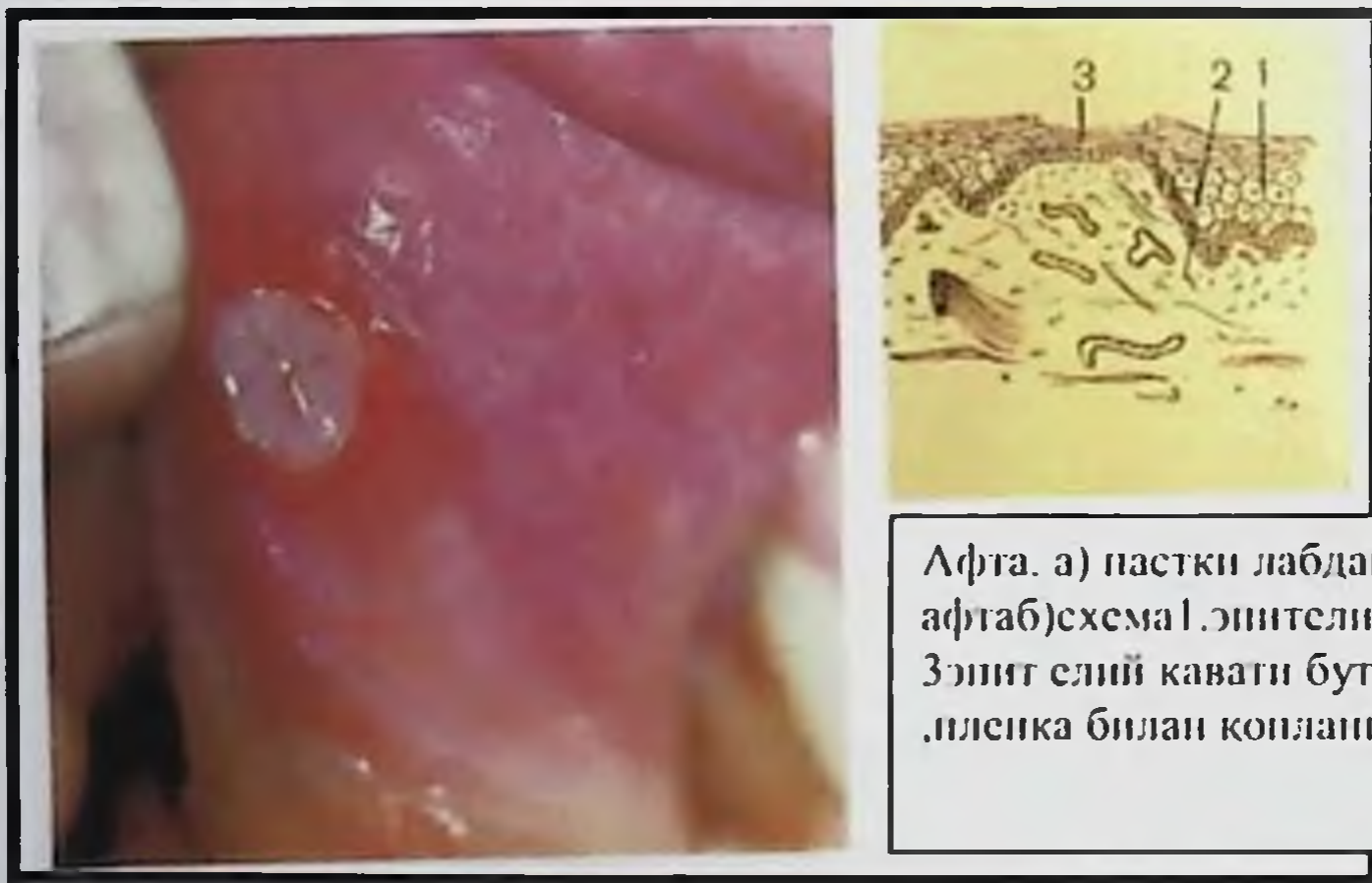
ИККИЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР

ЭРОЗИЯ- эпителийнинг юза қисмини бутунлигини бузилиши, бўшлиқли ҳосилаларнинг ёрилиши, эпителий некрозидан кейин папулаларнинг ёрилиши натижасида юзага келади. Травматик таъсир остидаги пайдо бўладиган эрозиялар экскорнация деб номланади. Чандик қолдирмай битади.



Эрозия
а) пастки лаб шиллик каватидаги эрозия
б) схема: 1. эпителий
2. шахсий кават Эпителлий бутунлигини бузилиши.

АФТА- эпителийни чегараланган юза нуксони бўлиб, сарғиш-кулранг тусга ва думалок шаклга эга. Хажми 0,2-0,7 см ва ундан катта, атрофи кип-кизил яллиғланиш гардиши билан уралган бўлиб элементга ок ёки сарик тус берадиган фиброз пленка билан копланган. Чандик колдирмай битади.



Афта. а) пастки лабдаги афта б) схема 1. эпителий 2. шахсий кават 3. эпителий кавати бутунлигини бузилиши пленка билан копланган

ЯРА – шиллик кават барча катламлари бутунлигининг бузилиши натижасида юзага келади. Туби ва кирралари мавжуд. Чандик ҳосил бўлиши билан битади.



Ҷра
а). Тил шиллик қаватидаги яра б)схема
1.эпителий 2.шахсий қават 3.эпителий ва
шахсий шиллик қават
жарохати.

ЧАНДИҚ- асил шиллик қават ва шиллик ости қатламининг битиши натижасида юзага келади. Чандиклар гипертрофик ва атрофик бўлади. Гипертрофик чандиклар –жарохатдан ва жаррохлик операциясидан кейин ҳосил бўлади, чизикли шаклга эга, пальпацияда қаттиқ шиллик қават харақатини сусайтиради. Атрофик чандиклар- сил, захм, кизил югурак, элементларининг битишидан кейин юзага келади. Узига хос фарқи – нотўғри шаклга ва сезиларли даражадаги чуқурликка эга. Шиллик қават атрофияси юпкалашганда- силлик ялтирок, осон бурмалар ҳосил қилади.



Гипертрофик чандик.
а)настки лаб шиллик қаватидаги чандик
б)схема 1.юпкалашган эпителий 2 шахсий
қават.3.толасимон ўсма.

КАРАШ- микроорганизмларда, фиброз парда ёки эпителий қаватларининг ажралиши натижасида шиллик қаватда пайдо

бўладиган элемент. Караш ок ёки кулиранг, жигар ранг ёки тук кора рангда бўлиши мумкин.



Караш.
а) кандидозда тилдаги караш
б) схема: 1.эпители
2. шахсий кават 3.мускул 4. караш



Пўстлок. а) юкори лабдаги пўстлок.
б) схема: 1.эпителий 2.шахсий кават
3.пўстлок экссудат котган

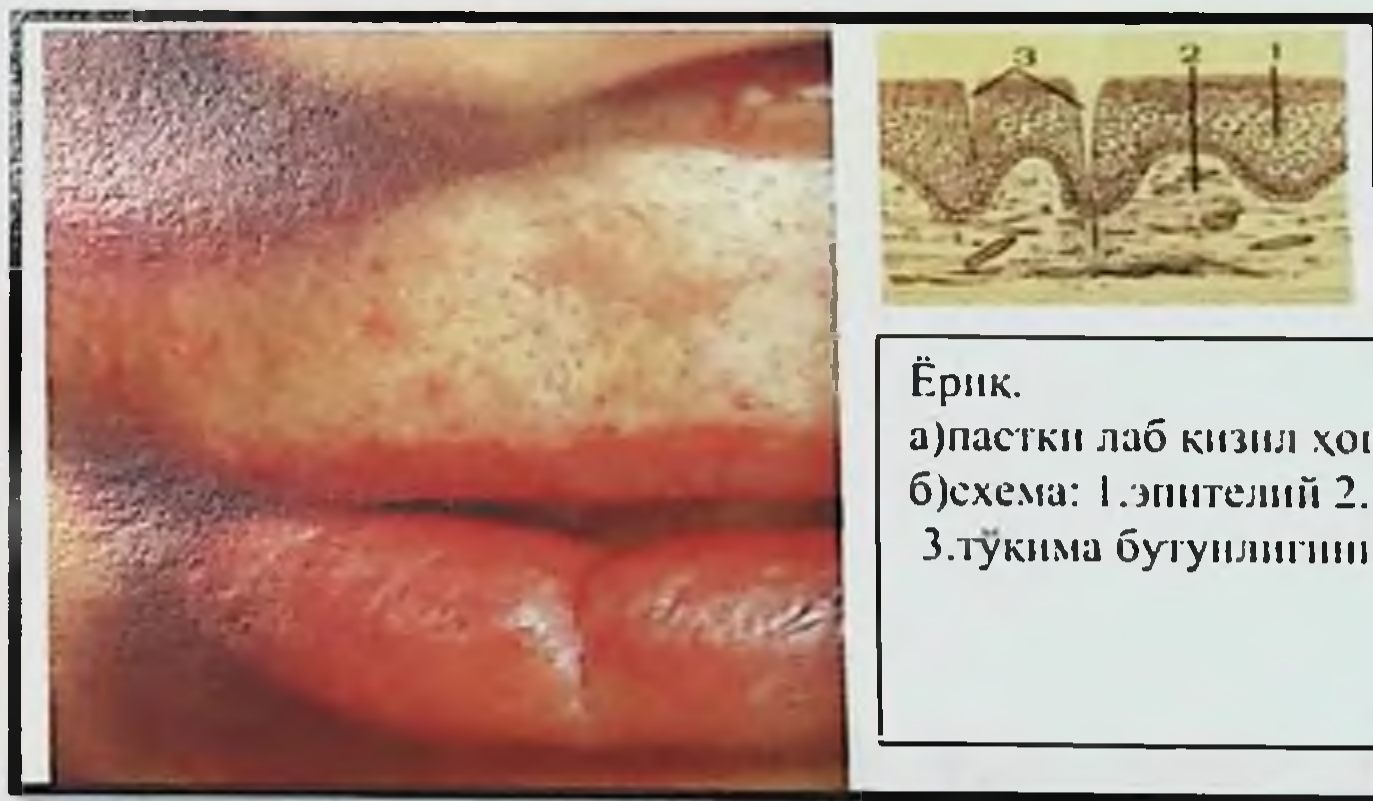
ПЎСТЛОҚ- пуфакча, йирингча, ёрик, яралар ичидаги экссудатнинг қуриши натижасида ҳосил бўладиган элемент. Сероз, йирингли ва конли бўлиши мумкин.

ТАНГАЧА - шохланган эпителийнинг кўчиб тушаётган пластинкалари.



Тангача. а) экзематозли хейлитда пастки лабдаги тангача
б) схема: 1. эпителий 2. шахсий кават 3. тангача

ЁРИҚ- тўқима эластиклиги йўқолиши натижасида юзага келадиган чизиксимон дефект, кўпроқ оғиз бурчакларида ва лаб кизил хошиясида учрайди. Шакли бўйича ёрик чўққиси тўқималар ичига қараган понани эслатади.



Ёрик.
а) пастки лаб кизил хошиясидаги ёрик.
б) схема: 1. эпителий 2. шахсий кават 3. тўқима бутунлигини бузилиши

АБСЦЕСС- йиринг билан тўлган бўшлиқли турли хил ўлчамдаги ҳосил. Патологик ўзгарган тўқима ва кичик йирингчаларнинг кушилиши ва уларнинг парчаланиши натижасида яллиғланган ўчоқда ҳосил бўлади.



Абсцесс.

а) милкдаги абсцесс б)схема: 1.эпителнал кават

2.шахсий кават

3.абсцесс.

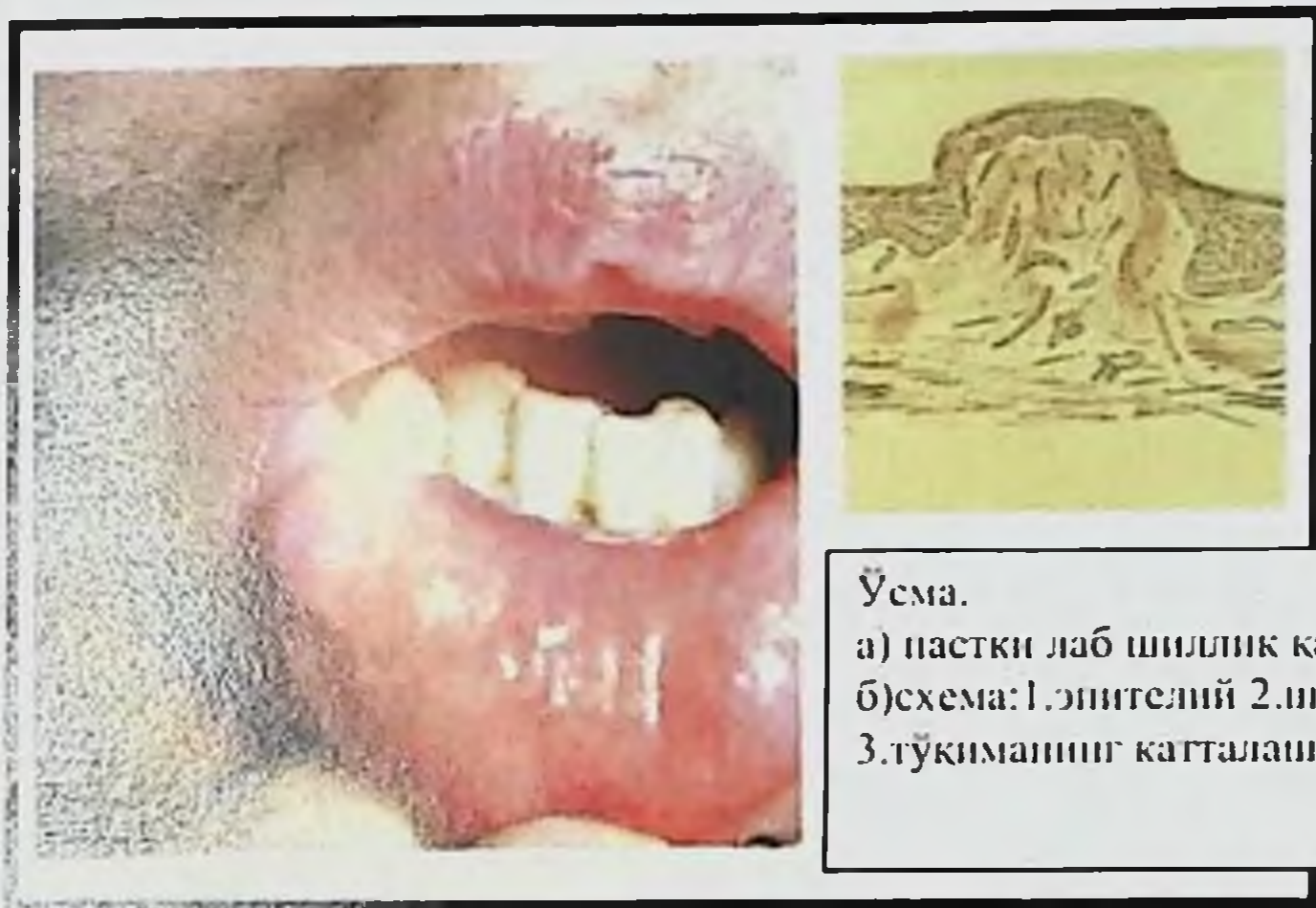
АТРОФИЯ - шиллик каватни юпкалашиб кетиши.

ПИГМЕНТАЦИЯ- яллиғланиш ўрнида қолган тўқима рангини ўзгариши.

ЎСМА – хужайраларнинг хаддан зиёд тўқималар билан қопланиши. Бир қатор омиллар остида сифат ва сон жиҳатдан нормал хужайралардан фарқ қиладиган хусусиятларига айланадиган хужайралар ўсма хужайраларига хосдир. Улар одам организмнинг тўғри келган орган ва тўқималаридан ҳосил бўлиши мумкин. Ўсмалар думалок ёки овал, тугун, гулкарам шаклидаги қаттиқ ҳосилалар бўлиши мумкин. Ўсмалар юзаси силлик, гадир-будур, майда-донадор, сўрғичсимон шаклда бўлиши мумкин. Ўсиш тезлиги, жойлашуви ва келиб чиқишига қараб катта ўлчамларга эга бўлиши мумкин. Катта ўлчам ҳисобига органини, юз соҳасини деформацияга учратиши мумкин. Шиллик кават ўсмалари кўп ҳолатларда яраланади.

Ундан ташқари зарарланишнинг **мономорф** - яъни бир турдаги бирламчи

элементлардан ташкил топган, ва **полиморф** - хар хил турдаги бирламчи элементлардан ташкил топган шакллари ажратилади. Шу билан бирга бир элементнинг ўзи ривожланиш даврида турли кўринишга эга бўлиши мумкин, бу сохта **полиморфизм** деб аталади.



Ўсма.

а) пастки лаб шиллик қаватидаги ўсма
б)схема: 1.эпителий 2.шахсий қават
3.тўқиманинг қатталашуви

ОБШҚ касалликларига ташхис қўйишда асосий текшириш усуллари (субъектив, объектив: кўздан кечириш, пальпация)дан ташқари турли қўшимча усуллардан фойдаланиш керак.

ОБШҚ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ РЕЖАСИ:

1. Касаллик анамнези;
2. Беморни аъзо ва системалари бўйича текшириш;
3. Оғиз микрофлораси (унинг тури ва сезгирлиги) ни текшириш;
4. Цитологик текшириш учун ОБШҚ материал олиш;
5. ОБШҚни зарарлаган элементларидан биопсия олиш;
6. Оғиз бўшлиғи Ph муҳитини аниқлаш;
7. Аллергенлар, специфик зардоб ва вакциналар билан тери синамаларини ўтказиш;
8. Умумий қон таҳлили;
9. Қоннинг стериллигини аниқлаш учун экиш;
10. Қонда билирубин, холестерин, фибриноген, канд, умумий оксил фракциялари, гистаминни аниқлаш;
11. Умумий (баъзан махсус) сийдик таҳлили;
12. Ошқозон ширасининг фракцион таҳлили;
13. Дуоденал ширани текшириш;

14. Кўкрак кафаси ва ошқозон-ичак трактінинг рентгеноскопияси;

15. Ахлатни гижжалар тухумига текшириш;

16. Ректороманоскопия.

Булардан ташқари бошқа мутахассислар буюрган бошқа текширувларни ўтказиш мумкин.

ОБШҚда кератоз билан кечадиган касалликларни ташхислашда люминисцент диагностика – Вуд нурлари билан макролюминесценция усули қўлланилади. Меъёрада ОБШҚ томирлари юза жойлашганлиги сабабли Вуд нурлари остида кўкиш тусга эга бўлади. Қизил ясси темираткида кўкиш-оқ, оддий лейкоплакияда хира-окиш, веррукоз лейкоплакияда оппок, эрозив лейкоплакияда жигарранг фонда окиш ўчоқли тусда кўриниши мумкин. Қизил югурук корсимон оппок, сўгалсимон саратон олди ҳолат эса тўқкўнғир тус бериб товланади.

Каварик синамаси (Олдрич синамаси) – тўқима гидрофиллигини текшириш, яширин шиш ҳолатини аниқлаш учун қўлланилади.

Гистамин синамаси– гистаминга бўлган сезгирликни аниқлаш мақсадида қўлланилиб, капиллярлар ўтказувчанлиги ва организмнинг аллергия ҳолати тўғрисида маълумот беради.

Шиллер-Писарев синамаси – ОБШҚни йод-таркибли эритмалар, Люголь эритмаси билан бўяш бўлиб, яллиғланиш натижасида ОБШҚда тўпланиб қолган гликогенни йод таъсирида жигар рангга бўялиб, аниқлаш имконини беради.

Ясиновский синамаси оғиз бўшлиғи шиллик қаватидан лейкоцитларни эмиграцияси ва кўчган эпителий сонини баҳолаш учун ўтказилади.

Кавецкий-Базарнова синамаси тўқималарнинг регенератив ҳолатини ва фагоцитар фаоллигини аниқлаш учун ўтказилади.

Роттер синамаси организмни аскорбин кислота билан тўйинганлигини аниқлаш учун ўтказилади.

Цитологик текширувлар: суртма-муҳр, қиринди, пункция, биопсия. Цитологик текшириш усулининг мақсади, ўтказилган давонинг натижасини билишга қаратилган. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликларида яра, эрозия ва ёрилмалар устини қириб, ёки чуқур тўқималардан пунктат олиш мақсадга мувофиқдир. Аввал некротик тўқималардан озод қилинган ярани юзасидан гладилка

билан кириб, материал олинади, лекин кон қолдиқлари бўлмаслиғи керак.

Биопсия-гистологик усул бўлиб, диагностик текширув усули, атипик эпителиал хўжайраларини аниқлашга мўлжалланган. Биопсияда патологик ўзгарган тўқималардан олинган 5-6 мм ли бўлакча махсус эритмалар (формалин, спирт) да фиксация қилинади, гемотоксилин-эозинда бўялади ва микроскоп остида текширилади. Ушбу усулга қарши кўрсатма бўлиб, гемофилия, геморрагик диатез ва хавфли турдаги анемия ҳисобланади.

Бактериологик текширувлар – ОБШҚдаги касаллик чакирувчи микробни аниқлаш учун қўлланилади. Бактериологик текширув оғиз бўшлиғининг шиллик қаватида эрозия ва яралардан олинган материалларнинг бактериологик текширувида микроорганизмни турини аниқлаш ва тўғри ташхис қўйишдир.

Серологик усул – организмнинг инфекция омилига сенсibiliзациясини ва захми (Вассерман реакцияси) аниқлаш учун қўлланилади.

Иммунологик келиб чиқишга эга бўлган дерматозлар ва ОБШҚ касалликларини ташхислашда бевосита ва билвосита иммунофлюоресценция, турли аллергия синамалар (томчили, компресси, скарификация, тери ичи) кабилар қўлланилади.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ КАСАЛЛИКЛАРИ ТАСНИФИ.

1.Травма таъсирдан келиб чиқадиган ОБШҚ касалликлари. Хар хил механик, физик, химик, ноқулай метериологик таъсирлар(метериологик хейлит,лаб ёрилиши) ва бошқа жароҳатлар таъсирдан пайдо бўлади. Элементлар: гиперимия, эрозия, яра, гиперкератоз (лейкоплакия)

2.Инфекцион касалликлар сабабли келиб чиқадиган ОБШҚ касалликлар:

А.Шиллик қаватни ўткир ва сурункали инфекция касалликлардан жароҳатланиши, (қизамик, қизилча, сув чечак, сил, захм, лепра ва бошқалар)

Б.Шиллик қават ва лабнинг ўзига хос инфекция ва паразитар касалликлари:

- 1)вирусли (герпес, сўгал ва х.к)
- 2) фузоспирохетозлар

3) бактерияли касалликлар (стреп ва стафилаккок , сўзакли ва х.к)

4) замбуругли (кандидоз, актиномикоз ва х.к) касалликлар.

3. Аллергик ва токсикоаллергик касалликлар.

1) алокали (контактли) аллергик – стоматит, гингивит, глоссит, хейлит (дори, пластмасса, буёк, тиш пастаси, эликсер, ультра фиолет нури ва х.к.)

2) таркалган ва ўрнатилган токсико – аллергик зарарланиш (доридан, овқатланиш моддасидан ёки аллергик моддани организмга бошқа йул билан тушишидан)

3) токсикоаллергик генезли дерматозлар (кўп шаклли экссудатив эритема Стивен Жонсон, Лаейелл синдромлари ва х.к)

4. Аутоиммун компонентли ўзгариши натижасида юзага келадиган касалликлар:

1) Сурункали рецидивли афтозли стоматит, чандикли афта

2) Бехчет синдроми, Турен афтаси

3) Шегрен синдроми

4) Дерматозларни оғиз бўшлиғи шиллик кавати билан бирга жарохатланиши (пуфакчалар, пемфигоид, Дюринг касаллиги, қизил югурак, склеродерамия).

5) Тери шиллик кават реакцияси: қизил ясси темиратки

6) Экзоген интоксикациялар таъсиридан оғиз бўшлиғи шиллик каватини ўзгариши.

7) Оғиз бўшлиғи шиллик кавати ва лаб қизил хошияси каватларининг турли аъзо ва аъзолар тизими касаликлари ҳамда моддалар алмашинуви бузилишларидаги ўзгаришлар:

1) висцерал ва эндокрин патологияларда

2) гипо ва авитаминозларда

3) қон ва қон ишлаб чиқарувчи органларда

4) асаб сисемаси касалликлари

5) хомиладорликда

8. Тугма ва генетик касалликлар сабабли.

1) невус ва эпителиал дисплазия: қон томирли невус, сўгалли ва пигментли невус, эпидермоидли киста, юмшок лейкоплакия, Фордайс касаллиги, ирсий хавфсиз дискератоз

2) бурмачали тил ва ромбсимон глоссит

3) glandуляр хейлит

4) лаб ва шиллик қаватни дерматоз билан бирга жароҳатланиши; буллёзли эпидермолиз, атопик дерматит (хейлит), псориаз, ихтиоз, Пейтца-Егерса-Турен синдроми ва х.к

9. Рак олди касалликлари, хавфли ва хавфсиз ўсмалар

1) облигатли раколди касалликлар: Боуен касаллиги, сўгалли раколди, лаб кизил хошиясини чегараланган гиперкератози, Манганотта хейлити

2) факультатив раколди касалликлар: лейкоплакия, мугузланган папиллома ва папилломатоз, кератоакантома, шохли тери ва х.к

3) хавфсиз ўсмалар

4) Рак

Т.Ф.Виноградова (1974) болалар учун ўзини классификациясини таклиф қилди:

1. Клиник кечишига қараб- ўткир ва сурункали (рецидивли ва перманентли)

2. Морфологик элементларни клиник кўринишига қараб – катарал, фибринли, альтерацияли ва пролиферативли яллиғланиш; пуфакли ва папуллалар тошма; эрозия, афта, доғ, чандик

3. Жойлашишига қараб – папиллит, гингивит, папилит, глоссит, палатинит, стоматит

4. Этиологиясига қараб: 1) механик, физик, химик таъсир. 2) вирусли инфекция. 3) аллергия. 4) бошқа органлар касалликлари сабабли (кон органлари, тери касалликлари, ошқозон ичак касалликлари, ўткир инфекцион касалликлар, системали касалликлар, эндокрин, нерв касалликлари)

ШИКАСТЛАНИШЛАР

ТЕРМИК шикастлар бахтсиз ходисалар ёки маиший ишлаб чиқаришда юзага келиши мумкин. Шиллик қаватни иссик сув, пар, электрокоагулятор билан ўткир куйишида унинг даражаси таъсир этувчи омилнинг харорати ва таъсир этган вақтига боғлиқ. Бунда катарал яллиғланишдан тортиб, пуфакча, эрозия, яралар ҳосил бўлиши кузатилиши мумкин. Таъсир вақтида бемор ўткир оғрик сезади, кейинчалик эса оғрик утиб кетиб, факатгина тортишиш, потекислик хисси қолади. Мацерацияга учраган эпителий кучади ва ўрнида оғрикли эрозиялар ҳосил бўлади. Зарарланган учоқдан

ташқарида ҳам реактив ялликланиш белгилари кузатилиши мумкин. Иккиламчи инфекция ва бошқа шикастловчи омиллар кечини оғирлаштириши ва эпителизацияга халакит бериши мумкин.

Охирги пайтларда стоматологияда паст ҳарорат билан даволаш (криотерапия) усуллари кенг қўлланилмоқда. Клиник-экспериментал текширишлар шуни курсатдики, тўқималарга суюқ азот билан қиска вақт лекин чуқур таъсир курсатиш шиллик қаватнинг юза қисмини некрозини чакиради. Некротик тўқима соғ тўқимадан ингичка яллиғланиш гардиши билан ажралиб туради. Некротик массалар 5-6 суткада кўчиб, 12-16 кунда тўлик эпителизацияланади. Шу давр ичида шиллик қават одатдага тусга қайтади ва ўрнида кам сезиларли чандик ҳосил қилиб жараён тамомланади.

ДАВОЛАШ яллиғланишга қарши, муколитик, ва микробга қарши, регенерацияни кучайтирувчи воситаларни қўллашдан иборат. Даволаш мақсадида криодеструкция усули қўлланилганда соғ тўқималарни ҳимоя қилиш мақсадида криопротекторлар (турли суртмалар) қўллаш мақсадга мувофиқ.

ОБШҚ электр токи билан шикастланиши мумкин. Электротравма ишлаб чиқаришда, кишлок хўжалигида, уй шароитида, агарда ускуналар нотўғри ишлатилса, ҳатто стоматолог ва физиотерапия қабулида ҳам юзага келиши мумкин. Ўзгарувчан ток билан шикастланиш энг оғирлардан ҳисобланади. Электротравмадаги шикастланишлар худди юқори ҳароратдаги термик шикастланиш каби бўлиб, оғир кечади, чуқур ва кенг юзани эгаллайди. Некротик тўқималар кўчгач, ўрнида сарғиш-кулранг караш билан қопланган, секинлик билан ёки умуман эпителизацияланмайдиган чуқур яралар қолади. Даволаш худди бошқа травмалардаги каби олиб борилади.

Оғиз бўшлиғининг сурункали физик шикастланиши кичик дозадаги доимо таъсир этиб турувчи гальваник тоқлар натижасида пайдо бўлади. Бунга оғиз бўшлиғида турли хилдаги металл протезлар бўлиши, ионлаштирувчи нурланиш сабаб бўлиши мумкин. Стоматолог қабулида оғиз бўшлиғи гальванизми ҳолати кўп учрайди. Оғизда учрайдиган микротоклар ҳақидаги тушунча олдинги юз йилликнинг охирларига келиб пайдо бўлган. Кўп муаллифлар бунини сабабини оғизда турли металл пломбалар ва протезлар бўлиши билан тушунтиришган. 1929 йилда Сикора

гальванометрни қўллаб оғиздаги металл факторларда потенциаллар фарқини аниқлаган. Липпман 1930 йилда оғиз микротоқларини микроамперметрда ўлчаган, бу усул ҳозирда ҳам қўлланилиб келади. М.Ф.Марей 1952, А.В.Вусоцкий 1962, В.Ю.Курляндский ва муал. таъкидлашича Оғиз бўшлиғида пўлатдан ишланган коронка ва кўприксимон протезларнинг бўлиши оғизда "гальванизм" деб юритиладиган симптомлар йиғиндисини чақириши мумкин. Баъзи беморлар протез қўйдиргандан сўнг таъм билдишнинг бузилишига, саливацияни ўзгариши (сўлак кам ёки кўп ажралади) шикоят қиладилар. Баъзан тил, танглай, лунж шиллик пардалари ачишиш, камрок ҳолларда кхнгил айнаши ва қайт қилиш кузатилиши мумкин. Бу ҳолат кечга яқин ёки чеккандан сўнг кўпаяди ва овқат қабул қилинганидан сўнг йўқолади. Юқоридаги белгилар турғун бўлиб, фақатгина Оғиз бўшлиғидаги протезлар олиб ташланганда ёки пластмасса ва олтин протезлар билан алмаштирилганда йўқолади. Гальванизм билан оғриган баъзи беморларда протезлар тегиб турган тўқима қизарган, шишган, баъзан эрозияланган ва яраланган бўлиши мумкин.

Пўлат протезлар қуйилган ва металл пломбалари бўлган шажеларда микротоқлар 20-90 мкА ни ташкил қиладди, кейинчалик у камайиб бориб, 1 йилдан сўнг 7-20 мкА га тенг бўлиши кузатилган (В.А.Хватова). Пўлат протезлар алмаштирилганидан ёки счилганидан сўнг микротоқлар 0-3 мкА гача камайиб, ноҳуш сезгилар йўқолган.

В.И.Батирь (1968) таъкидлашича, оғизда пўлат припой ва мис амальгамали пломбалари бўлганда ток даражаси энг юқори бўлади. Муаллифнинг фикрига кўра микротоқнинг даражаси ва субъектив хисларнинг орасида боғлиқлик йўқ.

Гальванизмни глоссалгия, оғиз бўшлиғини аллергияк ҳолатидан ажрата билиш керак. Бунда анамнистик маълумотлар ва оғиз бўшлиғи микротоқларини аниқлашга эътибор берилади. Т.В.Никитина ва М.А.Тухтабаева (1980) янги асбоб - "Гальвано-тест" ишлаб чиқишган, у аниқ. кўрсатмалар олишга имкон беради.

Даволаш пўлат коронкаларни олтинга, металл пломбаларни пластмасса пломбаларга алмаштиришдан иборат. Шиллик қават шикастланишларида оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши воситалар қўлланилади.

Нурли зарарланишлар радиоактив моддалар билан эҳтиётсизлик билан ишлаганда, юз ва оғиз бўшлиғи ўсмалари сабабли рентген ва радиотерапия олиш сабабли юзага келиши мумкин. Биринчи бўлиб 1922 йилда Оғиз бўшлиғи ва ҳалқумдаги бундай ўзгаришларни Контард таърифлаган. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини нурли зарарланишини А.В.Козлов (1951), М.Г. Сивельник (1953), А.И.Рыбаков (1954, 1959), Г.М.Барер (1965) ва б.ш. хабар беришган.

Нурланишга бўлган тўқималарнинг реакцияси аста секинлик билан ривожланади ва турли соҳаларда турлича кечади. Қас шинининг биринчи белгилари шохланувчи эпителий бўлмаган соҳаларда юзага келади. Г.М.Барер радиомукозит кечишини куйидаги боскичларини ажратган:

1. Шиш ва гиперемия
2. Шиллик қават хиралашиб, зичлашади, эпителий шохланади. Кўриниши лейкоплакия ёки қизил ясси темираткини эслатади.
3. Эпителий десквамацияси - шохланган эпителий кўчади
4. Ўчоқли пардасимон радиомукозит - фибриноз қараш билан қопланган эрозиялар пайдо бўлади.
5. Кўшилган пардасимон радиомукозит некротик жараён кенг ёйилиб, фибрин парда билан қопланган эрозия ва яралар ҳосил бўлади.
6. Эрозияларнинг эпителизацияси.
7. Қолдик, асоратлар: шиши, гиперемия, атрофия, телеангиэктазиялар.

Санация қилинмаган оғиз бўшлиғида нур реакцияси оғирроқ кечиб, коронка ва амальгама тегиб турган юзаларда тезроқ ривожланади. Юмшок танглай, лунж, оғиз туби нурларга сезгирроқ бўлганлига сабабли у ерда жараён нисбатан илгарироқ бошланади ва одатда шохланишсиз кечади. Танглай, милк, тил илдизида шохланувчи эпителий бўлганлиги сабабли уларни сезгирлиги нисбатан паст бўлади ва жараён ҳам бирмунча енгилроқ кечади. Бунда жараён гиперемия, шохланишнинг кучайиши, камроқ пардали радиомукозит билан кечади.

Шиллик парда қон билан яхши таъминланиши ва юқори регенератор хусусиятга эга бўлганлиги сабабли нисбатан тўлиқ тикланади, лекин бу жараён секинлик билан ва турли муддатларда рўй беради. Шу сабабли шиллик қаватга қўшимча шикаст етказиши

мумкин бўлган бошқа стоматологик муолажалар оғир асорат - нурли ярага олиб келиши мумкин. Нурли яра медикаментоз давога нисбатан таъсирсизлиги, ўз ҳолича битмаслиги ва атроф тўқимага тарқалиб ривожланиб боровчи кечишга эгаллиги билан ажралиб туради. Нурли яра ҳажми ва чуқурлиги турлича бўлиб, чеккалари аниқ, зич ва ичига қайрилган, туби эса зич некротик массалар билан қопланган бўлади. Нурли неврит бўлганлиги сабабли бу беморларда доимий кучли оғриқлар кузатилади. Беморлар уйқусизлик, асабийлик, озиб кетиш, кайфият бузилишидан шикоят қиладилар. Кўпинча нурли яралар тузалиб кетган ўсма ёки ўсмага яқин жойлашган соғ тўқималар ўрнида пайдо бўлади, шу сабабли яранинг характерини цитологик текширувлар билан аниқлаш зарур (нурли яра ёки ўсма рецидиви).

Нурли стоматит бўлганда жағ ости лимфа безлари аста секинлик билан реакция беради. Регионар лимфа безлари радиомукозит бошланишидан 7-10 кун ўтгач катталашиб, оғрикли бўлиб келади, Бу даврда беморнинг ахволи кескин оғирлашади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ўзгаришлар авжига чиққан даврда Оғиз кўриши ва дисфагия билан кечадиган гипосаливация пайдо бўлиши мумкин. Сўлакнинг ферментатив фаоллиги пасайиши, рН ни ва ковушқоқлигини ўзгариши, натижасида овқат ҳазм қилиш бузилади (Ю.Н.Успенский ва муал. 1957» С.В.Латушев 1967 ва б.)

Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар қорин кўкрак қасаси; тос аъзолари нурланганда ҳам кузатилиши мумкин. Бу ўзгаришлар нурнинг катта дозаларини умумий аҳволнинг оғирлиги фонида қўлланилганда кузатилади.

Даволаш. Нурдан кейинги реакция ва асоратларни даволаш организмни умумий иммунитетини кўтариш, тўқималар ўтказувчанлигини пасайтириш ва оғиз бўшлиғи шиллик қаватига турли шикастловчи омиллар таъсирини камайтиришдан иборат. Беморга рутин, никотин кислота, асвит, витамин В₂, кальций препаратлари, кучли яллиғланишда кичик дозаларда кортикостероидлар буюрилади. Нур реакциясининг бошланғич кўринишларида оғиз бўшлиғи илиқ сув билан чайилиб, милклар кучсиз антисептик эритмалар (1% водород пероксид, фурациллин 1:5000, 2% борат кислота эритмаси) билан артилади. Оғиз бўшлиғи санация қилинади - протезлар, тишнинг ўткир қирралари бартараф

этилади, чекиш, ичкилик ва таъсирлантирувчи овқат истеъмол қилиш ман этилади. Нур реакцияси авжига чиққан даврда патологик тиш-милк чўнтаклари антисептиклар билан ювилиб, цитральни 1% спиртли эритмасини шафтоли ёки облепиха мойи билан биргаликда суртилади, нур реакциясидан кейинги ҳолатларда кортикостероид суртмаларини аппликация қилиш яхши натижа беради. Оғриксизлантириш учун тримекаин ёки новокаиннинг 1% эритмаси, дикаиннинг 0,5-1%лик эритмаси, анестезиннинг глицериндаги 10% эритмаси ишпатилади. Касаллик авжига чиққан даврда тишларни ва тиш тошларини олиш, милк чўнтаklarини кюретаж қилиш ва куйдирувчи воситаларни қўллаш ман этилади.

Нур ярасини даволаш анча қийинчиликлар туғдиради. Даволашда прополис, хвой-каротинли паста, вит В₁₂ ни 1,5-2 ой давомида аппликация қилиш тавсия этилади. Даволаш самара бермаса, нур яраси жаррохлик йўли билан олиб ташланади.

Нур реакциясини олдини олиш учун Оғиз бўшлиғи нур терапиясини олишдан олдин тўлиқ санация қилинади ва бемор диспансер назоратга олинади. Санация қуйидаги тартибда олиб борилади:

1. Қимирлаётган ва емирилган тишларни олиб ташлаш;
2. Тиш тошларини тўлиқ тозалаш;
3. Карисс тишларни цемент ва композитлар билан пломбалаш.

Агарда беморда металл коронкалар бўлса, иккиламчи нурланишни олдини олиш мақсадида улар устига пластмасса каппалар кийдирилади (Г.М.Барер).

Охирги вақтларда организмда радиохимик реакцияларни сусайтирувчи моддалар: глюкоза, натрий гипосульфит, этанол, парааминофенга алоҳида эътибор берилмоқда. Нур касаллигини олдини олишда олтингугурт сақлаган органик бирикмалар (цистамин, меркамин гидрохлорид), стероидлар ва антигистамин воситалар буюриш мақсадга мувофиқ. Қон яратувчи аъзоларни стимуляция қилиш мақсадида Вит В₁₂, фолат кислота, камполон ва қон қуйишни тавсия этиш мумкин.

Гематома шиллик қаватга зарб таъсири ёки тишлаб олиш таъсирида келиб чиқиши мумкин, тўқима орасига қон қуйилиб, шу соҳада оғрик сезилади, оғрик 1-3 кунда йўқолиб, ўрнида қорамтир-кўкиш тусдаги гематома шаклланади.

Эпителий шикастланганда оғрикли шилиниш (эрозия) пайдо бўлиб, уни атрофидаги хусусий шиллик: қаватда инфльтрация ва чегараланган яллиғланиш белгилари пайдо бўлади. Агарда шу соҳа қайта “шикастланмаса” у тезда эпителизацияланади. Оғрик кучли бўлган холларда маҳаллий оғрик колдирувчи воситалар (лидокаин, тримеканн, анестезинлар эритма, гель, суртма холида) ни ишлатиш мумкин.

Иккиламчи инфекциянинг олдини олиш мақсадида Оғизга антисептиклар (лизоцим, фурациллин ва бошқалар») билан ишловбериш мақсадга мувофик,

Ундан ташқари эпителизация тезлаштирадиган воситалар қўлланилади.

Баъзан шиллик» қаватнинг ҳамма қатламлари шикастланиши мумкин. Бу ҳолда у жарохат деб аталади. Шикастловчи омилга бовлик ҳолда жарохатлар йиртилган, тешилган, кесилган, тишланган, лат еган ва аралаш (тешиб-кесилган/лат еб-йиртилган) бўлиши мумкин.

Жарохатлар оғрик, қонаш ва чеккаларининг очилиб қолиши билан кечадаган очик шикастланишдир. Жарохат жараёнининг кечиши қатъий кетма кетликда 3 босқичда кечади: 1. Тайёргарлик; 2. Бошланғич регенерация; 3. Тўлик регенерация. Хар бир даврнинг давомийлиги турлича бўлиб» тўқиманинг шикастланиш даражаси, иккиламчи асоратларнинг бор-йўқлигига боғлиқ. Жарохатлар одатда 6-7 куй ичида чандик колдириб, бирламчи битиши, ёки грануляцияон тўқима, чандикланиш ва эпителизация билан иккиламчи битиши мумкин.

ДАВОЛАШ: Жарохатларни фурациллиннинг 1:5000 ёки 1:10000 нисбатдаги эрит-маси ёки антибиотикларнинг сувли эритмаси билан ювиш лозим. Эпителизацияни ях-шилаш мақсадида наъматак мойи, Витамин А нинг ёғли эритмалари аппликация қилинади. Жарохатлар кенг ва чуқур бўлганда улар тикилади.

Сурункали механик шикастланиш Оғиз бўшлиғи шиллик қаватига кучсиз, лекин доимий механик таъсир (тишларнинг ўткир кирралари, сифатсиз протезлар, равоқдан ташқарида жойлашган тишлар, зарарли одатлар) натижасида келиб чиқади. Унинг клиник кўриниши ва кечиши беморнинг ёшига, шикастланган соҳада шиллик ости қават бор-йўқлигига ва б. ларга бошиқ. Шиллик қават куздан кечирилганда унда катарал яллиғланиш (шиш, гиперемия), уни бутунлиги бузилиши (эрозия, яралар) пролифератив ўзгаришлар (гипертрофия) ва

мугўзланишнинг ортиши (лейкоплакия)ни кўриш мумкин. Бир вақтнинг узида бу белгилардан бир нечтаси бирга учраши мумкин (мас. катарал яллиғланиш ва эрозия, катарал яллиғланиш ва мугўзланишни ортиши)

Сурункали механик шикастланишдага катарал яллиғланиш томир ўтказувчанлиги ошиши натижасидаги шиш ва гиперемия, баъзан эса тўқима. инфильтрацияси билан кечади. Патологик ўзгаришлар даражаси таъсиротнинг кучи ва давомилигига боғлиқ. Катарал яллиғланиш ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ўткир яллиғланиш 2-3 хафта давом этиб, таъсир этувчи омил бартараф этилганда, изсиз утиб кетади. Акс холла эса сурункали йирингли яллиғланиш ўчоғи пайдо бўлади, у чегарали йирингли-емирилган фокусдан иборат бўлиб, сўнг у декубитал ярага айланади. Одатда травматик яра битта бўлади. Травматик яра атрофидага шиллик парда шишган, кизарган оғрикли бўлади. Яра туби осон кучадигак фибриноз караш билан қопланган, чеккалари нотекис бўлади. Регионал лимфотугунлари катталашибоғрикли бўлади. Узок ва кучемиз тасир натижасида келиб чикан травматик ярали беморлар 1 – 2 ой ва ундан кўп вақт утгач мурожат қиладилар. Бундай яранинг туби ва чеккалари инфильтрация хисобига зичлашади, атрофи шишган, кўкарган!» туби ғадир-будур) ва караш билан қопланган бўлади. Бундай яра катта бўлиб, хатто мушак ва суяк қаватгача таркалиши мумкин. Пайпаслаганда яра оғрикли, атрофидаги эпителий куздан кечирилганда хиралашган бўлади. Бундай яралар ёмон сифатли ўсмаларга утиб кетиши мумкин.

Травматик яралар саратон, миллиар сил, қаттиқ шанкр, трофик яралар, пўрсилдокдан кейинги эрозиялар билан солиштиридади. Травматик яраларга таъсир этувчи омилнинг бўлиши, зарарланган соҳанинг оғриши, яллиғланиш инфильтратининг бўлиши ва цитологияда специфик бедгиларнинг бўлмаслиги хос. Травматик яра одатда таъсирловчи омил йўкотилганидан кейин 3-5 кун ичида битади.

Саратон яраси узок, вақт кечади, туби ва чекаллари травматик яраникига нисбатан зичроқ бўлиб, чеккалари мугўзланади ва гулкарам сингари усиб кетади. Агар таъсирловчи омил топилса, уни бартараф этиш яранинг битишига олибкелмайди. Ташхисни аниқлашда ГИСТОЛОГИК ва цитологик текширувлар утказилади. Саратонда ядроси полиморф атипик хужаралар топилади.

Миллар сил яралари бўлганда шиллик, қават жуда оғрикли бўлиб, яралар чекаллари «ейилган» ва юмишок, туби эса донадор. *базан* яра туби ва *уни* атрофида са-рик нукталар - Трель доначалари топилади, Бу яралар силнинг *очиқ* шакли фониде ривожланади, яра кейин даволанади, секин эпителизацияланади. Яра юзасидан киринди олиб бактериологик текширилганда сил микобактериялари топилади.

Қаттик шанкр одатда қаттик асосда жойлашиши билан травматик ярадан фарк қилади. Унинг чекаллари теккис бўлиб, туби силлик ва кип қизил рангда, оғриксиз бўлади, атрофидаги шиллик қават ўзгармайди. Лимфо тугунлари катталашган оғриксиз ва харакатчан зич эластик консистенцияга бўлади. Ярадан олинган киринди оқиш трепонема топилиши ташхисни халк қилади. Вассерман реакцияси шанкр пайдо булгач, факат 3 хафта утиб мусбат бўлади.

Трофик ярага узок ва секин кечиши ва беморда юрак – контомир патологияси бўлиши хос. Цитологик, бактериологик ва б., усуллар уни ташхислашда аҳамиятсиз.

Эрозив травматик шикастланиш порсилдок оқибатида юзага келадиган эрозияни эслатади. Никольский симптомининг мусбат бўлиши, босма – суртмаларда акантолитик хужараларининг бўлиши ташхисни пемфигоид зарарланиш фойдасига хал қилади.

ДАВОЛАШ: биринчи навбвтда шикастловчи омилни бартараф қилишдан бошланади. Некротик емирилишлар бўлганда яралар протеолитик ферментлар ва антисептик эритмалар билан ювилади, оғрик колдирувчи воситалар ишлатилади. эрозиялар ва яраларга эпителизацияни тезлаштирувчи воситалар: наъматак мойи, витамин А нинг егли эритмаси аппликация қилинади.

Назорат саволлари:

1. ОБШКни физик жароҳатланиш сабабларини айтнинг

Жавоб: Оғиз бўшлиғи шиллик қавати электр токи билан шикастланиши мумкин. Электротравма ишлаб чиқаришда, кишлоқ хужалигида, уй шароитида, агарда ускуналар нотўғриси ишлатилса хатто стоматолог ва физиотерапия кабулида ҳам юзага келиши мумкин. Ўзгарувчан ток билан шикастланиш энг оғирлардан ҳисобланади

2. ОБШК ни термик куйишни клиникаси ва даволаши.

Жавоб: ТЕРМИК шикастлар бахтсиз ҳодисалар ёки маиший ишлаб чиқаришда юзага келиши мумкин. Шиллик қаватни иссиқ сув, пар, элекрокоагулятор билан ўткир куйишида унинг даражаси таъсир этувчи омилнинг ҳарорати ва таъсир этган вақтига боғлиқ. Бунда катарал яллиғланишдан тортиб, пуфакча, эрозия, яралар ҳосил бўлиши кузатилиши мумкин. Таъсир вақтида бемор ўткир оғрик сезади, кейинчалик эса оғрик утиб кетиб, факатгина тортишиш, нотекислик хисси қолади. Мацерацияга учраган эпителий кучади ва ўрнида оғрикли эрозиялар ҳосил бўлади

3. Оғиз бўшлиғида гальванизмни ривожланиш омиллари.

Жавоб: Оғиз бўшлиғида турли хилдаги металл протезлар бўлиши, ионлаштирувчи нурланиш сабаб бўлиши мумкин. Стоматолог кабулида Оғиз бўшлиғи гальванизми ҳолати кўп учрайди. Оғизда учрайдиган микротоклар ҳақидаги тушунча олдинги юз йилликнинг охирларига келиб пайдо бўлган. Кўп муаллифлар буни сабабини Оғизда турли металл пломбалар ва протезлар бўлиши билан тушунтиришган

4. Гальванизмни даволаш.

Жавоб: Даволаш Пўлат коронкаларни олтинга, металл пломбаларни пластмасса пломбаларга алмаштиришдан иборат. Шиллик қават шикастланишларида оғрик колдирувчи ва яллиғланишга қарши воситалар қўлланилади.

5. ОБШК ни нур билан даволашда жағ юз соҳасидаги ўзгаришлар

Жавоб: Нурдан кейинги реакция ва асоратларни даволаш организмни умумий иммунитетини кўтариш, тўқималар ўтказувчанлигини пасайтириш ва Оғиз бўшлиғи шиллик қаватига турли шикастловчи омиллар таъсирини камайитиришдан иборат.

Беморга рутин, никотин кислота, аевит, витамин В2, кальций препаратлари, кучли яллиғланишда кичик дозаларда кортикостерондлар буюрилади. Нур реакцияеннинг бошланғич кўринишларида Оғиз бўшлиғи илик сув билан чайилиб, милklar кучеиз антисептик эритмалар (1% водород пероксид, фурациллин 1:5000, 2% борат кислота эритмаси) билан артилади. Оғиз бўшлиғи санация қилинади - протезлар, тишнинг ўткир кирралари бартараф этилади, чекиш, ичкилик ва таъсирлантирувчи овкат истеъмол қилиш ман этилади. Нур реакцияси авжигга чиққан даврда патологик тиш-мелк чунгаклари антисептиклар билан ювилиб, цитральни 1% спиртли эритмасини шафтоли ёки облепиха мойи билан биргаликда суртилади, Нур реакциясидан кейинги ҳолатларда кортикостероид суртмаларини аппликация қилиш яхши натижа беради. Оғриксизлантириш учун тримекаин ёки новокаиннинг 1% эритмаси, диканнинг 0,5-1%лик эритмаси, анестезиннинг глицериндаги 10% эритмаси ишлатилади.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВИРУСЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Оддий герпес 2 турда кечади:

- а) ўткир герпетик стоматит
- б) сурункали қайталанувчи герпес.

Ўткир герпетик стоматит

Чакирувчи вирус-оддий герпес. Инкубацион даври 3-4 кун. Ўткир юқумли касалликни бошланишида тана харорати ошади, умумий холсизланиш кузатилади, тошмалар тошади, пуфакчалар тез орада эрозия пайдо бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллик, қаватида тарқалган қизариш, шиш, эрозия, афта ва яралар пайдо бўлиши кузатилади, улар бир-бири билан қўшилиш хусусиятига эга бўлади. Жойлашиши нотекис, танглайда, лабда, Оғиз атрофи ва бурун терисида, жинсий аъзолар шиллик қаватида афта-эрозия-яра ажралиб туради ва улар ок-сарик рангли фибрин қараш билан қопланган бўлиб, пахта тампон билан қийин олинади.

Цитологияда: Кўп ядроли гигант (катта) ҳужайралар, нейтрофиллар, гистоцитлар, эпителий ҳужайралари пайдо бўлади.

Гистологик текширув: пуфакчалар эпителий ичида жойлашган, акантолиз аниқланади.

Солishtирма ташхиси: оксим, герпангина, аллергия тошмалар, кўп шаклли экссудатив эритема билан қилинади.

Қон тахлили: ўткир яллиғланишга хос ўзгаришлар.

Сўлак рН- нордон, кейин ишқорий, лизоцим миқдори камайган.

УМУМИЙ ТЕРАПИЯ: Вирусга қарши препарат - бонафтон 0,1 дан кунига 3-5 марта 5 кун давомида берилиб, 1-2 кун танаффусдан сўнг яна қайтарилади. Яллиғланишга қарши восита сифатида натрий салицилат 0,5 дан 4 махал катталарга, антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин, диазолин), кальций глюконат 0,5-1,0 гр. 3 махал, витаминлардан С ва РР берилади. Стационар шароитида продигозан 25-50мкг дан 2-3 марта 3-4 кун оралатиб ва мушак орасига лизоцим қўллаш яхши натижа беради.

Оғир еки фузоспириллез инфекция билан асоратланса даволашга метронидазол еки кенг спектрли антибиотиклар кушилади. Курсатмаларга кўра юрак-қон томир воситаларини буюриш керак. Бемор юкори калорияли, витаминларга бой пархез тутиши, кўп суюклик истеъмол қилиши зарур.

МАХАЛЛИЙ ТЕРАПИЯ: Тошма тошишни дастлабки кунларида вирусга қарши воситалар: интерферони суртмаси, (интерферон 1 амп., ланолин 5г, шафтоли мойи 1г., анестезин 0,5 гр.) еки эритмаси, бонафтоннинг 0,5% суртмаси, 1-2% флоренал ёки ўтлар дамламаси билан берилганидан сўнг, аппликация холида қўлланилади. Оғиз бўшлиғига протеолитик ферментлар билан кунига 1 махал ишлов берилади. Ферментлардан дезоксирибонуклеазанинг 0,2% лик эритмасини қўллаш мақсадга мувофиқ, чунки вирусга қарши ва некротик тўқималардан тозалаш хусусиятига эга.

Иккиламчи инфекциянинг олдини олиш чоралари кўрилади. Бунда махаллий антисептиклар: 0,25-0,5% лик водород пероксиди, 0,25% этоний эритмаси. 0,25% хлорамин, фурацилиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмалари билан оғиз бўшлиғи чайилади. Касалликнинг дастлабки кунларида бўшлиғига хар 3-3,5 соатда ишлов берилади.

Оғрик қолдирувчи дорилар қўлланиши зарур. Анестезиннинг шафтоли мойидаги 5-10% лик эритмаси, тримекаиннинг 1% лик эритмаси, пиромекаиннинг 1-2лик эритмаси кенг қўлланилади.

Шиллик қаватнинг регенерацияси ва эпителизациясини кучайтириш мақсадида витамин А нинг ёғдаги эритмаси, каротолин, алоэ линименти, наъматак мойи, Шостаковский бальзамини қўллаш мумкин. Айниқса аэрозоль кўринишидаги воситалар қўллаш учун қулай ҳисобланади. Бемор мурожаат этганидан то тўлиқ эпителизация булгунга қадар физиомуолажалар: КУФ-нурлаш, гелийнеон лазери буюрилади. Теридаги эрозиялар биринчи 2-3 кун вирусга қарши воситалар, кейинчалик цинк суртмаси еки Лассар пастаси, агарда импрегнизация бўлса антибиотикли суртмалар билан ишлов берилади.

Сурункали қайталанувчи герпес.

Кўзгатувчиси- герпес симплекс.

Бу касаллик билан ҳар хил ёшдаги кишилар оғриши мумкин, қачонки касал олдин герпес билан оғриган бўлса.

Келтириб чиқарувчи сабаблар: умумий касалликлар, совук, иссиқ оғдат истеъмол қилиш, хаяжонли ҳолат, умумий захарланиш, умумий инфекциян касалликлар, шикастланганда, лаб шиллик қаватининг кўп вақт курук бўлиши.

Субъектив белгилар - Оғиз бўшлиғи ёки лаб қизил хошиясида қизариш ва оғрик пайдо бўлади.

Жойлашиши: лаб атрофида, терида, шиллик қаватларда, каттик танглайда, тилда, лунжда, жинсий аъзоларда, кузнинг шох пардасида.

Элементларнинг ҳосил бўлиш тартиби: пуфакчалар-эрозия-яра.

Эрозия - қизил рангда бўлиб, оқ-сарик фибрин қараш билан қопланган ва улар қушилишга мойил. Эрозия четлари нотекис, давомийлиги 8-10 кун бўлиб, чандиксиз битади.

Солиштирма ташхис: герпетик тошмани сурункали қайталанувчи афтоз стоматит, аллергик тошмалар, стрептококкли импетигодаги тери тошмаси билан ташхис қилинади. Қиеслашда цитологик текширишга асосланади. Ундан ташқари электрон микроскопия ва иммунофлюоресцент усул қўлланилади.

ДАВОЛАШ. Умумий:

1. Левамизол (декарис) 150мг X 2 мартаба ҳафтасига 1-3 ой (ремиссияни узайтиради)

2. Специфик герпетик поливакцина 0,1 -0,2 мг тери ичига 2 мартаба 1 хафтада №5

3. Гамма - глобулин мушак ичига 3 мл хар кунини №6 интервал 2 ой.

4. Витамин С.

Махаллий: лейкоцитар интерферон аппликациялари 5-6 марта кунига. Лазер (гелий, неон, инфрақизил).

Қамраб олувчи темирлатки- herpeszoster.

Кўзгатувчиси: сувчечак вирусини (varicellazoster)

Асосан катта ёшли кишилар огрийди. Клиникасида вируснинг нейродерматотропик таъсири устунтуради. Бу касаллик организмнинг химоя функцияси сусайганда, кон касалликлари бўлганда, гус шу касалликларнинг асоратидек келиб чиқади. Инкубацион даври 7-14 кун.

Субъктив белгилари: бош оғриғи, калтираш, тана харорати 39 градус С, гача. Учшошлик нервининг иккинчи ва учинчи шохини бўйлабтаркалганхуржсимон, кучли оғрик бўлади. Қамраб олувчи герпес юз нервининг фалажи, кулоқда оғрик, бўлиши Рамза-Хунта симптоми хисобланади.

Объектив белгилар: Қизарган терида ва шиллик каватда кўплаб пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакча-эрозия-калок (терида) айрим холларда тушиб кетгандан сўнг пигментация қолади. Кечиш даври 2-3 хафта.

Ураб олувчи темирлаткига тошмаларнинг зарарланган нерв бўйлаб жойлашиши ва бир томонлама зарарланиши хос.

Кечиши одатда яхши сифатли, аммо айрим холларда асорат қолиши мумкин (менингит, гепатит, энцефалит).

Кўшимча текширишлар: коннинг умумий тахлили, кондан вирусни ажратиш. Цитологик текшириш - везикуляр эпителий ичида жойлашади.

Солиштирма ташхис: Ўткир герпетик стоматит, аллергик тошмалар, пўрсилдок, пемфигоид, терида эса-сарамас билан олиб борилади.

ДАВОЛАШ: УМУМИЙ: аналгетиклар (аналгин, баралгин), салицилатлар (аспирин 0,5 X 3м), ганглерон, витаминлар В1, В12. Вирусга карши воситалар: метисазол 0,2-0,5 X 2махал 6-10 кун,

дезоксиприбонуклеаза 30-50мг дан мушак орасига 1 мақал 7-10 кун довомида, бонафтон 0,1- 3-5 марта 5 кун (1-2 кун оралатиб қайтарилади), ацикловир (0,8г 5 марта).

МАХАЛЛИЙ: биринчи кундан- теброфен, флоренал, госсипал, мегосин, оксолин, интерферон буюрилади.

Кейинги кунларда- кератопластиклар, наъматак, чеканда мойи, актовегин малҳами, вит. А.

Биринчи кунлардан лазер (гелий-неон, инфракизил) ва УФО билан даволаш мумкин.

Герпангина

Герпангина Коксаки А вируси билан чақирилади. Ўткир юқумли касаллик, кўпроқёзда ва кўпинча болаларда кузатилади. Хаво-томчи йўл билан юқади.

Клиникаси: тана харорати 37-38 градус С.гача кўтарилиб бошланади. 3-4 куни 39-39,5 градус С.га боради. Беморни бош оғриғи, умумий холсизлик, қоринда оғриқ, ютинганда оғриқ безовта қилади.

Оғиз бўшлиғини кўрганда қизарган юмшок танглай, танглай равоқлари, ютқун соҳасида оғрикли айрим ва гурухланган везикулалар аниқланади. Уларда сероз еки геморрагик суюклик кузатилади. Везикулалар тез ерилиб, афта ва эрозиялар ҳосил бўлади. Майда эрозиялар кўшилиб, кенг эрозия соҳаларни ҳосил қилади. Эрозиялар биринчи кунлар оғрийди, кейин оғриқ камаяди. Жағ ости лимфа тутунлари биров катталашиб, оғрикли бўлади. Касаллик 4-6 кун кечади, айрим холларда оғир кечиши ҳам кузатилади.

ДАВОЛАШ: УМУМИЙ: салицилатлар, витаминлар В1, В12 буюрилади.

МАХАЛЛИЙ: 2-3 кун вирусга қарши воситалар қўлланилади, антисептиклар билан чайиш, кейинги кунларда кератопластиклар ишлатилади.

Ўткир респиратор вирус инфекциялари одамзоднинг энг кўп тарқалган касалликларидан бўлиб, А,В,С турдаги филтрланувчи вируси билан чақирилади.

Оғиз бўшлиғи ЎРВИ ҳамма турларида зарарланиши мумкин. Оғиз бўшлиғини зарарланиши асосий касалликнинг оғирлик даражасига боғлиқ, аввалига катарал, кейинчалик геморрагик

Ўзгаришлар юзага келади. баъзан афтоз ва ярални тошмалар пайдобўлиши мумкин. Улар кўпинча юмшок танглай, танглай равоклари, баъзан милк валунж шилликкаватларида жойлашади. Вирусли тошмалар ўзига хос кизарган яъни гиперемияланган шиллик кават юзасидан кўтарилиб турувчи нуктасимон доначалар кўринишида бўлади. Бу донадорлик юмшок танглайда кўплаб жойлашган майда сўлак безлари чиқарув қисмиэпителийсини гиперплазияси натижасида келиб чиқади. «Донадорлик»ни пайдо бўлишиасосий касалликларни биринчи белгиларидан бири бўлиб ҳисобланади. Баъзан ЎРВИ ўткир афтоз стоматит белгилари билан кечиши мумкин. Жараён лабларда жойлашгандаунда пуфакчали тошмалар кузатилиши мумкин. Шу жарасенга фузоспириллез инфекция кўшилса, афтлар яраланиши, яъни афтоз стоматитни ярални стоматитга айланиши ку- 'затилиши мумкин. Афто ва яралар асосий касалликни тузалиш босқичида ҳам кузатилишимумкин.

Оқсим.

Ўткир вирусли юкумли касаллик, одамга касал хайвондан юқади. Ташқи мухитда вирус чидамли ҳисобланади. Юқиш йўллари - сунт махсулотлари, яхши пиширилмаган гўшт, касбий - касалланган мол билан контактда ва хаво - томчи йўл билан юқади. Вирус шикастланган тери, оғиз, кўз ва бурун шиллик каватидан организмга киради.

Клиникаси. Кечишни 3 тури ажратилади:

Терида, оғиз шилликкаватида ва тери - шилликкаватида.

Инкубацион даври 2-10 кун. Касаллик ўткир, тана харорати 38 - 39° С гача кўтарилишдан, мушакларда оғрик, иштаха йўқолишидан бошланади. 1 - 2 кундан кейин беморларни оғиз бўшлиғи ачишади, кўрийди, кизаради ва шишади. Лабни, тилни, каттик ва юмшок танглайни, лунжни кизарган шилликкаватларида тиник суюкликли 2-4 мм везикулалар тошади. Уларни сони бирдан, бир - неча юзгача бўлиши мумкин. 1 - 2 суткадан сўнг пуфакчалар ёрилиб оғрикли кизил эрозиялар ҳосил бўлади. Лабларда эрозиялар каткалоклар билан копланади. Пуфакчалар ерилгандан сўнг беморнинг тана харорати пасаяди, аммо умумий ахволи ёмонлашади. Сўлак ажралиши кўпаяди (4 - 5л.Суткасига), ютиш кийинлашади, тил хажми катталашади, нутки ўзгаради. Везикулалар бурун, куз, жинсий

аъзолар шиллик қаватида, терида ҳам кузатилади. Пуфакчалар бармоқлар орасида, кўл ва оёқ бармоқларини учида ҳам кузатилади. Ачишиш, кичишиш безовта килади.

Шиллик қаватдаги эрозия ва яралар 3 - 5 кунда чандиксиз битади, беморнинг ахволи яхшиланади. Реконвалесценция даври 10 - 15 кун бўлади. Оғир кечганда тошмалар қайталаниши мумкин.

Ноаниқ кечиш шакли ҳам учрайди. Холсизлик, оғиз бўшлиғи ва терида айрим пуфакчалар билан ифодаланади.

Солиштирма ташхис. _

- ЎТҚИР герпетик стоматит

- сув чечак -

- дерини аллергия

- кўп шаклли экссудатив эритма билан.

Ташхис клиник симптомлар, эпидемиологик анамнез (касал хайвонлар билан контакт, сут махсулотлари истеъмол қилиш), эпизоологик вазият на лаборатор (биологик синама, серологик реакция) текширишлар натижаси асосида қуйилади.

Даволаш.

Беморни касаллик бошланган кундан 14 кунга ажратиб қуйилади, яхши парвариш қилинади. 5-6 марта кунга суюқ овқатлар, кўп суюқликлар, шарбатлар берилади.

УМУМИЙ ТЕРАПИЯ: Вирусга қарши препарат - бонафтон 0,1 дан кунга 3-5 марта 5 кун давомида берилиб, 1-2 кундан сўнг яна қайтарилади. Яллиғланишга қарши восита сифатида натрий салицилат 0,5 дан 4 махал, антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин, диазолин), кальций глюконат 0,5-1,0 гр. 3 махал, витаминлардан С ва РР берилади. Стационар шароитида продигозан 25-50мкг дан 2-3 марта 3-4 кун оралатиб, мушак орасига қўллаш яхши натижа беради.

Оғир еки фузоспириллез инфекция билан асоратланса даволашга метронидазол еки кенг спектрли антибиотиклар қўшилади. Курсатмаларга кўра юрак-кон томир воситаларини буюриш керак. Бемор юкори калорияли, витаминларга бой пархез тутиши, кўп суюқлик истеъмол қилиши зарур.

МАХАЛЛИЙ ТЕРАПИЯ. Иммудон 8 табл. - 10 кун (суриш керак). Тошма тошишини дастлабки кунларида вирусга қарши воситалар: интерфероннинг суртмаси, (интерферон 1 амп., ланолин 5г, шафтоли мойи 1г., анестезин 0,5 гр.) еки эритмаси, бонафтоннинг

0,5% суртмаси, 1-2% флореналь ски утлар дамламаси билан берилганидан сўнг, аппликация холица кўлланилади. Оғиз бўшлигага протеолитик ферментлар билан кунига 1 махал ишлов берилди. Ферментлардан дезоксирибонуклеазанинг 0,2% лик эритмасини кўллаш мақсадга мувофиқ, чунки у вирусга қарши ва некротик тўқималардан тозалаш хусусиятига эга.

Иккиламчи инфекциянинг олдини олиш чоралари кўрилади. Бунда махаллий антисептиклар: калий перманганатнинг 1:5000 эритмаси, 0,25-0,5% лик водород пероксиди, 0,25%лик этоний эритмаси, 0,25% хлорамин, фурацилиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмалари билан Оғиз бўшлиғи чайилади. Касалликнинг дастлабки кунларида Оғиз бўшлиғига ҳар 3-3,5 соатда ишлов берилди.

Албатта оғрик қолдирувчи дорилар қулланиши зарур. Анестезиннинг шафтоли мойидаги 5-10%' лик эритмаси, тримекаиннинг 1%лик эритмаси, пиромекаиннинг 1-2лик эритмаси кенг қулланилади.

Шиллик қаватнинг регенерацияси ва эпителизациясини қучайтириш мақсадида витамин А нинг ёгдаги эритмаси, каротолин, алоэ лиминенти, наъматак мойи, Шостаковский бальзамини кўллаш мумкин. Айниқса аэрозоль холидаги воситалар кўллаш учун қулай ҳисобланади. Бемор мурожаат этганидан то тўлик эпителизация булгунга қадар физиомуолажалар: КУФ-нурлаш, гелий-неон лазери буюрилади. Теридаги эррозиялар биринчи 2-3 кун вирусга қарши воситалар, кейинчалик цинк суртмаси ски Лассар пастаси, агарда импетиганизация бўлса антибиотикли суртмалар билан ишлов берилди. яллиғланишга хос ўзгаришлар.

Албатта оғрик қолдирувчи дорилар қулланиши зарур. Анестезиннинг шафтоли мойидаги 5-10%' лик эритмаси, тримекаиннинг 1%лик эритмаси, пиромекаиннинг 1-2лик эритмаси кенг қулланилади.

Шиллик қаватнинг регенерацияси ва эпителизациясини қучайтириш мақсадида витамин А нинг ёгдаги эритмаси, каротолин, алоэ лиминенти, наъматак мойи, Шостаковский бальзамини кўллаш мумкин. Айниқса аэрозоль холидаги воситалар кўллаш учун қулай ҳисобланади. Бемор мурожаат этганидан то тўлик эпителизация булгунга қадар физиомуолажалар: КУФ-

нурлаш, гелий-неон лазери буюрилади. Теридаги эрозиялар биринчи 2-3 кун вирусга қарши воситалар, кейинчалик цинк суртмаси еки Лассар пастаси, агарда импетигинизация бўлса антибиотикли суртмалар билан ишлов берилади. яллиғланишга хос ўзгаришлар.

Профилактика - касалланган хайвонлардан сақланиш (махсус кийимда ишлаш).

Озик-овқатлардан зарарланишни олдини олиш учун: сутни 5 дақиқа қайнатиш ёки. 30' 85" пастеризация қилиш зарур. Гуштга яхши термик ишлов бериш лозим.

Ўтказир респиратор вирусли касалликларни умумий ва маҳаллий даволаш схемаси.

1. УМУМИЙ ТЕРАПИЯ: Вирусга қарши препарат - бонафтон 0,1 дан кунига 3-5 марта 5 кун давомида берилиб, 1-2 кун танаффусдан сўнг яна қайтарилади. Яллиғланишга қарши восита сифатида натрий салицилат 0,5 дан 4 маҳал катталарга. антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин, диазолин), кальций глюконат 0,5-1,0 гр. 3 маҳал, витаминлардан С ва РР берилади. Стационар шароитида продигозан 25-50мкг дан 2-3 марта 3-4 кун оралаб ва мушак орасига лизоцим қўллаш яхши натижа беради.

Оғир еки фузоспириллез инфекция билан асоратланса даволашга метронидазол еки кенг спектрли антибиотиклар қўшилади. Кўрсатмаларга кўра юрак-кон томир воситаларини буюриш керак. Бемор юқори калорияли, витаминларга бой парhez тутиши, кўп суюқлик истеъмол қилиши зарур.

2 МАХАЛЛИЙ ТЕРАПИЯ. Имудон 8табл. - 10кун (суриш керак). Тошма тошишини дастлабки кунларида вирусга қарши воситалар: интерферон суртмаси, (интерферон 1 амп., ланолин 5г, шафтоли мойи 1г., анестезин 0,5 гр.) еки эритмаси, бонафтон 0,5% суртмаси, 1-2% флореналь еки утлар дамламаси аппликация холида қўлланилади. Оғиз бўшлиғига протеолитик ферментлар билан кунига 1 маҳал ишлов берилади. Ферментлардан дезоксирибонуклеазанинг 0,2% лик эритмаси буюрилади.

Иккиламчи инфекциянинг олдини олиш чоралари кўрилади. Бунда маҳаллий антисептиклар: 0,25-0,5% лик водород пероксиди, 0,25%ли этоний эритмаси, 0,25% хлорамин, фурацилиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмалари билан Оғиз бўшлиғи чайилади.

Касалликнинг дастлабки кунларида Оғиз бўшлиғига ҳар 3-3,5 соатда ишлов берилади.

Оғрикколдирувчи дорилар қўлланиши зарур. Анестезиннинг шафтоли мойидаги 5-10% лик эритмаси, тримеканин 1% эритмаси, пиромеканин 1-2 % эритмаси буюрилади.

Шиллик каватнинг регенерацияси ва эпителизациясини кучайтириш мақсадида витамин А нинг ёғдаги эритмаси, каротолин, алоэ линименти, наъматак мойи, Шостаковский бальзами қўллаш мумкин. Айниқса аэрозоль ҳолидаги воситалар қўллаш учун қулай ҳисобланади. Бемор мурожат этганидан тўлиқ эпителизация бўлгунга қадар физиомуолажалар: КУФ-нурлаш, гелий-неон лазери буюрилади. Теридаги эрозияларга биринчи 2-3 кун вирусга қарши воситалар, кейинчалик цинк суртмаси ёки Лассар пастаси, антибиотикли суртмалар билан ишлов берилади.

3. Вирусли касалликларни профилактикаси бадан тарбия, организмни чиниктириш, иммунитетни кўтаришдан иборат. Оксим билан касалланган қора молни сути ва гўштига яхши термик ишлов бериш, қайнатиш ёки стерилизация қилиш лозим

4. Десенсибилизацияловчи даволаш – хлорид кальций билан пипольфен, дипрозинлардан бирини қабул қилиш тавсия этилади.

5. Гигиеник тавсиялар берилади.

6. Оксилга бой парҳезли овқатлар буюрилади.

Ташхис	Маҳаллий даволаш усули	Умумий даволаш усули
Ўткир герпетик стоматит	Интерферонли суртмаси, (интерферон 1 амл., ланолин 5г, шафтоли мойи 1г., анестезин 0,5 гр.) ёки эритмаси, бонафтоннинг 0,5% суртмаси, 1-2% флоренал ёки ўтлар дамламаси билан берилганидан сўнг, аппликация ҳолида қўлланилади. Оғиз бўшлиғига протеолитик ферментлар билан кунига 1 маҳал ишлов берилади. Ферментлардан диказанин 0,2% лик эритмаси буюрилади, маҳаллий антисептиклар: 0,25-0,5% лик водород пероксиди, 0,25% этоний эритмаси, 0,25% хлорамин, фурацилиннинг	Вирусга қарши препарат - бонафтон 0,1 дан кунига 3-5 марта 5 кун давомида берилиб, 1-2 кун танаффусдан сўнг яна қайтарилди. Ялиғланишга қарши восита сифатида натрий салицилат 0,5 дан 4 маҳал катталарга, антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин, диазолин), кальций глюконат 0,5-1,0 гр. 3 маҳал, витаминлардан С ва РР берилади. Стационар

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида учрайдиган касалликлари

	1:5000 шибатдаги эритмалари билан оғиз бўшлиғи чайилади. Касалликни сўниш даврида кератоэпителиклар буюрилади.	шаронгида продигнозан 25-50мкг дан 2-3 марта 3-4 кун оралатиб ва мушак орасига лизоцим қўллаш яхши натижа беради.
Сурункали қайталанувчи герпес	лейкоцитар интерферон аппликациялари 5-6 марта кунга. Лазер (гелий, неон, инфракизил).	Левамизол (декарис) 150мг X 2 мартаба хафтасига 1-3 ой (ремиссияни узайтиради) Специфик герпетик поливакцина 0,1 -0,2 мг тери ичига 2 мартаба 1 хафтада №5 Гамма - глобулин мушак ичига 3 мл хар кунни №6 интервал 2 ой. Витамин С.
Ўраб олувчи темиртки	биринчи кундан- теброфен, флоренал, госсипол, мегосин, оксолин, интерферон буюрилади. Кейинги кунлардан кератоэпителиклар, наъматак, чеканда мойи, актовегини малҳами, вит. А. Биринчи кунлардан лазер (гелий-неон, инфракизил) ва УФО билан даволаш мумкин.	аналгетиклар (аналгин, баралгин), салицилатлар (аспирин 0.5 X 3м), ганглерон, витаминлар В1, В12. Вирусга қарши воситалар: метисазол 0,2-0.5 X 2маҳал 6-10 кун, дезоксирибонуклеаза 30-50мг дан мушак орасига 1 мақал 7-10 кун довомнда, бонафтон 0,1-3-5 марта 5 кун (1-2 кун оралатиб қайтарилади), ацикловир (0,8г 5 марта).
Герпангша	2-3 кун вирусга қарши воситалар қўлланилади, антисептиклар билан чайиш, кейинги кунларда кератоэпителиклар ишлатилади	салицилатлар, витаминлар В1, В12 буюрилади.
Оқсим	Иммудон 8 табл. – 10 кун (суриш керак). Тошма тошишини дастлабки кунларида вирусга қарши воситалар: интерфероннинг суртмаси, (интерферон 1 амл., ланолин 5г, шафтоли мойи 1г., анестезин 0,5 гр.) еки эритмаси, бонафтоннинг 0,5% суртмаси, 1-2% флореналь еки утлар дамламаси билан	Вирусга қарши препарат - бонафтон 0,1 дан кунга: 3-5 марта 5 кун довомнда берилиб, 1-2 кундан сўнг яна қайтарилади. Яллиғланишга қарши восита сифатида натрий салицилат 0,5 дан 4

	<p>берилганидан сўнг, аппликация холища қўлланилади. Оғиз бушлигага протеолитик ферментлар билан кунга 1 махал ишлов берилади. Ферментлардан дезоксирибонулеазанинг 0,2% лик эритмасини қўллаш мақсадга мувофик. Шиллик каватининг регенерацияси ва эпителизациясини кучайтириш мақсадида витамин А нинг ёгдаги эритмаси, каротолни, алоэ линименти, наъматак мойи, Шостаковский бальзамини қўллаш мумкин. Айниқса аэрозоль холидаги воситалар қўллаш учун қулай хисобланади. Бемор мурожаат этганидан то тўлик эпителизация бўлгунга қадар физиомуолажалар: КУФ-нурлаш, гелий-неон лазери буюрилади. Теридаги эрозиялар биринчи 2-3 кун вирусга қарши воситалар, кейинчалик цинк суртмаси ски Лассар пастаси, агарда импетигнизация бўлса антибиотикли суртмалар билан ишлов берилади. яллигланишга хос ўзгаришлар.</p>	<p>махал, антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин, диазолин), кальций глюконат 0.5-1,0 гр. 3 махал, витаминлардан С ва РР берилади. Стационар шароитида продигнозан 25-50мкг дан 2-3 марта 3-4 кун оралатиб, мушак орасига қўллаш яхши натижа беради. Оғир ски фузоспириллез инфекция билан асоратланса даволашга метронидазол ски кенг спектрли антибиотиклар қўшилади.</p>
--	--	--

Назорат учун тест саволлари

1. Ҷраб олувчи темирлатки клиникасида кузатилади:

- А. фақат бир томондаги зарарланган периферик нервлар бўйлаб оғриклар*
- Б. симметрик зарарланган периферик нервлар бўйлаб оғриклар
- В. бош айланиши ва бош оғриклар
- Г. мушакда ва бўғимдаги оғриклар
- Д. нормал харорат

2. Гигант кўпядролихўжайралар қайси касалликда кузатилади:

- А. оддий герпесда *
- Б. лейкоплакия
- В. қизил ясси темирлатки
- Г. кандидоз
- Д. хейлит

3. Оқсимни юқиш йўллари:

- А. барча жавоб тўғри*
- Б. хаво-томчи йўл
- В. контакт йўл
- Г. зарарлангангўшт
- Д. зарарлангансут

4. Гриппни юқиш йўллари:

- А. хаво-томчи йўл*
- Б. перинатал йўл
- В. алиментар йўл
- Г. Парентерал йўл
- Д. таносил аъзолар орқали

5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватда грипп намоен бўлади:

- А. геморрагия*
- Б. дўмбокча
- В. бляшка
- Г. караш
- Д. қаттиқ шанкр

6. Герпетик стоматитда морфологик элемент тошади:

- А. везикула*
- Б. яра
- В. дўмбокча
- Г. доғ
- Д. ёрик

7. Гигант кўп ядролли хўжайралар қайси касалликда кузатилади:

- А. ўткир герпетик стоматит*
- Б. захм
- В. кандидоз
- Г. хейлит
- Д. глоссит

8. Вирусли касалликларга киради:

- А. ўраб олувчи темиртки*
- Б. сурункали қайталанувчи афтоз стоматит
- В. сил
- Г. лейкоплакия
- Д. кандидоз

9. Ўткир герпетик стоматит қиесланади:

- А. кўп шаклли экссудатив эритема билан*
- Б. механик травма билан
- В. физик травма билан
- Г. химик травма билан
- Д. кандидоз билан

10. Вирусли касалликларга киради:

- А. оддий герпес *
- Б. лейкоплакия
- В. кизил ясси темиртки
- Г. пўрсилдок
- Д. кизил югурук

15. Ўткир герпетик стоматитда беморлар шикоят қиладилар:

овқат еган пайтидаги оғрикларга*

А. оғиз шиллик қаватида герпетик тошмаларга *

Б. лаб кизил хошиясида герпетик тошмаларга *

В. умумий ахвол ўзгармаган

Г. уйқу ва иштаха яхши

Д. шикоят йўқ

16. Ўткир герпетик стоматитда симптомлар патогенезида кузатилади:

А. оғиз бўшлиғи шиллик қаватида яллиғланиш реакцияси ривожланган *

Б. биологик фаол моддаларни ҳосил бўлиши*

В. лимфатик томирларни химоя реакцияси*

Г. томирларнинг бутунлиги бузилган

Д. тўқима ичра қон қуюлишлар

гематома

17. Ўткир герпетик стоматит билан касалланган беморнинг ташқи кўрinishида кузатилади:

А. тери оқиш рангда*

Б. регионар лимфатик тугунлар катталашган ва оғрикли*

В. лаб кизил хошиясида герпетик тошмалар*

Г. умумий ахвол ўзгармаган

Д. тери юзаси тоза

Е. герпетик тошмалар йўқ

18. Ўткир герпетик стоматитга хос:

А. эпителий ичра бўшлиқлар*

Б. эпителий ичра пуфакларни тез ёрилиши*

В. эпителийни устки қатламда эрозиялар ҳосил бўлиши*

Г. шиллик қаватни хусусий пластинкани инфилтрацияси

Д. шиллик қаватда майда қон қуюлишлар

Е. тўқимада чегараланган қон тўпланиши

19. Ўткир герпетик стоматитда қонни умумий таҳлилида аниқланади:

- А. лейкопения*
- Б. таёкча ядроли нейтрофилларни кўпайиши*
- В. ЭЧТ (СОЭ) 35 мм/с*
- Г. гемоглобин 130 г/л
- Д. рангли кўрсаткич 0,9
- Е. ЭЧТ (СОЭ) 2 мм/с

20. Ўткир герпетик стоматитда цитологик текширувда аниқланади:

- А. спонгиоз*
- Б. акантолиз*
- В. гигант кўп ядроли хўжайралар*
- Г. атипик хўжайралар
- Д. оғрикли яра
- Е. гиперкератотик бляшка

Инсон иммун танқислиги вирус (ИИТВ)

Инсон иммун танқислиги вирус (ИИТВ)- инсонда орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС)ни чакирди. ОИТС – организмни шартли патоген микробларга резистентлигини пасайиши ва онкологик касалликларга мойилликнинг ортиши билан кечувчи касалликдир.

Юқиш манбаи – бу ИИТВ билан инфекцияланган одам ёки вирус ташувчидир.

ИИТВ инфекция юқишини 3 тури маълум: жинсий, парентерал, перинатал.

ИИТВ инфекциясининг клиникаси ва симпомлари турличадир. ИИТВ инфекцияси кечишини 4 даврга бўлиш мумкин, лекин буларнинг ҳаммаси хар бир беморда кузатилмаслиги мумкин.

ИИТВ инфекциясини ўткир даври юқишдан сўнг бир ёки бир неча hafta утгандан сўнг иситма, лимфаденопатия, тунги терлаш, тери тошмалари, бош оғриши ва йутал билан юзага чиқади. Бу даврда ИИТВга реакция серонегатив бўлади, 6-12 hafta утгач реакция серопозитив бўлиши кузатилади.

Касалликнинг 1 босқичи симптомсиз бўлиши ёки таркок персистрловчи лимфаденопатия билан кечади. Бу ҳолат 3 ой кузатилади.

2-босқич «ОИТС билан боғлиқ комплекс» еб аталади. Унга тана вазнини йўқотиш, диарея, дармонсизлик, тез чарчаш, уйкучанлик, иштаха йўқолиши, тунги терлаш, периферик нейропатия ва хотира йўқолишига олиб келувчи неврологик бузилишлар хос.

3-босқич «касалликнинг оралик даври». Бу даврда касалликнинг илк белгилари пайдо бўлган давр ва тўлиқ юзага чиққан давр орасида кечади.

4-босқич касалликнинг кеч даври билиб, бунда ОИТСнинг оғир клиникаси тўлиқ намоён бўлади. У шартли патоген флора билан чакирилган яллиғланиш жараёнлари ва ўсмалар ривожланиши билан характерланади. ОИТСга кўпроқ хос инфекциялар: протозой инвазиялари (пневмоцистоз, пневмония, токсоплазмоз), замбуругли (системали кандидоз, криптококкоз), бактериал (атипик микробактериоз, сальмонеллёз, септинемия) ёки вирусли (цитомегалия, паповавирус) ҳисобланади. Шу даврда бундан

ташқари лимфомаларнинг ута оғир турлари, кахексия ва неврологик бузилишлар кузатилиши мумкин.

Организмга ИИТВнинг тушишини биринчи белгиларини Оғиз бўшлиғидан топиш мумкин.

ИИТВ инфекцияси билан боғлиқ бўлган Оғиз бўшлиғи шиллик кавати касалликларига киради:

- кандидознинг турли клиник шакллари
- вирусли инфекция
- ясси лейкоплакия
- ярали-некротик гингивостоматит
- пародонтитнинг ривожланиб боровчи тури
- Капоши саркомаси

Стоматологларда ИИВ инфекциясига нисбатан шубха чакирувчи холларга Оғиз шиллик кавати ясси хужайралари саратони ёки лимфома билан оғриган беморлар киради.

ОИТСни ташхислашда бир катор лаборатор текширувлар: вирусларга нисбатан специфик антителоларни аниқловчи иммуносорбент, иммуноблоттинг ва нотўғри иммунофлюоросценция усуллари ИИТВни диагноз клишида ишлатилади.

ОИТС ни олдини олиш.

У кундалик профилактикаси стерилизация ва дезинфекциянинг анъанавий принципларига асосланган бўлиб, кон билан юкиши мумкин бўлган бошқа инфекциялар, масалан, В – гепатити каби олиб борилади.

ИИТВ билан кўрашиш коидалари:

- кон ва организмнинг бошқа суюқликларига нисбатан эхтиёткорлик
- инъекциялар ват ери бутунлиги бузилиши билан кечадиган барча муолажаларда эхтиёткорлик
- самарали дезинфекция ва стерилизация

Стоматологлар ўтказадиган кўпгина муолажалар кон чиқиши билан боғлиқ бўлганлиги сабабли стоматологлар ИИТВга мойил шахслар гурухига киради. Биологик суюқликлар билан ифлосланган кўл ёки ва тананинг бошқа жойлари яхшилаб совун билан ювилади. Маълум резина кўлқопдан муолажа пайтида фойдаланиш керак. Ишлатилган игналар, скальпел, диск, эндодонтик ва бошқа учли

асбобларни тозалаш ва ишлов беришда терини шикастламаслик учун ҳаракат қилиш зарур. Бундай бехосдан шикастланишларни олдини олиш мақсадида қалин кулқоплардан фойдаланиш керак.

Организм тўқималарига ишлов бериш учун бактерицид воситалар – антисептиклар (70 градусли этил спирти, 70 градусли изопропил спирти, 1% йод эритмаси, 10% йодоформ) кабилар ишлатилади.

Юкори интенсивликдаги дезинфекция воситаларига глютарал ва водород пероксиднинг 30% ли эритмаси мисол бўла олади. Тозаланган асбобларни шу эритмаларда 30 мин давомида саклаш самарали: дезинфекцияни таъминлайди.

Бормашиналар наконечниклари ишлатилгандан сўнг сувнинг кучли оқимида ювилади ва зарарсизлантирувчи детергент шимдирилган мато билан артилади, сўнг эса дистилланган сув билан ювиб ташланади.

Блиц – сўров савол ва жавоблари:

1. ОИТС билан зарарланиш манбаи.	Жавоб: Юқиш манбаи – бу ИИТВ Билан инфекцияланган одам ёки вирус ташувчидир. ИИТВ инфекция юқишини 3 тури маълум: жинсий, парентерал, перинатал.
2. ОИТСда кандидознинг клиник кўриниши.	Жавоб: Кандидоз-ОИТС да кўп учрайдиган касаллик. Учрайди: ўткир псевдомембраноз кандидоз, ўткир атрофик кандидоз, сурункали гиперпластик кандидоз. Қиссий ташхис утказилади қизил ясси темиртки, аллергияк стоматит, травматик шикастланиш билан.
3. Сочли лейкоплакия. Клиникаси.	Жавоб: Сочли лейкоплакия бўлади бир ва икки томонлама, асосан тилнинг ён томонида, камрок лаб, тил, лунж, оғиз тубида. Клиникасида шиллик қаватнинг юзасидан буртиб чиқиб турувчи бурма ёки оқиш рангдаги сўргичлар кўринишида бўлади. Кирилмайди.
4. Капоши саркомасини клиникаси.	Жавоб: Капоши саркомаси - опухоль, лимфа томирлардан тузилган. Кўпроқ танглайда эпүлисни эслатади, камрок милкда бўлади. Куқимтир еки кора рангда булиб, катгалашади ва булақчаларга ажралаиб, яралади, жудаям оғрикли.
5. ОИТСда яралли-некротик стоматити.	Жавоб: Яралли-некротик стоматит ўткир кечади, 3-4 хафта давом этади, кейин сурункали шаклига ўтади. рецидивланади.

6. ОИТСда вирусли инфекциялар.	Жавоб: ОБШК да оддий герпес, ураб олувчи темиртки., ва вирусли сугаллар кузатилади.
7. ОИТСда пародонтитнинг клиникаси.	Жавоб: пародонтитнинг генераллашган агрессив шакллари кузатилади, қон кетиши, милкларни гиперплазияси, тишларни кимирлаши, альвеоляр суяк тўқимасини диффуз деструкцияси ва тишлар эро тусикининг секвестрацияси кузатилади.
8. Врач-стоматолог тактикаси.	Жавоб: .Врача – стоматолог тактикаси бўлиб шахсий химоя воситалар (перчатка, куз ойнак, маска)ни тақиш; бир мартаба ишлатиладиган игна ва шприцлардан фойдаланиш, стерилланган медицина асбобларидан фойдаланиш, юқори хароратда утказиладиган стерилизация ва дезинфекция усулларидан (қайнатил, автоклавирда курук иссиқ хаво билан) фойдаланиш.



Вазиятли масала № 1

40 ёшдаги бемор (бесоколвоз) сурункали холсизликка, чарчовга, тана харорати 37С дан пасаймаслигига, узок кечувчи пневмонияга, милк қонашига, Оғиздан нохуш хидга, ярачалар борлигига шикоят қилади.

Объектив курганда: милклар кизарган, шишган, пайпаслаганда қонайди. Лунж, лаб шиллик қаватида ва тилда турли ҳажмдаги фибрин қараш билан қопланган оғрикли афталар мавжуд. Жаг ости, кулок олди лимфа тугунлари катталашган, эластик, кўзгалувчан, оғриксиз.

1.Кўшимча усул утказинг

а) вирусни ажратиш *

б) биопсия

с) серологик

д) иммунологик

е) цитологик

2.Ташхис куйинг

а) ОИТС *

б) Захм

с) кандидоз

д) брузилёз

е) рак

3.Солиштирма ташхис

а) сурункали афтоз стоматит *

б) кизил югурук

с) қаттик шанкр

д) папилломатоз

е) кандидоз

Вазиятли масала № 2

48 ёшдаги бемор сурункали холсизликка, чарчовга, узок кечувчи бронхитга, милклари йиринлашига ва қонашига, Оғиздан нохуш хидга, тилида яра борлигига шикоят қилади.

Объектив кўриқда: милклар кизарган, шишган, пайпаслаганда қонайди, Тил-милк чўнтақлардан йиринг чиқади. Лунж, лаб шиллик қаватида ва тилда турли ҳажмдаги фибрин қараш билан қопланган оғрикли яралар мавжуд. Жаг ости, кулок олди лимфа тугунлари

катталашган, оғриқсиз. Беморнинг оғзидан куланса хид келади, кандидоз аломатлари кузатилади.

1. Қўшимча усуллардан қайси бири энг мухим:

- a) конда ОИТС вирусини аниқлаш *
- b) рентгенологик
- c) функционал
- d) клиникавий
- e) цитологик

2. Ташхис қуйинг

- a) ОИТС *
- b) захм
- c) кандидоз
- d) брузилёз
- e) ЎГС

3. Солиштирма ташхис

- a) сурункали афтоз стоматит *
- b) кизил югурук
- c) Қаттиқ шанкр
- d) Папилломатоз
- e) кандидоз

4. Беморга нисбатан харакатингиз

- a) махсус тиббий муассасага юбориш *
- b) умумий ва маҳаллий даволаш
- c) факат умумий даволаш
- d) факат маҳаллий даволаш
- e) Жаг ости, кулок олди лимфа тугунларини олиб ташлаш

5. Стоматолог узини химоялаш учун ишлаши керак

- a) кузойнак, маскада, резинали кўлқопда *
- b) химоялаш шарт эмас
- c) перчаткада
- d) фартукда
- e) ҳаммаси нотўғри

Вазиятли масала № 3.

29 ёшли бемор (наркоман деб тахмин қилинган) ОИВ (ВИЧ) билан инфекцияланган деб шубха қилинди. Ташхисини тасдиқлаш учун қандай текширув утказиш лозим?

- a) серологик *

- б) микробиологик
- в) микроскопик
- г) миография
- д) реография

Вазиятли масала № 4.

ОИТС билан оғриған 35 ёшли бемор 44 тишида тунги кучли оғрик билан мурожат килди. Оғрик ҳамма тур таъсироларига , баъзан сабабсиз ҳам бўлади. Тишни даволаш вақтида нақонсчник ишлатиш мумкинми?

- а) механик *
- б) турбинали
- в) ультратовушли
- г) пьезоструйный
- д) ахамияти йўқ

Вазиятли масала № 5.

ОИВ (ВИЧ) инфекцияланган беморга стоматологик ёрдам курсатилгандан сўнг асбобларни айнаи вақтда курук иссик стерилизация режими кандай?

- а) 120 градус – 45 мин
- б) 120 градус – 60 мин
- в) 180 градус – 45 мин
- г) 180 градус – 60 мин
- д) 100 градус – 120 мин

Тестлар

1.ОИТС этиологик омили бўлиб ҳисобланади:

- А. одам иммунтанкислик вируси (ОИВ)*
- Б. стафилококк
- В. замбуруғ
- Г. спирилла
- Д.Лефлер таёқчаси

2.ОИТС юқеди:

- А. ҳамма жавоб тўғри*
- Б. қон
- В. сперма

- Г. вагинал секретлар
- Д. кўкрак сути

3. ОИТСда оғиз бўшлиғида кузатилади:

- А. ҳамма жавоб тўғри *
- Б. сочли лейкоплакия
- В. кандидоз
- Г. Капоши саркомаси
- Д. вирусли инфекциялар

4. ОИТС аниқланади:

- А. специфик реакциялар билан*
- Б. термодиагностика билан
- В. электроодонтодиагностика билан
- Г. гистологик усул билан
- Д. люминесцент диагностика билан

5. ОИТСда стоматологик асбобларни дезинфекцияси учун ишлатилади:

- А. 30% водород пероксидэритмаси*
- Б. калий перманганат эритмаси
- В. 1% хлорамин эритмаси
- Г. дистилланган сув
- Д. резорцинни тўйинган эритмаси

6. ОИВ- инфекция асосан зарарлайди системани:

- А. иммун*
- Б. кон
- В. юрак- контомир
- Г. ошқозон- ичак
- Д. эндокрин

7. Организмга тушгач ОИВ-инфекция тушади:

- А. конга*
- Б. сўлакка
- В. жигарга
- Г. ўпкага
- Д. буйракка

8. ОИТС аниқланади усул билан:

- А. вирусга нисбатан специфик антителоаниклаш усули*
- Б. микробиологик усули
- В. цитологик усули
- Г. гистологик усули
- Д. люминесцент диагностик усули

9. ОИТСда стоматологик асбобларни дезинфекцияси учун ишлатилади:

- А. 30% водород пероксид эритмаси, 2 % глютарал эритмаси*
- Б. 1% хлорамин эритмаси
- В. дистилланган сув
- Г. 3% водород пероксид эритмаси
- Д. 1% хлоргексидин эритмаси

10. ОИТС – инфекцияташхисланади усул билан:

- А. ҳамма жавоб тўғри *
- Б. иммуносорбент
- В. иммуноблостинг
- Г. иммунофлюоресцент
- Д. вирус ажратиш

11. ОИТСда оғиз бўшлиғида кузатилади:

- А. сочли лейкоплакия *
- Б. афта
- В. доғ
- Г. дўмбокча
- Д. волдырь

12. Врач – стоматолог қабул пайтида беморда ОИТСга шубхаланди, қандай химояланиш

- А. лозим: шахсий химоя воситаларини (перчатка, кўзойнак, маска) тақиш*
- Б. турбинали наконечник ишлатиш
- В. ультратовушли асбобларни ишлатиш
- Г. беморни қабул қилишдан бош тортиш
- Д. фақат маҳаллий антисептик ишлов бериш

- 13. ОИВ-инфекцияни лаборатор днагностикаси асосланган:**
- А. ОИВ -инфекция ва унинг компонентларини идентификацияси*
 - Б. ОИВ-инфекцияга нисбатан антитаначаларни ажратиб чиқариш*
 - В. иммун тизимни бузилиш даражасини аниқлаш*
 - Г. умумий клиникусуллар
 - Д. микроскопия
 - Е. цитология

14. ОИВ-инфекцияни эрта ташхислаш имкон беради:

- А. ўз вақтида беморларни диспансеризация қилиш*
- Б. беморларни ижтимоий реабилитация қилиш*
- В. бемор оиласига рухий ёрдам кўрсатиш*
- Г. иммун тизимини чуқур ўзгаришларига
- Д. жарасн фаолланишига
- Е. генераллашган касалликлар ривожланишига

15. ОИВ-инфекцияни профилактикаси ўз ичига олади:

- А. ОИВ-инфекцияни жинсий йўл билан юктиришни олдини олиш*
- Б. ОИВ-инфекцияни кўкрак сути билан эмизиш пайтида юкишни олдини олиш*
- В. ОИВ-инфекцияни болага туғилиш пайтида юкишни олдини олиш*
- Г. карисс ривожланишини олдини олиш
- Д. пульпит ривожланишини олдини олиш
- Е. периодонтит ривожланишини олдини олиш

КЎП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА

Кўп шакли экссудатив эритеманинг келиб чиқиш сабаби хализгача маълум эмас. Айрим муаллифлар бу касалликни полиэтиологик касаллик деб ҳисоблашади, бошқалари - вирус табиатли деб ҳисоблашади, лекин кўпчилик муаллифлар аллергик табиатига эга деб таъкидлашади. Кўп шакли экссудатив эритеманинг иккита клиник шакллари мавжуд:



- инфекцион - аллергик;
- токсико - аллергик.

Кўп шаклли экссудатив эритеманинг инфекцион - аллергик шаклида сабабчи омил бўлиб микроб табиатли аллерген ҳисобланади. Сурункали инфекция ўчоқлари организмнинг сенсibiliзация

манбааси бўлиб ҳисобланади. Касалликни келтириб чиқарувчи омилларга ўткир респиратор касалликлар, совук қотиш, гипертермия, сурункали тонзиллит қайталаниши, ички аъзо касалликлари, синусит, травмалар киради.

Кўп шаклли экссудатив эритема - тери ва шиллик қатламларнинг яллиғланиш касалиғи бўлиб, зарарланиш элементларининг полиморфизми билан характерланади. (пуфакча, доғ, кавариклар).

Шиллик қават ва тери ҳам алоҳида, ҳам биргаликда бир вақтнинг ўзида зарарланиши мумкин. Ўткир бошланиб, узок йиллар давом этади. Касаллик куз ва баҳор ойларида авж олади.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ: тўлиқ аниқланмаган. Этиологик принципга кўра

2 хил:

■инфекцион-аллергик келиб чиқишга эга бўлган чин ёки идиопатик шакли;

■токсико-аллергик ёки симптоматик шакли клиник кўриниши биринчи шаклга ўхшаб кетса, аслида организмнинг турли дори препаратлари (антибиотиклар, салицилатлар, амидопирин) га нисбатан гиперергик реакцияси ҳисобланади.

Кўп шаклли экссудатив эритеманинг **инфекцион-аллергик шакли** ўткир юқумли касаллик каби кўринишида – умумий холсизлик, юқори тана харорати 38-39^o С гача, ревматоид оғриқлар билан бошланади. Шу фонда гиперемияланган оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва териди тошмалар тошади, сўлак ажралиши кучаяди. Касаллик тўсатдан бошланади. Дармонсизлик, титраш, холсизлик кузатилади. Беморлар бош оғриғи, танадаги оғриқлар, мушак ва бўғимларда, томоқдаги оғриқларга шикоят қиладилар. 1-2

сутка ўтгач, панжалар, билак, болдир, баъзан юз ва бўйинда теридан бир оз кўтарилиб турадиган кўкиш-қизил доғлар пайдо бўлади. Доғларнинг марказий қисми ботикрок бўлиб, кўкиш тусга киради. Унинг атрофи эса пушти-қизил рангда бўлади. Кейинчалик марказий қисмида сероз ёки геморрагик суюқлик билан тўлган пуфак пайдо бўлиши мумкин.

Никольский синамаси манфий бўлади, чунки пуфак четларидан тортганда соғлом эпителий кўчмайди. Кўп шаклли экссудатив эритеманинг инфекцион-аллергик шаклини қайтарилиши мавсумий (куз, баҳор) кузатилади.



Инфекцион - аллергик шакли билан оғиз бўшлиғи шиллик каватини зарарланиши 30% беморларда учрайди.

Кўп шаклли экссудатив эритеманинг токсик-аллергик шаклида тошмалар асосан оғиз бўшлиғи шиллик каватида намоен бўлади. Тошмалар худди инфекцион - аллергик шаклига ўхшаган пуфакча ва пуфаклардан иборат бўлади, лекин улардан фарқи ўзгармаган оғиз шиллик каватида кузатилади. Касаллик қайтарилишида тошмалар аввал тошган жойларда учрайди, бир вақтнинг ўзида таносил аъзолар ва орқа тешик атрофи терисида узок битувчи эрозиялар кузатилади.

Кўп шаклли экссудатив эритеманинг токсик - аллергик шаклида кўз шиллик кавати (конъюнктивит, кератит) ва таносил аъзолар (уретрит, вагинит) зарарланиши Стивенс - Джонсон синдроми деб аталади.

Кўп шаклли экссудатив эритеманинг токсик - аллергик шаклига мавсумийлик хос эмас.

Кўп шаклли экссудатив эритемани ташхислашда анамнез, клиник усуллар, кон тахлили, цитологик текширув усуллар, тери аллергик синамалар ўтказилади.

Цитологик текширувда оғиз бўшлиғи шиллик каватининг носпецифик яллигланиш манзараси, эркин макрофаглар кузатилади, токсико - аллергик шаклида эозинофилия ва лимфоцитлар кўпайиши аникланади.

Кўпинча лаблар, лунж, оғиз туби, юмшок танглай шиллик қаватлари зарарланади. Аввал эритема ва шиллик қавати шиши ва уни фоннда турли ўлчамдаги субэпителиал пуфаклар пайдо бўлади. Бунда агар бемор тинч ҳолатда турганда кучли оғриқлар кузатилади.

Овқат қабул қилиш кийинлиги туфайли бемор овқатдан бош тортади ва шу билан ахволини янада танг бўлишига олиб келади. Пуфакчалар тезда ёрилиб, фибриноз караш билан қопланган оғрикли эрозиялар ҳосил бўлади.

Лаб кизил хошиясидаги эрозиялар кир караш билан қопланган бўлиб, овқат қабул қилиш ва оғизни очишни кийинлаштиради, оғиздан ноҳуш хид келади, сўлак ажралиши кучаяди, регионар лимфа тугуналари катталашган ва оғрикли бўлади. Ўткир давр 2-4 ҳафта давом этади. Эрозиялар 7-12 кунда эпителизацияланади ва чандик қолдирмайди.

Инфекцион-аллергик характерга эга бўлган кўп шакли экссудатив эритемага йиллар буйлаб давом этадиган авж олиб боровчи кечив хос. Ремиссия даврида тери ва шиллик қаватларда ўзгаришлар кузатилмайди.



ТИЛДАГИ ҲАЗГАРИШЛАР

Гистологияси: субэпителнал пуфракчалар, атрофдаги бириктирувчи тўқима шши ва яллиғланиш инфильтрацияси кузатилади.



Стивенс-жонсон синдроми- (ўткир шиллик кават- тери-кўз синдроми) -КШЭ нинг оғир кечадиган варианты ҳисобланади.





Цитологик текширувда оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг носпецифик яллиғланиш манзараси, эркин макрофаглар кузатилади, токсико - аллергия шаклида эозинофилия ва лимфоцитлар кўпайиши аниқланади. Теридаги тошмалар кўл қафтларида, билак, тизза, кам холларда бўйин ва юзларда жойлашади. Тошмалар енгил қичиши ва ачиши мумкин. Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар кучли ачишиш, овқатланганда, тил ҳаракатларида оғриши билан тавсифланади. Эрозияли юзани очилиши иккиламчи инфекция тушишига шароит яратади. Тил ва тишларда караш ҳосил бўлади, оғиздан нохуш ҳид келади. Худудий лимфа тугунлари оғрикли ва катталашган бўлади. Кучли шишган лабларда тўқ қора рангдаги каткалок билан қопланган. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати билан биргаликда кўз конъюнктиваси, бурун, жинсий аъзолар шиллик қавати зарарланади. Бу ҳолат бир неча кун давом этади. Кейин шишлар кайтади, беморнинг тана ҳарорати тушади, бемор ўзини бироз яхши сезади. Касаллик 2-4 ҳафта давом этади.

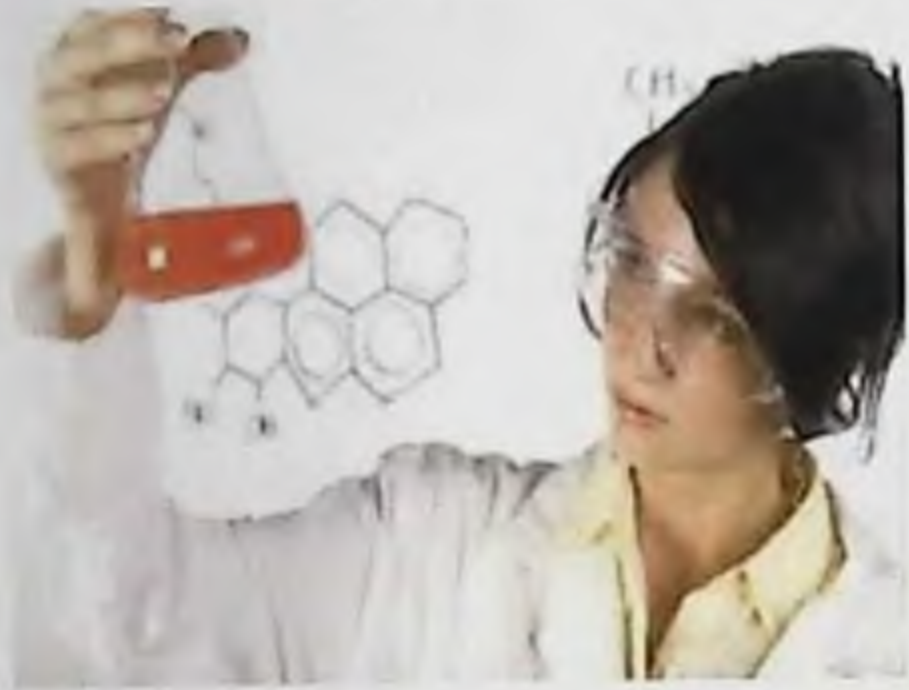
Периферик қонда ўткир яллиғланиш жараёнига хос ўзгаришлар: лейкоцитлар формуласини ўнгга силжиши, моноцит ва лимфоцитларнинг етилмаган хужайраларини сонини ортиши эритроцитларнинг чўкиш тезлиги (СОЭ)нинг ошиши кузатилиши мумкин.

Патогистологияда эпителийда хужайралараро шиш, бириктирувчи тўкималарнинг сўрғич қаватининг шиши ва яллиғланиш инфильтрацияси, лимфа томирлари атрофида лимфоцит, нейтрофил ва эозинофил гранулоцитлар инфильтрати кузатилади.

Тарқалган шаклдаги зарарланишда гапирниш, овқат қабул қилишга халақит беради. Ўлим билан тугалланган ҳолатлар кузатиладиган.

Ташхис: анамнез, клиника ва зарарланиш элементлар характерига асосланиб қўйилади.

Лаборатор текширувлар:



а) умумий қон таҳлили - лейкоцитоз, ЭҚТни ошиши, глобулинларни камайиши, эозинофилия.

б) цитологик текширишлар - препаратларда катта миқдорда нейтрофиллар

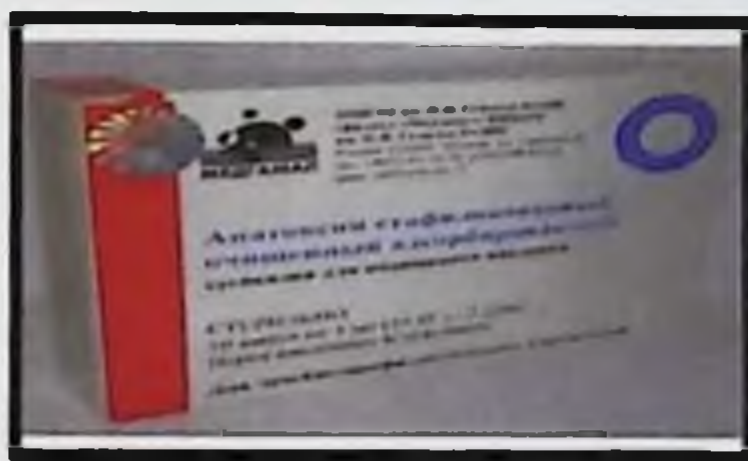
в) тери-аллергик синама - чакирувчи аллергенга нисбатан реакция бўлиши кабилар

хосдир.

Солиштирма ташхис: акантолитик пўрсилдоқ, ноакантолитик пўрсилдоқ, ўткир герпетик стоматит, иккламчи захм билан қиёсланади. I

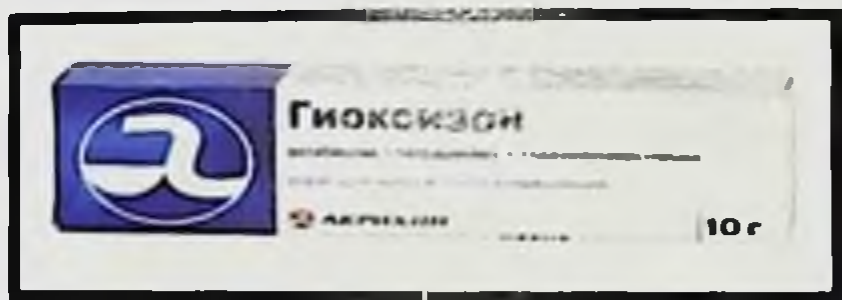
ДАВОЛАШ: Ўткир даврда - организм интоксикациясини камайтириш, десенсибилизация, яллиғанишни камайтириш ва эпителизациясши яхшилашга қаратилган даво.

Умумий даволаш: десенсибилизацияловчи терапия - димедрол, супрастин, фенкарол, кларитин, кетотифен; яллиғланишга қарши - салицилатлар (ацетилсалицил кислота, натрий салицилат); натрий тиосульфати (30% - 10мл вена ичига); В гуруҳ витамин-лари (В1, В2, В6), аскорутин, Этакридин лактатни (0,5гр 3 маҳал 10-20 кун ичилади), левамизоль (150 гр кунига - 2 кун, 5 кун танаффус, жами курс-2ой) билан биргаликда ' қўллаш касалликнинг авж олган даврида яхши натижа беради. КШЭЭ нинг огир ' шакллари билан огриган беморлар стационар шароитида даволанадилар. Уларга кортикостероидлар - преднизолон (20-30 мг.сут.дан 5-7 кун ва кейинги 2-3 кунларда 5 мг дан камайтириб борилиб, тўхтатилади). Дексаметазон 3- мг дан бошлаб буюрилади.



Стивенс-Женсон синдромида кортикостероидлар каттарок дозаларда (суткасига 60-80 мг), дезинтоксикацион ва десенсибилизацияловчи (реополипокин, гемодез, натрий тиосульфат) буюрилади.

Махаллий даволаш: оғриқ қолдирувчи воситалар (тримекаинни 1-2% эритмаси, 1-2% пиромекаин, лидокаин, аэрозоллар - коплостезин, лидокаин, анестезин) аппликация қилинади. Антисептик ишлов фурациллиннинг 0,02% эритмаси, 0.5% ли этонийбилан берилади. Некротик қараш бўлганда протеолитик ферментлар аппликациялари (лизамидаза, карипазим, кукумазин) ва кейинчалик кератопластиклар каротолин, Вит.А ва Е, наъматак мойи., глюкоксон, лоринден С.



Бурмали тил-қат-қат, бурма тил меъёрий вариант тилнинг олдинги учдан икки қисмида бурмалар-эгатлар (чуқур марказий эгат, икки ҳиссали эгат ёки кўп сонли эгатлар) мавжуд. Эгатлар чуқурлиги ва улар ҳосил қилган манзара хилма-хиллиги билан фарқланади. Бурма, қат-қат тил 1-5 % одамларда, эркак ва аёлларда бирдай аниқланади. Уни кўпинча Даун касаллигида, географик тил билан биргаликда кузатишади. Бурма тил – Мелькерсон-Розенталь синдромининг клиник кўринишларидан биридир. Бурматил, гранулематоз хейлит ва юз нервининг бир томонлама шикастланиши билан характерланади. Қолдиқ овқатларнинг бурмаларда тўпланиб қолиши яллиғланиш жараёни ривожланишига ва оғиздан ёқимсиз хид пайдо бўлишига сабаб бўлади. Шунинг учун тилнинг орқасини шётка билан тозалаш тавсия этилади. Бурма тил соғлиқ учун хавф туғдирмайди.

Анкилоглоссия. Тил юганчаси меъёрда тилнинг пастки юзасига ва пастки жағнинг ияк тепчасига боғланади. Юганчанинг, масалан, тил учининг пастки юзасига ва оғиз бўшлиғи тубига ёни альвеоляр ўсимтанинг тил юзаси томондан милкка потўғри боғланиши анкилоглоссияга олиб келади. Бу ривожланиш аномалияси тил юганчасининг патологик қисқалиғи ва унинг меъёр ҳолатдан силжиши билан характерланади, бу тил ҳаракатланишини чеклайди. Анкилоглоссия тўла ва қисман бўлиши мумкин. Қисман анкилоглоссияни кўп учратишади. Тўла анкилоглоссияда оғзаки нутк бузилиши мумкин. Нутк бузилганда ва пастки қатор тишларни протезлаш олдидан жаррохлик коррекция ва логопед билан машғулот ўтказишга кўрсатма бор. Анкилоглоссияни тарқалиши тахминан 1:1000 нисбатда.

Веналарнинг варикоз кенгайиши. Оғиз бўшлиғи веналарининг варикоз кенгайиши кўпинча қари одамларда учрайди. У периферик веналар варикоз кенгайиши ёки юрак этишмовчилиғи туфайли димланиши билан бирор алоқаси йўқ. Унинг сабаби одатда, веналардан қон оқшининг қийинлашиши, венанинг қайси бир патологик ҳосила билан, масалан, пилакча билан, ёки вена деворининг эластиклиғи қариши натижасида камайиши билан боғлиқ бўлади. Кўпинча варикоз кенгайган веналар тилнинг олдинги учдан икки қисми, шунингдек, четларида ва оғиз бўшлиғи туби шиллик каватларида жойлашади. Оғиз бўшлиғи веналарининг кенгайиши эркақлар ва аёлларда бирдай кузатилади. Кенгайган веналар кўкимтир-кизил ёки флюктуация этувчи тугунчалар, баъзан жуда майда, баъзи беморларда веналарнинг кенгайганлиғи кузатилади. Босганда тугунчалар оғримайди ва одатда текислашади. Диаскопия вақтида оқаради. Агар варикоз кенгайган веналар кўп бўлса, шиллик каватлар юзаси донадор бўлади ва ивилдирик (икра)ни эслатади. Варикоз кенгайган веналарнинг кўп локализация қиладиган жойи-лаб ва лаблар чоки. Даволаш талаб этилмайди.

ҚОН ВА ҚОН ЯРАТУВЧИ АЪЗОЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Тиббиётнинг энг долзарб масалаларидан бири қон тизими касалликларининг аниқлаш ва эрта ташхис қўйиш. Қон тизими касалликлари оғиз бўшлиғида турли турдаги клиник симптомлар билан намоён бўлади. Кўпинча бундай беморлар билан энг биринчи

стоматолог учрашади. Бундай ҳолат врачдан нафакат клиник кўринишни тўғри баҳолашни, шунингдек, бу беморга қандай ёрдам беришни тўғри аниқлашни талаб этади.

Лейкоз

Лейкоз– қоннинг тизимли касаллиги бўлиб, қон яратувчи органларда ривожланиб боровчи хужайра гиперплазияси ҳамда қон хужайраларидаги нормал жараёнлар устидан пролифератив жараёнларнинг устунлиги, анаплазирланган элементлардан метапластик ўсмавларни ўсиши билан характерланади. Ўткир ва сурункали лейкозлар фарқланади. Ўткир лейкозлар билан оғриган беморларнинг шиллик қаватлари зарарланиши 20,9% учрайди. Ўткир лейкоз – оғир касаллик. Асосан ёшларда кўп учрайди. Ўткир лейкознинг клиник манзарасида қуйидагилар синдромлар намоён бўлади:

- А) анемик;
- Б) геморрагик;
- В) ярали-некротик ангиноз;
- Г) гиперпластик;
- Д) ўсма парчаланиш синдроми;
- Е) интоксикацион

Касалликнинг кечишида уч давр фарқланади:

1. Бошланғич давр. Икки – уч ҳафта давом этади. Бу даврда жағларда оғрик, милкларнинг қонаши кузатилади.

2. Иккинчи давр симптомларнинг кучайиши билан характерланади: тана ҳарорати кўтарилиб 38-40⁰Сга етади. Периферияда реактив яллиғланишсиз, ярали некротик гингивит ривожланади, тўқималарнинг некрози кучли оғриқлар билан кузатилади, овқат истеъмол қилиш бузилади, тишларнинг патологик кимирлаши намоён бўлади.

3. Учинчи давр ҳамма симптомларнинг бирдан кучайиб кетиши билан кузатилади.

Болаларда лейкозлар умумий симптомларнинг яққол намоён бўлмаслиги билан кечсада, аммо оғиз бўшлиғи шиллик қаватларида ўзгаришлар типик хос бўлади. Гиперпластик жараёнлар катта ёшдаги беморларда лейкозларга хос кўпроқ кузатилишига нисбатан камроқ, кўпинча катта ёшда ва ўсмирларда кузатилади.

Лейкоз учун некротик жараёнларни бодомсимон безлар, танглай ёйчалари, тил, лунж, милк шиллик қаватларида ривожланиши характерли. Гингивитлар катарал ёки ярали характерга эга. Милк сўрғиччалари кучли зарарланган, хатто кенг таркок некрозларнинг ҳамма эпителий ва шиллик қавати ости тўкимаси жараёнига тарқалиши билан кузатилади. Тилнинг тишлар тегиб турадиган жойларида яралар ҳосил бўлади. Некроз майдони сиртдан ўзгармаган оғиз бўшлиғи шиллик қаватида пайдо бўлади. Улар оқиш рангда худди кимёвий куйишда кузатиладиган каби бўлиб, шиллик қаватлар атрофидаги даражада бўлиб, секин-аста катталашади.

Боланинг умумий аҳволи коникарли бўлса, некрознинг тарқалиши тўхтайдди. Атроф тўкималар реакцияси кучсиз ёки йўқ бўлади. Тромбоцитопения сабабли лейкозда кўпинча шикастланган майдонда (юзасида) кон куйилишлар юз беради, шу туфайли некрозга учраган тўкима кора-қўнғир рангга бўялади. Некроз майдончалари жуда секин кўпорилади. Улар шиллик қават устидан некротик пробка тизим четига суқилиб кириб ва кўпорилгандан кейин тез эпителизациялашадиган унча катта бўлмаган дефект қолади.

Ўткир лейкозлар одатда, ўткир юқумли касалликлар каби бошланади ва кўпинча маълум вақт аниқланмайди. Ўткир лейкоз билан оғриган беморларнинг 55%да оғиз бўшлиғи шиллик қаватида ярали некротик ўзгаришлар пайдо бўлади, асосан юмшоқ танглай, тил учи ва танаси кўпроқ зарарланади. Касалликнинг илк кўринишлари оғиз бўшлиғида намоён бўлса бемор врач стоматолог қабулига келишга мажбур бўлади, шунинг учун ҳамма ярали гингивостоматитлар ва катарал яллиғланиш жараёнларида 3-5 кунларда даволашда резистентлик кузатилса албатта қоннинг тизимли касалликларини аниқлаш учун тезкор қон таҳлилини амалга ошириш лозим. Бу касалликларни эрта аниқлаш ва даволаш, беморларни ремиссия фазасига ўз вақтида эришишга имкон беради.

Ўткир лейкозни ташхис қилишда умумий симптомлар: дармонсизлик, бурун, бачадондан ва бошқа жойлардан қон кетиши, бош оғриғи, тез чарчаш, тери қопламаларининг оқариши ва шишлар, лимфа тугунларнинг катталаниши кузатилади. Қоннинг клиник таҳлили асосий роль ўйнайди.

Сурункали лейкозлар икки босқичда кечади. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватларидаги патологик ўзгаришлар иккинчи босқич учун характерлидир. Улар геморрагиялар, ярали-некротик шикастланиш ва ўсмасимон катталанишлар сифатида намоён бўлиши ўзига хос.

Дифференциал ташхис гипертрофик гингивит, бактериал этиологияли ярали некротик стоматит, одонтоген остеомиелит, Верльгоф касаллиги, Венсан ангинаси билан билан ўтказилади.

Даволаш комплексли олиб борилади. Маҳаллий симптоматик даволаш профуз қон кетиш эҳтимоли борлиги туфайли ўта эҳтиёткорлик билан ўтказилади. Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш авайлаб амалга оширилади.

Беморни умумий даволаниши ихтисослашган гематологик стационарда ўтказилади. Касални цитостатик препаратлар ва антибиотиклар билан даволаш жараёнида организмнинг реактивлиги билан бѳглик асоратлар кузатилади: кандидоз, аллергия шикастланиш, сурункали қайталанувчи афтозли стоматит, вирусли инфекциялар.

Агранулоцитѳез. Мазкур касаллик касосида периферик қонда гранулоцитларнинг йўқолиши ѳтади. Касаллик этиологияси масаласида бир нечта нуқтаи-назар бор:

А) юқумли касалликлар (корин тифи, безгак, сил)

Б) бензол интоксикацияси, бензин буғлари таркибидаги тетаэтил-кўрғошин таъсири

В) ионизация ѳтувчи радиациянинг дозасини нотўғри белгилаш ва химоя қилиш қоидаларини бузиш

Г) дори-дармонларнинг ножўя таъсири (айниқса НПВС ва цитостатик препаратлар)

Касаллик тўсатдан иситма, мадорсизлик, милкнинг бирор қисмидан қон кетиши, оғиз бўшлиғи ва ютинишда оғриклар кузатилади, бодомсимон безлар ва бошқа шиллик қаватларда ярали - некротик кўринишларида бошланади. Некроз ўчоғи атрофида яллиғланиш бўлмайди. Оғиз бўшлиғида: оғиздан ноҳуш ҳид келиши, гиперсаливация, тил усти қулранг қараш билан қопланган. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати, айнақса юмшоқ танглай ва лабнинг вестибуляр юзаси қучли қизарган ва шишган. Тил юзаси олиниши қийин бўлган оқ қараш билан қопланади. Бир кундан кейин қараш ранги ўзгариб, қулранг-зелѳ бўлади-бу некротик тўқмаларнинг характерли белгиси ҳисобланади. Бнинг оқибатида оғиздан ноҳуш

хид келади. Бундай клиник картина яралди – некротик стоматитга ҳам хос. Агранулоцитоз учун характерли белгилардан бири тил илдизи некрози. Асосий ташхис қон таҳлили. Агранулоцитоз лейкоцитлар миқдорининг кескин камайиши, 1000 дан камроқ нейтрофил гранулоцитларнинг тўла йўқолиши билан кечади.

Умумий даволаш гематолог томонидан амалга оширилади. Маҳаллий терапия иккиламчи инфекцияларни олдини олишга мўлжалланган комплекс чора-тадбирлардан иборат бўлган стоматолог маслаҳати билан амалга оширилади.

АНЕМИЯ

Анемия-қонда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорини камайиши билан характерланади. Анемияда алмашинув жараёнларининг бузилиши ва тўқимларда кислород етишмаслиги билан характерланади.

Гиперхром, мегалобластик ёки витамин В₁₂-фолий кислотаси танқислиги (Аддисон-Бирмер касаллиги) анемияси. Касаллик эритроцитларнинг етилиш тезлигининг (витамин В₁₂-фолий кислотанинг организмда танқислиги натижасида) секинлашиши билан характерланади. Касалликнинг дастлабки эрта симптомлари тилнинг пишиши ва ўзгариши. Унинг юзаси текис, ялтироқ, ёрқин-қизил доғлар мавжуд. Доғлар туташса тил малина рангини эслатади. (Гунтер-Меллер глоссити). Кўпинча бу ҳолат билан бирга тил шиллик қавати парезтезияси ва мушакларда гипополификация кузатилади.

Ташхис клиник манзара: анемик синдром, гастрит А типиди, псевдотабес дорзалис синдромлари, қоннинг клиник таҳлили: эритроцитлар сонининг камайиши, гемоглобин даражасининг сал камайиши, юқори ранг кўрсаткичи, эритроцитларнинг кескин анизоцитози: макроцитлар, мегалоцитлар, Жоли таначалари, Кэбот ҳалқаси мавжудлиги, нейтрофиллар гиперсегментацияси, баъзан, лейкотромбоцитопения, панцитопенияга асосланиб қўйилади. Миелограммада – мегалобластик қон яратиш тури-ташхисни узиш-кесил тасдиқлайди. Комплекс даволашни гематолог ёки врач терапевт амалга оширади. Маҳаллий даволаш стоматолог маслаҳати билан наъматак ёғи аппликацияси, шиллик дамламалар билан чайқаш ва аскорутин эритмасини суркашдан иборат.

Апластик ва гиперпластик анемияларда кизил кўмик тўла шикастланади. Унинг ўрнини ёғ хужайралари эгаллайди. Беморни холати жуда оғир бўлади. Оғиз бўшлиғида кескин яккол ривожланган некрозлар, геморрагик тошмалар, милklar ва бурундан кон кетишлар кузатилади.

Ёш болаларда бу турдаги камконликларда Барлоба гингивити кузатилиши хосдир. Одатда, бу 2 ёшгача бўлган болаларда кузатилади. Чикаётган тишлар милklarининг чети шишган, кизарган, кўкимтир тусда, қонайди. Ухлагандан кейин боланинг ёстиғида кон билан аралашган сўлак излари мавжуд.

Чин полицитемия (эритремия, Вакез касаллиги) этиологияси ҳамма лейкозлар каби номаълум. Бу касаллик асосан катта ёшдаги одамларда кузатилади. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати ёрқин кизил кўкимтир тус олади, бурун учи, қудоклар солинчаги кизаради. Милklar сўрғичлари юмшок, шишган, қўл текқизилса осонгина қонайди, тишлар қимирлайди. Беморларда юқорида кўрсатилган симптомлардан ташқари бурун қонашлари, тез чарчаш, бадан қичиши, қўл бармоқларининг толиши (бахмал қўллар), баданларида “чумоли ўрмалагандай” ҳолат ҳис қилиш (эритромелалгия), кон томирларнинг тромб ҳосил бўлишига мойиллик каби симптомлар кузатилади.

Ташхис клиник манзара ва кон манзараси ҳамма хужайралар миқдорининг эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитларнинг биргаликда ошиши-панцитоз, ЭЧТнинг секин чўкиши, гемоглобин кескин 200 г/л гача ошиши асосида қўйилади. Ташхисни трепанобиопсия-гистологик текшириш узил-кесил тасдиқлайди. Дифференциал ташхис оғиз бўшлиғи ўзгаришлари фонида эндокрин тизими касалликлари (қандли диабет) ва авитаминоз “С” касалликлар билан ўтказилади.

Геморрагик диатезлар- кон кетишига мойил касалликлар бўлиб, уларнинг асосий фарқ қилинадиган белгиси организмнинг вақтинча ёки мунтазам туғма ёки орттирилган қайта-қайта кон кетишига мойиллик, баъзан “спонтан” (ўз-ўзидан, ҳеч қандай сабабсиз), шунингдек, озгина шикаст таъсири остида кон кетишидир.

Геморрагик диатезларнинг анамнезини текшириш натижаси қуйидаги жадвалда ўз аксини топган.

1-жадвал

Текшириш босқичлари	Геморрагик синдром	Анемик синдром
Бемор шикоятларини сўраб-суриштириш	<p>Томирлар шикастланганда қон кетиши (кесилганда, эмлаш жойидан қон кетса, соқол олинганда, операциялар, айниқса суннат қилинганда, тиш ўзганда, тонзилэктомия ўтказилганда ва бошқа кичик операцияларда қон кетишлар)</p> <p>“спонтан” ўз-ўзидан, ҳеч қандай сабабсиз, аспирин ва бошқа НЯҚВ (НПВС) дорилар қабул қилинганда қон кетишлар.</p> <p>Баданда “кўкаришлар”, қон талаш, қон аралаш қусиш, қора мойсимон ахлат ажратиш. Қизил ранг сийдик ажратиш, буйрак соҳасида санчиклар, чақалокларда тиш чиқиш даврида қон кетишлар. Бўгинларда оғриқлар ва ҳаракат чекланиши, мушаклар атрофияси. Сирка кислотаси ва таркибида у қўшилган озиқ-овқатлар (майонез, кетчуп, арок) истеъмол қилинганда қон кетишлар.</p>	<p>Ҳолсизлик, беш айланиши, сўриши, хансираш, юрак уришининг тезлашиши, сочлар, тирноқларнинг синувчанлиги. Таъм ва ҳид сезишининг бузилиши. Турли еб бўлмайдиган моддаларни истеъмол қилиш: кесак, зўр, крахмал, чой шамаси, кирсовун, гишт, гугурт донаси-фосфор, муз, қоғоз, газета, соч, тирноқлар, гилмоя (гилваки) ва бошқалар. Ҳомиладорлар, ёш болаларнинг косметик ва гигиеник воситаларни истеъмол қилиши. Ёмон сифатли-сассик тумов билан оғриганлиги, тилнинг ачиши ва бошқалар.</p>
Мазкур касаллик тарихи	<p>Ёшлик давридан қон кетишлар, қон аралаш қусиш, қора мойсимон ахлат (мелена) ажратиш, қизил рангли сийдик ажратиш, буйракдаги санчикли оғриқлар. Йирик таянч бўгинларнинг ичига қон куйилиши фонида прогрессив шикастланиши. Сут тишлари алмашганда милкларнинг</p>	<p>Санаб ўтилган шикоятларнинг ўтмишда кузатилган профуз ёки қайта-қайта кичик қон кетишлар билан боғлиқлиги</p>

	<p>қонаши, эмлашдан кейинги қон кетишлар. Геморрагик диатезларнинг ирсий, тугмашакллари шубҳа ёки тахмин қилинса беморнинг бобоси, отаси, айниқса холаваччалари, тоғалари номлари, фамилияси, уларнинг номларини кўйиш тарихига эътибор бериб суриштириш керак. Исмлар маъносига аҳамият бериш керак. Бизнинг тажрибамиз, исмлар ҳақидаги фан-ономастикани ўрганиш шуни кўрсатадики, гемофилия билан оғриган болаларга кўриқловчи номлар кўйилади. Самарқанд бирлашган тиббиёт маркази қошидаги гематология марказида рўйхатда турувчи беморларнинг номлари бундан тасдиқлайди. Марказ рўйхатида қайд қилинган гемофилия билан оғриган рус миллатига тегишли беморларда: Пётр-Тош, Константин-Турғун, Валерий-Салим-Саломат маъносини англатади. Маҳаллий аҳолида бундай беморларга Умркул, Қаҳрамон, Жозил, Илаш каби номлар кўшилиши қайд қилинган.</p>	
--	---	--

Геморрагик диатезлар билан оғриган беморни клиник ва параклиник текширишлар босқичлари

2-жадвал

Текшириш босқичлари	Геморрагик синдром	Анемик синдром
Тери ва тери ости клетчаткасини текшириш	Петехниялар, ёйик геморрагиялар, (экхимозлар), қонаётган кичик шикастлар, таранг гематомалар. Тил, бурун шиллик қаватларида, кўкрак, қорин ва қулоқларда телеангиоэктазиялар. Маркази қалин геморрагик тошмалар.	Тери қопламларининг оқариши, куруқлиги. Товонларнинг ёрилиши.

<p>Тери хосилаларини текшириш</p>		<p>Тирноқлар синувчанлиги, кўндаланг чизиклар пайдо бўлиши, ботиқлиги қошиқсимон, тирноқлар (койлюнхия). Сочлар синувчанлиги, тўқилиши (алловещия) ва оқариши</p>
<p>Оғиз бўшлигини текшириш</p>	<p>Петихиялар, қўшилган қон тўқилишлар, тиш узилгандан кейин қон кетишлар, оғиз бўшлигини текшириш вақтида томирларни сал шикастланиши натижасида шиллик каватларнинг тез қонаши. Оғиз бўшлиги шиллик қавати ва остида таранг гематомалар. Шиллик каватларда яллиғланиши инфильтрацияси ва пролиферация билан қирмизи-қизил тошмалар. Тилда лаблар мағзида, оғиз бўшлиги шиллик қаватларида телеангиоэктазиялар.</p>	<p>Шиллик каватларнинг оқариши, сўргичлар атрофияси яллиғланиш белгилари.</p>
<p>Бўгинларни текшириш</p>	<p>Тизза қосаси ҳаракатчанлиги, йирик деформацияга учраган бўгинларда, ўткир гемартрозларда флуктация мавжудлиги. Сурункали гемофилик артропатияда таянч бўгинларда прогрессив деформация, зўрга ҳаракатчанлиги(сусайиши,пасайиши) симметрик бўгинлар устида геморрагик тошмалар билан экссудатив аллергик яллиғланиш мавжудлиги.</p>	

Мушакларни текшириш	Шикастланган бўғинларнинг характланишида катнашадиган мушакларнинг прогрессив атрофияси	
Юрак-томир тизимини текшириш	Чимчиллаш, Юргенс синамасининг мусбатлиги, Алексеев симптоми-пайпаслаш, укол (Кох) симптоми, жгут (Кончаловский-Румпель-Леде), Нестеров симптомларининг мусбатлиги	ЭКГ вольтажи пастлиги, тез кичик пульс, баланд тонлар, систолик шовкин томирлар устида “бизбизек” шовкини
Нафас олиш аъзоларини текшириш	Қон ташлаш, ўпкалардан қон кетиш	Жисмоний зўриқиш, кейинчалик тинч ҳолатда ҳам ҳансираш
Овқат ҳазм қилиш аъзоларини текшириш	“Кофе куйқаси” билан қусиш, қорин пальпациясида оғриқлар, қорин пардаси яллиғланиш симптомлари	Оғиз бўшлиғи ўзгаришларига қаралсин.
Қон яратиш аъзоларини текшириш	Лимфоаденопатия бўлиши эҳтимоли бор, ясси ва найсимон суякларда оғриқлар, спеномегалия, жигарнинг қоннинг тизимли касалликларида шикастланиши натижасида сепсис ва геморрагик ва анемик синдромларнинг бошқа сабаблари туфайли катталашиши.	
Сийдик ажратиш аъзоларини текшириш	Бел соҳасида (буйрак) тўқиллатиб уриш (перкуссия)да оғриқлар (Пастернацкий симптоми мусбатлиги), гематурия	

Болаларда геморрагик диатезларда лунжлар, лаблар, юмшок танглайларнинг шиллик қаватларида шиллик қаватларни ўраб олган даражасидан сал кўтарилиб, баъзан қонайдиган кўп сонли геморрагиялар кўринади. Териларда шунингдек қон қуйишлар мавжуд.

Гемофилияларда одатда геморрагиялар бўлмайди, аммо, кўпинча милкларнинг қонаши, кариоз тишлар соҳасида, тиш бўшлиғидан унинг перфорациясида сут тишлари тушган ёки узилган чуқурчадан қон кетиши кузатилади.

Олинган субъектив маълумотларни таҳлил қилишга ўтиб, текширилган беморларда геморрагик синдром учта асосий патогенетик гуруҳнинг қайсисига мансублигини аниқлаш лозим.

1. Геморрагик коагулопатияларда қон ивишининг ички механизми бузилиши. Улар тугма бўлиши (гемофилия А, В, С, Фон Вилле-Бранд касаллиги) ёки орттирилган (бевосита ва билвосита антикоагулятилар дозасини ошириб юбориш) бўлиши мумкин.



2. Тромбоцитопениялар ва тромбоцитопенияларга геморрагик диатезларнинг қонда тромбоцитлар миқдорининг камайиши ёки

улар функциясининг ўзгариши сабабли вужудга келган геморрагик диатез бўлиши мумкин.

Геморрагик диатезлар дифференциал ташхисини муҳим клиник ориентирларни инобатга олган ҳолда ўтказиш лозим:

Таҳлил маълумотлари

- 1) Ўтмишдаги ва бошқа касалликлар “фонида”
- 2) Қон кетиш турлари



Кўргошилили стоматит

полигра физда	Аккумуля тор ишчи	Бўёқ ишловчи корхона
кора доғ	КУРЮ ШИН	Кулранг пигмент доғлар
Иккилам чи инфекши я	Эритема тоз тошмала р	Булдэ тошмала р

Токсик периодо итит	Теп ва тех ishchi korxona	Кимёвий Элемент иш чик. корхона
Катарал гингиви т,стомат ит	Маргина ш	Эрозив- ярали ўзгарниш лар
Токсик гепатит	Умум. Холениз лик	гиперке ратоз

Биохими л	Пента бисбол	bismo vego
Тетра циклин	Оғир метал тузлари	Крина зол
алидо ид	Кортико стероид лар	аугалопин

Чуқур яралар	Дори воситтала ри	Кўкмагги р кулранг караш
Ярали некроти к гингиви	ВИСМУТ	стомати т
Маргинал млк ораси	ГИПЕ рсал ИВАЦ	Дунж.ти л танглайд а

QO'RG' OSHIN	VISMUT	SIMOB
mishyak	Экстен интоксикац ияда оқимдаги фторидлар	олин
og'ir mental tuzlari	profilakti ka	stomatol og vazifalari

Сақлаш кондала ри	Кўллаш кондала ри	винтил яция
Хаво тортиш мослама лари иш.	Профи лакти ка	Иш жойини тозла ш
Никоб такниш	Респира тор такниш	Хавфсиз лик конда ларига риоя кил.

Токсик бронхит	Травматик нхит	Бундан сўй келиши
Милк shamollas hi qizil tus olish	SIMOB	Милкни marginal sohasida qora b... Gipertsaliv atsiya.so'l ak bezini shishishi
Leukoplak iyu,qiziyas si temiraki	Учанг bekrotli dovgudat oribani	

kapilyarli zaharlanis h	aplastik anemiya rivojlanis hi	trombosi topenik porpora
Yulduz tushak	buynak faaliyatini i buzilishi	
pebroykati ya	detritni rivojlanis hi	o'pka faoliyatini i buzilishi

ishchilar ro'yxatini tuzish	og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish	tish toshlarini tozlash
gigiena qoidalarini o'rgatish	stomatolo g vazifalari	dispanser nazoratini olib borish
gigiena vositalarini tanlab berish	og'zini 1% li uksus kis. bilan chayqab turtish	OBSHQ.da o'zgarish bo'lgan bemorlarni ro'yxatlash

Глоссалгия, глоссодения тилнинг парестезияси глоссипитроз оғиз бўшлиғининг ҳар хил жойларида асосан тилда ачишиш оғриқлар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Ушбу шикоятлар лабда ёки бошқа жойларда мужассам бўлса оғиз бўшлиғининг парестезияси ёки стомалгия деб аталади.

Касаллик асосан 40 ёшдан ошган аёллар касалланадилар, эркакларда касаллик 5-6 марта кам учрайди.

Беморлар касалликнинг пайдо бўлишини шикастланиш билан боғлашади. Бундан ташқари касалликнинг келиб чиқишига руҳий изтироблар оғиз бўшлиғи ёки бошқа жойнинг операцияси ва хоказолар сабабчи бўлиши мумкин.

Этиологияси ва патогенези



Замонавий нуқтан назарларга кўра глоссалгия полиэтиологик касаллик ҳисобланади. Патогенезининг асосида вегетатив асаб тизимининг кўпроқ функционал, камроқ органик ўзгаришлар ётади.

Глоссалгия ошқозон-ичак касалликлари фонида кон томирлар ўзгаришида, марказий ва периферик асаб тизими касалликларида, эндокрин касалликларида кўп учрайди. Глоссалгия вегетатив асаб тизимини бузилиши оқибатида ривожланади ва шу сабабли касалликни неврозлар туркумига киритиш мумкин.

Шундай қилиб глоссалгия умумий касалликларнинг бир симптоми бўлиб ҳисобланади, маҳаллий сабабчилар эса касалликни юзага чиқариб қайталанишларни кўзгатади.

Клиник кўриниши. Беморлар тилининг вақти-вақти билан ёки доимий ачишишига, оғришига, гапиргандан сўнг чарчашига, парестезияга шикоят қиладилар. Стоматологияда беморлар худди шундай ҳолатлар оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг бошқа жойларида ҳам борлигига шикоят қиладилар.



Беморларнинг 30 фоизда оғизни куришига, айниқса ҳаяжонланиши натижасида безовталанишига шикоят қиладилар. Овқатланиш вақтида ушбу шикоятлар йўқолади. Касаллик ойлари, йиллар давом этадиган узок муддат ичида безовта қилмасдан яна қайталаниши мумкин.

Глоссалгияда объектив кўрувда саливация камайишидан ташқари ўзгаришлар бўлмайди. Беморларнинг айримларида тилнинг сўргичлари гипертрофияси, тил веналарининг варикоз кенгайишлари, тилни шиши ва қарашлар кузатилади.

Глоссалгия билан касалланганларнинг кўпчилигида рухий ҳолати тушкунлик белгилари билан намоён бўлади, чунки бу беморлар касаллик тўғрисида кўп гапиришади ва доимий ўйлашади.



Уларда канцерофобия яхши ривожланган. Шифокорларнинг кўпол гапидан сўнг беморларда рухий азоблари янада кучаяди. улар соатлар билан оғзини кўзгуда кўришади ва ёмон хулосаларга келишади.

Қиёсий ташхис. Глоссалгия тилнинг органик касалликлари, шикастланиш натижасидаги оғриқлар, невралгия, неврит, тиш касалликларидаги оғриқлар билан қиёсланади.

Глоссалгияда Костен синдромидан айниқса умуртканинг бўйин соҳасида жойлашган остеохондроз, спондилездан ҳам фарқлаш лозим. Ўткир ва сурункали шикастланишларда оғрик ва ачишишлар хар доим бир жойда кузатилади, шикастловчи омил бартараф килингандан сўнг оғриқлар ўтиб кетади.

Невралгияда глоссалгиядан фаркли ўларок оғрик хуружсимон бўлади, зарарланиш бир томонлама кузатилади ва уч-шохли нервнинг гиннервацияси соҳасига тўғри келади. Оғриқлардан аввал вазомотор ўзгаришлар ва юз нервнинг тортилишлари кузатилади ва юзга беҳосдан тегиб кетгандан сўнг невралгик хуружлар бошланади.

Тил нервнинг невритида оғир шикастланган нервнинг бир томонида кузатилади ва асосан тилнинг олдинги учдан икки қисмида жойлашади, тилнинг сезиш ва таъм билиш қобилияти пасаяди. Невритда овқат еган пайтида ва тил ҳаракатга келганда оғриқлар кучаяди

ДАВОЛАШ. Оғиз бўшлиғини санацияси биринчи навбатда амалга оширилади, даволаш этиологик, патогенетик ва симптоматик йўналишда олиб борилади. Оғиз бўшлиғида хар хил металдан тайёрланган тиш протезлари ва қопламалари алмаштирилади, чунки гальванизм юзага келиши мумкин ва бемор рационал протезланади.

Организмни умумий касаликларини аниқлаш учун бемор бошқа соҳа мутахасислари томонидан текширилади.

Патогенетик даволашда гомеостаз ҳолатини меърлаштириш, беморни асаб ва рухий ҳолатини, периферик ва марказий



механизмларига таъсир ўтказишдан иборат. Ушбу мақсадда беморга бром препаратлари, валериана, кичик гуруҳ транквилизаторлари, В гуруҳ витаминлари, РР витамини буюрилади. Феназепам 0,25 -0,5 м/г 3 марта кунига, тазепам (суткалик дозаси 30-90 м/г), мезапам (суткалик дозаси 10-

30м/г), галоперидол-нейролептик (суткалик дозаси 3,6 -15 м/г) буюрилади.

Стоматологияни ўткир даврида реланиум инъекция қилинади, оғирликни камайтириш мақсадида этодин форте 400 м/г кунига 2 маҳал берилади.

Бўйин соҳасида микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида пентоксифиллин суткалик дозаси 300-600 м/г, никотин кислота, никотинпан, но-шпа, стугерон, кавинтон буюрилади. Витаминлардан тиамин бромид, рибофлавин, пиридоксин, аскорбин кислотаси инъекция йўли билан, токоферол ацетат ва ретинол –ичиш йўли билан қўлланилади.

Вегетотроп холинолитиклар (белласпон, беллоид, платифиллин) антихолинэстераза препаратлар (галантамин), ганглиоблокаторлар (ганглерон, бензогексоний) вегетатив асаб тизими фаолиятини меъерлаштиради.

Антигистамин моддалар (пипольфен, димедрол, супрастин, тавегил, диазолин) организмнинг сенсibiliзациясини камайтиради.

Маҳаллий оғриксизлантиришда анестезиннинг глицериндаги эритмаси, 2% тримекаин, 2% лидокаин эритмалари аппликация ва оғиз ванночкаси учун, 10% лидокаин аэрозоли –пуркаш учун қўлланилади.

Сўлак безларини фаолиятини яхшилаш мақсадида пилокарпин 5 мг кунда бир марта тил остига томизилади. А витамини, калий йодид ҳам сўлак ҳажмига ижобий таъсир кўрсатади. Сўлак таркибини эса бромгексин қўллаш билан ўзгартириш тавсия қилинади.

Комплекс даволаш мақсадида игнарефлексо-даволаш, электро-нейростимуляция усуллари яхши натижа беради.

Физикавий усуллардан бошни ва бўйин ёқа соҳасини укалаш, юқори бўйин симпатик тугун соҳасини гальванизация қилиш, новокаин билан бажариладиган эндоназал электрофорези тавсия қилинади. Лазер нури билан даволаш, электруйқу, гипербарик оксигенация, кислород, аутотренинг ва руҳий терапиялар ҳам организмга шифобахш таъсир кўрсатади.

Маҳаллий даволашда оғиз бўшлиғи соғломлаштирилади, тишларнинг ўткир қирралари текисланади, окклюзион баландлик тикланади.

Тил нервининг блокадаси (1% ли тримекаин кунора ёки хар кун, жами 6-10 та), 1% тиамин бромидни 1мл ва 1% тримекаинни 1мл тилга инъекция қилинади.

Темир препаратлари (гемостимулин, ферроплекс, ферро ва бошқалар) буюрилади, оғиз бўшлиғи шиллик каватини парестезиясида яхши натижа беради.

Симптоматик даволашда маҳаллий анестетиклар, кератопластиклардан каротолин, аскол, солкосерил, дентал адгезив паста, витамин А ва бошқаларни қўллаш пайтида шифокор стоматолог бошқа соҳа мутахассиси билан маслаҳатлашиб комплекс режа асосида иш олиб боради.

Назорат саволлари:

1. Глоссалгияни этиологияси ва патогенези.

Жавоб: Глоссалгия ошқозон-ичак касалликлари фонида контомирлар ўзгаришида марказий ва периферик асаб тизими касалликларида эндокрин касалликларида кўп учрайди, глоссалгия умумий касалликларнинг бир симптоми бўлиб ҳисобланади. Маҳаллий сабабчилар эса касалликни юзага чиқариб қайталанишларни кўзгатади.

2. Глоссалгияни қиёсий ташҳиси.

Жавоб: Глоссалгияда тилнинг органик касалликлари шикастланиш натижасида оғриклар, невралгия, неврит, тиш касалликларидаги оғриклар билан қиёсий ташҳисланади.

3. Глоссалгияни даволаш .

Жавоб: Оғиз бўшлиғини санацияси биринчи навбатда амалга оширилади. Даволаш этиологик, патогенетик ва симптоматик йўналишда олиб борилади Оғиз бўшлиғида ҳар хил металдан тайёрланган тиш протезлари копланмалари алмаштирилади, чунки гальванизм юзага келиши мумкин. Бемор рационал протезланади. Организмни умумий касаликларини аниқлаш учун бемор бошқа соҳа мутахассислари томонидан текширилади .

4. Глоссалгия, глоссодения тўғрисида нимани биласиз?

Жавоб: Глоссалгия, глоссодения тилнинг парестезияси глоссипарез. Оғиз бўшлиғининг ҳар хил жойларида асосан тилда ачишиш оғриклар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Ушбу шикоятлар лабда ёки бошқа жойларда мужассам бўлса оғиз бўшлиғининг парестезияси ёки стомалгия деб аталади.

Глоссалгияни ташхислаш буйича концептуал жадвал

Тил нервни невралгияси	Глоссалгия	Этиология
Периферик нерларни зарарланиши	Протез мономер ларига, хар хил металларга, амальгама пломбаларга сезувчанлик ошади	Гормонал ўзгаришлар
хос эмас	хос	Таъмин бузилиши
бўлмайди	бўлади	Шикоятлар
Оғиз бүйлигида оғриқлар, гиперестезия, овкат пайтида ушшикоятла йўқолмайди	Оғиз бүйлигида оғриқлар, гиперестезия, овкат пайтида ушбу шикоятлар йўқолади	Эмоционал ўзгаришлар (депрессия)
хос эмас	хос	

Вазиятли масалалар

1. 54 ёшли аёл тил ва лунж соҳаларида ачишиш ва металл таъмини сезиш шикоятлари билан шифокорга мурожаат қилди. Кўрикда: ОБШҚ оч-пушти рангда, хар хил металллар – олтин, пўлат ва титандан кўприксимон протезлари бор, сўлак кам ажралади, ютиниш кийин кечади. Оғизда оғрик ва ачишиш сезгилари мавжуд, овқат еганда бу шикоятлар бўлмайди. Доимо ўзини тилини ойнада томоша қилади.

1) Дастлабки ташхис қўйинг.

2) Сизнинг тактикангиз

2. Бемор, 58 ёшли аёл, икки томонлама ширин, нордан, шўр ва аччиқ таъсирларга, таъм билиши бузилишига шикоят қилади. Объектив ҳолат: беморнинг тери ранги меъёрда, тилни шиллик кавати эпителийси кўп жойларда кўчган. Беморда ошқозон яраси борлиги аниқланди.

1) Дастлабки ташхис қўйинг.

2) Сизнинг тактикангиз

3. Бемор лаби, тили ва лунжни шиллик кавати куришига, сўзлашда ва айникса, овқат еганда кийналишига шикоят қилади. Оғзидан ноҳуш хид келади. Объектив кўрикда: беморнинг ҳолати ўрта оғир, ОБШҚда, лабда, тилнинг ён томонларида ва лунж шиллик кавати курук, ялтироклиги йўқолган. Сўлак кам, тиш тоши ва карашлари кўп миқдорда. Анамнездан нур терапияни қабул қилгани аниқланди.

1) Дастлабки ташхис қўйинг.

2) Сизнинг тактикангиз

4. Бемор сўлаги кўплигига, ютиши секинлашганига шикоят қилади. Анамнезда беморда бошидан кечирган касалликлардан инсульт касаллиги мавжуд. Объектив ҳолатда: ОБШҚ оч-пушти рангда, патологик ўзгаришлар йўқ. Сўлакни миқдори кўп. Ютиниш реакцияси кийин кечади.

1) Дастлабки ташхис қўйинг.

2) Сизнинг тактикангиз

Тестлар

1. Глоссалгия –бу:

- А. тилнинг парестезияси
- Б. тилнинг шиши
- В. тилда ачишиш
- Г. тилнинг яллиғланиши
- Д. тилнинг ҳавфли ўсмалари

2. Глоссалгияда бемор шикояти:

- А. тилда ачишиш
- Б. тилнинг қонаши
- В. тилнинг қизариши
- Г. тилнинг яллиғланиши
- Д. тилдан йирингли ажралма ажралиши

3. Глоссалгия касаллиғи асосан қайси ёшдагиларда кўпроқ

учрайди:

- А. 40 ёшдан ошган аёлларда
- Б. 25 ёшдан ошган аёлларда
- В. балоғат ёшидагилар
- Г. ёш болалар
- Д. қариялар

4. Глоссалгиянинг келиб чиқиш сабаби:

- А. рухий изтироблар
- Б. стафилакокклар
- В. иссиқ иқлим шароити
- Г. нотўғри овқатланиш
- Д. кўп оксил истеъмол қилиш

5. Глоссалгияни патогенези:

- А. вегетатив асаб тизимининг ўзгаришлари
- Б. марказий асаб тизимининг ўзгаришлари
- В. уч шохли нервнинг зарарланиши
- Г. лейкоцитлар сонининг ошиши
- Д. экссудатнинг пайдо бўлиши

6. Глоссалгияда бемор шикояти:

- А. гапиргандан сўнг тилнинг чарчашига

- Б. тилнинг ачишишига
- В. тилдан йирингли ажралмага
- Г. тилнинг кизаришига
- Д. тилнинг яллиғланишига

7. Глоссалгиянинг клиникаси:

- А. тилнинг вақти-вақти билан ёки доимий ачишишига
- Б. тилнинг ўз-ўзидан қонашига
- В. тилнинг кизаришига
- Г. тилнинг яллиғланишига
- Д. тилдан йирингли ажралмага

8. Глоссалгиянинг давом этиш муддати:

- А. ойлар, йиллар давом этадиган узок муддат ичида безовта қилмасдан яна қайталаниши мумкин
- Б. ойлар, йиллар давом этадиган узок муддат ичида безовта қилиши
- В. ойлар, йиллар давом этадиган узок муддат ичида безовта қилмасдан бутунлай соғайиб кетиши
- Г. бир неча кун давом этадиган қиска муддат ичида безовта қилмасдан бутунлай соғайиб кетиши
- Д. бир хафта давом этадиган кейин безовта қилмасдан бутунлай соғайиб кетиши

9. Глоссалгияда объектив кўриқда кузатилади:

- А. гипосаливация
- Б. гиперсаливация
- В. тилнинг кизариши
- Г. тилдан йирингли ажралма ажралиши
- Д. тилнинг яллиғланиши

10. Глоссалгияда объектив кўриқда беморларнинг айримларида:

- А. тилнинг сўргичлари гипертрофияси
- Б. тилдан йирингли ажралма
- В. тилнинг кизариши
- Г. тилнинг яллиғланиши
- Д. тилнинг атрофияси

11. Госсалгияни даволашда биринчи навбатда қилинади:

- А. оғиз бўшлиғини санацияси
- Б. антибактериал даво
- В. антидиуретиклар бериш
- Г. физиотерапевтик даво
- Д. жаррохлик даво

12. Госсалгияда комплекс даво қилинади:

- А. невропатолог билан
- Б. гастроэнтролог билан
- В. жаррох-стоматолог билан
- Г. эндокринолог билан
- Д. инфекционист билан

13. Глоссалгия қайси касалликлар билан қиёсий ташхисланади:

- А. глоссит
- Б. невралгия
- В. таъм бузилиши
- Г. макроглоссия
- Д. тилнинг гемипарези

14. Глоссалгияда бемор шикоят:

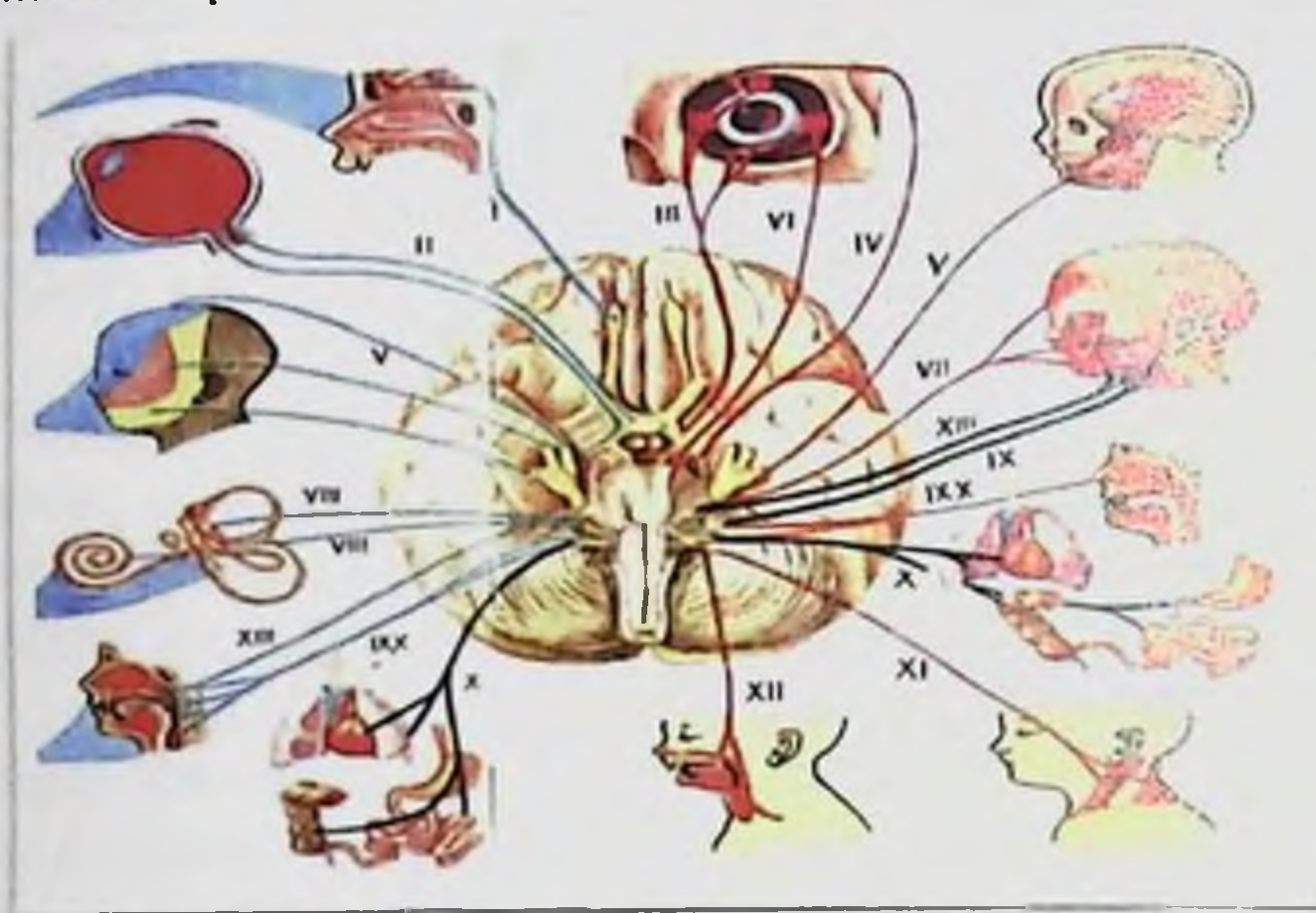
- А. тилда ачишиш
- Б. оғрик
- В. гапиргандан сўнг чарчашига
- Г. тилдан йирингли ажралма ажралиши
- Д. тилнинг қизариши

15. Глоссалгияни маҳаллий даволашда ишлатилади:

- А. оғиз бўшлиғи соғломлаштирилади
- Б. тишларнинг ўткир қирралари текисланади
- В. окклюзион баландлик тикланади
- Г. тўғри протез танлаш
- Д. тишларни оқартириш

Таъм бузилиши (dysgeusia).

Таъм бузилиши (dysgeusia) киеман, тўла ёки ўзгарган бўлиши мумкин. Таъм бузилиши (dysgeusia) оғиз шиллик каватини шикастланишида, авитаминозда, ошқозон-ичак касалликларида, периферик ёки марказий асаб тизими касалликларида, неврозларда, юз нервининг жарохатланишида ва коронавирусида пайдо бўлади.



Таъм пиёзчалари тилнинг шиллик каватида жойлашади.

Тилнинг шиллик кавати ўзгаришлари ҳисобига таъм билиш қобилияти бузилади ёки пасаяди. Бу ҳолларда тилнинг сўрғичларини тикланиши билан таъм билиш қобилияти ҳам тикланади.

Тилнинг олдинги икки қисмида таъм бузилиши периферик нервларнинг шикастланишидан далолат беради. Таъм толалари бошқа сезув толалари билан ёнма-ён жойлашади, шунинг учун тил нервлари шикастланишида барча сезув ва таъм билиш хусусиятлари бузилади. Тилни орқа учдан бир қисмида таъм билиш бузилса, бу тил-юткин нервини шикастланишидан далолат беради.

Марказий нерв системасининг органик бузилишларида кўпроқ икки томонлама, камроқ бир томонлама ўзгаради.

Даволаш. Касалик сабабини аниқлаб, стоматолог, невропатолог ва терапевт билан биргаликда даволаш тадбирлари олиб борилади.

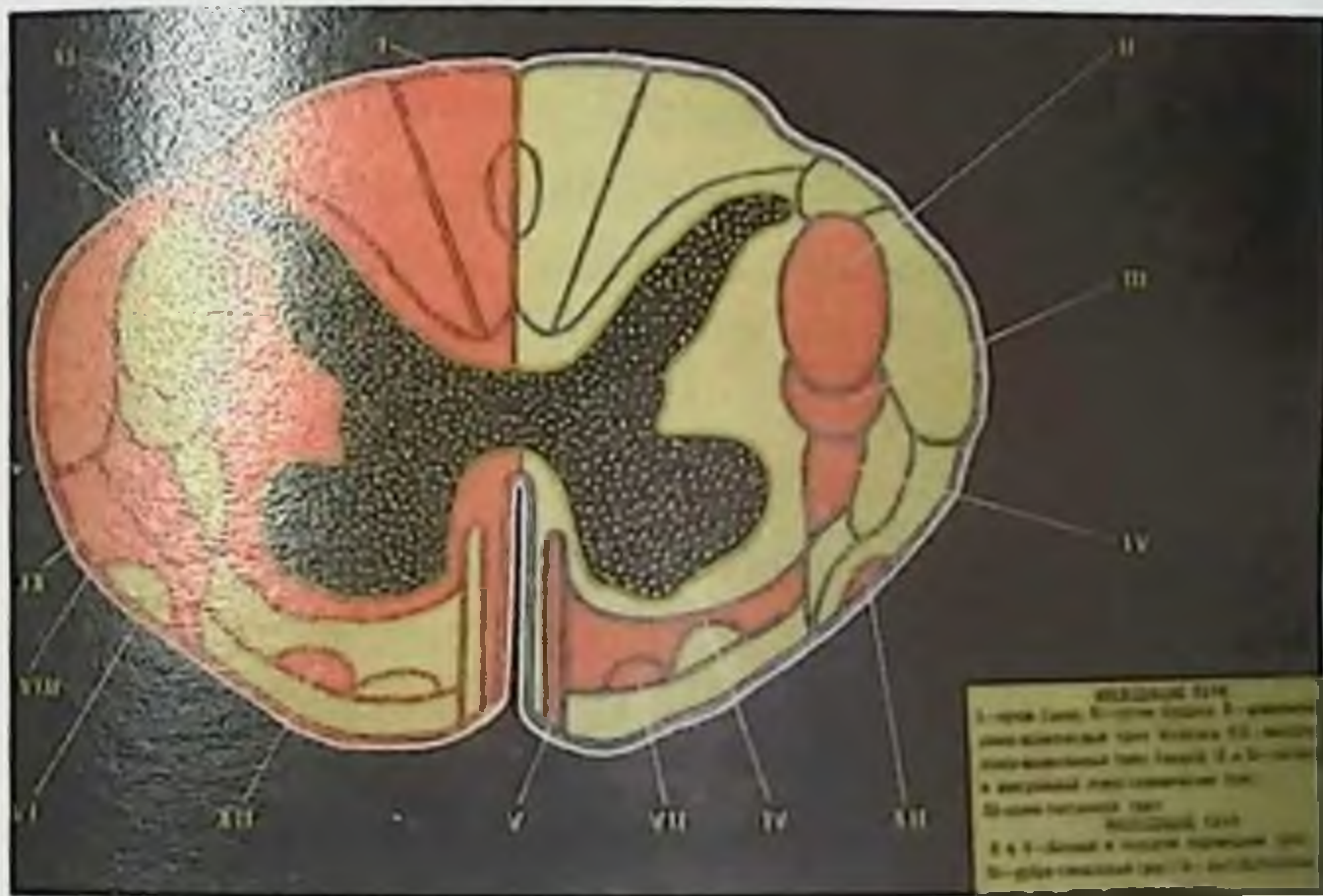
Сўлак ажралиши бузилиши

Сўлак ажралиши бузилиши икки тури тафовут қилинади:

- 1) гиперсаливация.
- 2) гипосаливация.

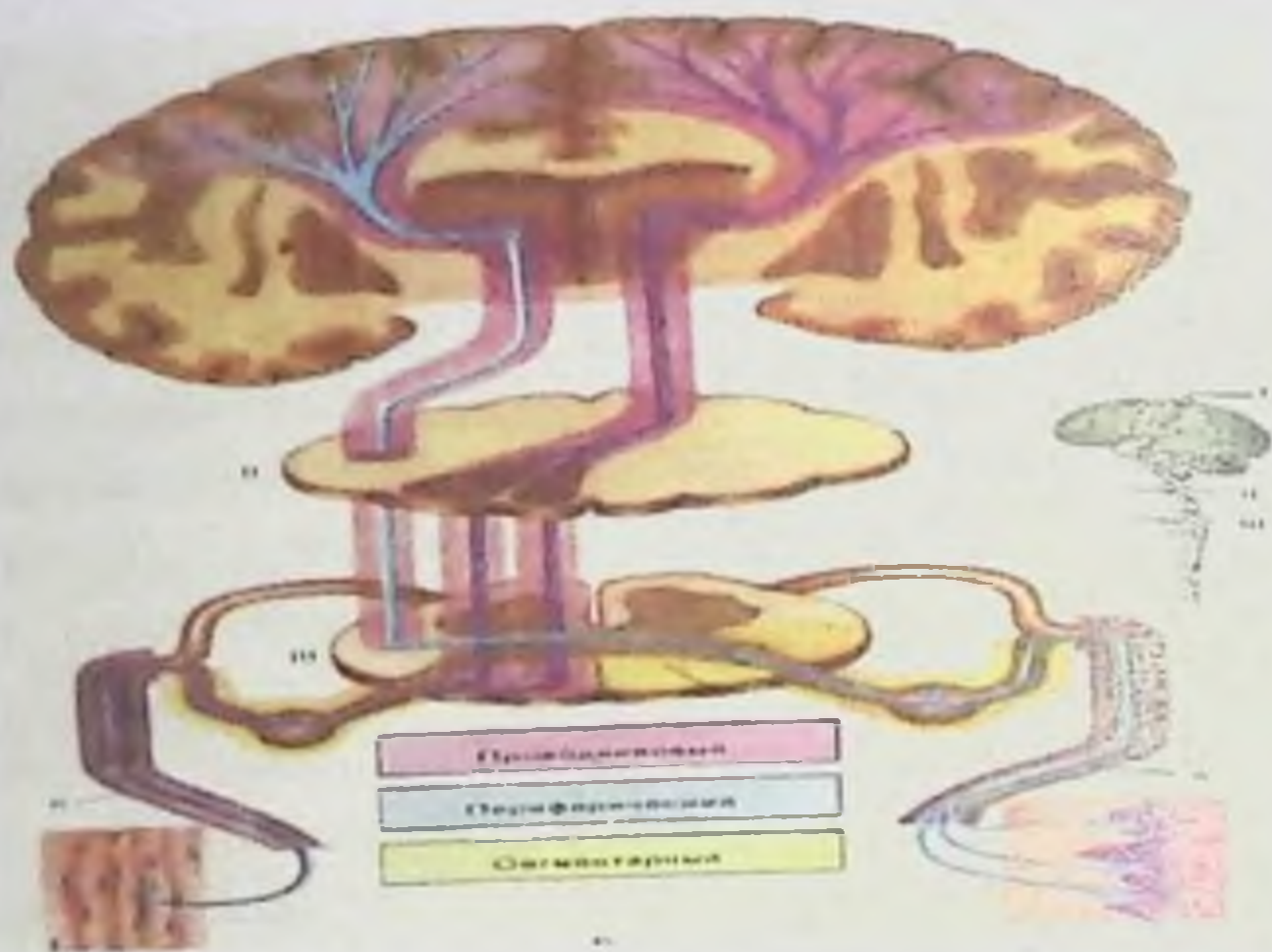
Гиперсаливация ҳолатини беморлар асли сезмайдилар, чунки оғиз бўшлиғининг шиллик қаватида ўзгаришлар бўлмайди.

Гиперсаливация келиб чиқишида кўпинча ўткир яллиғланиш жараёни асосий сабаби бўлиб, сўлак ажралишининг реффлектор кўпайишига олиб келади, бу организмни хар хил таъсирларидан химояланишидан далолат беради. Узок вақт давом этувчи гиперсаливация вегетатив марказларни органик зарарланишида-паркинсонизм, сохтабульбар фалаж, инсультдан сўнг кузатилади.



Баъзи ҳолатларда сохта гиперсаливация кузатилади, бунда беморлар кўпмиқдорда сўлак ажралишига шикоят қиладилар, лекин объектив текширувда ҳеч қандай ўзгаришлар кузатилмайди. Бундай манзара неврозда, ютиниш бузилганда ва марказий нерв системасидаги органик ўзгаришлар бўлганда кузатилади.

Даволаш. Оғиз бўшлиғида ўткир яллиғланиш жараёнида вужудга келган гиперсаливацияни даволашга хожат йўқ, чунки сўлакни кўп ажралиши организмнинг химоя функцияларидан бири бўлиб ҳисобланиди. Сўлак ажралишини вақтинча пасайишида атропин препаратларидан фойдаланиш мумкин.



Гипосаливация- беморлар оғзи қуришига, овқатланганда ва гаплашганда кийинчилик бўлишига, аччиқ, шўр ва қаттиқ овқат истеъмол қилганда оғрик пайдо бўлишига шикоят қиладилар.

Объектив ҳолатда: оғиз бўшлиғи шиллик кавати озгина хиралашган ва қурук, сўлак кам ёки йўқ, кўп тишларда карисс учрайди.

Гипосаливация коллагенозда, диабетда, нурланишда, А,В,Е витаминлар танқислигида, катта сўлак бези олиб ташлангандан кейин, икки томонлама сурункали тепкида, гипосидерозда (Пламмер-Винсон синдроми), Шегрен синдромида, кексаларда, гипотериозда, невротик ҳолатларда, климакс даврида, ботулизм, атропин истеъмол қилганда оғиз қуриш ҳолати кузатилиши мумкин.

Даволаш.

1. Сўлак ажралишни камайишига олиб келувчи сабабни бартараф қилиш керак.
2. Оғиз бўшлиғи санацияси.
3. А, В, С, Е витаминлар буюрилади.
4. Катта сўлак безларни гальванизация қилиш яхши натижа беради.

5.0.5-1% галантамин гидробромид тери остига, ичишга ёки электрофорез йўли билан симпатик восита сифатида буюрилади.

Маҳаллий даволашда яллиғланишга қарши ва оғиз бўшлиғи шиллик каватининг химоясини кучайтирувчи препаратлар (глицериндаги бура, лизоцим, шафтоли ва пиета мойлари) қўлланилади.

Тестлар

1. Гипосаливация сабаби бўлиши мумкин:

- А. гипертиреоз
- Б. иссиқ овқат истеъмол қилиш
- В. электроқоагуляция
- Г. носни қабул қилиш
- Д. кимё заводида ишлаш

2. Патологик трикус синдроми билан бирга кузатилади:

- А. саливациянинг сусайиши
- Б. саливациянинг кўпайиши
- В. таъм билиш сезгисининг сусайиши
- Г. таъм билиш сезгисининг кўпайиши
- Д. таъм билиш сезгисининг йўқолиши

3. Тилнинг эрқа қисмини ҳамда юмшоқ танглайда таъм билишни бузилиши қайси нерв бузилишидан далолат беради:

- А. тил-юткин нерви
- Б. юз нерви
- В. тил нерви
- Г. овоз боғламининг ўзгариши
- Д. мандибуляр нерви

4. Қайси касалликда беморларда нордон таъм билиш пайдо бўлади:

- А. гальванизм
- Б. периодонтитда
- В. стомалгияда
- Г. ваготонияда
- Д. неврозда

5. Гипосаливацияда яхши ёрдам беради:

- А. кулоқ олди сўлак безлари соҳасига гальванизация қилиш
- Б. дарсонвализация
- В. ультратовуш
- Г. УВЧ- терапия
- Д. электрофорез

6. Гипосидероз бу:

- А. Пламмер – Винсон синдроми
- Б. Шегрен синдроми
- В. гемоглобинни пасайиши
- Г. апластик анемия
- Д. қон йўқотишдан кейинги ҳолат

7. Таъм билиш пиёзчалари жойлашган:

- А. тилнинг шиллик қаватида
- Б. лунж шиллик қаватида
- В. тил ости соҳасида
- Г. жағ ости лимфа тугунларида
- Д. мушак қаватларида

8. Сохта гипосаливация бу:

- А. оғиз бўшлиғидаги суюқликнинг қуруқлашишнинг кучайиши
- Б. оғиз бўшлиғидан суюқликнинг оқиши
- В. сўлак бези хужайраларининг бузилиши
- Г. сўлак безининг секретор хужайралари шикастланиши
- Д. таъм билиш пиёзчаларини бузилиши

9. Гипосаливацияда 1% ли пилокарпин гидрохлорид эритмаси қўлланилади:

- А. кунига 4 томчидан 1 -2 маҳал
- Б. кунига 4 томчидан 3 -4 маҳал
- В. кунига 2 томчидан 3 маҳал
- Г. кунига 5 томчидан 2 маҳал
- Д. кунига 3 томчидан 2 -3 маҳал

10. Оғиз бўшлиғи факат кечкурун қуриши кузатилади:

- А. мушаклар сустлиги натижасида оғизни очик ҳолатида ухлашда
- Б. хомиладорликда
- В. ёмон ухлаганда
- Г. невроз ҳолатида
- Д. бурун тўсиғининг кийшайиши

11. Гипосаливациядан кейинги оғир ҳолат:

- А. ксеростомия
- Б. ваготомия
- В. симпатик нерв система тонусининг кучайиши
- Г. симпатик нерв система тонусининг сусайиши
- Д. некротик жараёнлар

12. Вақтинчалик сўлак ажралишининг камайишига сабабчи бўлади:

- А. атропин
- Б. галаскорбин
- В. аскорутин
- Г. пилокарпин
- Д. аналгин

13. Бир тёмонлама таъм билишни бузилиши қайси нерв зарарланишидан далолат беради:

- А. ноғора пардасини ўзгаришидан
- Б. тил нерви
- В. юз нерви
- Г. катакча нерви
- Д. юқори жағ нервида
- Е. коворға оралиғи нерви

14. Гипосаливацияни даволаш:

- А. оғиз бўшлиғи санацияси
- Б. протезлаш
- В. витаминотерапия
- Г. антибиотиклар
- Д. ферментлар
- Е. антисептиклар

15. Қайси касаллик таъм билишнинг пасайиши ёки бутунлай йўқолишига олиб келади:

- А. кўп шаклли экссудатив эритема
- Б. нурланиш
- В. Шегрен синдроми
- Г. Сеттон стоматити
- Д. Иценго-Кушинг касаллиги
- Е. коронавирус

Яхши сифатли ноакантолитик пўрсилдок субэпителнал пуфаклар пайдо бўлиши билан характерланади, бунда акантолитик хужайралар кўрилмайди, Никольский белгиси манфий. Касаллик оқибатлари қоникарли.

Сурункали ноакантолитик пўрсилдок:

- кўпинча карияларда
- сурункали кечади
- ОБШҚ, лабда таранг пуфаклар пайдо бўлади
- пуфак кизарган ёки ўзгармаган асосда ривожланади, узок вақт ёрилмайди

- пуфаклар ёрилиб, эрозиялар чандиксиз битади
- терида суюқлик сақлаган турли ўлчамли пуфаклар

Шиллик – синехиал буллёз атрофияловчи дерматит (кўз пўрсилдоғи)

- қоникарли кечади
- ОБШҚ ёки кўз шиллик қаватида намоён бўлади, чандикли битади,



Кўз пўрсилдоғи

- биринчи пуфаклар ОБШҚ да пайдо бўлади
- эрозиялар периферияси гадир будирсиз, катталашмайд қонамайди, кам оғрикисурункали ринит, эзофагит, жинсий органлар атрофияси ривожланади
- кўпинча 50 ёшдан ошган аёллар оғрийди.



Оғиз бўшлиғини яхши сифатли ноакантолитик пўрсилдоғи

- беморни умумий ҳолати ўзгармайди

- ОБШҚ да таранг, майда, тиник ёки геморрагик суюкликли пуфаклар

- пуфаклар ёрилиб, кам оғрикли, тез битувчи эрозиялар пайдо бўлади

-Никольский белгиси манфий

- эрозиялар чандиксиз, атрофиясиз битади

Чегарали фиксацияланган шакли ҳам ажратилади, бунда тошмалар хар гал бир жойда пайдо бўлади.

Тарқалган шаклида – пуфаклар ОБШҚ нинг хар хил соҳасида пайдо бўлади, баъзи бир вақтда бир неча ёнма – ён пуфаклар ҳосил бўлади, улар ўрнида катта юзали, кам оғрикли эрозиялар пайдо бўлади. Пуфаклар қизариб шишган асосда жойлашади, катталашмайди, секин битади.

Фақат милкда жойлашган шакли гингивит кўринишида бўлиб, милк қирғоғи гиперемияланган, шишган, қонайди, Никольский симптоми бу ҳолда мусбат бўлади, лекин акантолитик хўжайралар бўлмайди. Касаллик узок вақт давом этади.

Буллез пемфигонд (pemphigoidbullosa) кўпинча ёши 60 дан



ошган инсонларда учрайди. Бу касалликда тери, бурун, оғиз ва таносил аъзоларни шиллик қаватида ўзгариш бўлади. Деярли 10 % касаллик оғиз бўшлиғи шиллик қават зарарланишидан бошланади.

Клиник кўринишда бир нечта эпителий ости таранг пуфаклар эритематоз ёки ўзгармаган шиллик қаватда ва терида кузатилади. Пуфаклар диаметри 0,5-2 см бўлиб, чов бурмаларида, қориннинг пастки қисмида, қўлларнинг букулувчи юзаларида кузатилиши мумкин.

Буллез пемфигонд оғиз шиллик қаватини фақат 1/3 беморларда учрайди. Шишли ва гиперемияланган шиллик қаватда диаметри 5-20 мм бўлган, сероз ва геморрагик суюқлик сақловчи таранг пуфаклар пайдо бўлади.



Улар бир неча соат ёки кун сакланади, сўнг уларни ўрнида фибриноз қараш билан қопланган

эрозив юзалар кузатилади. Акантолитик пўрсилдоқдан фарқи ноакантолитик пўрсилдоқ 10-15 кундан сўнг чандиқ ва атрофиясиз битиб кетади, лекин яна бир канча вақтдан сўнг пайдо бўлиши мумкин. Ноакантолитик пўрсилдоқни энг кўп учрайдиган жойи бу қаттиқ ва юмшоқ танглайни чегараси, лунж.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги пуфаклар оғриксиз кечади, деярли беморни безовта қилмайди. Терида жойлашган пуфаклар юзага келганда беморни ачишиш, қичиш ва оғриқлар безовта қилади. Айрим пайтда патологик жараён милкда жойлашиши мумкин, бунда милк кирғоғини шиллик қавативестибюляр юзаси гиперемияланган, шишган, қонайди. Никольский симптоми кўпинча мусбат бўлади, лекин акантолитик хужайралар текширувда топилмайди.

Касалликни кечиши узок ва давомли, ремиссия даврлар билан алмашиб туради.

Вакт ўтган сари буллез пемфигоид ўз ўзидан йўқолиб кетиши ҳам мумкин.

Патогистологик ўзгаришлар эпителий ости пуфаклар борлигидан далилат беради.

Дерма ва шиллиқ қаватни хусусий пластинкасида шиш ва эозинофил гранулоцитлардан тузилган катта инфилтрат кузатилади.

Қиёсий таъхис.

Буллез пемфигоид қиёсланади:



- акантолитик пўрсилдоқдан;
- Дюринг герпетиформли дерматитидан;
- кўп шаклли экссудатив эритемаадан;
- буллез токсикодермиядан.

Буллез пемфигоид акантолитик пўрсилдоқдан кечишни клиник хусусиятлари билан (ёши катта инсонларда таранг қопқоқли катта ва майда пуфаклар ҳосил бўлиши) фаркланади. Яна битта фарқи шундаки буллез пемфигоид касаллигида ёрилган пуфаклар ўрнидаги эрозиялар тезда эпителизацияга учрайди.

Никольский симптоми манфий, суртма-босмада акантолитик хужайралар топилмайди.

Дюринг герпес шаклли дерматити

- 10% беморларда ОБШҚ зарарланади
- танглай ва лунжда жойлашади
- эпителий остида жойлашган, гурухланган, таранг, тиник суяюклик саклаган нухатдек пуфаклар
- пуфак атрофидаги шиллиқ қават қизариб шишган
- 3 - 4 кундан сўнг пуфаклар ёрилади, қизил эрозиялар пайдо бўлади ва улар бирлашиб кетади
- акантолиз аниқланмайди

- кам оғрикли бўлади
- Никольский белгиси манфий
- Оғиздаги эрозиялар 2 – 3 хафтагача бўлади
- чандиксиз битади
- йодга юкори сезгирлик бўлади

ДАВОЛАШ – пемфигондни ҳамма турларида пўрсилдок каби бўлади

- делагил 0,25 г кунига 2 махал
- гамма – глобулин
- поливитаминлар
- пресоцил
- допсон

Вазиятли масалаларнинг комплекси

Вазиятли масала №1

60 ёшли бемор ОБШҚ даги милк, лунж, танглайдаги пуфак ва эрозиялар борлигига шикоят килди. Эрозия бир оз оғрикли. Объектив: лунж ва танглай қаватида 0,5 – 0,5 смли биттали пуфакчалар бор. Яна фиброз караш билан қопланган алоҳида эрозиялар бор. Гиперемияланган терида ва шишган соҳада қалин копкоккли алоҳида пуфаклар бор.

Ташхис куйинг.

Даволаш режасини тузинг.

Вазиятли масала №2

Бемор оғзида пуфак эрозиялар борлиги туфайли мурожат килид. Объектив: танглай ҳалқум ва лунж шиллик қаватида хар хил калибрдаги, узида шаффоф сакланмаси бор. Қопкоги қалин, таранг пуфак кўринади. Бундан ташқари кириш ёрдамида олинадиган ок – кулрангдаги карашлар билан қопланган эрозиялар кўринади. Куз шиллик қаватида ҳам пуфаклар мавжуд. Терида тошмалар йўқ. Никольский синамаси манфий. Сурма – мухрда акантолитик хужайралар йўқ.

Ташхис куйинг.

Даволаш режасини тузинг.

Вазиятли масала №3

Бемор Д. 45 ёшда. Танглай соҳасида оғриклар билан шикоят қилади. Объектив: танглайда нухатдай катталиқдаги, ичи шаффоф суюқлик билан тўлган, қалин қопқоғи бўлган бир неча гурух эпителий ости пуфаклари кўринади. Тери ва бошқа шиллик қаватлар ўзгаришсиз.

Ташхис қуйинг.

Вазиятли масала №4

50 ёшли бемор поликлиникага Дюринг герпетик дерматити билан мурожат қилди.

Даво режасини тузинг.

Вазиятли масала №5

Бемор «кўз пўрсилдоғи» ташхиси билан мурожат қилди. Текширув режасини тузинг.

Тестлар

1. Пемфигонд тегишли:

- А. дерматозларга
- Б. рак олди касалликларига
- В. авитаминозларга
- Г. инфекцион касалликларга
- Д. қон касалликларига

2. Пемфигонд учун характерли:

- А. Никольский синамаси манфий
- Б. «олма желе»си симптоми
- В. мусбат пуфакли синама
- Г. мусбат зондли синама
- Д. мусбат серологик реакциялар

3. Пўрсилдоқда бирламчи морфологик элемент:

- А. эпителий ости пуфак
- Б. афта
- В. папула
- Г. бляшка
- Д. эпителий ичра пуфак

4. Пемфигондда босма-суртмада бўлмайди:

- А. Тцанк хужайралари
- Б. Т – лимфоцитлар
- В. В – лимфоцитлар
- Г. лейкоцитлар
- Д. фибробластлар

5. Пемфигондда прогноз:

- А. яхши
- Б. ёмон
- В. аниқ эмас
- Г. тўлик тузалиш
- Д. саратонга ўтиш

6. Пемфигонд кўпроқ учрайди:

- А. карияларда
- Б. 1 ёшгача бўлган болаларда
- В. 13 – 17 ёшли ўсмирларда
- Г. 25 – 40 ёшлиларда
- Д. мактабгача бўлган болаларда

7. Пемфигондни даволашда ишлатилмайди:

- А. тетрациклин
- Б. гамма – глобулинлар
- В. поливитамиинлар
- Г. пресоцил
- Д. дансон

8. Дюрингнинг герпетик дерматити локализацияланади:

- А. танглай ва лунжда
- Б. тил ости соҳада
- В. лабнинг қизил ҳошиясида
- Г. милкда
- Д. бодомсимон безларда

9. Дюрингнинг герпетик дерматитида пуфаклар қачон ёрилади:

- А. 3-4 кунда
- Б. 1-3 кунда
- В. 2-5 кунда
- Г. 6-7 кунда
- Д. 5-8 кунда

10. Дюрингнинг герпетик дерматитига хос:

- А. йодга юқори сезгирлик
- Б. спиртга юқори сезувчанлик
- В. акантолитик хўжайралар аниқланади
- Г. кучли оғриқлар
- Д. чандиқсиз битади

11. Пемфигонд этиологияси:

- А. номаълум
- Б. бактериал
- В. вирусли
- Г. механик жароҳат
- Д. полиэтиологик

12. Кўз пўрсилдоғига хос:

- А. биринчи пуфаклар оғиз бўшлиғида пайдо бўлади
- Б. биринчи пуфаклар кўзда бўлади
- В. чандиқсиз битади
- Г. фақат кўзда учрайди
- Д. кўпинча ёшларда учрайди

13. Дюрингнинг герпетик дерматитига характерли:

- А. пуфак атрофидаги шиллик қават қизариб шишган
- Б. акантолиз аниқланади
- В. кучли оғрикли бўлади
- Г. чандиқсиз битади
- Д. сурункали кечади

14. Дюринг дерматити учун хос:

- А. акантолитик хужайралар йўқ
- Б. Никольский симптоми манфий
- В. кам оғрикли

- Г. оғрикли
- Д. фақат конъюктивада учрайди
- Е. Никольский симптоми мусбат

15. Дюрингнинг герпетик дерматити учун характерли:

- А. оғиздаги эрозиялар 2 – 3 ҳафтагача бўлади
- Б. эрозиялар чандиксиз битади
- В. йодга сезувчан
- Г. спиртга сезувчан
- Д. акантолитик хўжайралар
- Е. эрозиялар чандикли битади

16. Оғиз бўшлигини яхши сифатли эоакантолитик пўрсилдоғи кечиш хусусиятлари:

- А. ОБШҚ да таранг, майда, тиник ёки геморрагик суюклик тўтувчи пуфаклар
- Б. пуфаклар ёрилиб, кам оғрикли, тез битувчи эрозиялар пайдо бўлади
- В. Никольский синамаси манфий
- Г. танглай ва лунжда жойлашади
- Д. тиник суюклик тутувчи эпителий ости пуфаклар
- Е. пуфак атрофидаги шиллик қават кизариб шишган

17. Шиллик – синехиал буллёз атрофияловчи дерматит (кўз пўрсилдоғи) кечиш хусусиятлари:

- А. сифатли кечади
- Б. биринчи пуфаклар оғиз бўшлиғида пайдо бўлади
- В. конамайди, кам оғрикли
- Г. конайди
- Д. кўпроқ катта ешлиларда учрайди
- Е. сурункали кечади

18. Ноакантолитик пемфигоидга кирди:

- А. яхши сифатли
- Б. кўз пўрсилдоғи
- В. Дюринг дерматити
- Г. вульгар пемфигоид
- Д. ярали-некротик гингивостоматит
- Е. Капоши саркомаси

19. Дюрингнинг герпетик дерматитини даволаш:

- А. кортикостероид
- Б. антибиотиклар
- В. поливитаминлар
- Г. антивируслар
- Д. жаррохлик
- Е. ортопедик

20. Оғиз бўшлиғини яхши сифатли ноакантолитик пўрсилдоғи кечмиш хусусиятлари:

- А. беморни умумий ҳолати ўзгармайди
- Б. ОБШҚ да таранг, майда, тиник ёки геморрагик суюқлик тутувчи пуфаклар
- В. атрофия, чандиксизсиз битади
- Г. беморни умумий ҳолати ёмонлашади
- Д. ОБШҚда пуфаклар бўлмайди
- Е. атрофия билан битади

Қандли диабетда организмни углеводли алмашуви бузилади. Қонда канд миқдори ошиб кетади, сийдикда ҳам аниқланади. Қандли диабетдаги белги – оғиз қуриши ва чанқашдир. ОБШҚ кўздан кечирилганда у қурукроқ, қизарган, катарал стоматит юз бериб, ОБШҚ тез жароҳатланади. Умумий организмнинг иммунитетини пасайиши ОБШҚнинг ташқи салбий таъсирларга нисбатан қураша олмаслиғи ва модда алмашинувидаги оксидланиш жараёни охирига етмагани сабабли оғиз бўшлиғи муҳити ўзгаради – нордон муҳит устун келишида замбуруғ касаллиғи ривожланади. Тил, лунж, танглай шиллик қавати чириган сут қуйқасига ўхшаш оқ рангли қараш ҳосил бўлади. Шиллик қават гиперемияси кузатилади. Булар оқ рангли замбуруғларнинг патологик кўпайиши натижасида ҳосил бўлади, шиллик қаватда ачишиш, игна санчигандек оғриқ сезилади, айни пайтда тери қичишиши ҳам мумкин. Таъм сезиш бузилади. Қандли диабет оғир даражада ва узок вақт давом этган бўлса, ОБШҚда узок битмайдиган яралар ҳам бўлиши мумкин.

Қандли диабетни келиб чиқишида турли омиллар сабаб бўлади: физик шикастланишлар, оғир асаб кечирмалар, сиқилишлар, инфекцияон касалликлар, яллиғланиш билан кечадиган жарасенлар,

захарланиш, нораціонал овқатланиш, айниқса углеводли овқатларни кўп истеъмол қилиш.

Қандли диабет организмда инсулин етишсмовчилигида юзага келади:

а) ошқозон ости беzi касалликларида инсулинни кам ишлаб чиқарилишда, б) гипофиз, буйрак усти беzi касалликларида инсулинга бўлган муҳтожлик ошишида, в) инсулинни жигар ферменти-инсулиназа тез парчаланишида.

Қандли диабет оилавий касаллик бўлиб, бир нечта авлодларда кузатилиши мумкин. Шу сабабдан бундай оила аъзолари яширин диабетга текширишлардан ўтишлари шарт. Айниқса қандли диабет билан касалланган ҳомиладор аёлларга эътибор бериш керак.

Вақтида даволаш ўтказилмаса, турли асоратлар келиб чиқиши мумкин (кон томир, юрак, мия, буйрак каби аъзоларини ўзгаришлари, кўриш қобилияти пасайиши, диабетик полиневрит, невралгия, ўт пуфаги яллиғланиши, холецисто-гепатит).

Қандли диабетда турли муаллифлар маълумотларига кўра, 10—40,7% беморларда катарал гингивит ривожланади. Гингивитни геморрагик шакли даволанмаган қандли диабетда кузатилади. Беморнинг тилида шиш ва гиперемия аниқланади. Т. Т. Школяр илмий изланишлари натижасида қандли диабет билан касалланган беморларнинг 2/3 қисмида диффуз катарал стоматит, оғиз бўшлиғини шиллик қавати гиперемияси ва гипосаливацияни кузатган. Қандли диабетни характерли хусусияти шундаки, оғиз бўшлиғини шиллик қаватини яллиғланиш даражаси қандли диабетнинг оғирлик даражасига, унинг кечиши ва беморнинг ёшига тўғридан-тўғри боғлиқ бўлади.

Иценко-Кушинга касаллигида асосан ёғ алмашинуви ва бунинг натижасида бошқа моддалар алмашинуви бузилишидир. ОБШҚ ўзгаришларидан: глоссит, тилнинг устки қисмини мугузланиши, замбуруғ касаллигида лабнинг ички юзаси ва лунжнинг шиллик қавати оқиш-қўнғир рангга кириши кузатилади.

Тиреотоксикоз симптомида оғиз бўшлиғида вегето-невротик бузилишлар юзага келади: оғиз бўшлиғи шиллик қаватини ачиши, таъм бузилиши, лунжни тишларни жипслашиш жойида шиллик қаватни хиралашиши кузатилади. Тилни ипсимон сўргичлари текисланган. Эпителийни десквамация ўчоқлари нафақат тилни устида, балки унинг ён ва пастки юзаларида, лунжларда ва оғиз

бўшлиғини дахлиз қисмида кузатилиши мумкин. Десквамация ўчоғини шакли овал ёки юмалок, чети оқиш гардишли, ўлчови 0,1 дан 1 см гача. Лабларни кизил хошияси курук, катқалоклар мавжуд, уларни олгандан сўнг гиперемияланган юза очилади, шилинишлар кузатилиши мумкин.

Тиреотоксикоздаги дескваматив ўчоқларнинг қиёсий ташхиси кизил ясси темираткининг экссудатив-гиперемик шакли билан, папулез сифилис билан ўтказилади.

Акромегалия–соматотроп гормони кўп ажралиши ҳисобига рўй беради. Аъзолар, шу қаторда жағ суяклари, тил ва лаб катталашади. ОБШҚ қалнинлашади. Сўлак безларининг чиқариш йўллари катталашиб, бўртиб чиқади.

Аддисон касаллиги буйрак усти бези ишлаб чиқарадиган кортикотропик маҳсулотининг камайиши. Касалликнинг оғиз бўшлиғидаги белгиси– милк, лунж, танглай ва тил шиллик қаватида жигарранг, кўкимтир-қизил ранг пайдо бўлиши.

Вазиятли масалалар ва тестлар комплекси

Вазиятли масала №1

Бемор В, 40 ёшда, шикояти милк кўринишига, тил ва лаб катталашинишига. Объектив: Оғиз бўшлиғида множественный кариес асосан буйин қисмида, милк шиллик қавати ялтирок, шишган, усган, яллиғланиш белгиларисиз. ОБШҚ оқиш, пастозная. Тил зичлашган, утолщен, лаб катталашган, пастозные, пальпацияда оғриқсиз. Бемор холсиз, голос сиплый. Анамнездан калқонсимон без фаолияти ўзгариш борлиги аниқланди.

1. Дастлабки ташхиз куйинг. Жавоб: Тиреотоксикоз.

2. Сизнинг тактикангиз. Жавоб: Беморни эндокринолога юбориш.

Вазиятли масала №2

52 ёшли бемор қандли диабетнинг декомпенсирланган шакли билан ширин, шур, нордон таъсирларга таъми ўзгарганига шикоят қилади.

Объектив кўрикда қандли диабетда пародонтнинг катарал яллиғланиши кузатилади, милк сўрғичлари шишган, патологик чўнтақлар 5 мм дан ортик, грануляцион тўқима ва альвеоляр суяк тўқимасини деструкцияси кузатилади, тез-тез абсцессланади.

1. Кандли диабетда ОБШК қайси касаллиги кўпроқ учрайди.
Жавоб: кандидоз.

2. Стоматолог тактикаси. Жавоб: Кандли диабетда беморлар Оғиз бўшлиғини санация қилиб туришлари ва диспансер ҳисобда врач-стоматологда туришлари керак.

Вазиятли масала №3

63 ёшли бемор тез чарчашига ва асаблашишига, хотира пасайишига, уйқуси бузилишига ва меҳнат қобилияти пасайишига шикоят қилади. Қўллари титрайди.

Юрак уруши тез, харсиллайди, кўп терлайди, субфебрил температура, иштахаси баланд, ич кетиши, чанқов, озиб кетиши, экзофтальм кузатилади.

Ташки кўришда калқонсимон безлар катталашган, пальпацияда зич, ҳаракатчан, томирлар пульсацияси кузатилади.

1. Дастлабки ташхис куйинг.

Жавоб: Тиреотоксикоз

2. Беморда ошқозон-ичак тракти томонидан қандай ўзгаришлар кузатилади.

Жавоб: Ўзгаришлар асосан ич кетиш, қусиш, корин оғриқлари кузатилиши мумкин.

Вазиятли масала №4

37 ёшли бемор тишларини кимирлашига, оғиздан ноҳуш хид келишига ва милкларидан йиринг оқишига шикоят қилади. Кандли диабетни оғир шакли билан касалланган.

1. Асосий текшириш усуллари утказинг

а. патологик чўнтак чуқурлигини аниқлаш *

б. тишларни кимирлашини аниқлаш *

в. ЭКГ

г. флюорография

2. Қўшимча текширув усуллари утказинг.

а. панорам рентген сурат *

б. йиринг борлигини аниқлаш *

в. индексларни аниқлаш *

г. беморни сўраб суриштириш

3. Ташхис кўйинг
- а. ярали гингивит
 - б. пародонтоз
 - в. пародонтит ўрта оғир даражали*
 - г. милklar фиброматози

4. диспансеризацияга келиш муддатлари.
- а. йилда 1
 - б. 3 ойда 1 марта
 - в. 6 ойда 1 марта *

Тестлар

1. Иценко–Кушинга касаллигида буйрак усти безларининг гипофунксияси натижасида А. ривожланади;

- Б. жағ суяклари остеопорози*
- В. терида петехиялар
- Г. қонда гемоглобин камайиши
- Д. оғиз қуриши
- Е. оғиз бўшлиғида абсцесслар

2. Гипотериоз микседема учун хос белги:

- А. таъм билишни бузилиши*
- Б. кандидоз
- В. макрохейлит
- Г. оғиз бўшлиғи куйиши
- Д. оғиз бўшлиғи шиллик қаватида абсцесслар

3. Аддисон касаллиги сурункали буйрак усти безлари фаолияти етишмаслигида кузатилади:

- А. терининг очик қисmlарини пигментацияси*
- Б. терида ўзгаришлар кузатилмайди
- В. оғиз бўшлиғида ўзгаришлар йўқ
- Г. кандидоз
- Д. гиперсаливация

4. Эндокрин касаллигида оғиз бўшлиғи шиллик қаватини даволаш:

- А. оғиз бўшлиғини санацияси*

- Б. пархез
- В. криохирургия
- Г. витамин В5 аппликацияси
- Д. кератолитик кўллаш

5. Қандли диабет фонндаги кандидозда оғиз бўшлигидаги ўзгаришлар:

- А. оғиз бўшлиғи шиллик каватини қуриши*
- Б. оғиз бўшлиғи шиллик кавати қуйиши
- В. оғиз бўшлиғи шиллик каватида оғрик
- Г. оғиз бўшлиғи шиллик каватида ўзгаришлар қузатилмайди
- Д. гипертония

6. Молочница (кандидоз) қимларда кўпроқ учрайди:

- А. чакалоқларда*
- Б. анемияда
- В. гипертоникларда
- Г. уй бекаларида
- Д. гипотоникларда

7. Иценго–Кушинга касаллигида кандидоз таққосланади:

- А. ОИВ инфекцияси билан*
- Б. тил нервини неврити билан
- В. қизил ясси темирлатки билан
- Г. аллергия билан
- Д. кўп шаклли экссудатив эритема билан

8. Қандли диабетда кандидоз таққосланади:

- А. лейкоплакия билан*
- Б. аллергия билан
- В. химик травмалар билан
- Г. қаттиқ шанкр билан
- Д. гуммоз захм билан

9. Иценко-Кушинго касаллигида бемор шикаюти:

- А. оғиз бўшлиғи шиллик кавати шиши*
- Б. тишлар чиқиши кечикқан
- В. ковоклар шиши
- Г. тана вазнини ошиши
- Д. шикают йўқ

10. Қандли диабетда бемор шикояти:

- А. нордон овкат еганда оғзи ачишишига*
- Б. оғиз бўшлиғи шиллик қаватини куйишига
- В. бош оғриғига
- Г. оғрикениз
- Д. шикоят йўқ

11. Қандли диабет фондаги кандидозда маҳаллий даволашда қўлланилади:

- А. леворин *
- Б. аспирин
- В. нафтизин
- Г. аналгин
- Д. санорин

12. Қандли диабетда қонда қанд миқдори юкори бўлганда тил юзасида кўзатилади:

- А. тил юзасида ёриклар *
- Б. тил юзаси куйиши
- В. тилда кулранг ҳошия
- Г. тилда ипсимон сўрғичларнинг чуқур десквацияси
- Д. нурланиш

13. Иценко-Кушинга касаллигида буйрак усти безларининг гипофункцияси натижасида ривожланади:

- А. жағ суяқларини остеопорози*
- Б. оғиз бўшлиғини шиллик қаватини шиши*
- В. макрохейлит*
- Г. терида петехиялар
- Д. оғиз қуриши
- Е. қонда гемоглобин камайиши

14. Микседема учун хос белги:

- А. таъм билишни бузулиши*
- Б. бўйин соҳасида гуллаган кариес*
- В. дахан соҳасининг кичиклиги*
- Г. кандидоз
- Д. макрохейлит
- Е. оғиз бўшлиғини шиллик қаватини куйиши

15. Аддисон касаллигида сурункали буйрак усти безларининг фаолияти етншмаслигида кузатилади:

- А. терининг очик киемлари пигментацияси*
- Б. тери бронза тусга киради*
- В. оғиз бўшлиғини шиллик қавати кизил кўкиш рангда*
- Г. терида ўзгариш кузатилмайди
- Д. оғиз бўшлиғида ўзгариш йўқ
- Е. кандидоз

16. Эндокрин касаллигида стоматолог тактикаси:

- А. оғиз бўшлиғини шиллик қаватини санацияси*
- Б. оғиз бўшлиғи гигиенасини ўргатиш*
- В. пархез буюриш*
- Г. кератоликлар кўллаш
- Д. ишдан четлаштириш
- Е. витамин В5-апликацияси

17. Қандли диабет кандидозида оғиз бўшлиғини шиллик қаватини ўзгаришлари:

- А. оғиз бўшлиғини қуриши*
- Б. оғиз бўшлиғини шиллик қаватида оқиш қараш*
- В. оғиз бўшлиғи шиллик қаватида қараш олингандан сўнг эрозия кузатилади*
- Г. оғиз бўшлиғини шиллик қаватини куйиши
- Д. пуфаклар
- Е. ўзгаришлар кузатилмайди

18. Қандли диабет кандидози кимларда учрайди:

- А. чақалокларда*
- Б. кекса ёшдагиларда*
- В. назоратсиз антибиотикларни қабул қилганларда *
- Г. анемияда
- Д. гипертоникларда
- Е. ўй бекаларида

19. Иценко-Кушинга касаллигидаги кандидоз такқосланади:

- А. ОИВ инфекция билан*
- Б. кизил ясси темирлатки билан*
- В. лейкоплакия билан*

- Г. тил нерви неврити билан
- Д. аллергия билан
- Е. глоссалгия билан

20. Қандли диабетда кандидоз таққосланади:

- А. лейкоплакия билан*
- Б. глоссит билан*
- В. кизил ясси темирлатки билан *
- Г. аллергия билан
- Д. кимевий травмалар билан
- Е. каттиқ шанкр билан

ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН СТОМАТИТЛАР

Дори воситаларни токсик таъсиридан, касбий заҳарланишдан оғиз бўшлиғининг шиллик қавати жароҳатланади. Дорилар меъёрий ҳолатда кам заҳарли бўлиб ҳисобланади, лекин уларни меъёридан ортиқ ишлатиш заҳарланишга олиб келади.

Дориларни заҳарли таъсири билан дориларга нисбатан кўзгатиловчи аллергик реакцияни ажратиш олиш керак, чунки уларни патологик ўзгариш механизми, ривожланиши, прогнози, даволаши ўзгачадир.

Дорилардан заҳарланишда ҳар бир дори учун алоҳида клиник синдромлардан иборат. Дориларни организм учун қанчалик заҳарли бўлиши уларни концентрациясига, антитаначалар ишлаб чиқаришига, организмнинг ажратув вазифаларини бузилишига боғлиқ бўлади. Даволашда антидотлардан фойдаланилади.

Дориларга нисбатан аллергия мавжудлигида ҳамма дориларга носпецифик клиник симптомлар хос бўлади. Бунда клиник манзараси дорини дозасига боғлиқ бўлмайди.

Организмда антитанача ишлаб чиқилади, улар антиген-антитанача реакциясида иштирок этади. Аллергик синама мусбат бўлади. Келиб чиқиши, аллергик ҳолатнинг олдин кузатилганлиги, овқатга ва уй-жиҳозларга бўлган сезгирлик ошганлиги аниқланади.

Даволашда аллергияга қарши – антигистамин препаратлари берилади.

Стоматологияда дориларни токсик таъсири симоб препаратлари ва висмутни ишлатгандан сўнг аниқланди. Организмнинг клиник умумий ўзгаришлари (нерв тизими, ошқозон-ичак йўли бузилишлари) ва оғиз бўшлиғини шиллик каватининг ўзгариши (гингивит, стоматит) кузатилади. Маҳаллий реакцияни оғирлигига қараб, жараён шиллик каватнинг ранги ўзгаришидан то яралли-некротик ўзгаришларгача боради.

Захмдаги МНСнинг носифилитик шикастланишини даволашда висмут препаратлари (бийохинол, бисмоверол) қўлланилади ва бунда оғиз бўшлиғи шиллик каватида ўзгаришлар пайдо бўлади. Бунда кўпроқ милкда кулранг-қорамтир висмутли хошия аниқланади ва сўлак билан бирга висмут сульфиди ажралиб чиқади. Тил, лунж шиллик каватида ҳам ўзгаришлар бўлади.

Хошияни келиб чиқиши сабаби бўлиб карисели тишлар, тишлардаги қараш ва тошлар бўлиши мумкин. Оғриклар фақат шиллик каватнинг бутунлиги бузилганлигида, оғир захарланишда эрозив-яралли жараён ривожланганда бўлади. Бу ўзгаришлар оғиздан бадбўй хид келиши билан кечади.

Кўрғошин билан захарланишда ҳам оғиз бўшлиғида шундай ўзгаришлар бўлади. Бундай ўзгариш тоғда ишлайдиган кўрғошин рудасини этиштирувчиларда, босмахона йиғувчиларда учрайди. Патологик ўзгаришлар кўриниши кўрғошин билан мулоқотда бўлиш давомийлигига ҳамда организмнинг мойиллигига боғлиқдир.

Кўрғошин қон томир деворида чўкиб, тўқималарнинг қон билан таъминланиши бузиб, асептик некроз чакиради. Қасалликнинг снгил шаклида фақатгина кулранг хошия, қам қолларда доғ ҳосил бўлади, лекин иккиламчи инфекция қўшилганда некроз ўчоғи қир-кулранг кўринишга ўтади.

Шиллик каватдаги ўзгаришлар билан бирга терида ўзига хос реакциялар ҳам бўлади, яъни эритематоз ёки буллез тошмалар бўлиши мумкин. Бундан ташқари сатурнизмда анемия, периферик невроз, фалаж, «кўрғошинли» хуружли оғрик пайдо бўлади. Висмут билан захарланишда буйракда асоратлар бўлади, яъни нефропатия кузатилади. Даволаш учун антидотлар (унитиол, сукцимер ва бошқалар), К₁ эритмалари, С ва В₁ витаминлари ишлатилади.

Маҳаллий тиш қарашлари олинади, милкдаги некрозланган ўчоклар тозаланади, протсолитик ферментлар ва кератопластик препаратлар қўлланилади. Профилактика учун оғиз бўшлиғини

санация қилиш, оғизни 1% сирка кислота эритмаси билан чайиш, кўргошнинг чангини эритиб ташловчилар билан, кислород ва витаминларга тўйинган эритмалар билан чайилади.

Симоб маҳаллий қўлланилганда захарланиш унинг резорбтив таъсирдан келиб чиқади. Симобни оксил билан боғланишини альбуминлар таъминлайди ва у NaCl таъсирида эрийди ва симобни шу тўқимага киришини таъминлайди. Симоб препаратларини бактериоцид ва бактеростатик таъсири микроб хужайрасидаги сульфгидрил гуруҳ ферментларини блокада қилиши ва бактерия оксилни денатурациясига боғлиқ.

Симобдан захарланиш касбий зарарланишлар, яъни симоб ишлаб чиқувчи ишчиларда симоб чангидан ошқозон-ичак йўли орқали ва чанг билан нафас олишдан келиб чиқади.

Бунда интоксикация белгилари: таъсирчанлик, хотиранинг пасайиши, меҳнат қобилиятининг пасайиши бўлади. Оғиз бўшлиғида милклар қирраси бўйлаб симоб сульфиди ҳосил бўлишидан кера рангдаги ҳошия ҳосил бўлади. Милклар қонайди, ярали-некротик ўзгаришлар ривожланиб, улар бошка соҳаларга тарқалиб, стоматитни келтириб чиқаради.

Бу ўзгаришлар оқибатида оғиз бўшлиғида металл таъми, сўлак безларга симобнинг салбий таъсири натижасида гиперсаливация кузатилади.

Даволаш симоб чангини йўқотишга қаратилган бўлиши керак. Бунинг учун ишқорли эритмаларни ичиш, тиосульфат натрийнинг эритмаси, унитнол инъекцияси ва поливитаминлар қўлланилади. Атропин гиперсаливацияга қарши ишлатилади. Маҳаллий антисептиклар ишлов қилинади, тиш карашларини олиш, яллиғланишга қарши препаратлар ва кератопластик моддаларни қўллаш яхши натижа беради.

Олтин препаратлари – капилляр захари бўлиб, юқори даражали захарловчи моддалар бўлиб ҳисобланади.

Кризанол ревматоидли артритда, қизил ясси темирлаткида ишлатилади.

Оғизда стоматит бўлиб, зич оқ рангдаги карашлар перламутрли бляшкалар ҳосил бўлади, бу эса қизил ясси темирлаткини клиникасини эслатади. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг жароҳатланишида ярали элементлар бўлмайди.

Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар буйрак шикастланиши фонид ва кондаги ўзгаришлар (апластик анемия, тромбоцитопеник пурпура) фонид ривожланади.

Даволаш учун унитиол, эркин сульфгидрил гуруҳини сакловчи препаратлар, кортикостерондлар ишлатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллик каватининг ўзгариши лейкоплакия тури бўйича кечади. Касбий касалликларда ишлаб чиқиш жойларида техник хавфсизликка риоя қилиш керак, чангланишни камайтириш учун иш жойлари тез-тез шамоллатиб турилиши керак. Ишчиларни махсус профилактик асбоблар ва моддалар билан таъминлаш керак. Бунинг учун нафас йўлини химоя қилувчи (респираторлар, противогазлар, докали боғламалар) мосламалардан фойдаланилади.

Зарарли моддалар билан ишловчилар стоматолог назорати остида бўлиши керак. Профилактика учун оғиз бўшлиғини санация қилиш, тиш карашларини олиш, тишни тўғри тозалашни тушунтириш, тишларни ўз вақтида даволашга ва протезлашга маслаҳат бериш лозим.

Профилактик кўрув касалликнинг бошланғич ўзгаришларини аниқлаб беради ва уларга қарши чора-тадбирлар ишлаб чиқишга ёрдам беради. Касаллик белгилари энг аввало оғиз бўшлиғи шиллик каватининг эпителийсида гиперкератози бўлган кишиларга аҳамият бериш зарур.

Дорилар билан организмнинг захарланишига тошларни тетрациклинли бўялиши киради. Бу ҳолат тетрациклинни кўпроқ ичган болаларда кузатилиб, эмалнинг сарик-жигарранга тусга кириши (тетрациклин чизиклари, эмални гипоплазияси) билан намоён бўлади.

Шундай ўзгаришлар она хомиладорлик вақтида тетрациклин ичганда болаларда тиш тўқимаси билан суяклар бўялиб қолади.

Дориларнинг тератоген таъсири оғир ўзгаришларга олиб келади. Лаб, танглай кемтиги ва бошқа туғма нуқсонлар ривожланади. Буларнинг келиб чиқиши хомиладор аёлнинг баъзи препаратлар (талидомид, кортикостероид) қабул қилишидан келиб чиқади. Тератоген фаоллиги бўйича дори препаратлари 2 хил бўлади:

1. Бевосита тератоген таъсирли (симобнинг кўшилиши, стрептомицин, тетрациклин).
2. Билвосита тератоген таъсирли (левомицетин ва бошқ.).

Ташхис	Маҳаллий даволаш усули	Умумий даволаш усули
Кўрғошни билан захарланиш	Маҳаллий тиш карашлари олинади, милкдаги некрозланган ўчоқлар тозаланади, протеолитик ферментлар ва кератопластик препаратлар қўлланилади. Профилактика учун оғиз бўшлиғини санация қилиш, оғизни 1% сирка кислота эритмаси билан чайиш, кўрғошни чағини эритиб ташловчилар билан, кислород ва витаминларга тўйинган эритмалар билан чайилади.	антидотлар (унитиол, сукцимер ва бошқалар), КJ эритмалари, С ва В1 витаминлари ишлатилади.
Симоб билан захарланиш	Антисептикли ишлов қилинади, тиш карашларини олиш, яллиғланишга қарши препаратлар ва кератопластик моддаларни қўллаш яхши натижа беради.	Даволаш симоб чағини йўқотишга қаратилган бўлиши керак. Бунинг учун ишқорли эритмаларни ичиш, тиосульфат натрийнинг эритмаси, унитиол инъекцияси ва поливитаминлар қўлланилади. Атропин гиперсаливацияга қарши ишлатилади.
Олтин препаратлари билан захарланиш		Унитиол, эркин сульфгидрил гуруҳини сақловчи препаратлар, кортикостеронлар ишлатилади.

2. Вазиятли масалаларнинг комплекси

Вазиятли масала №1

1.60 ёшдаги бемор лабнинг ранги ўзгарганига шикоят қилди. Ташқи кўринишида: пастки лабида оқниш рангдаги чегараси аниқ усти текис, пайпаслаганда тошма кузатилади. Оғиз бўшлиғи

соғломлаштирилган ва протез қўйишга мухтож. Анамнездан маълумки, бемор 10 йил мобайнида чекади лабидаги ўзгариш 3 йилдан бери давом этади А. Ташхис қуйинг:

- а) лейкоплакия *
- в) кандидоз
- с) кизил ясси темирлатки
- д) аллергик стоматит
- е) афтоз стоматит

Б. Қиёсий ташхис утказинг:

- а) кизил ясси темирлатки*
- в) кизил югирик
- с) иккиламчи захм
- д) кандидоз
- е) афтоз стоматит

В. Даволаш услублари:

- а) А витамини апликацияси *
- в) криодеструкция
- с) антибиотиклар
- д) кератопластика
- е) лазер нури

2. Хавфли веррукоз лейкоплакия ташхиси қайси хужайралар аниқлангандагина тасдиқланади.

- а) атипик *
- в) пирагов ланганс
- с) ядроли хужайра
- д) гигант хужайра
- е) ядросиз хужайралар

Вазиятли масала №2

60 ёшдаги бемор лабнинг ранги ўзгарганига шикоят қилади. Ташқи кўринишда: пастки лабда оқиш рангдаги чегараси аниқ, усти текис, паипаслаганда оғримайдиган тошма кузатилади. Оғиз бўшлиғи соғломлаштирилмаган ва протез қўйишга мухтож. Анамнездан маълумки, бемор 10 йил мобайнида чекади. Лабдаги ўзгариш 3 йилдан бери давом этади.

Морфологик элементни аниқланг:

- a) доғ *
- b) думбокча
- c) сўргич
- d) яра
- e) пуфак

Кўшимча текшириш усулини утказинг:

- a) люминисцент* b) бактериологик
- c) серологик
- d) иммунологик
- e) цитологик

Ташхис қўйинг:

- a) лейкоплакия *
- b) кандидоз
- c) брузилёз
- d) рак
- e) кератоз

Таккосий ташхис утказинг

- a) қизил ясси темиртки *
- b) СРАС
- c) Қаттик шанкр
- d) апилламатоз
- e) кандидоз

Даволаш:

- a) А витаминини аппликацияси *
- b) криодеструкция
- c) термодеструкция
- d) электрофорез
- e) кесиб олиб ташлаш

Вазиятли масала №3

37 ёшли эркак 16 йил мобайнида чекади. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватида оқини ҳосилалар пайдо бўлганига шикоят қилади.

Ўқув қўлланма

Кўрикда: Оғиз бурчаги соҳасида шиллик каватдан буртиб турган ок тошмалар аниқланди, пайпаслаганда зич, оғриксиз, атроф-тўқималар билан бирикмаган.

Қўшимча текшириш усулини утказинг:

- a) гистологик *
- b) каварик синамаси
- c) манту
- d) рентген
- e) флюорография

Патогистологик аниқланди:

- a) гиперкератоз *
- b) акантолиз
- c) мугўзланиш
- d) гиперемия
- e) шилликланиш

Ташхис куйинг:

- a) веррукоз лейкоплакия *
- b) ясси лейкоплакия
- c) тумток лейкоплакия
- d) кизил ясси темиртки
- e) кандидоз

Даволанг:

- a) вит. А аппликацияси *
- b) криодеструкция
- c) фитотерапия
- d) уринотерапия
- e) физиотерапия

Олдини олиш:

- a) чекишни ман килиш *
- b) Ўтқир ва кайнок овқатни истемол қилмаслик
- c) ичишни ман этиш
- d) пархез тутиш
- e) ёгли овқатни камроқ истемол қилиш

Вазиятли масала №4

Бемор 50 ёшда, Оғиз шиллик қавати кичишига, тортилишига ва нотекислпгига шикоят қилади.

Кўриқда: лунж шиллик қаватида ва тилни ён томонида чайнов тишлар рупарасида оқишрок сохалар борлиги аникланди, шиллик қаватдан кўтарилиб туриб, кишда дераза музлаганда ҳосил бўладиган гулларни эслатади. Тишларни ўткир кирралари бор.

Кўшимча усул утказинг:

- а) люминисцент *
- б) рентгенологик
- с) серологик
- д) иммунологик
- е) цитологик

Таккосий ташхис утказинг

- а) лейкоплакия *
- б) сурункали кайталовчи афтали стоматит
- с) Каттик шанкр
- д) Папилломатоз
- е) кандидоз

Ташхис куйинг

- а) қизил ясси темираткини оддий шакли *
- б) ўткир герпетик стоматит
- с) кандидоз
- д) брузилёз
- е) рак

Маҳаллий даволашда кўлланиладиган малҳам

- а) тиш кирраларини олиб ташлаш *
- б) хирургик усулни кўллаш
- с) кортикостероид малҳамларини аппликацияси
- д) вит. А аппликацияси
- е) линкомицин малҳам аппликацияси

- Умумий даволашни ўтказинг
- а) витамин А 10 томчидан 3 маҳал *
 - б) антибиотик 3 марта кунига
 - с) вирусга қарши воситалар
 - д) уриноterapia
 - е) физиотерапия

Вазиятли масала №5

Бемор 56 ёш. Лунжда веррукоз лейкоплакия, кучли шохланиш ва қонаш билан характерланади. Хавфлиланишига шубҳа бор. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширув ўтказиш керак?

- а) цитологик *
- б) люминестент текширув
- в) микробиологик
- г) иммунологик
- д) серологик

Вазиятли масала №6

Хавфлилашган веррукоз лейкоплакия ташхисини тасдиқлаш учун суртма муҳра қандай хужайра аниқланади?

- а) атипик *
- б) Пирогов – Лангханс
- в) монстр
- г) гигант
- д) ядросиз

Вазиятли масала №7

37 ёшли эркак 16 йил мобайнида чекади. Оғиз бўшлиғи шиллик каватида оқибат ҳосилалар пайдо бўлганига шикоят қилади. Кўрикда: оғиз бурчаги соҳасида шиллик каватдан бўртиб турган оқ тошмалар аниқланди, пайпаслаганда зич, оғриксиз, атроф-тўқималар билан бирикмаган.

1. Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:
- А) цитологик
 - Б) гистологик
 - В) рН аниқлаш
 - Г) каварик синамаси
 - Д) Роттер синамаси

2. Патогистологик аниқланди:

- А) спонгиоз
- Б) атрофия
- В) гиперкератоз
- Г) вакуол дегенерация
- Д) акантолиз

3. Ташхис кўйинг

- А) юмшак лейкоплакия
- Б) веррукоз лейкоплакия
- В) эрозив лейкоплакия
- Г) ясси лейкоплакия
- Д) кандидоз

4. Даволаш:

- А) вит. А аппликацияси
- Б) криодеструкция
- В) электрокоагуляция
- Г) а, б, в
- Д) хамма жавоблар тўғри.

5. Олдини олиш:

- А) чекишни ман қилиш
- Б) ўткир ва қайноқ овқатни истеъмол қилмаслик
- В) тишларни ўткир кирраларини текислаш
- Г) сифатсиз тиш копламаларини тўғрилаш
- Д) хамма жавоблар тўғри.

Тестлар

1. Ясси лейкоплакияни зарарланиш элементи:

- А.доғ*
- Б.папула
- В.пустула
- Г.абсцесс
- Д.чандик

2. Лейкоплакия кимларда кўпроқ учрайди:

- А.чекувчи эркакларда*

- Б. янги туғилган чақалоқларда
- В. ёш кизларда
- Г. қариларда
- Д. барчада

3. Лейкоплакиянинг этиологик омилли:

- А. турли (механик, физик, химик) травмалар*
- Б. вирус
- В. юрак-қон-томир касалликлари
- Г. аллергия
- Д. замбуруғ

4. Ясси лейкоплакияда учрайдиган симптом:

- А. “папирос қоғози”*
- Б. “олма желеси”
- В. “шабнам”
- Г. “вазопарез”
- Д. “бармоқлар қалтираш”

5. Пастки лабнинг қизил хошиясида четлари текис, куйганга ўхшаган оқиш доғ кузатилади, пальпацияда огриксиз, шиллик қаватдан кўтарилмаган. Бемор чекади. Бу қайси морфологик элемент:

- А. доғ *
- Б. дўмбоқча
- В. пустула
- Г. абсцесс
- Д. чандик

6. Лейкоплакияда бурмали тил рельефи нимага ўхшайди:

- А. тош йўлига*
- Б. папирос қоғозига
- В. бляшкага
- Г. чўкиб қолган юзага
- Д. аниқ чегарасиз ғовак ўчокка

7. Ясси хўжайрали мугузланувчи саратон ўсманинг инвазив шаклида аниқланади:

- А. атипик хўжайралар *
- Б. шиш
- В. гиперемия
- Г. люкори мугўзланиш
- Д. катарал яллиғланиш

8. Лейкоплакияни даволашда қўлланилади:

- А. шикастловчи омилларни йўқотиш*
- Б. куйдирувчи воситаларни ишлатиш
- В. криотерапия
- Г. хирургик кесиш
- Д. химиотерапия

9. Лейкоплакияни маҳаллий даволашда қўллаш тавсия этилади:

- А. “А” витамини мойли эритмасини аппликация қилиш *
- Б. куйдирувчи воситаларни ишлатиш
- В. криотерапия
- Г. хирургик кесиш
- Д. кўзгатувчи препаратларни қўллаш

10. Малигнизация бўлган (хавфлига айланган) веррукоз лейкоплакияни даволашда бажарилади:

- А. соғлом тўқима соҳасигача ўчоқни кесиб олиб ташлаш*
- Б. витаминларни аппликация қилиш
- В. Витаминли препаратларни ичиш
- Г. анестетик буюриш
- Д. Антибиотиклар буюриш

11. Лейкоплакияни этиологик омил бўлиши мумкин:

- А. оғиз шиллиқ қаватини тиш кирралари ва тиш протезидан келиб чиққан травмалар *
- Б. вируслар
- В. микроблар
- Г. кокк микрофлораси
- Д. фузобактериялар

12. Веррукоз лейкоплакияни клиникасида кузатилади элементлар:

- А. чегараланган зич оқиш бляшкалар*
- Б. пуфаклар
- В. папулалар
- Г. афталар
- Д. эрозиялар

13. Лейкоплакия ўчоқлари кўпинча эрозияланади:

- А. лаблар ва лаб бурчакларида*
- Б. лунж терисида
- В. даҳанда
- Г. янокларда
- Д. пешонада

14. Лейкоплакияни патогистологик текширувида тўқима стромасида аниқланади:

- А. сурункали диффуз яллиғланиш*
- Б. шиш
- В. пролиферация
- Г. экссудация
- Д. гиперемия

15. Лейкоплакия шакллари:

- А. ясси*
- Б. веррукоз*
- В. эрозив*
- Г. юлдузсимон
- Д. интерстициал
- Е. висцерал

16. Лейкоплакияни этиологик омиллари бўлиши мумкин:

- А. оғиз шиллик қаватини тиш қирраларидан келиб чиққан травмалар*
- Б. оғиз шиллик қаватини тиш протезидан келиб чиққан травмалар*
- В. гальваник тоқлар*
- Г. вируслар

- Д. микроблар
- Е. кокк микрофлора

17. Лейкоплакия оғиз шиллик қаватига зарарли омиллар таъсиридан келиб чиқиши мумкин:

- А. анилин бўёқлар*
- Б. кўмир маҳсулотлари*
- В. бензин бўғлари*
- Г. дори препаратлари
- Д. ионизацияланувчи радиация
- Е. микроорганизмлар

18. Лейкоплакия оғиз шиллик қаватига зарарли омиллар таъсиридан келиб чиқиши мумкин:

- А. анилин бўёқлар*
- Б. тош-кўмир чақичи*
- В. фенол*
- Г. дори препаратлари
- Д. ионизацияланувчи радиация
- Е. микроорганизмлар

19. Лейкоплакия оғиз шиллик қаватига зарарли омиллар таъсиридан келиб чиқиши мумкин:

- А. формальдегид*
- Б. бензол*
- В. бензин бўғлари *
- Г. дори препаратлари
- Д. ионизацияланувчи радиация
- Е. микроорганизмлар

20. Лейкоплакияни келиб чиқишига сабабчи бўлган эндоген омиллар:

- А. гиповитаминоз А*
- Б. генетик омиллар*
- В. ошқозон-ичак касалликлари*
- Г. оғиз бўшлиғи шиллик қаватига дори препаратларни таъсири
- Д. оғиз бўшлиғи шиллик қаватига илиқ овқат таъсири
- Е. оғиз бўшлиғи шиллик қаватига микроорганизмлар таъсири

ОБШКдаги контакт-аллергик ўзгаришлар - аллергия реакцияларнинг секин туридир

Аллергенлар: стоматологик материаллар, маҳаллий қўлланувчи дори воситалари, тиш пасталари, эликсирлар. Протез пластмассаси таркибига кирувчи органик моддалар

- мономер метилметакрилат, аорганик - бўёвчи воситалар, киритишмалар

Препаратлар: сульфаниламидлар - сульфаниламид фиксацияланган эритемаси, барбитуратлар, тетрациклин, антибиотиклар.

Таъхислаш

Контакт-аллергик стоматитлар учун элиминацияли синамалар - 3-4 кунга протезларни олиб қўйиш.

- Тери синамаси

- Бемор кони зардобида аллергияга нисбатан антителаларни аниқлаш

- Аллергологик анамнез йиғиш

- Клиник текширувлар

- Аллергенларга тери синамаси

- Биохимик усуллар - гистамин, серотонин, катехоламин, кининлар

- Иммунологик усуллар

- Оғиз бўшлиғига синамалари

- Лимфоцитлар бласттрансформацияси тести

- Лейкоцитлар агломерацияси

Катарал ва катарал-геморрагик стоматитлар:

- Турли дори воситаларини қабул қилишдан сўнг юзага келади.

- Баъзан бошқа орган ва системалардаги ўзгаришлар билан бирга кечади

- ОБШК, ачишиш ва қичишиш

- Оғиз қуриши

- Овқат, айниқса ўткир таомлар қабул қилганда оғрик бўлиши

- ОБШК шиш - тил ва лунжда тиш излари бўлиши

- Қизариш, тилдаги ипсимон сўргичларнинг чуқур десквамацияси - «лакланган» тил.

- Нуктасимон қон қуйилиши ёки геморрагия

Таққосий таъхис:

- Витамин В₆ ва В₁₂ танқислиғи
- Эндокрин ўзгаришлар
- Диабет

Даволаш:

- Медикаментни кўлламаслик
- Антигистамин препаратлар - димедрол - 0.05г 2-3 маҳал,
дипразин ёки супрастин 0.025г 2-3 маҳал

- Кальций препаратлари
- Витамин С ва Р
- Маҳаллий яллиғланишга қарши даволаш
- ОБШК санацияси
- Диета
- Кўп суюқлик ичиш

Пуфакли-эрозив стоматитлар:

- Оғрикни кучайиши
- Яхши сезиларли шиш ва кизариш
- Турли ҳажмдаги тиник суюқликли пуфаклар
- Пуфакларни тезда ёрилиши
- фибриноз қарашли эрозиялар пайдо бўлиши
- Милк сўрғичлари шишган ва қонайди
- Жағ ости лимфа тугунлари катталашган ва оғрикли

Таққосий таъхислаш:

- Пўрсилдок
- Герпетик стоматит
- Кўп шаклли экссудатив эритема

Даволаш: -

- Аллергия кўзгатган дори воситасини кўллашни тақиқлаш
- ОБШК антисептик ишлов бериш
- Оғриксизлантирувчи воситалар билан
- Эпителизацияловчи воситалар билан
- Ичишга десенсибилизацияловчи воситалар билан
- Антигистамин препаратлар
- Кортикостероид препаратлар буюриш
- Диета
- Кўпроқ суюқлик ичиш

Ярали-некротик стоматит:

- Асосан бошқа шиллик қаватлар ҳам шикастланади

- Тери ва ички органлар
- Умумий ҳолатдаги ўзгаришлар
- Тана ҳарорати кўтарилиши
- Умумий ҳолсизлик
- Бош оғриғи
- Оғизда қаттиқ оғриқ.
- Оғизни ҳидланиши
- Сўлакни кўп ажралиши
- ОБШК кизариш ва шиш
- Кул рангдаги некроз ўчоқлари
- Жағ ости лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли
- Периферия қондаги ўзгаришлар

Таққосий таъхис:

- Венсан ярали-некротик стоматит
- Агранулоцитоз

Даволаш:

Препаратни беришни тўхтатиш

- Десенсибилизацияловчи воситалар
- Антигистамин воситалар
- Кортикостероидлар (преднизалон 40-60мг кунига)
- Кўпроқ суюқлик ичиш
- 5% унитиол эритмасини 5мл дан 2 маҳал мушак остита
- 30% тиосульфат натрийни 5-10мл дан томир ичига
- гемодез томчи усулида қўллаш
- полиглюкин
- хлорид натрий изотоник эритмаси

Маҳаллий:

- антисептик ишлов бериш
- некротик массаларни йўқотиш
- оғриксизлантирувчи, эпителизацияловчи воситалар билан ишлов бериш

Вазиятли масалаларнинг комплекси

Вазиятли масала № 1

Беморда витамин В инъекциясидан сўнг юқори лабида эластик консистенцияли шиш пайдо булди. Шиш соҳасидаги тўқима таранглашган, босганда чуқурчалар ҳосил бўлмайди. Таъхис куйинг. Биринчи ёрдам курсатинг.

Жавоб: Квинке шиши. Аллергеннинг таъсирини дарҳол тўхтатиш ва антигистамин препаратларни қўллаш.

Вазиятли масала № 2

2% - 4,0 мл новокаин инъекциясидан 3-4 дақиқа ўтгач беморда енгил холсизлик, бош айланиши, кулоқ шанғиллаши, кўз олди коронгулашиши, муздек тер ажралиши кузатилади. Ташхис куйинг.

Жавоб: дорили аллергия. Дарҳол аллергеннинг таъсири тўхтатиш ва антигистамин препаратларни қўллаш.

Вазиятли масала № 3

36 ёшли аёл ОБШҚда ачишиш, овқатланганда, гапирганда оғриққа шикоят қилади.

Анамнездан: сурункали бронхитни ўткирлашуви сабабли бемор ампициллин қабул қилган. Махаллий: ОБШҚ тўқ қизил тусда, бироз шишган, тил усти тўқ қизил рангда, сўрғичлар атрофияси. Умумий ҳолат ўрта оғирликда, тана харорати 37,5С.

Қўшимча усулни утказинг:

а) аллергологик синама *

с) серологик

б) люминисцент

д) иммунологик

е) цитологик

Ташхис куйинг:

а) дорили аллергия *

б) кандидоз

с) стоматит

д) бруцеллез

е) рак

Такқосий ташхис ўтказинг:

а) гиповитаминоз В *

б) сурункали афтали стоматит

с) Қаттиқ шанкр

д) Папилломатоз

е) кандидоз

Умумий даволаш:

а) антигистамин воситалар *

б) безгакка қарши воситалар.

- c) криодеструкция
 - d) термодеструкция
 - e) электрофорез
- Маҳаллий даволаш:
- a) антисептик ишлов *
 - b) кератолитиклар аппликацияси
 - c) оксолинли
 - d) гепаринли
 - e) хаммаси

Вазиятли масала № 4

60 ёшли бемор оғиз бўшлиғи қуришига, ачишиш ва қичишига, таъм ўзгаришига шикоят қилади. Анамнезда: икки ҳафта аввал беморга қисман ечиладиган акрил пластмассададан протез тайёрланди, шундан сўнг шикоятлар пайдо бўлди.

Объектив ҳолатда: Оғизни шиллик қаватида шиш ва гиперимия, эритема кузатилади, геморрагик ҳолатлар, протез билан контакт жойларда нуктали эрозиялар кузатилади.

1. Ташхис қўйинг:

Жавоб: контактли аллергик стоматит

2. Сизнинг тактикангиз:

Жавоб: Бошқа ортопедик ашёдан янги протез тайёрлаш зарур. Десенсибилизацияловчи препаратлар, маҳаллий даволашда – антисептик ишлов бериш, кератопластикларнинг аппликация қилиш лозим.

Тестлар

1. Аллергик реакцияларни тезкор тури ривожланади:

- A. 5- 6 сония*
- B. 2- 20 дақиқа
- C. 60 дақикагача
- D. 24 соат ичида
- E. 5- 6 соат ичида

2. ОБШҚни контакт аллергик ўзгаришлари бу-:

- A. секин турдаги аллергик реакциялар*
- B. тезкор турдаги аллергик реакциялар

- C. токенлар билан захарланиш
- D. вирусларга сенсibiliзация
- E. микроорганизмларга сенсibiliзация

3. Пластинкали протезда аллерген бўлиб ҳисобланади:

- A. метилметакрилат*
- B. протезни учли кирралари
- C. ғадир- будир юзаси
- D. сунъий тишлар
- E. нотўғри конструкция

4. Аллергик реакцияларни секин тури ривожланади:

- A. 24 соат*
- B. 2- 20 дақиқа
- C. 5- 6 соат
- D. 12 соат
- E. 10- 15 сония

5. Секин турдаги аллергик реакцияларда қонда аниқланади:

- A. эозинофилия*
- B. лейкопения
- C. тромбоцитопения
- D. эритроцитлар сонини кўпайиши
- E. лейкоцитоз

6. Контакт аллергияни даволаш тактикаси:

- A. десенсибилизацияловчи терапия*
- B. физиотерапия
- C. витаминотерапия
- D. антибиотикотерапия
- E. кортикостероидлар билан даволаш

7. Экзоаллергенларга киради:

- A. антибиотиклар*
- B. кўз гавхари
- C. тиреоглобулин
- D. вируслар
- E. термик куйиш

8. Қвинке шишида бирламчи патологик элемент:

- A. каварчик*
- B. пуфак
- C. киста
- D. яра
- E. папула

9. Антигистамин препаратларга кирди:

- A. супрастин*
- B. аналгин
- C. трихопол
- D. лидокаин
- E. солкосерил

10. Аллергосинамаларга кирди;

- A. гистаминли*
- B. каварчик
- C. Шиллер Писарев
- D. Базарнов Кавецкий
- E. Роттер

11. Қвинке шиши таккосланади:

- A. Мелкерсон-Розентал синдроми билан*
- B. сарамас*
- C. периоститдаги коллатерал шиш*
- D. Поспелов синамаси
- E. Никольский синамаси
- F. Гриншпан синамаси

12. Қвинки шиши кўпроқ жойлашади:

- A. юзда*
- B. лабда*
- C. ковокда*
- D. оёкда
- E. кўлда
- F. панжада

13. Аллергияда десенсибилизацияловчи терапия:

- A. супрастин*
- B. пиполфен*
- C. димедрол*
- D. убестезин
- E. солкосерил
- F. лидокаин

14. Аллергияда қўшимча текшириш усуллари:

- A. иммунологик*
- B. умумий қон тахлили*
- C. алергопробалар*
- D. серологик
- E. люминесцент
- F. гистологик

15. Аллергик реакция патогенезида қуйидаги даврларга бўлинади:

- A. иммунологик*
- B. патохимик*
- C. патофизиологик*
- D. патогистологик
- E. патоанатомик
- F. серологик

16. Аллергик реакцияларни қўзғашига сабабчи омил:

- A. касбий зарарлар*
- B. дориларни назоратсиз қабул қилиш*
- C. косметика воситалари*
- D. гиповитаминоз
- E. генетик ўзгариш
- F. контомир патологияси

17. Контакт аллергияда даволаш тактикаси:

- A. аллерген билан контактни тўхтатиш*
- B. десенсибилизацияловчи терапия*
- C. дегидратацион терапия*
- D. физиотерапия

- Е. вирусга қарши терапия
- Ғ. витаминотерапия

18. Контакт аллергияда ишлатиладиган кератопластиклар:

- А. солкосерил*
- В. витамин А*
- С. облепиха мойи*
- Д. лидокаин
- Е. диазолин
- Ғ. оксолин

19. Инфекцион экзоаллергенлар ҳисобланади:

- А. бактериялар*
- В. вируслар*
- С. замбуруғлар*
- Д. уй чанги
- Е. озик овқат маҳсулотлари
- Ғ. қир ювиш воситалари

20. Ноинфекцион экзоаллергенлар:

- А. озик овқат маҳсулотлари*
- В. қир ювиш воситалари*
- С. уй чанги*
- Д. бактериялар
- Е. вируслар
- Ғ. замбуруғлар

Аутоиммун компонент ўзгариши натижасида юзага келадиган касалликлар.

Бу гуруҳ касалликлари асосан иммун тизими ва бириктирувчи тўқимадаги патологик ўзгаришлар билан характерланади. Қуйидагилар қиради:

- 1) Сурункали қайталанувчи (рецидив) афтозли стоматит
- 2) Бехчет синдроми (стомаофтальмогенитал синдроми)
- 3) Шегрен синдроми

4) ОБШҚ нинг жароҳатланиши натижасида келиб чиқадиган дерматозлар

(пуфакча, пемфигоид, Дюринг касаллиги, қизил югирик, склеродермия.).

Сурункали қайталанувчи (рецидив) афтозли стоматит(СҚАС)

СҚАС-оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг яллиғланиш бўлиб, касаллик ОБШҚ қаватидаги яллиғланишнинг узок кечиши ҳамда вақти вақти билан қайталаниб туриши билан характерланади.

СҚАС-туғрисида 1888 йилда Микулич ва Кюммеллар, 1894 йилда Трусевичлар томонидан маълумот берилган. ОБШҚ қаватида Артюс феномени (дори юборилган жойда пайдо бўладиган аллергик реакция билан характерланади) кўринишида кечадиган чукур фибринли ўчоқли яллиғланиш бўлиб, оғиз шиллик қаватининг бириктирувчи тўкима қисмини жароҳатланишидир. Касаллик узок кечиши ҳамда вақти вақти билан қайталаниб туриши билан характерланади. Касаллик асосан 20-40 ёшларда кўп учрайди. СҚАСда кузатиладиган ўзгаришлар яъни афталар ёки юзаки яралар битта-иккита, кўпинча ягона (1дона) бўлиб, тез-тез қайталаниб туради. Афта грекча “яра” деган маънони билдиради. Афталар кўпинча лабнинг ички юзасида, ўтувчи бурмаларда, тил остида баъзан юмшоқ танглай ва милкда учрайди. Улар айлана –овал шаклида, ўлчами 5-10ммдан ошмайди. Афта атрофи ўткир яллиғланиш хошияси билан ўралган, чегараси аниқ, оғрикли бўлади. Афта юзаси кулранг –оқимтир фибринли караш билан копланди. Қачонки некротик жараён ривожланса, афта шиллик қаватдан бир оз кўтарилиб туради. Афта 7-10 кун давомида сакланиб туради. Касалликнинг 4-6 кунлари афта юзаси карашдан тозаланиб, 2-3 кунда битади. Ўрнида қизил доғ пайдо бўлади. Йилнинг барча фаслларида кузатиш мумкин, кўпинча баҳор ва куз ойларида рецидив беради. Касаллик даражасига қараб: енгил – 0.5-1 балл; ўрта-1, 1-2 балл; оғир- 2, 1-3, 1 шаклларда бўлади.

Сурункали қайталанувчи (рецидив) афтоз стоматит(СҚАС) (афтоз стоматит, қайталанувчи афтоз стоматит, сурункали некротик стоматит, қайталанувчи афта, Микулич афтаси).

Этиология ва патогенези. Асосий келиб чиқиш сабаби аниқланмаган. Афтоз стоматитни ривожланишида бир қанча

концепциялар илгари сурилган. Айрим муаллифлар томонидан афтоз стоматитни ривожланишида озик-овқат ва микроорганизмларга сезгирлигини ошганлиги алергик генез:

- дори, овқат, микроб ва вирусга алергик реакция
- ошқозон ичак функцияси бузилиши
- респираторли касалликлар
- ОБШҚи жароҳатланиши.

Айрим муаллифлар томонидан ошқозон-ичак йўли (В.А.Епишев 1968 й) ва кон касалликлари, эндокрин бузилишлар ва гиповитаминозли концепциялар таклиф қилинган. Касаллик кўзгатувчи омиллар – соматик касалликлар, диета бузилиши, марказий ва вегетатив нерв фаолиятини бузилиши, ҳар хил дорилар, гиповитаминоз В₁, В₁₂, С ва локал инфекция ўчоғи. Бошқа муаллифлар томонидан СКАС келиб чиқишига вирус инфекциялар сабабчи деб кўрсатилади.

Ҳозирги вақтда замонавий ва илмий асосланган иммунологик назария яъни афтани ривожланишида маҳаллий ва умумий иммунитетни бузилиши асосий омил ҳисобланади. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватларида хужайра иммундефицитини ривожланишига ошқозон-ичак йўли трактининг секреция аппаратини фаолиятини бузилиши муҳим роль ўйнайди. Айрим муаллифлар аутоиммун жараёнлар асосий омил деб кўрсатишади. Бу назария иммунофлюоресцент текширувларга асосланган. СКАСда организмни резистентлиги пасайган бўлади.

Клиник кўриниши. Афтани морфологик хилига ва клиник кечишига қараб бир нечта шаклга бўлинади: фибринли, некротик, glandуляр, чандикли ва деформацияли. (Г.В.Банченко 1983)

Фибринли шаклида эпителийнинг шахсий қаватида бирламчи микроциркуляцияни бузилиши натижасида битта афта пайдо бўлади, юзаси фибрин қатлам билан қопланади. обшқда 0,1-0,5 см ли ок – сарик рангда гиперимияли доғ пайдо бўлади, уни юзасига фибрин ўтириб атрофидаги тўқималар билан қаттиқ ёпишади, 1% ли метил куки эритмаси билан бўялиб кейин ювилса ранг кетмайди, касаллик фибрин қобик ажралиб чиқиб, ўрнида афта пайдо бўлади, эпителизация 7-14 кунда чандиксиз битади. Кўпроқ лаб, тилнинг ёнбош юзасида ва ўтувчи бурмаларда жойлашади. Афтанинг асосий кўзгатувчи омиллар шиллик қаватнинг травматик жароҳати, кўркиш, совук қотиш ва систем касалликларини кўзгалиши.

Некротик шакл - киска муддатли қон томир спазми билан бошланади. Жараён эпителийда бирламчи деструктив ўзгариш билан кечади. Оқариб афта пайдо бўлади. Афгани юзаси некротик караш билан қопланади. Некротик караш атроф тўқималари билан яхши бирикмаганлиги учун осон олинади. Афта кам оғрикли, аста секинлик билан ярага айланади ва эпителизация 10-20 кунда битади. Некротик шакли кўпинча оғир соматик касаллари бор беморларда учрайди. Айниқса қон касали бор беморларда учрайди. 1% ли метил кўки билан бўялади, лекин осон ювилади.

Гландулярли шакл – бирламчи жароҳатланиш кичик сўлак безларининг чиқиш йўларидан бошланади ва сўлак безларининг функциясини бузилиши билан характерланади. Бу шаклда афтлар оғиз бўшлиғида жойлашган ҳамма кичик сўлак безларининг чиқиш йўлларида жойлашган бўлади. Афта оғрикли бўлади ва 5-20 кунда тузалади. Кўзгатувчи омиллар совук қотиш, респиратор инфекциялар ва сурункали фарингитнинг қайталаниши.

Чандикки шаклда – пальпацияга қаттик оғрикли чегараланган инфилтрат, юзаси фибринли караш билан қопланган бўлади. Кейинчалик (кратероора) яра 2 пайдо бўлиб, атрофи кизарган хошия билан ўралган бўлади. Яра катталашиши ҳам мумкин. Жараён бошланишида оддий афта бўлиши мумкин, 6-7 кунларидан афгани асосида инфилтрат пайдо бўлиб, чуқур ярага айланади. Яра кўпол чандик пайдо қилиб битади. Касаллик 1 ҳафтадан 2 ойгача давом этиши мумкин.

Деформацияли шакл – оғир шакли бўлиб, бириктиручи тўқималарда чуқур деструктив ўзгаришлар билан характерланади, мушак тўқимасигача борадиган чуқур деструктив кўпол чандик ҳосил бўлади. Агар яра оғиз бурчагида жойлашган бўлса, оғиз бурчаги торайиб деформация бўлади ва микростом юзага келади, натижада ҳаракат чегараланади. Яра кучли оғрийди, миграция характерияга эга, атрофида кичик эрозия ва афта элементлари пайдо бўлади.

СҚАС билан оғриган беморларни терапевт, лор ва аллергологлар билан консултация қилинади. Ташхисни аниқлаш учун қуйидаги таҳлиллар ўтказилади:

- сийдик ва қонни клиник анализи
- ошқозон соки анализи
- жигар ва қонни биохимиясини

5. Регенерацияни тезлаштириш мақсадида каротоллин, винилин, солкосерил, винизол берилади. Ҳозирги кунда дорилар плёнкалар шаклида чиқарилади, ярани устига ёпиштириб қўйилиши яхши натижа беради (отропенли, метилурацинли, облепиха, флоренал).

Физиотерапевтик муолажалар – гепаринли фонофорез (антиаллергик, антимикробли ва стимулловчи сифатида). Пахтали тампон 1 мл гепарин + 1 г ўрик ёғи билан шимдирилиб элемент устига қўйилади ва фонофорез айлана ҳаракат билан 3-5 кун қилинади. Оғрикни пасайтириш ва эпителизацияни яхшилаш учун УФО 1 курси 5-6 доза (1 чи кун 1 биодоза, 2 чи кун 2 биодоза, хар кун 1 биодоза оширилиб борилади). СҚАСни даволашда дори – дармонларсиз, рецидивга қарши МИЛ – магнит инфрақизил лазер терапия кенг қўлланилади. Сөгдиана аппарати ишлатилади. 1-5 минутга қўйилади. Гелий-неон лазери қуввати 100 мВт/см² – 2 минут, майдон сони 5 та 15 сеанс.

2-усул: умумий даволаш: витаминотерапия, поливитаминлар ундевит, декамивит, юникап. Гипо ва анацидли гастритларда мўлига Вит В₁-10та инъекция, Фолий кислотаси 0,001г 3 маҳал 1 ой, темир препаратлари.

-Иммунокорректорлар: гистоглобулин 1,0-2,0 млдан билак териси остига кунора 10 та инъекция.

-лизоцим 10 мг 2 маҳал мўлига 20та курс.

-продигиозин 0,3мл 1 марта хар 5 кунда организм реакциясига қараб 0,5,0,7 ва 1,0 мли юбориш.

-левамизол 150 мг 2 маҳал 2-3 ой ичиш.

-диуцифон 0,1 г 2 маҳал 6 кун 2-3 курс 1 кун интервали билан.

-кемантон 0,2 г 3 маҳал 14 кун.

-т-активин 1мл тери остига 5-7 кун.

-Полиоксидонит 6 мг кунора мўлига 5 инъекция кейин 2 марта 1 хафтадан 10 инъекция.

-иммудон кунига 6-8 таб 20 кун тил остига овқатланишдан 1соат олдин.

-ликомед 10мг таб 2 маҳал 10 кун.

-герпетик поливакцина 0,1 мл тери остига билакка интервал 4-5 кун 10 инъекция.

-гирудотерапия 1-2 зулук 1-2 маҳал 1-2 ой.

Маҳаллий даволаш. Оғриксизлантириш: 1-2% пиромекаин, тримекаин эритмаси ёки 5% пиромекаин мази аппликацияси.

-яллиғланишга қарши:-1-2% димедрол, супрастинни 10 мл дистилланган сувда эритилиб оғиз чайилади.

-антисептиклар:

-ферментлар: 1 мг фермент 1мл физ эритмада эритилиб афта артилади.

-эпителлизацияловчи: 10% метилурацилли маз, картолин, шиповник ёғи, Шостакович бальзами, солкосерил, мундизол гели калонхос шарбати б-н 10 минут 4-5 махал афта артилади.

-иммунитетни стимулловчи:-галаскорбин, лизоцим эритмаси билан аппликация.

-прополис мази, иммудон таблеткаси қабул қилиш.

-физиотерапия усулларини қўллаш яхши натижа беради: гепаринли фонофорез лазеротерапия, дарсонвализация, УФО,МИЛ.

Бундан ташқари оғизни тўлик санация қилиш, гальванизацияни йўқотиш, тишни тўғри протезлаш, аллергияни тугатиш ва организмни чиққитириш даркор.

Тестлар:

1. СҚАСни оғир шакли.

- а) Бехчет синдроми
- б) Сеттон афтози
- в) Шегрен синдроми
- г) Розентал синдроми
- д) Стивен Джонсон синдроми.

2. СҚАС билан жароҳатланган участкага ишлов берилади.

- а) анестетик
- б) анестетик ва фермент
- б) анестетик, фермент, антисептик.
- г) анестетик, фермент, антисептик, кератопластик.

3. СҚАСни келиб чиқишига сабаблар.

- а) совук қотиш б) Ошқозон ичак тракти касалликлари в) ОРВИ
- г) бактериал инфекция д) вирусли инфекция.

4. Ремиссия даврида ўтказиладиган тадбирлар.

- а) антибиотикотерапия
- б) оғиз санацияси
- в) гастрорентеролог текшируви
- г) сур. инфекция ўчоғини топиш ва йўқотиш
- д) аллерголог текшируви.

5. СҚАСни даволаш, кетма кетлигини кўрсатинг

- а) Кератопластик
- б)антисептик
- в)протеолитик фермент
- г)тримеканн эритмаси

6. СҚАС дифдиагностикаси.

- а)ўткир герпес
 - б)иккиламчи захм
 - в)бехчет синдроми
 - г)ярали некротик стоматит
 - е)КШЭЭ
- е)жарохат сабабли эрозия билан.

7. СҚАСни умумий даволаш.

- а)антибиотик
- б)антигистамин препаратлар
- в)гормонлар
- г)организм резистетлигини оширувчи препарат
- д)седативлар.

8.СҚАСда қўлланиладиган даволовчи препаратлар.

- а) Преднизалон таб
- б)тиосульфат натрий
- в)тетрациклин таб
- г)супрастин таб.
- д)гистаглобулин.

9.СҚАС ни маҳаллий даволаш воситалари.

- а)лидокаин аэрозоли
- б)бонафтон мази
- в)перекис водород
- г)калий перманганат эритмаси
- д)кератопластик

10. СҚАС касаллик клиникаси хослигини аниқланг.

- а)шиллик каватда кўп эрозия,афта, ўзаро қўшилишга мойил.
- б)кўпинча каттик танглай, милк, лабда кўплаб эрозия.
- в)ОБШҚда I - 3та афта.
- г)якка узок битмайдиган чандикланишга мойил яра.

11. Клиника қайси касалликга хослигини аниқланг.

1.Сурункали рецидивли афтоз
стоматит:

А.Шиллиқ каватда кўп
эрозия,афта, ўзаро герпес
кўшилишга мойил.

Б. Кўпинча қаттиқ тағлай,
милк,лабда эрозия

В. ОБШҚда 1 3та афта.

Г. Якка узок битмайдиган
чапдикланишга мойил яра

2.Сеттон афтози:

12.Афтозли стоматитни рецидивланишга олиб келувчи омиллар.

А. Инъекция Б.чукур прикус. В.жарохат. Г. Гальваноз. Д.
Амальгамали пломба.

Жавоб: 1аб, 2.г . 3бг. 4бвдеи. 5.гвба. 6.би. 7.бде. 8.геи. 9авгд. 10.
1в. 2а. 11.1б.2г. 12ав.

БЕХЧЕТ СИНДРОМИ.

1937 йил турк дерматологи Бехчет томонидан ёзилган. Ушбу касалликда оғиз шиллиқ қавати кўз ва тери ҳамда жинсий аъзолар зарарланади. Этиологияси – ноаник. Касаллик иккала жинсда, 20-30 ёшларда кўп учрайди. Касаллик Япония, Ўрта ер денгизининг шаркий соҳилларида жойлашган мамлакатларда ва Туркияда кенг тарқалган. Синдром баланд температура билан бошланиб морфологик элементлар пайдо бўлади. Ўткир даври бир неча кундан – бир неча хафта давом этади.

Характерли белгилари:

1. Ҳалқум ва ОБШҚда маҳкам фибринли қараш билан қопланган гиперимияли, шишган, кучли оғрикли афта.

2. Ташки жинсий аъзоларда ҳажми 1,5 – 2 смли оғрикли, тез-тез қайталанувчи жароҳатлар, ярачага айланувчи юмалок шаклида везикула ва папула тошмалари пайдо бўлади.

3. Кўзни жароҳатланиши:

Хорионидит - кўзнинг томирли қаватини яллиғланиши

Иридоциклит-кўзнинг рангдор пардаси ва кўз олмаси цилиар танасини яллиғланиши

Гипопион - кўз камерасини олдинги пастки қисмида йиринг йиғилиши

Катаракта – кўз корачиғини хиралашиши

Глаукома – кўз ички босимини ошиши, 33 % кўрликга олиб келади.

4. Терида тугунли эритема ва пустулез васкулит.

Касаллик иккала жинсда 20-30 ёшларда кўп учрайди. Касаллик Япония, Ўрта ер денгизининг шарқий соҳилларида жойлашган мамлакатларда ва Туркияда кенг тарқалган.

Клиникаси: оғиз бўшлиғи шиллик қаватида афта пайдо бўлиши биринчи симптом ҳисобланади. Афталар кўпинча гурух-гурух бўлиб жойлашади. 2 тадан 10 тагача бўлиши мумкин. Кучли оғрик билан кечади. Юза яралар атрофида яллиғланиш қаттиқ иньфилтрат хошиясини кўриш мумкин.

Жинсий аъзолардаги яралар қаттиқ иньфилтрат устида жойлашган бўлиб, яра туби кулранг сарик парда билан қопланган бўлади. Бу эса захм ярасини эслатади. Бехчет синдромидаги юза яралар оғрикли кечади. Захмда эса оғриксиз. Бундан ташқари Бехчет синдромидаги афталар тез –тез қайталаниб туради, захмдаги қаттиқ шанкр чандикланиб битгач, қайта пайдо бўлмайди. Бехчет касалига чалинган беморлар кеч мурожаат қилса, терининг зарарланган ўчоқларида ярадан қолган чандикни кўриш мумкин.

Бехчет синдромида 70-80% беморларни кўзи зарарланади. Кўпчилик беморларда оғиз бўшлиғида афта яралар пайдо бўлгунча, ёруғдан сесканиш, иридоциклит ёки гипопион белгилари пайдо бўлиши мумкин. Касалликнинг оғир босқичларида глаукома ёки катаракта кузатилади. Кўриш қобилияти пасайиши ва кўр бўлиб қолиш эҳтимоли бор. Афтоз стоматит қанча кўп қайталанса, кўр бўлиш эҳтимоли ўшанча ошади.

Бехчет касаллигида 40% беморлар терисида тугунчали эритема кузатилади. Тугунли эритемалар кўпинча икки болдир соҳасида ва билакларда жойлашади. Айрим ҳолларда томирларнинг кенгайиши натижасида ҳосил бўлган гиперемия ўчоқларида иккиламчи инфекция ҳисобига йирингча - пустулезли васкулит ҳосил бўлади.

Юқорида кайт этилган 4 та синдром бир вақтнинг ўзида пайдо бўлиши шарт эмас.

Бехчет синдромига ташхис қўйиш учун учлик (триада) СҚАС, генитал афтоз ва хориоидит қайд этилса kifоя. Бехчет касаллигига

ташхис кўйиш учун неспецифик тери синамаси мусбат натижа бериши мумкин. Тери синамаси: Бемор терисининг соғлом соҳасига 20⁰ градус бурчак остида ўткир ингичка стерил игна санчилади. 24-48 соат оралигида игна санчилган жойда йирингча (пустула) ҳосил бўлса, синама мусбат бўлади. Патергия-игна санчилган жойда инфильтрат пайдо бўлиши.

СҚАС ва Бехчет синдроми узок давом этса, кўпчилик беморларда невроген ўзгаришлар ва асаб тизимининг зарарланиши кузатилади. Касаллик беморларда ҳар хил кечади. ОБШҚдаги афтлар бир гуруҳ беморларда ҳар 7-10 кунда қайталаниб туради. Иккинчи бир гуруҳ беморларда 1-2 ойда қайталаниши мумкин. 3чи гуруҳ беморларда 1 йиллаб ремиссия ҳолатида бўлиши мумкин. Бехчет синдромида рецидивдан рецидивга клиник кўринишини кўпайиши билан характерланади.

Даволаш – дерматолог стационар шароитида даволайди. Махаллий даволашда оғриксизлантирувчи, антисептик ва кератопластик препаратлар берилади.

1.Кортикостероидлар: преднизолон, дексаметазон, триамцинолон (индивидуал, схема бўйича, терапевтик дозадан бошлаб ушлаб турувчи дозада)

2.Тинчлантирувчи ва ухлатувчи дори воситалари:

Талидамид, Ленамидамид, дансон (бактерияга қарши курашувчи, противолепрозие)

3.Йирингли яллиғланишни олдини олиш учун антибиотиклар: азитромицин, цефтраксон.

4.Иммун тизимини фаолиятини ошириш учун: Левомизол (декарис)

5.Афта ва тошмаларга кучли таъсир қилувчи стероид малҳамлар: дермовейт, элоком.

6.Плазма куйиш, гамма – глобулин юборилади, антигистамин дорилар буюрилади.

Тестлар.

1. Характерли белгилари:

а)чуқур яра ва тугунлар

б)чуқур ёриклар ва чандиклар

в) эритема, афта, везикула, папула

г)эритема, афта, чандик, пўстлок.

2. Зарарланувчи органлар:

- а) тери, суяк, қўл ва оёқ
- б) тери, кўз, бош ва тил
- в) тери, кўз, ОБШҚ ва жинсий органлар
- г) тери, кўз, ОБШҚ ва қўл панжалари.

3. Бехчет синдромига ташхис қўйиш учун учлик(триада):

- а) СҚАС, гипопион ва анемия;
- б) СҚАС, катаракта ва кератоз;
- в) СҚАС, генитал афтоз ва хорионидит;
- г) СҚАС, бурмали тил ва паралич.

4. Патергия – бу:

- а) никольский симптоми
- б) Тцанка хужайраларини аниқлаш
- в) тери синамаси(пустула)
- г) фуксин билан бўяш

5. Кечиши:

- а) қайталаниб туради
- б) сурункали
- в) ремиссия
- г) соғайиб кетади.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Склеродермия –грекча сўздан олинган бўлиб терининг каттиклашиши. Бу сурункали касаллик бўлиб,э тиологияси ноаник.

Ушбу касалликда бириктирувчи тўқима касалланади, хужайра ва тўқималарда аутоиммун ўзгаришлар кузатилади. Касалликда жароҳатланган соҳанинг зичлашиб ва каттиклашиши ҳамда атрофияга учраши билан характерланади. Касалликнинг чегараланган ва тизимли шакллари бўлади. Чегараланган склеродермияда оғиз бўшлиғи зарарланмайди.

Тизимли склеродермия.

Тизимли скелеродермияда кўпинча юз, лаблар, кам ҳолларда тил, лунж ва милк шиллик қавати зарарланади. Лабнинг қизил хошияси таранглашади ва қотади. Оғиз шиллик қавати атрофияга учрайди. Тери ва лабнинг қизил хошиясининг таранглашиб қотиши микростом ривожланишига сабаб бўлади. Атрофик чандиклаш окибатида юмшоқ танглай четлари қийшайди. Склеродермиянинг

дастлабки боскичларида тил пардасининг шиши, ҳажми жиҳатидан кенгайиши – макроглоссия пайдо бўлади. Касалликнинг охириги боскичларида бириктирувчи тўқиманинг ўсиши – фиброзланиш, тилни буришиб қолишига макроглоссияга олиб келади. Тил шакли йўқолгандан сўнг нутқ бузилади, овқатларни ютиш кийин кечади. Касалликнинг ривожланиш боскичларида периодонтал ёриқларнинг кенгайиши кузатилади. Бунинг сабаби коллаген толаларнинг кўпайиши ва шиши. Шунингдек коллаген толалар ғоваклашиб, бириктирувчи тўқима ҳужайралари камаяди. Буларнинг ҳаммаси шиллиқ қават атрофияси билан бирга тишларнинг тушиб кетишига олиб келади.

Тизимли склеродермиянинг асосий клиник кўринишларидан бири Рейно синдромидир. Рейно синдромида оёқ ва кўл артериал кон айланиши бузилади. Қон айланишининг бузилиши гангренага олиб келади. Қон томирларнинг кескин торайиши ҳужайра ва тўқималарнинг консизланиши увишиш (онемения) ва парестезияга олиб келади. Бунинг оқибатида бириктирувчи тўқима трофикаси издан чиқади. ОБШҚда яра ва некротик ўзгаришлар ривожланади. Мазкур жараён лаб томирларида содир бўлса, лаб буришиб, шаклини ўзгартиради. Қон томирларнинг торайиши, увишиши ва парестезияси тилнинг қуришига – ксероглоссияга, сўлак безларида сўлак ажралишини камайиши – ксеростомияга олиб келади. Айниқса Рейно касаллиги хуруж қилса, ушбу белгилар яққол намоён бўлади. Тил томирларининг кескин торайиши, тилнинг консизланиши ва рангини (пушти, оқиш) ўзгартиради, “Оқ тил” деган манзара юзага келади. Айниқса тилнинг олдинги 1/3 қисми қордай оқаради. Замбургсимон тил сўрғичлари аста секин кичиклашиб боради, тил баттар оқаради.

Тестлар.

1. Скелеродермия сўзининг маъноси:

- а) гипертрофиялаш
- б) сўрилиш
- в) парчаланаш
- г) қаттиқлаш

2. Оқ тил учрайди:

- а) СКАС
- б) лейкоплакия

- в)гизимли склеродермия
- г)замбуруғ касаллиларида

3. Чегараланган склеродермияда зарарланмайди:

- а)тери
- б) оғиз бўшлиғи
- в) ўпка
- г) буйрак.

4. Рейно синдроми қайси касаллик клиник белгиси:

- а)Россалимо
- б)Стивен Джонсон
- в) КШЭЭ
- г)склеродермия.

Умумий ва асосий даволаш

Умумий даволаш:

-кон томирларининг кенгайтирувчи дори воситалар ва спазмолитиклар буюрилади: компламин, андекалин, никошпан, никотин кислотаси

- бириктирувчи тўқима ҳолатини тиклаш мақсадида витаминлар А,Е,С ва бошқалар буюрилади.

Асосий даволаш: Рейно касаллигида кон томирлар торайишини олдини олиш чора тадбирлари кўрилади.

Ферментлар – лидаза, ронидаза, вобензим.

Биоген стимуляторлар – алое, фибс.

Протеолитик ферментлар – трипсин, химотрипсин инъекция (кунига 2-4мл)

Антибиотиклар (склеродермиянинг барча шаклларида антибиотиклар буюрилади)

Безгакга қарши дорилар – делагил, плаквенил, резохин.

Физиотерапевтик муолажалар тавсия этилади –электрофорез, фонофорез (калий йод, лидаза)

Кон айланишини яхшиловчи, атрофия ўчоқларида сўрилиш жараёнларини тезлаштирувчи малҳам ва эритмалар аппликация қилинади.

ШЕГРЕН СИНДРОМИ

Шегрен синдроми систем касаллиги бўлиб, экзокрин безларнинг сўлак ишлаб чиқаришининг бузилиши билан

характерланади. Бу касаллик тўғрисида 1888 йилларда ёзилган бўлиб, 1933 йилда Шегрен томонидан тўлиқ маълумот берилган.

Шегрен синдромининг характерли белгилари:

-кератаконъюнктивит –конъюктива ва мугуз парданинг қуриши ва атрофияси;

-ксеростомия- оғиз бўшлиғини қуриши;

-ревматоидли полартирит.

Этиология ва патогенези. Касаллик асосан 40-70 ёшлардаги аёлларда учрайди.

Бу касалларни текширилганда гипергаммаглобулинемия, кон зардобда антинуклеар омиллар аниқланганлиги учун Шегрен синдроми аутоиммун синдроми касалликлари ҳисобланади.

Клиник кўриниши. Кўп йиллар олиб борилган текширишлар натижасида Шегрен синдромининг асосий белгиси аста секинлик билан ривожланувчи экзокрин безлар функциясини камайиши ҳисобланади. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ўзгаришлар касалликнинг биринчи белгиларидан бири ҳисобланади. Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар асосий сабабчиси сўлак безларининг дисфункциясидир. Сўлак ёпишқоқ ва шилимшиқ сифат бўлади, ишлаб чиқариш камайиб боради. Тил қизил рангда, қуруқ ва силлик бўлади. Беморлар тилни ачишишидан шикоят қилади. Оғир шаклларида беморлар қуруқ овқатларни ейишга қийналади. Шегрен синдроми билан касалланган беморларда ўта фаол ривожланувчи кўплик карисс, айрим ҳолларда пародонтнинг оғир шакллари ривожланиб, тишларни тушишига сабаб бўлади. Лаб қизил хошияси қизарган, қуруқ ва тангачасимон қопламалар билан ўралади. Лаб бурчакларида ёриқлар пайдо бўлади. Қулоқ олди сўлак безларини ўсмасимон катталашиши ва бўлақларга бўлиниши мумкин. Бир вақтнинг ўзида тилости ва жағости сўлак безларини катталашиши аниқланади. Нафас йўллариининг юқори қисми шилик қаватида атрофик ўзгаришлар ҳисобига қуруқ трахеобронхит ривожланади. Бурун шиллик қаватлари қуруқлашади ва пўстлоқ ҳосил бўлади. Вақт ўтиши билан касаллик оғирлашиб, инфекция қўшилиб, овоз бўғилиб, хириллаб қолади. Кўпчилик беморларда терининг қуруқлашиши ва пўст ташлаши-ксеродермия - кузатилади. Терида яллиғланиш, рангини ўзгариши кузатилади ва тер ажралиши

тўхтайдди. Шегрен синдроми билан оғриган беморларда сочлар курук ва синувчан, айрим вақтларда тўлик каллик бўлади. Бурун ва лунж соҳаларида ўзига хос эритема – телеангиэктазия пайдо бўлади. Шегрен синдромида 2/3 беморларда ревматоидли артерит, умумий лимфоаденопатия ва спленомегалия кузатилади.

Диагностика. Оғиз бўшлиғи ва кўз шиллик каватларидаги аниқ ўзгаришлар ва ревматоидли артритни кўшилиши Шегрен синдроми ташхисини кўйишга муаммо туғдирмайди.

Шегрен синдроми Пламмера – Винсон синдроми билан ташхисланади. Пламмера – Винсон синдроми бу оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва қизилўнгач шиллик каватларидаги атрофик дисфагия. Асосан аёллар касалланади. Бу касаллик асосан гиповитаминоз яъни рибофлавин ва никотин кислотасини етишмовчиликдан юзага келади. Синдромнинг клиник белгилари: ютинишни кўйинлашуви, тилни ачишиши, қизилўнгачни функционал спазми ва кардиоспазм, шиллик каватларда атрофик ўзгаришлар, оғиз бурчакларида ёриклар, терида гиперкератоз ва кўзнинг хиралашуви билан характерланади.

Даволаш. Симптоматик терапия. Кортикостероидлар буюрилади. Витаминтерапия А,Е,В гуруҳи ва аскорбин кислотаси. Левамизолни қўллаш яхши эффе́кต์ беради.

Тестлар.

1. Характерли белгилари:

- а) кератаконъюктивит, ксеростомия, ревматоидли полартирит.
- б) ревматоидли полартирит, кератаконъюктивит, гиперкератоз
- в) ревматоидли полартирит, ксеростомия, паралич
- г) паралич, ревматоидли полартирит, стоматит.

2. Ташхислаш:

- а) Даун б) Бехчет в) Пламмера – Винсон г) Папийон Лефеве́р

3. Шегрен касаллигидаги ўзгариш:

- а) оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва қизилўнгач шиллик каватларидаги атрофик дисфагия. б) экзокрин безларнинг сўлак ишлаб чиқаришни бузилиши

- в) оғиз бўшлиғи ва теридаги кератоз, гиперкератоз ўзгаришлар
- г) оёқ ва қўлларда қон айланишини бузилиши

4. Касалликни келиб чиқиш сабаби:

- а) рибофлавин ва никотин кислотасини етишмаслиги
- б) гормонлар етишмаслиги
- в) кальций ва фосфат етишмаслиги
- г) цианокобаламин етишмаслиги.

Хейлитлар.

Лаб қизил хошияси тери ва шиллик қават орасидаги ўтувчи соҳа ҳисобланади. Унда тук ва тери безлари йўқ. Шиллик ости қавати йўқ. Шиллик қават ва мускул қават орасида кўплаб майда сўлак безлари бор. Лаб қизил хошиясида ёғ безларини кўз билан кўриш мумкин. Лаб қизил хошиясидан шиллик қаватга ўтгандан кейин ёғ безлари йўқолади. Ва бошқа ўзига хос майда безлар пайдо бўлади. Бу лабнинг ранги лабдаги бириктирувчи тўқималардаги кон томир капиллярлар тўрига боғлиқ бўлади. Безлар оксилли суюқлик ишлаб чиқаради.

Хейлит – патологик жараён бўлиб, лаб қизил хошияси, шиллик қават ва унинг атрофидаги терининг яллиғланишидир.

Этиологияси – механик, химик, температура, физик ва аллергиялик факторлар. Чакирувчи факторлар – лаб куриши, кичик ёриклар, рецидивли герпес, эндокрин системасини бузилиши, рухий зўриқиш, чарчаш, иш шароити ва ирсий сабаблардир. Кечиши – ўткир, сурункали ва рецидивли.

Хейлитларнинг замонавий таснифи.

2 та гуруҳга бўлинади. (А.Л.Машкиллейсон ва С.А.Кутин)

1. Аниқ хейлитлар:

- Эксфолиативли хейлит
- glandуляр хейлит
- алоқали(контакт)хейлит
- метеорологик хейлит
- актиник хейлит

2. Симптоматик хейлитлар:

- атопик хейлит
- экзематозли ва плазма хужайрали хейлит
- макрохейлит (Мелькерсон-Розентал синдроми)
- гиповитаминозли хейлит ва сурункали лаб ёрилиши

ЭКСФОЛИАТИВЛИ ХЕЙЛИТ

Эксфолиативли хейлит лаб кизил хошиясининг жароҳатланиши билан кечадиган сурункали касаллик. Эксфолиатив хейлит 2хил шаклда бўлади: курук ва экссудативли. Лаб бурчаги ва тери жароҳатланмайди.

Курук шаклида – жароҳат лента шаклида лабнинг бир бурчагидан иккинчи бурчаги томон тортишувчи мугуз ҳосил қилади. Сарғиш ёки сарғиш жигарранг тангачалар лаб кизил хошия марказида мустаҳкам бирикади ва четлари қисман қолади. 5-7 кундан кейин тангачалар осон олинади, ости оч кизил рангда бўлади, эрозия бўлмайди. Лаб курук, доим кепакланади, эрозия йўқ, узок давом этади. Пастки лабда учрайди. Беморлар лабнинг қуриши ва қуйишидан шикоят қилади. Даволаш: комплекс, патогенетик терапия, эндокринолог, психоневролог билан бирга олиб борилади. Транквилизаторлар ёки нейролептиклар (феназепам 0,0005 г 3маҳал 1кунда, седуксен, элениум), иммунитетни озиқувчи дори воситалари, вегетотропли препаратлардан (балласпон 1 таб 3 маҳал 1 кунда), иглотерапия, кортикостероид мазидан фонофорез, рентгентерапия, витаминотерапия (А В), антидепрессантлар (амитриптилин 0,025 г 2 маҳал 1 кунда), траквилизатор триоксазин 0,3 г 3 маҳал 1 кунда, лабни ёғли мазь ва кремлар билан химоялаш.

Экссудатив шакли – сурункали касаллик бўлиб, лаб шишган, катталашган, кип-кизил рангда бўлади. Лаб кизил хошиясида тангачали мугузли сарғиш ёки сарғиш жигарранг ҳосилалар оғиз бир бурчагидан иккинчи бурчагигача коплайди. Жараён терига ўтмайди. Асосан лаб кизил хошиясида –Клейн соҳасида жойлашади. Эксфолативли хейлитни экссудатли шаклида капилляр кон томирлар ўтказувчанлиги бузилиши оқибатида яллиғланиш белгилари бўлиб, кўплаб мугузли тўқима ҳосил қилади. Ҳар 3-6 кунда максимал ривожланиш кузатилади.

Диф диагностика

Белги	Эксфоалитив хейлит	Атопик хейлит	Метеорологик хейлит
Ёши	20-40	7-17	20-85
Жинси	кўпинча аёллар	фарқи йук	кўпинча эркеклар
Клиник кечиши, шакли	экссудатли, курук, кечиши монотонли	Сурункали, куз – киш фаслида кўзгалади. 19-20 ёшида тузалади.	сурункали
Элементлар	Экссудат, пўстлок кобик	Эритема, лихенизация, ёрик	кепаклар
Локализация	Ленгасимон кизил хошияни ярими, Клейн соҳаси тери соғлом	кизил хошия ва оғиз бурчаги тери зарарланади	кизил хошияни барча юзаси
Гистология	Акантоз, паракератоз	Акантоз ва паракератоз, инфильтрация	гиперплазия инфильтрация
Малигнизация	йўк	йўк	факультатив рак

Характерли клиник кечиши – сурункали бўлиб, жароҳатланиш ўта чегараланган бўлади, эрозия бўлмайти ва узок кечади. Беморлар лаб куриши ва унда ҳосил бўлган тангачаларни тишлаб олишдан шикоят қилади. Оғрик ва куйиш кузатилади. Оғиз ярим очик. Эксфолативли хейлитни экссудатли шакл ҳолда бўлади. Касаллик ўз-ўзидан тузалиб, ремиссия даври билан алмашиб туради. Характерли белгиси оғиз шиллик кобиғи ва тери жароҳатланмайти. Эксфолативли хейлитни экссудатли шакли экзематозли хейлит, актиник хейлит ва пуфакчадан фарқланади.

Актиник хейлит – жароҳат лаб кизил хошиясини бутун юзасини эгаллайди. Везикулалар ўрнида шиш ва эрозия бўлади.

Пуфакча – пўрсидок тўкималар олинганда эрозия бўлади. Никольский симптоми мусбат бўлади. Суртма текширилганда акантолик хужайралар бўлади. Пўрсидоклар лаб кизил хошиясидан ташқари оғиз бўшлиғини бошқа соҳаларида ҳам тошмалар бўлади.

Экзематозли хейлит - лаб кизил хошиясининг жароҳатланиши юз терисининг жароҳатланиши билан аралаш ёки қобикланган ҳолда бўлади. Полимофизимлиги билан характерланади.

Даволаш-соғайиш билан тугалланади. Даволаш асосан патогенетик комплекс олиб борилади. Беморларга Букки нурларини буюриш ҳам яхши натижа беради. Ҳафтасига 200 Кдан 2 марта буюрилади. Эксфолиатив хейлитнинг даволаш шакли ва оғирлик даражаси бўйича олиб борилади:

1. Оғиз бўшлиғи гигиенасини ўргатиш.
2. Оғиз бўшлиғини санация қилиш.
3. Умумий даволаш усулларини қўллаш.
4. Поливитаминлар, витамин гр. В, А, Е.
5. Маҳаллий даволаш:
 - 1) Антисептиклар билан аппликация.
 - 2) Электрофорез эрбисол препарати (ЛКХ га анод орқали 5 минутдан 5-7 процедура.)
 - 3) Седатив(тинчлантирувчи) терапия-Палора 1та таб 1кунда 1маҳал
 - 4) Дезинтоксикацион терапия – Лоратал, тавегил, супрастин 1таб. 1кунда 1 маҳал
 - 5) Иммуномодулятор-эрбисол 2,0мл 5кун мускул ичига (оғир шаклида)
 6. Психолог маслаҳати.
 7. Аникланган йўлдош касалликларини мутахассис ёрдамида даволаш.

ГЛАНДУЛЯР ХЕЙЛИТ.

Гландуляр хейлит –лаб кизил хошияси (Клейн соҳаси) билан шиллик қаватга ўтиш соҳасида жойлашган майда сўлак безчаларини гипертрофия ва гиперфункцияси билан характерланади. Кўпроқ пастки лаб жароҳатланади. Гландуляр хейлит бирламчи ва иккиламчи хейлитларга бўлинади.

Бирламчи оддий glandуляр хейлитни кўпчилик олимлар сўлак безининг туғма аномалияси деб ҳисоблашади. Кўпроқ 20 ёшдан ошган эркакларда учрайди. Клейн соҳасида жойлашган майда сўлак безчаларининг тешикчаларини кенгайганлиги билан характерланади. Лаб юзасида сўлакнинг чиқиш йўлларида кизил

пукталар кўринишида кўзга ташланади. Гипертрофияланган сўлак безлари оғиз бўшлиғи шиллик қатламида думалок каттик тўғноғич боши катталигида ҳосила бўлади, пальпацияга сезилади. Сўлак безининг чиқарув йўлларида катта сўлак томчиси кўринади. Бу “Шудринг симптоми” дейилади. Меъёردа кичик сўлак безчалар билинмайди. Сўлак чиқарув йўлларида тугунчали сўлак ажратувчи тўқима гипертрофияси ҳосил бўлади. Айрим ҳолларда сўлак канали устида айланма лейкоплакия ҳосил бўлади. Лабга микроб тушиши оқибатида яллиғланиш жараёни пайдо бўлади. Яллиғланиш жараёни сўлак безининг атрофидаги шиллик қаватга тарқалиши мумкин. Кўплаб сўлак ажралиши оқибатида лаб кизил хошиясида мацерация бўлиши ва қуруклашади. Бунинг оқибатида ёрилиш, эрозия, турли рақ олди жароҳатлари ривожланади.

Иккиламчи гландуляр хейлит – лаб шиллик қавати ва кизил хошиясида сурункали яллиғланиш жароҳатлари оқибатида сўлак безчаларининг гиперплазия ва гиперфункцияси юзага келади. Туғма аномалия эмас. Шунинг учун иккиламчи гландуляр хейлит дейилади.

Йирингли гландуляр хейлит – сўлак безчалари ичига пиогенли инфекция киришидан бўлади, оғрикли, шишган, калин ёпишқок сариқ кўк караш билан қопланган бўлади, абсцесс пайдо бўлиши, кейинчалик хавфли ўсмага айланиши мумкин. Регионал лимфа безлари катталашган, оғрийди.

Даволаш: Асосий даволаш усули электрокоагуляция. Жуда ингичка (сочсимон) электрод ёрдамида сўлак беzi чиқарув тешиклари куйдирилади.

Кириодеструция ва жаррохлик усули билан даволанади. Иккиламчи гландуляр хейлитни эрозия ва ярали асоратида гепарин мази + солкосерил гели билан даволаш яхши натижа беради. Плёнка 2-3 кун сақланади, антимикробли, яллиғланишга қарши, десенсибиловчи терапия кўлланилади.

КОНТАКТЛИ (АЛОҚАЛИ) АЛЛЕРГИК ХЕЙЛИТ

Контактли (алоқали) аллергик хейлит – лаб кизил хошияси ва терисини ҳар хил химик моддаларга сезувчанлик ошиши сабабли пайдо бўлади. (лаб помадаси, крем, химик қалам, ручка, тиш пастаси, резина респератор, пластмассали мундштук ва х.к).

Аллергик жароҳат лаб қизил хошияси ва камрок лаб терисини жароҳатлайди. Аллерген билан контакт бўлган жойда аниқ чегараланган эритема ва пўст ташлаш кузатилади. Касаллик узок давом этса лаб курук ва унда майда ёрикчалар пайдо бўлади. Лаб шишган, пуфакли тошма, майда эгатча ва ёрикчаларни кўриш мумкин. Беморлар оғрик, лаб куриши, ачишиши ва кичимсирашидан шикоят қилади.

Ташхислаш: Алоқали аллергия хейлит эксфолиатив хейлитнинг курук шакли билан ташхисланади. Эксфолиатив хейлитда жароҳат Клейн соҳасида қизил хошияда ўртасида жойлашади. Лаб қизил хошия юзасини тўлиқ эгалламайди, терини жароҳатламайди ва эритема бўлмайди.

Даволаш – аллергия алоқали хейлитни келтириб чиқарадиган химик омилларни бартараф этиш. Енгил шаклларида маҳаллий даволаш-кортикостероидли малҳамлар билан аппликация қилиш. Оғир шаклларида десенсибиловчи терапия қўлланилади.

МЕТЕОРОЛОГИК ХЕЙЛИТ

Метеорологик хейлит. Сабаби – метеорологик омиллар, йилни даврига алоқаси йук. Метеорологик омилларга хаво намлигини юқори ва паст бўлиши, шамол, совук, қуёш нурлари ва бошқалар қиради. Кўпинча пастки лаб жароҳатланади, эркакларда кўпроқ учрайди. Метеорологик хейлит билан териси оппок, нозик ва курук инсонлар жароҳатланади. Метеорологик хейлитда лаб қизил хошияси, кўпроқ пастки лаб тўлиқ зарарланади. Лабни қизил хошиясини барча юзаси нотекис гиперимия, енгил инфилтрат, лаб курик ва кипиксимон тангачалар билан қопланади. Беморларни лабни куриши, тортилиши безовта қилади ва худди таранглашгандек сезилади. Шунинг учун кўпчилик беморлар лабини тўхтамай ялашга ҳаракат қилади. Бунинг оқибатида қизил хошия куруклашади, кепакланиши, пўст ташлаш ва инфилтрация қучаяди. Тери ва лаб шиллик қавати ўзгармайди. Касаллик сурункали кечади, вақтида даволанмаса рак олди касалликлари ривожланиши мумкин.

Даволаш – сабабни йукотиш, кортикостероидлар маз, витаминлар (В группаси), ёғли (картолин, наматак ёғи) витаминли аралашмалардан аппликация.

АКТИНИК ХЕЙЛИТ

Актиник хейлит – Фотодерматоз белгиларидан хисоланади. Ультрафиолет нурига ўта сезувчан кишиларда бўлади, кўпинча 20-60 ёшли эркакларда учрайди. Қуруқ ва экссудатли шакллари бор.

Клиникаси. Касаллик асосан баҳор - ёз вақтларида кўзгалади ва куз-қиш даврида ўз-ўзидан ремиссия ҳолатига ўтади. Актиник хейлитнинг қуруқ шаклида пастки лаб қизил хошияси алвон рангда, юзаси қуруқ майда кумушсимон –оқ тангачалар, кепаклар билан қопланади. Тепа лаб ва тери камдан –кам ҳолатларда зарарланади.

Актиник хейлитнинг экссудатли шакли ўткир аллергик контакт дерматит клиникасига ўхшаш бўлади. Енгил шишган пастки лабнинг қизил хошиясида алвон рангли эритема, устида майда пуфаклар пайдо бўлади. Пуфаклар ёрилиб ўрнида эрозия юзасида пўстлоқ ҳөсил бўлади. Беморларни ачишиш, қичимсираш, баъзи вақтларда сўриклар пайдо бўлади. Касаллик узок давом этса, қизил хошияни дағаллашиши қотиши кузатилади, бунинг оқибатида эрозия, ёрик ва яралар пайдо бўлиши мумкин. Узок вақт битмайдиган эрозия ва яраларни тубини қаттиклашиши, рак олди касалликларини ривожланишига сабаб бўлади

Диагностикаси касаллик клиникаси ва анамнезига асосан қўйилади.

Даволаш – қуёш нурларидан ҳимоя қилувчи маз ва кремлар суртиш, очик қуёшда кўп юрмаслик тавсия этилади. Кортикостероидли мазлар, витаминлар ичишга (В группа, РР) буюрилади.

СИМПТОМАТИК ХЕЙЛИТЛАР:

- атопик хейлит
- экзематозли ва плазма хужайрали хейлит
- макрохейлит (Мелькерсон-Розентал синдроми)
- гиповитаминозли хейлит ва сурункали лаб ёрилиши

АТОПИК ХЕЙЛИТ

Атопик хейлит – атопик дерматит терида ёпишган яримида учрайди, асосан оғиз бурчагида. Лабнинг бу жароҳати илгари адабиётларда Экзематозли хейлит, Себореяли хейлит каби номлар билан юритилган. Атопик хейлит 7-17 ёшли бола ва ўсмирлар орасида кўпроқ учрайди.

Этиология ва патогенези. Касалликни ривожланишида генетик омиллар, аллергенлар - озиқ-овқат маҳсулотлари, дори воситалари, чанг ва микроорганизмлар ҳамда аутоаллергенлар сабаб бўлиши мумкин. Сабаби генетик, куз ва кишда хуруж килади, кўпинча бронхиал астма, аллергик астма билан бирга кечади. 25-30 ёшда ўзидан йўқолади

Клиник кўриниши. Атопик хейлитда лаб кизил хошияси ва унга яқин ёпишган тери яъни оғизнинг бурчак соҳаси жароҳатланади. Лаб кизил хошиясининг оғиз бўшлиғи шиллик каватига ўтиш жойи жароҳатланмайди. Касаллик лаб кизил хошиясининг кичимсираши ва пушти рангли эритема пайдо бўлиши билан бошланади. Айрим вақтларда лаб ва терида шиш пайдо бўлиши мумкин. Беморларда кичимсираган соха устида пўстлок хосил бўлади. Ўткир яллиғланиш жараёнлари тезда пасайиб, лабда лихенизация пайдо бўлади. Лихенизация – бу узок яллиғланиш жараёнида шиллик кават эластиклиги йўқолиб, чизикли калинлашиб, бурмага (складка) йиғилмаслиги. Кизил хошияда инфильтрация жараёнлари ривожланиб, майда тангачаларни пўстлокланишини кўриш мумкин ва юзаси худди кесилганган эгатчалар кўриниши эга бўлади. Жараён аста секинлик билан пасаяди, лекин оғиз бўшлиғи бурчаги тери соҳасида инфильтрация ва майда ёриклар узок вақт сакланади. Атопик хейлит билан оғриган беморларнинг юзини териси курук ва шўралайдиган, пўст ташловчи бўлади.

Диагностика. Касаллик узок вақт давом этади ва куз-киш фаслларида кўзғаяди. 19-20 ёшда, яъни тўлик жинсий стилиш даврида тузалиб кетади.

Даволаш – десенсибиловчи, антигистамин дори воситалари, витаминлар, седатив, кортикостероидлар буюрилади. Маҳаллий кортикостероидли мазлар кунига 4-5 маҳал тавсия қилинади.

ЭКЗЕМАТОЗЛИ ХЕЙЛИТ

Экзематозли хейлит – нейроаллергик таъсирдан терини сурункали рецедивли умумий экземадан пайдо бўлади. Касаллик ташки ва ички омиллар таъсиридан юзага келади. Ўткир ва сурункали турлари фаркланади. Касаллик асосан лабни кизариши ва пуфакчаларни юзага келиши ҳамда кичишиш билан характерланади.

Лаб экземаси бошқа экземалардай ўткир ва сурункали бўлади. Лаб экземаси ўзи алоҳида ёки тери экземаси билан қўшилиб келиши мумкин. Лаб экземаси полиморфлиги билан характерланади: эритема, майда тугунчалар, пуфакчалар, тангачасимон қопламалар, пўстлок ва майда ёрикчалар шаклида тошмалар кўринади, сурункали кечишида инфильтрация, майда кепаклар, оғиз бурчагида узок вақт битмайдиган ёриқлар бўлади.

Клиник кечиши. Қизарган, шишган, қуруклашган, эрозия, ёриқлар, пўстлокчалар ҳосил бўлиши билан кечади. Касал куйдириш ёки қичимсирашдан шикоят қилади. Экзематоз хейлит узок муддат кечади ва тез-тез қайталади. Экзематоз хейлит қонида замбуруғи бор ёки замбуруғли стоматитлар билан қўшилиб келиши мумкин. Баъзан оғиз бурчагида яралар кўринишида учрайди. Яраларнинг диффуз қизаришига, лабнинг ёрилишига ва кипикланишига олиб келади.

Давслаш.

Давслаш – самараси ўз вақтида аллерген йўқотишга боғлиқ.

Антигистаминлар, кортикостероидлар (аэрозоль, мазь), иммуномодуляторлар, седатив препаратлар (валерина, бром), витаминлар (В группаси, С), хуруж даврида маҳаллий антисептиклар (кўрғошинли сув, кваслар, Буров суюқлиги) ишлатилади. Ёғли аралашма (55 ихтиол + 10% ли нафталан нефтли мази) суркалади.

Микробли экземаларда кортикостероид ва антибиотиклар аралашмасидан тайёрланган мазь ва аэрозоллар ишлатилади: Лоринден С, Дермозолон, оксикорт аэрозоли.

Мелькерсон - Розентал синдроми (Россалимо)

Макрохейлит

Бу касаллик тўғрисида 1901 йилда Г.И. Россалимо, 1928 йилда швед врачлари Мелькерсон, 1931 йилда Розенталлар маълумот беришган. Касаллик лабнинг ангиотрофик шиши ва юз нервини бир томонлама параличи ҳамда тилнинг бўғимланиши билан характерланади. Макрохейлит лабнинг ҳажми жиҳатидан катталашишидир.

Этиопатогенези: келиб чиқиш сабаби тўлиқ ўрганилмаган. Полиэтиологик тавсифга эга. Кўпчилик муаллифларнинг фикрича

касаллик наслий, гематоген, нейродистрофик ва инфекцион касаллик деб айтилади.

Клиник кўриниши: Бу касаллик аёллар орасида кўпрок учрайди. Касаллик юз териси, оғиз шиллик каватида шиш пайдо бўлиши билан бошланади. Аввал юкори лаб шишади, кейин пастки лаб, кам холларда бир ёки иккала лунж шишади. Касалликнинг бирламчи белгиси сифатида юзда невралгия типигаги оғрик, кейинчалик юз нервининг параличи кузатилади. Касаллик тўсатдан бошланади. Бир неча соат ичида шиш бир ёки иккала лабда пайдо бўлади. Шиш 3-6 кундан бошлаб 1 ойгача сакланиб туриши мумкин. Лаб шакли ўзгаради. Лаб четлари буралиб, хартумча шаклига киради ва тишлардан ажралиб туради. Шунинг учун бу касалларни “тапир башара” дейилади. Айрим холларда лаб ўзига нисбатан 3-4 марта катталашади. Бир томони иккинчи томонига нисбатан кўпрок шишган бўлади. Айрим вақтларда шиш бурун ёки энгак соҳаларини эгаллаши мумкин. Кучли шиш пайдо бўлганда, нутқ, мимика ва овкат чайнаш жараёнлари ҳам бузилади. Шишган лаб ок кизил рангда бўлиб, таранглашади. Пайпаслаганда из қолмайди. Лаб тўкимаси каттиклашади, лекин склерозланмайди. Шишлар кўпчилик беморларда доимий сакланиб қолади. Вақт ўтиши билан камайиши мумкин. Шишнинг юзага келиш даражаси кун давомида ўзгариб туради ва таркалувчан бўлади. (лунж, танглай, тил, бурун ва х.з).

Мелькерсон Розентал синдромида камдан кам холларда лунжда чегараланган (кобикланган) шиш пайдо бўлади. Бундай ҳолат грануламатоз макрохейлит (гранулематоз парсит) деб аталади. Гранулематоз парсит бир томонлама бўлади. Шиш лунжни бутун қалинлигини эгаллайди. Шиллик кават шишган, хамирсифат ҳолатда бўлиб, тишларни изини кўриш мумкин. Шишган соҳаларда оғрик ва яллиғланиш жараёнлари бўлмайди, бу характерли белгиларидан биридир.

Мелькерсон -Розентал синдромида жароҳатланган соҳа жойига қараб 3та симптом фаркланади.

Мелькерсон -Розентал синдромининг биринчи симптоми суяк тўкимасида аниқ чегараланган деструктив ўчоқларни пайдо бўлиши. Юкори ва пастки жағдаги тишлар илдизи учиде гранулёмали ўзгаришлар кузатилади. Бу ўзгаришлар пульпага таъсир қилмайди, эндодонтик даволашсиз тузалади. Жараён рентген орқали аникланади. Бундай гранулёмали Мелькерсон - Розентал

синдромининг биринчи симптоми бўлиб, шишлар асосан пешона, қовоқ соҳаларида пайдо бўлиши мумкин.

Мелькерсон - Розентал синдромининг иккинчи симптоми юз нервдаги ўзгаришлар: оғизда турли хил нокулай сезгиларнинг пайдо бўлиши, ринопатия, сўлак ажралишидаги ўзгаришлар. Айрим ҳолларда продромал ўзгаришлар кузатилади: невралгия, бош оғриғи -мигрен кўринишида пайдо бўлади. Бу жараёндан кейин юз нервининг параличи юзага келади. Юз мушакларининг ярмини тонуси йўқолади, кўз олмаси кенгайди ва оғиз бурчаги пастка тушади. Юз нервининг параличи аста секинлик билан ўтади. Вақти вақти билан кўзғалиш - рецидив бўлиб туради. Юз нервининг

икки томонлама параличи камдан кам ҳолларда кузатилади.

Мелькерсон Розентал синдромининг учинчи симптоми - бу тилнинг бурмали шаклга кириши. Клиник жиҳатдан тилнинг шиши ва тенгсиз қолатда катталашиши сезилади. Дастлаб оч пушти рангда, кейин сарғиш пушти рангли доғ ёки чизикли текислик шаклида соҳалар юзага келади. Тил катталашиб, кам ҳаракатланади. Тилнинг орқа қисмига ва илдизига жараён таъсир қилмайди.

Ташхислаш:

Белгиси	Умумий клиник белгилар	Фарқи
Квинки шиши	Лаб ва юз тўқималарини катталашиши	Анамнезида аллергия. Тезлик билан ривожланувчи ва тарқалувчи шиш: юз, тил, бўйин, нафас йўллари
Лимфангиома	Лаб ва юз тўқималарини катталашиши	Лимфа тўқимли хавфсиз ўсма, секинлик билан йиллар давомида ўсади
Гемангиома	Лаб ва юз тўқималарини катталашиши	Туғма, қон томирларидан пайдо бўладиган хавфсиз ўсма, секин катталашади, қизғиш биннафша рангли, пальпацияга йўқолади.
Лаб абсцесси	Лабнинг катталашиши	Кучли оғрик, юқори температура, анамнез, аниқ жойини кўрсатади.

Мелькерсон Розентал синдроми оқибати яхшилик билан тугайди.

Даволаш: жаррохлик ва консерватив усулларда ўтказилиши мумкин

1. Консерватив даволашда кортикостероид ва антибиотиклар биргаликда қўлланилади:

Кортикостероидлар: преднизолон 20-30 мг 1 кунда, дексазон 2-3 мг 1 кунда

Антибиотиклар: окситетрациклин ёки эритромицин 800 000-1 000 000 ЕД 1 кунда.

2. Малярияга қарши дори воситалари хингамин 0,25 г кунига 2 маҳал.

3. Десенсибиловчи ва антигистамин дори воситалари буюрилади.

4. Поливитаминлар буюриш.

5. Вирусга қарши дорилар (ацикловир ва герпесга қарши вакцин).

6. Макрохейлитларни даволашда гепарин мази билан электрофорез ўтказиш ва жароҳатланган шиш соҳага димексид ва гепарин мази аралашмаси билан аппликация қилиш яхши натижа беради.

7. Лазертерапия даволаш курси 2 минутдан 10-15 сеанс.

Тестлар.

1. Мелькерсон Розентал синдромининг характерли белгилари:

- а) пародонтит
- б) макрохейлит
- в) бурамали тил
- г) пуфак
- д) юз нерви параличи

2. Гранулематоз парент кузатилади:

- а) квинке шиши
- б) Даун касаллиги
- в) Боуен касаллига
- г) макрохейлит
- д) Манганотти хейлити

3. Мелькерсон Розентал синдромининг кечиши:

- а) ўткир
- б) сурункали
- в) ремиссия
- г) сурункали қайталанувчи

4. Макрохейлитдаги патологик жараёнлар:

- а) склероз
- б) пуфаклар
- в) афта
- г) шиш, паралич
- д) эрозия ва яралар

5. Мелькерсон Розентал синдроми ташхисланади:

- а) лейкоплакия
- б) гемангиома
- в) квинке шиши
- г) лаб абсцесс

СУРУНКАЛИ ЛАБ ЁРИҒИ

Касаллик тез-тез учраб туради. Ҳамма ёшда ва иккала жинсда бир хил учрайди.

Касалликни ривожланишида лаб тузилишининг ўзига хослиги ва сурункали травмалар мавжудлиги. Айниқса лаб марказида чуқур эгатчаларни мавжудлиги сурункали ёриқларни риволанишига туртки бўлади. Ҳар хил метеорологик омиллар лаб кизил хошиясини куруклашишига олиб келиши мумкин, бунинг натижасида лабнинг эластиклиги йўқолади ва ёриқлар пайдо бўлади. Гиповитаминоз А ва В гуруҳи ҳам сурункали ёриқларни пайдо бўлишига таъсир қилади.

Клиник кўриниши. Лабда битта чуқур чизикли ёриқ пайдо бўлиб, кизил хошияда кўндаланг жойлашган ва оғриқ билан характерланади. Ёриқ битта марказда ёки 1-2 та марказдан четрокда бўлиши мумкин. Лабдаги ёриқ ҳеч қачон терига ўтмайди. Айрим вақтларда ёриқ усти жигар ранг қобик парда билан ёпилган бўлади, атрофида яллиғланиш жараёнлари бўлиши мумкин. Чуқур бўлмаган ёриқларда кечаси тинч ҳолатда эпителизация жараёни бошланиши мумкин. Эрталаб яна ҳаракатланганда ёриқларни очилиши ва

қонаши кузатилади. Жароҳат узок давом этса ёрик четларидаги тўкмаларни каттиклашиши ва дағаллашиб қотиши кузатилади.

Қиёсий ташхислаш:

Белгиси	Умумий клиник белгилар	Фарқи
Оддий герпес	Лаб қизил хошиясининг рецидивли жароҳати	Терига тарқалувчи герпес, 6-7 кунда тузалади. вирусли этиология. Ёрик узок давом этади.
Витамин В12 дефицитли анемия	Ёрик оғиз бурчаги соҳасида, оғрикли, қонайди	Лабдаги ёрик рецидив бермайди. Қон анализи
Лабнинг ўткир ва сурункали травмаси	Лабда оғрик, овқат қабул қилиш ва қулишда оғрик	Лаб қизил хошиясида гинперемия, эрозия, яра. травматик омил бартараф этилса тезда тузалади.

Давоси. Патогенетик. Келиб чиқиш сабабини аниқлаш ва бартараф этишдан иборат.

1. Антибиотиклар ва кортикостероидлар (оксикорт, Лоринден С) буюриш – яллиғланиш жараёнларини тўхтатиш учун

2. Эпителизация жараёнларини тезлаштириш мақсадида - каротолин, шиповник ёғи, облепиха ёғи, солкосерил, асвит.

3. Витаминотерапия-вит. А ичиш (1-1.5 ой), витаминлар В2, В6 ва РРни қабул қилиш яхши натижа беради.

4. Узок давом этган битмайдиган ёриklar жарроҳлик усули билан даволанади.

ОГИЗ БЎШЛИГИ ШИЛЛИК ҚАВАТИ, ЛАБ ҚИЗИЛ ХОШИЯСИ ВА ЮЗ ТЕРИСИНИНГ САРАТОН ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Саратон олди касалликларининг умум қабул қилинган алоҳида таснифи мавжуд эмас. Рак олди касалликлари жойлашишига қараб (локализация) системалаштирилади: оғиз бўшлиғи шиллик қавати, лабнинг қизил хошияси ва юз териси (оғиз атрофи) рак олди касалликларига бўлинади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати рақ олди жараёнларининг таснифи (классификацияси)

1. Юқори тезликда ёмон сифатлига ўтувчи (облигат) ўсмалар: Боуен касаллиғи, эритроплазия Кейра, Абразивли преқанцерозли Манганотти хейлити ва бошқалар

2. Секин ёмон сифатлига ўтувчи (факультатив) ўсмалар: Лейкоплакия, Папилломатоз, Кератоакантома

1. Қизил силсимон яранинг гиперкерототик ва эрозив ярали формаси

2. Қизил ясси темираткининг эрозив-ярали ва гиперкерототик формаси

3. Нурланишдан кейинги стоматит.

Лаб қизил хошиясининг саратон олди жараёнларининг таснифи

Юқори тезликда ёмон сифатлига ўтувчи (облигат) ўсмалар

1. Сўгалли (предрак) рақ олди ҳолати

2. Чегараланган гиперкератоз

3. Манганотти хейлити

I. Секин ёмон сифатлига ўтувчи (факультатив) ўсмалар

1. Лейкоплакия (веррукоз формаси)

2. Кератоакантома

3. Тери шохи (кожный рог)

4. Папиллома

5. Қизил темиратки ва қизил силсимон яранинг эрозив ярали ва гиперкерототик формаси

6. Нурланишдан кейинги хейлит

Терининг саратон олди жараёнлари таснифи

I. Юқори тезлик билан ёмон сифатли ўсмага ўтувчи (облигат) ўсмалар

1. Пигментли ксеродерма

2. Боуен касаллиғи. Кейр эритроплазияси

II. Секин ёмон сифатлига ўтувчи (факультатив) ўсмалар

1. Терининг нурланишдан кейинги кечикқан яраси

2. Тери шохи (кожный рог)

3. Актиник кератоз
4. Маргимуш кератози
5. Сил яраси
6. Трофик яралар ҳамда сурункали яралар ва гранулематоз емиришлар (мохов, захм, сил яраси ва чуқур микозлар)

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати, лаб қизил хошиясининг энг систематик ва тўлиқ таснифи А.Л.Машкилейсон томонидан 1990 йилда таклиф қилинган.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати, лаб қизил хошияси саратон олди касалликларининг таснифи

I. Облигатли саратон олди касалликлари:

1. Боуэн касаллиги
2. Лаб қизил хошиясининг сўгалли рақ олди ҳолати
3. Мангоноттининг чархли нотекис преқанцероз ҳейлити
4. Лаб қизил хошиясининг чегараланган рақ олди гиперкератози

II. Факультатив саратон олди касалликлари катта потенциал билан раққа ўтувчи турлари

1. Эрозив ва веррукоз лейкоплакия
2. Танглайнинг папиллома ва папилломатози
3. Тери шохи
4. Кератоакантома

III. Кам ҳолатларда ёмонлашадиган факультатив саратон олди касалликлари

1. Ясси лейкоплакия
2. Оғиз шиллик қаватининг сурункали яралари
3. Қизил югурак ва қизил ясси темираткиннинг эрозив ва гиперкеротик формалари
4. Рентгентдан кейинги ҳейлит ва стоматит
5. Метеорологик ҳейлит

Рақ олди сўзи 1896 йил дерматолог Дюбрейль томонидан таклиф қилинган. Организмдаги яхши сифатли ва безарар ўсмалар, яллиғланиш жараёнлари маълум бир шароитда ёмон таъсирлар натижасида рақ касалиги ўтиши сабабли рақ олди сўзини қўллашни таклиф қилган.

А.Л. Машкелейсоннинг (1970) маълумоти бўйича лаб қизил хошияси саратони сурункали яралар туфайли ракка айланиши лейкоплакиядан кейин иккинчи ўринни эгаллайди. Кузатишлар шуни кўрсатадики, лаб қизил хошияси раки лунжлар шиллик қавати ва тил шиллик қавати раклари сурункали узок битмайдиган яралар туфайли вужудга келади. Облигатли рак олди касалликларига юкорида айтилган тўқималарда бўладиган патологик ўзгаришларни эътиборга олиш керак, чунки булар барибир эртами кечми ёмон сифатли ўсмаларга айланади. Шунинг учун уларни канчалик эрта хирургик йўл билан даволанса шунча мақсадга мувофиқ бўлади.

Факультатив саратон олди касалликларини икки гуруҳга бўлиш мумкин. Биринчи гуруҳга касалликни кечиктирмасдан хирургик усулда элиб ташланиши лозим бўлган ҳолда патогистологик текширилиши керак бўлган формалари: папиллома, тери шохи, лаб қизил хошиясининг сурункали ёрилиши ва кератоакантома киради. Иккинчи гуруҳга консерватив йўл билан даволаш мумкин бўлган касалликлар, яъни биопсия усули билан морфологик тадбиқ қилиниши керак бўлган касалликлар: эрозив ва веррукоз лейкоплакия, қизил ясси темирлаткининг эрозив формаси, рентгендан кейинги хейлит ва стоматит, метеорологик хейлит, қизил ва силдан пайдо бўлган яралар (қизил югурак) ва кератозлар киради. Рак олди касалликлари билан оғриган беморлар албатта диспансер ҳисобга олинишлари ва назоратда бўлишлари керак.

Осиё, Африка ва Ўрта Осиё Республикалари ўтказилган текширишлар шуни кўрсатадики 5,5 % аҳоли доимо ва сурункали равишда нос маҳсулотларини истеъмол қилади, хусусан аҳолининг шу қатлами оғиз бўшлиғи шиллик қавати рак олди касалликлари билан касалланиши ва уларнинг саратонга айланиши аҳолининг бошқа қатламига караганда анчагина кўп учрайди. Носнинг таркибида тамаки дарахтининг кули, ўсимлик ёғи, оҳак ва бошқа ингридиентлар киради, шуларни тўйиб талқон ҳолига келтириб тил тагига ва лунжга қўйилади.

Саратон олди касалликларининг ривожланишида сезиларли таъсир кўрсатадиган омиллардан ишлаб чиқаришда ва кишлок хўжалигида инсонлар дуч келадиган ҳолатлар: физик омиллар (ультрабинафша нурлар, бошқа метео ҳолатлар), химик омиллар (кимё ва тўқимачилик саноатида, нефтни қайта ишлаш ва бошқа) сабаб бўлади. Химик омилларнинг ичида салмоқли ўрин

эгаллагани тамаки чекиш ҳисобланади. Тамаки тутуни таркибида 3.4% бензиперин, антрацин, пирин, мишьяк оксиди каби заҳарли моддалар борким, улар оғиз шиллик қаватига, умуман организмга заҳарли таъсир кўрсатади, унинг реактивлигини пасайтиради, патогенларга қарши курашиш қобилиятини йўқотади. Кашандалик айниқса оғиз шиллик қаватига зарарли таъсир кўрсатади. М.М. Соловьевнинг (1983) маълумотларига қараганда оғиз бўшлиғи раки билан оғриган беморларнинг 74 %ни кашандалар ташкил қилади.

Алкоголь маҳсулотларини сурункали истеъмол қилиш ҳам оғиз бўшлиғи шиллик қаватига ҳолатига салбий таъсир қилади. Кашандалик ҳамда у билан бир вақтда истеъмол қилинган спиртли ичимликлар оғиз бўшлиғи органлари ракин келиб чиқишида муҳим роль ўйнайди, чунки спиртни тозалашда ишлатиладиган мойлар канцероген таъсирга эга бўлиб раки пайдо бўлишида энг хавфли омил ҳисобланади.

Келиб чиқиши. XIX аср охирида аниқланган ва исботлаб берилган. Ультрабинафша нурланишнинг катта дозадаги таъсири организмда иммунодепрессия чақириши аниқланган, бинобарин физиологик меъёрларда олинган ультрабинафша нурланиш организмнинг чидамлилигини, қаршилиқ кўрсатиш кучини оширади.

Ионлаштирилган нурланиш канцероген омиллардан ҳисобланади. Нурли муолажалар олган (ўсмалар билан) беморлар оғиз бўшлиғи шиллик қаватида ҳам дегенератив дистрофик ўзгаришлар содир бўлади ва узок вақт сакланиб келади, ҳамда шу сохаларда ёмон сифатли ўсмалар пайдо бўлишига асос бўлиб хизмат қилади.

Электрохимик таъсирлар. Буларга мисол қилиб оғиз бўшлиғида ҳар хил металллардан ясалган тиш протезлари бўлиб, гальваник тоқларнинг юзага келиши, ҳамда шулар оқибатида оғиз бўшлиғида гиперплазия, гиперкератозларнинг пайдо бўлиши ёмон сифатли ўсмаларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади.

Сурункали травмалар. Бу гуруҳга механик травмани киритиш мумкин, бундай травмалар тишларнинг ўткир кирралари, нотўғри тайёрланган тиш протезлари ёки касбий жароҳатлар, пойафзал тикувчилар, кийим тикувчи ва бошқа касб эгаларида кўпроқ учрайди.

Термик жароҳатлар ҳам, масалан, доимо ҳаддан ташқари иссик овқат истеъмол қилувчилар, кашандалар, ширинлик пиширувчилар, ошпазлар ўз фаолиятларида доимо иссиклик билан оғиз бўшлиғи шиллик қаватида дегенератив ўзгаришлар пайдо бўлиб ёмон сифатли ўсмалар пайдо бўлишига сабабчи бўлади.

Биологик омиллар. Баъзи авторларнинг таъкидлашича биологик сифатлар ичида фараз қилинадиган омиллардан содда герпес (пуфакли темиртки, Herpes simplex) лаб қизил хошиясида кўпинча учрайдиган патологик ҳолатлардир. Яна шундай фараз қилинадиган омилларга овқат ҳазм қилиш системаси функционал етишмовчилиғи туфайли оғиз бўшлиғи эпителийсида содир бўладиган ўзгаришлардир.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИК ҚАВАТИ ВА ЛАБ ҚИЗИЛ ХОШИЯСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ.

Умум қабул қилинган ташхислаш усулларида ташқари (кўриш, пальпация, рентгенография, термография ва термометрия) махсус текшириш усуллар қўлланилади: стоматоскопия, цитологик, гистологик ва радиоизотроп усуллар шулар жумласидандир.

Стоматоскопия. Стоматология амалиётида бир неча ўн йилликлар давомида қўлланилади. Бу стоматоскоп (фотодиагностик) аппарати ёрдамида амалга оширилади. Шикастланган соҳа 20-30 марта катталаштирилган ҳолатда кузатилади. Беморни кўриш учун креслога ёки стулга ўтказдирилиб кузатиладиган соҳадан 20 см ораликда стоматоскоп ўрнатилади, бемор оғзини очиб бошини сал аппарат томонга эгади, лаб ва оғиз бўшлиғи шиллик қавати лабни қил билан чўзиб озгина чапга қилиниб текширилади. Тил кўтарилган ёки олдинга чиқарилган ҳолатда, қаттиқва юмшоқ танглай эса бемор бошини орқага чалқанча ташланган ҳолатда кўрилади.

Текшириладиган соҳа устидаги шилимшиқ парда ёки қарашларини олиш учун 2-4 % сирка кислотасининг эритмаси ишлатилади. Эритмага тўйдирилган пахта тампон 20-30 секундга ўша шикастланган ёки текширилган соҳа устига қўйилади. Сирка кислотаси таъсирида ўша шилимшиқ ёки қараш олинади, муцин рангсизланади, эпителий шишади, қон томирчалар торайиб шиллик

кават рангсизланади, бундай ҳолат 1-1,5 минут давом этади. Ана шу реакция ясси тўқимали рақда рўй бермайди (ўша соҳадаги капиллярларнинг тўла қонли бўлмаганлиги туфайли).

Рус тилида чиқарилган онкология адабиётларида “ороговение” деган сўз жуда кўп ишлатилади, бу дегани, қотиб қолиш, дағалланиш, терининг устки қавати қалинлашиб кетиши (масалан товонда) каби тушунчаларни беради. Терининг устки қавати биз биламизки эпидермис деб аталади, шу эпидермиснинг юқори қавати “мугуз, шох қавати”дан ташкил топган, шу қаватнинг қалинлашиб, қотиб дағаллашиши (ороговение) дейилади. Юқорида келтирилган сирка кислотаси билан қўйилган синовда қайси соҳада дағалланиш камроқ юзага келган бўлса ўша соҳада рангсизланиш камроқ бўлади. Қайси соҳада дағалланиш кўпроқ бўлса рангсизланиш кўпроқ бўлади(оқаради), бу милқлар қаттиқ танглай ва тил юзасида яхшироқ кўринади, чунки бу соҳалар кўпинча тез дағаллашади.

Стоматоскопияда кўпинча Шиллер синамаси қўлланилади. Патологик ўчоқни 1-2 см ўзгармаган шиллик қават билан қўшиб 1 минут 2 % Люголь эритмаси суртилади. (йод синов). Бу синовда гликоген билан тўйинган тўқималар тўқ-жиган рангга киради, гиперкератоз кўриниб турган эпителий юзаси камроқ ранги ўзгаради. Яна шуни айтиб ўтиш керакки, шиллик қават ҳамма жойда бир хил рангни кўрсатмайди. Ҳаракатдаги соҳалар (лаблар, лунжлар, ўтув бурмалари, тил ости соҳаси)да тўқ жигар рангда, лаб қизил хошияси, милқлар, қаттиқ танглай шиллик қавати, тил юзаси йоданегативлик беради, чунки булар биров дағаллашган эпителий қавати билан қопланган.

БОУЭН КАСАЛЛИГИ.

Боуэн касаллигини клиникаси оғиз бўшлиғида хилма –хил кўринишда бўлиши мумкин. Жароҳат кўпроқ юмшоқ танглай, тил, лунж ва лаб қизил хошиясида ривожланади. Чегараланган, аста секинлик билан катталлашиб ўсувчи, ўлчами 1смдан катта бўлган ва атрофида доғли тугунчали жароҳат билан характерланади. Жароҳат юзаси кизарган, бахмалдек текис силлик ҳамда сўргичсимон ўсимталар бўлади, айрим вақтларда ўчоқ юзаси майда тугунчали бўлиши мумкин. Жароҳат юзасида эрозия пайдо бўлиши, касаллик узок давом этса атрофияга учрайди лекин ранги қизил бўлади. Беморни безовта қилмайди. Клиник ташхис гистологик

текшириш натижасида қўйилади. Боуэн касаллигини характерли белгилари: шикоят йўқлиги, кўпроқ

тамаки чекувчи ва алкоголь истеъмол қиувчи эркаклар касалланади, 40-70 ёшлар орасида учрайди, касаллик 2 ойдан 2-3 йил давомида ривожланиб боради. Шиллик қаватга узок вақт таъсир қилувчи механик омилларнинг роли катта бўлади, бунинг оқибатида эпителий қаватининг бутунлиги бузилиши ва рак олди касалликлари ривожланишиги сабаб бўлади.

Давоси: жаррохлик ва нур терапия.

Абразивли преканцерозли Манганотти хейлити

1933 йилда Манганотти пастки лаб қизил хошиясида ўзига хос эрозияли ўзгариш кузатади. Бу ўзгариш ясси ҳужайрали рак касалига айланиши аниқлайди ва уни абразивли преканцерозли хейлит деб атайдди. **Абразивли преканцерозли Манганотти хейлити** – 9-12 % хавфли ўсмага айланади. Этиологияси ноаниқ. Кўпчилик муаллифларни фикрича пастки лабдаги тўқималар трофикасидаги ўзгаришлар ва А гиповитаминози муҳим рол ўйнайди. 50-80 ёшли эркаклар касалланади. Кўпинча бахорда рецидив беради. Кечиши сурункали. Лабни қизил хошиясида оғриқсиз овал ёки нотўғри шаклли эрозия пайдо бўлиб, устини енгил олинувчи пўстлок билан қопланган. Юзаси текис ялтиллаган қизил рангда бўлади. Айрим беморларда эрозия усти ялтирок қуриган эпителий билан қопланади. Эрозия асоси юмшок, гиперимияли. Эпителизация худди рецидивдай ўз ўзидан бўлади. Малигнизация белгисиз ўтади: эрозияни қонаши, юзасида сўрғичсимон ўсимталар кўриниши, тўсатдан эпителияни мугузланиши, натижасизлиги. Агар 1 ойдан ортик самарасиз даво бўлса, эрозияни жаррохлик йўли билан даволашни кўрсатади.

Тавсия қилинган дори воситалари.

Антисептиклар:	0,06% хлоргексидин, 1% перекис водород, 0,25% хлорамин, фурацилин, корсодил, мирамистин, цитсал, элюдрил
Глюкокортикоидлар:	преднизолон, дексаметазон, триамцинолон
Десенсибиловчи воситалар:	супрастин, тавегил, гистаглобулин
Антигистамин дорилар:	
Антибиотиклар:	
Вирусга қарши дори воситалари:	ацикловир, лизавир, валацикловир, тромангадин, АЦЦ, лазолван, Арбидол, Амиксин; мазьлар-0,25-0,5% оксалин мазн, 0,25- 0,5% флоренал мазн, 0,5-1% теброфен мазн, ацикловир мазн, 3% октатион мазн, 0,5% бонафтон мазн.
Замбуругга қарши дорилар:	низорал, ниестатин
Кератолитиклар	
Витаминлар:	аскорбин кислота, галаскорбин, пиридоксин, рибофлавин, никотин кислотаси, В12
Иммуностимуляторлар:	иммуноглобулин,рибомунил, эндобулин
Некротик тўқималарни олиш учун ферментлар:	трипсин, химотрипсин, химопсин, лидаза, панкреатин
Эпителизация жараёнларини тезлаштирувчи дори воситалари сок, аэрозоль, эритма,гель ва мазь ҳолатида тавсия этилади:	триметозол аэрозолн, прополис мазн, каротолн, облепиха, винилнн, гепарин мазн, солкосерил денгал адгезив, таркибида калапхоэ сокли малхам, метилурацил малхамн, кортикостерондлин малхамлар, холисал, асвит.
Малхам ва геллар:	Метронидазол, Мупидизал гель (огриксизлаштирувчи, антимиқроб, антисептик)

Фойдаланилган адабиётлар:

- 1.Терапевтик стоматология-М- Л.А.Дмитриева. 2000.
- 2.Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Под редакцией Е.В.Боровского,А.Л.Машкиллейсон. 2001.
- 3.Терапевтическая стоматология. Заболевания слизистой оболочки полости рта.Часть.Под ред.проф.Г.М.Барера.
- 4.Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари. Ж.Ризаев.
- 5.Астанакулова М.М. Совершенствование комплексной терапии экфолиативного хейлита. Дис. доктор философии по мед. Наукам (PhD); 2019

МУНДАРИЖА

КИРИШ	3
ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ГИСТОЛОГИЯСИ	4
ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ЭПИТЕЛИЙСИ ЎЗГАРИШЛАРИ	10
БИРЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР.....	13
ИККИЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР	17
ОБШҚ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ РЕЖАСИ:.....	23
ОҒИЗ БЎШЛИҒИ КАСАЛЛИКЛАРИ ТАСНИФИ.	25
ШИКАСТЛАНИШЛАР.....	27
ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВИРУСЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ	37
ЎТКИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ	37
СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ ГЕРПЕС.	39
ҚАМРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ- HERPESZOSTER.	40
ГЕРПАНГИНА.....	41
ОҚСИМ.	42
ИНСОН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ ВИРУСИ (ИИТВ)	53
КЎП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА	62
ТИЛДАГИ ЎЗГАРИШЛАР.....	66
ҚОН ВА ҚОН ЯРАТУВЧИ АЪЗОЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ	70
ЛЕЙКОЗ	71
АНЕМИЯ.....	74
ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ	82
ТАЪМ БУЗИЛИШИ (DYSGEUSIA).	92
СЎЛАК АЖРАЛИШНИ БУЗИЛИШИ	93
ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН СТОМАТИТЛАР	115
АУТОИММУН КОМПОНЕНТ ЎЗГАРИШИ НАТИЖАСИДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР.	138
СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ (РЕЦЕДИВ) АФТОЗЛИ СТОМАТИТ(СҚАС).....	139

БЕХЧЕТ СИНДРОМИ.....	147
СКЛЕРОДЕРМИЯ.....	150
ШЕГРЕН СИНДРОМИ.....	152
ХЕЙЛИТЛАР.....	155
ЭКСФОЛИАТИВЛИ ХЕЙЛИТ.....	156
ГЛАНДУЛЯР ХЕЙЛИТ.....	158
КОНТАКТЛИ (АЛОҚАЛИ) АЛЛЕРГИК ХЕЙЛИТ.....	159
МЕТЕОРОЛОГИК ХЕЙЛИТ.....	160
АКТИНИК ХЕЙЛИТ.....	161
АТОПИК ХЕЙЛИТ.....	161
ЭКЗЕМАТОЗЛИ ХЕЙЛИТ.....	162
МЕЛЬКЕРСОН - РОЗЕНТАЛ СИНДРОМИ (РОССАЛИМО).....	163
СУРУНҚАЛИ ЛАБ ЁРИҒИ.....	167
ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ, ЛАБ ҚИЗИЛ ҲОШИЯСИ ВА ЮЗ ТЕРИСИНИНГ САРАТОН ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ.....	168
ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ РАК ОЛДИ ЖАРАЁНЛАРИНИНГ ТАСНИФИ (КЛАССИФИКАЦИЯСИ).....	169
ЛАБ ҚИЗИЛ ҲОШИЯСИНИНГ САРАТОН ОЛДИ ЖАРАЁНЛАРИНИНГ ТАСНИФИ.....	169
ТЕРИНИНГ САРАТОН ОЛДИ ЖАРАЁНЛАРИ ТАСНИФИ.....	169
ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ, ЛАБ ҚИЗИЛ ҲОШИЯСИ САРАТОН ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАСНИФИ.....	170
ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБ ҚИЗИЛ ҲОШИЯСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ.....	173
БОУЭН КАСАЛЛИГИ.....	174
АБРАЗИВЛИ ПРЕКАНЦЕРОЗЛИ МАНГАНОТТИ ХЕЙЛИТИ.....	175
ТАВСИЯ ҚИЛИНГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИ.....	176
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:.....	177

**Н.Ш. НАЗАРОВА, Г.А. МУСАЕВА,
И. РАВШАНОВ, М.М. АСТАНАКУЛОВА**

**ОҒИЗ БЎШЛИГИ ШИЛЛИК КАВАТИДА УЧРАЙДИГАН
КАСАЛЛИКЛАР**

Ўқув қўлланма

Guvohnoma raqami 500-836

ISBN 978-9943-7980-6-9

Muharrir: *Qutlibika Rahimova*

Badiiy muharrirlar: *Nasiba Ergasheva, Maftuna Vahobova*

Texnik muharrir: *Elena Tolochko*

Musahhih: *Qutlibika Rahimova*

Matn teruvchi *Gulchehra Azizova*

Sahifalovchi: *Gulbahor Igamberdiyeva*

Nashriyot litsenziyasi № 7315. 2020-08-06

“QAMAR MEDIA” nashriyoti, Toshkent shahri.

Bosishga 20.05.2020 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 8

Bosmaxonaga 28.02.22 yilda berildi.

Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 10.46 bosma taboq.

Adadi: 100 nusxa. Buyurtma raqami: 54

“QAMAR MEDIA” MCHJ bosmaxonasida chop etildi. Toshkent shahri,

Yakkasaroy tumani, Qushbegi ko`chasi, 6-uy.

Murojaat uchun telefon: +998946727111



9 789943 798069

