

**Комилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Мирахмедова Д.У.,  
Ҳамроева О.Ш.**

**ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯ.  
ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ПАРДАСИ  
КАСАЛЛИКЛАРИ**  
(госпитал терапевтик стоматология фани бўйича  
тиббиёт институти стоматология факультети  
талабалари учун дарслик)

**Тошкент - 2005**

**Комилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Мирахмедова Д.У., Ҳамроева О.Ш.**

Тошкент тиббиёт Академияси терапевтик стоматология кафедраси.

**Тақризчилар:**

1. *Худойбердиев Г.И.* – ТошШМОИ стоматология кафедраси мудири, доцент
2. *Жуматов У.Ж.* – Тошкент тиббиёт Академияси терапевтик стоматология кафедраси профессори.

Терапевтик стоматологиянинг оғиз бўшлиғи шиллик парда касалликлари:

Медицина институтларининг стоматология факультети талабалари учун дарслик.

Ушбу дарслик Ўзбекистон Республикаси Давлат стандартлари асосидаги 17 июл 2002 йил тасдиқланган госпитал терапевтик стоматология фани бўйича наъмунавий дастур асосида тузилган. Биринчи бор ўзбек тилида яратилган ушбу дарслик баъзи камчиликлардан холи эмас. Шу боис муаллифлар мазкур дарсликни мазмунига доир мулоҳазаларни, таклиф ва маслаҳатларни миннатдорчилик билан қабул қиладилар.

*Олий ўқув юртлариаро илмий услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгаш Президиумининг 42-сонли мажлиси баёнига асосланиб “Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси касалликлари” - номли ўқув адабиёти тегишли ОўЮлари учун дарслик сифатида нашрга тавсия этилган.*

**Сўз боши**

Даволаш стоматологиясидан Давлат тилида дарслик йўқлиги, ўқув-услубий қўлланмаларда оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари қисқа ёритилганини назарда тутган ҳолда, ушбу дарслик госпитал даволаш стоматология фанидан тайёрланди.

Дарсликда оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги патологик жараёнларни намоён бўлиши, касалликларни келиб чиқиш сабаблари, клиник кечиши, ташхиси, қиёсий ташхиси, замонавий даволаш усуллари ва олдини олиш тадбирлари ёритилган.

Дарслик 5 курс талабалари амалий машғулотларга тайёрланишида катта ёрдам беради.

**Кириш**

Оғиз бўшлиғи ҳазм тизимининг бошланғич қисми бўлиб, ундаги ўзгаришлар барча ички аъзоларнинг ҳолатидан далолат беради. Оғизни шиллик қавати доимо ташқи муҳитни ҳар хил омиллари таъсирида бўлади, шу жумладан иссиқ, совуқ, кимёвий, нур, бактериялар, вирус, замбуруғлар ва ҳоказолар. Кўп ҳолларда бу омиллар организмнинг химоя даражаларидан устун келиши, ҳар хил касалликларни чақириши мумкин. Оғиз бўшлиғининг шиллик қавати касалликларига узоқ вақт фақат маҳаллий жараёндай қаралган. Лекин бу фақатгина маҳаллий жараён бўлибгина қолмай, балки умумий жараёндир, чунки касалликнинг келиб чиқиш сабаблари бутун бир организмнинг аъзо тизимларининг функцияларига, моддалар алмашувининг кечишига, иммун тизимининг ҳолатига ва яна кўпгина омилларга боғлиқдир. Ушбу ўзгаришлар қон ва қон ишлаб чиқариш аъзоларининг, юрак-қон томирларнинг, ошқозон ва ичак, тери ва таносил ва бошқа патологик ҳолатларда биринчи бўлиб оғиз бўшлиғида намоён бўлади.

Шу сабабдан терапевт-стоматолог оғиз бўшлиғининг шиллик қавати касалликларини тўғри ташхислашни ўрганиш учун сафдош мутахассисликларни, этика ва деонтология асосларини эгаллаган ҳолда беморларнинг жисмоний ва руҳий азобларини, ижтимоий шароитини ва ҳоказоларни назарга олиб индивидуал ёндошиши лозим.

Оғиз бўшлиғининг шиллик қавати касалликларини ташхислашда энг муҳими бўлиб морфологик элементларнинг турларини аниқлаш, оғиз бўшлиғи шиллик қаватини функционал вазифаларини билиш, патологик жараёнларнинг жойлашиши ва ҳар бир касалликнинг клиник белгиларини билиш ҳисобланади. Тўғри ташхислашнинг яна бир омили терапевт-стоматологнинг бошқа мутахассислар билан биргаликда бамаслаҳат иш юритишидир. Бунда асосий ва қўшимча текшириш усуллари ўтказилиб, беморга комплекс даволаш режаси барча маслаҳатларни инобатга олган ҳолда тузилади.

### **Оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарининг тузилиши**

Оғиз бўшлиғи (*cavitas oris*) ёки оғиз (*stoma*) ҳазм тузилмаларининг бошланғич қисми ҳисобланиб, олд ва ён томонлардан—лаб ва лунж билан, юқоридан—қаттиқ ва юмшоқ танглай билан, пастдан—оғиз тубининг диафрагмаси билан чегараланган. Лаблар берк ҳолатида оғиз бўшлиғи ёриқ ҳолатда бўлса, очилганда юмалоқ шаклда бўлади.

Оғиз бўшлиғи икки қисмга бўлинади: оғиз даҳлизи ва асл оғиз бўшлиғи. Оғиз даҳлизи (*vestibulum oris*) олд томондан—лаблар, ён томондан—лунжлар билан, орқа ва ичкаридан—тишлар ҳамда юқори ва пастки жағларнинг альвеоляр ўсимталарининг шиллиқ қавати билан чегараланган. Асл оғиз бўшлиғи эса томоқ орқали ҳалқум билан боғланади.

Оғиз бўшлиғи шаклланиши хомиланинг иккинчи ойларидан бошланади ва юз суяқларини ҳосил қилувчи бешта ўсимтанинг ривожланиши билан чамбарчас боғлиқдир. Ривожланиш аномалияларини ҳосил бўлиши айни шу даврда бунёд бўлади.

Оғиз даҳлизи ва асл оғиз бўшлиғи шиллиқ қават билан қопланган.

Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати (*tunica mucosa oris*) 3 та қаватдан, яъни: эпителиал, хусусий ва шиллиқ ости қаватларидан иборат (расм 1).

Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Унинг тузилиши оғиз бўшлиғини ҳар жойида турлича. Лабларда лунж ва юмшоқ танглайда, оғизнинг тубида нормал ҳолатда эпителий мугузланмайди, базал ва тиканаксимон қаватдан тузилган. Қаттиқ танглай ва милклардаги эпителий нормал ҳолларда мугузланади ва яна иккита қаватлар—донадор ва шох қаватлардан тузилган. Эпителийни мугузланиши механик ва бошқа таъсирларга жавоб реакцияси бўлиб ҳисобланади. Базал қаватнинг хужайралар оралигида лейкоцитлар жойлашади, улар оғиз бўшлиғига эпителий орқали, айниқса милк эгатчаси орқали оғиз суюқлигига тушади.

Шиллиқ қаватнинг хусусий пластинкасида (*lamina mucosa propria*) эпителий қавати бўлиб—зич бириктирувчи тўқималари сўрғичлар сингари эпителий қаватига ботиб туради. Ушбу қаватда коллаген ва ретикуляр толалар, хужайра элементларидан фибробласт, семиз ва плазматик хужайралар сегмент ядроли лейкоцитлар жойлашган. Макрофаглар химоя вазифасини бажаришиб, улар бактерия ва ўлган хужайраларни фагоцитозлайди. Улар яллиғланиш ва иммун жараёнларида фаол қатнашадилар. Лаброцитлар (семиз хужайралар) биологик фаол моддаларни—гепарин, гистаминларни ишлаб чиқаришади. Ушбу моддалар томирлар ўтказувчанлиги (микроциркуляция)ни таъминлайди.

Шиллиқ қаватнинг хусусий пластинкаси ҳеч қандай чегарасиз шиллиқ ости қавати (*tunica submucosa*)га ўтади. Бу қават ғовакси-

мон бириктирувчи тўқимадан тузилган, унда майда сўлак безлари ва томирлар жойлашиб, шиллиқ қаватнинг анатомик тузилишига хос хусусиятларни таъминлайди.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг иннервацияси уч шохли (*n. trigeminus*) нерв ҳисобига (сезувчи толалари танглай, лунж, лаб, тиш ва тилнинг олдинги учдан икки қисмини таъминлайди) бажарилса, тил-ҳалқум нервини (*n. glossofaringeus*) сезувчи толалари ҳисобига тилни орқа қисми иннервацияси таъминланади. Худди шу жойдан таъм билиш толалари ҳисобига таъм сезиш ҳам амалга оширилади. Тилни олдинги учдан икки қисми таъм сезиш юз нерви (*n. facialis*) ҳисобига бажарилади.

Симпатик нервлар артерия йўналишида юқори бўйин тугунидан чиқиб, шиллиқ қаватнинг секретациясига ва қон билан таъминланишига таъсир кўрсатадилар.

### **Оғизнинг турли қисмлари шиллиқ қаватининг тузилиши**

#### **Лаб**

Лаб—шиллиқ қаватининг терига ўтадиган жойидир, бу ерда туклар ва тер безлари йўқ. Шиллиқ ости қавати лабда бўлмайди. Лабнинг қизил ҳошияси кўп қаватли ясси мугузланадиган эпителий билан, даҳлиз қисмида эса кўп қаватли ясси мугузланмайдиган эпителий билан қопланган. Пастки ва юқори лабнинг милкка ўтиш жойида пастки ва юқори лабларнинг юганчалари жойлашади. Юганчалар калта бўлганда диастема ҳосил бўлади.

#### **Лунж**

Лунж шиллиқ қаватининг ҳаракатчанлигини таъминлаб турувчи шиллиқ ости қавати бўлади. Оғиз юмилганда лунжда бурмалар ҳосил бўлади. Шиллиқ ости қаватида кўп миқдорда майда қон томирлар, ёғ безлари (Фордайс безлари) жойлашади. Лунжнинг шиллиқ қаватига юқори жағнинг иккинчи моляр соҳасига, қулоқ ости безининг йўли лунждаги сўрғичсимон дўмбоқчага очилади. Буни Стенонов йўли деб аташади.

#### **Милк**

Анатомик жихатдан милкнинг учта қисми тафовут қилинади: маргинал, альвеоляр ва милк сўрғичи. Милкда шиллиқ ости қавати йўқ, шунинг учун шиллиқ қават альвеоляр ўсимтанинг суяк усти пардаси билан мустаҳкам бириккан ва ҳаракатчан эмас.

Альвеоляр ўсимтанинг эпителийси, айниқса милкнинг қирғоқли қисмида мугузланади. Тишлар орасида милк тишлараро сўрғичларни ҳосил қилиб, улар қаттиқ бўлади. Тишларнинг бўйин қисмида милк-

ни шиллик пардасининг эпителий қавати тишни эмалидаги насмит пардаси билан боғланган бўлади. Улар бириккан ерида 1-2 мм ли эгатча ҳосил бўлади. Бунини тиш-милкнинг физиологик эгатчаси деб аташади. Милкнинг юқори қисми озод милк дейилади.

### **Қаттиқ танглай**

Қаттиқ танглайнинг шиллик қавати ҳар жойда турлича тузилган. Танглай чокида ва альвеоляр ўсимтага ўтиш қисмида шиллик ости қавати йўқ бўлганлиги учун шиллик қават бевосита суяк усти пардасига бириккан. қаттиқ танглайнинг олдинги қисмида ёғли қават ривожланган бўлса, орқа қисмида шиллик безлар жойлашади. Қаттиқ танглайнинг олдинги қисмини икки томонида 3-4та бурмалар бўлади.

### **Юмшоқ танглай**

Юмшоқ танглай мугузланмайдиган кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган бўлиб, шиллик қаватнинг хусусий пластинка ва шиллик ости қаватининг чегарасида кўп миқдорда эластик толалар мавжуд ҳамда шиллик безлар шиллик остида кўп учрайди. Юмшоқ танглай қаттиқ танглайнинг давоми ҳисобланади ва тилча (*uvula*) билан тугалланади. Юмшоқ танглайнинг чап ва ўнг томонида тилнинг устки қисми билан боғланувчи орқа бурмалари бор. Булар орасида танглай муртаги жойлашади.

### **Оғиз бўшлиғининг туби**

Оғиз бўшлиғининг туби тил-жағ ости мушаклари диафрагмадан ташкил топган, лекин шиллик парданинг рельефи бу ерда текис бўлмайди. Оғиз диафрагмаси остида жағ ости сўлак бези, лимфа туннелари, қон томирлар ва нервлар жойлашган. Пастки жағ суяги альвеоляр ўсигининг ўрта чизигидан тил томонга қараб шиллик парданинг бурмаси жойлашади.

Жағ ости ва тил ости сўлак безлари йўллари тил остига шиллик парда юганчасининг ўнг ва чап ёндаги сурғичсимон дўмбоқчаларга очилади. Сўлак бези йўлларида орқароқда тил ости бурмалари ва тил ости безлари ётади. Шиллик қават шиллик ости қаватнинг мавжудлиги ҳисобига ҳаракатчан бўлиб, унда эпителий мугузланмайди.

### **Тил (*lingua*)**

Тил-оғиз бўшлиғининг мушакли аъзоси бўлиб, чайнаш, сўриш, ютиш, таъм сезиш ва нутқда бевосита иштрок этади. Тилнинг чап ва ўнг қисмларининг туташган жойида узун бўлган ўрта йўл-чизиқча ҳосил бўлади. Тилнинг учи, танаси ва илдиз қисмлари тафовут қилинади. Тилнинг пастки юзаси юганча ёрдамида оғиз бўшлиғининг туби билан боғланади.

Тилнинг шиллик қавати кўп қаватли ясси мугузланмайдиган эпи-

телий билан қопланган бўлиб, унда хусусий пластинка мавжуд. Тилнинг пастки юзаси силлиқ бўлади. Тилнинг орқа қисмида фолликуляр тўқима жойлашган бўлиб, у тил муртаги деб номланади. Шу қисмнинг шиллик ости қаватида майда сўлак безлари жойлашган бўлиб, улар серозли, шиллик ва аралаш безлар деб номланади. Тилнинг тана қисми устки юзасида ипсимон сўрғичлар жойлашиб (*papilla filiformes*), уларни 1см<sup>2</sup> даги сони 500 тагача этади, кўп қаватли ясси мугузланадиган эпителий билан қопланган. Ипсимон сўрғичлар механик (тактил) сезиш вазифасини бажаради. Замбуруғсимон сўрғичлар (*papilla fungiformes*) асосан тилнинг учида ва ён томонларида жойлашиб, таъм билиш вазифасини бажаради. Уларни қоплаб турувчи эпителий қавати мугузланмайди.

Баргсимон сўрғичлар (*papilla foliatae*) тилнинг ёнида ва илдизиға яқин қисмида жойлашади ва таъм сезиш вазифасини бажаради.

Тарновсимон сўрғичлар (*papilla vallatae*) энг катта сўрғичлар бўлиб тилни илдиз қисмига ўтиш жойида, орқа бўлимда жойлашади ва V рим рақамини эслатади. Уларнинг сони 9-12 гача бўлади. Ҳар бир сўрғич цилиндр шаклида бўлиб, атрофи тўсиқ билан ўралган. Ушбу сўрғичларга майда сўлак безлари очилади. Бу сўрғичларда таъм сезиш нерв охирилари бўлади.

Тилнинг учи ширинликни, ён қисмлари – нордон, аччикни ва шўр таъмини яхши сезади. Сўрғичларни таъм сезиш қобиляти тил-халқум нерви ҳисобига бажарилади.

Юрак-томир, меъда-ичак, асаб тизимининг хасталикларида ёки бошқа сабабларга кўра кўринишида ўзига хос ўзгаришлар бўлади. Тил сўрғичларида дескваматик ўзгаришлар натижасида тилда хар хил рангдаги қарашлар пайдо бўлиши, эпителий кўчишининг секинлашиши ёки тезлашиши мумкин.

Тил оғизда овқат луқмасини сўлак билан намлаб, ютишда иштирок этади.

### **Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг вазифалари**

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати ўзининг анатомик ва гистологик тузилиши хусусиятларига кўра химоя, пластик, сезиш ва сўрилиш вазифаларини бажаради.

### **Химоя вазифаси**

Шиллик парда турли хил микробларни чуқур жойлашган тўқималарга киришига йўл қўймайди. Эпителийнинг энг устки қавати ҳамма вақт кўчиб туради, бу эса микробларнинг бир жойда йиғилиб туришига тускинлик қилади, яъни эпителий тусиқ-химоя вазифасини бажаради.

### **Пластик вазифаси**

Оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг пластик вазифаси эпителий-

ни юқори даражада қайта тикланиш қобилиятига боғлиқдир, барча тери ҳужайраларни қайта тикланиш фаоллигидан 3-4 мартаба устун келади.

#### **Сезиш вазифаси**

Оғизда оғриқ, таъм сезувчи, иссиқ-совуқ ва бошқа турли хил рецепторлар, яъни бош мия ярим шарлари билан оғизнинг шиллиқ қавати билан боғловчи афферент (марказга интилувчи) асаб томирларининг охирлари мавжуд. Ошқозон-ичак ва бошқа касалликларда оғизда сезувчанлик ўзгаради.

#### **Сўрилиш вазифаси**

Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати бирмунча органик ва анорганик моддаларни, яъни антибиотиклар, аминокислоталар, турли дориларни шимдириш йўли билан сўрилиш вазифасини бажаради. Физик омиллар ҳисобига моддаларнинг шимилиши фаоллашади. Физик омиллардан электрофорез, ультратовуш, фонофорез ва бошқалар маълум.

### **Сўлак безлари, сўлак ва оғиз суюқлиги**

#### **Сўлак безлари**

Оғиз бўшлиғига 3 жуфт катта ва ҳар жойларнинг номи билан аталувчи майда сўлак безларининг йўллари очилади. Уч жуфт катта сўлак безларидан қулоқ олди, жағ ости ва тил ости сўлак безлари мавжуд. Майда сўлак безлари лунж, лаб, тил, қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг шиллиқ ости қаватида жойлашиб, ҳажми 1-5 мм гача етади. Сўлак безлари ишлаб чиқарадиган секрет сўлак деб аталади.

**Қулоқ олди беzi (*glandula parotidae*)**—сўлак безлари ичида энг каттаси бўлиб, ҳазм тизимининг аъзоси ҳисобланади. Ишлаб чиқарган сўлак оқсилли, суюқ, амилазага бой бўлади. Сўлакни кам ёки кўп ажралиши организмнинг ҳолатига, овқатнинг кўриниши ва ҳидига боғлиқ бўлади. Қулоқ олди безининг ҳужайралари организмдан кераксиз моддаларни—токсинлар, дорилар ва ҳоказоларни чиқариш қобилиятига эга. Ҳозирги замонавий текширишлар натижасига кўра қулоқ олди беzi ички секреция беzi деб тан олинапти. У ишлаб чиқарган паротин минерал ва оқсил алмашинувига таъсир кўрсатиб, бошқа ички секреция безлари—гипофиз, қалқонсимон, қалқонсимон атрофи, буйрак усти ва таносил безлари билан гистологик ва функционал боғлиқлиги борлиги аниқланган.

Қулоқ олди безининг иннервацияси симпатик ва парасимпатик, сезувчи асаб толалари билан амалга оширилади.

**Жағ ости сўлак беzi (*glandula submandibularis*)**— пастки жағнинг танасидан ичкари ва бирмунча пастда ётади. У аралаш, яъни

муцинли, оқсилли шиллиқ сўлак ажратади. Қон билан таъминланиши дахан ости ва тил артерияси ҳисобига, иннервацияси эса жағ олди асаб тугуни ҳисобига амалга оширилади. Жағ ости сўлак безининг йўли тил остидаги сўрғичга очилади.

**Тил ости сўлак беzi (*glandula sublingualis*)**—аралаш, муцинга бой бўлган ёпишқоқ сўлак ажратади. Тил ости сўлак беzi оғиз бўшлиғини тубидаги жағ-тил ости мушаги устида жойлашган бўлиб, фақат шиллиқ парда билан қопланиб туради ва тил билан пастки жағнинг ички юзаси орасида тил ости бурмасини ҳосил қилади. Ишлаб чиқарилган муцин юқори полимерли глюкопротеин бўлиб, овқатнинг оғиз бўшлиғидан ўтиб ютилишида ва ҳазм бўлишида мухим аҳамиятга эга.

#### **Сўлак ва оғиз суюқлиги**

Сўлак (*saliva*)—сўлак безларининг секретини бўлиб, оғиз бўшлиғига ажралади. Сўлак безларидан тоза ҳолда чиқиб, оғиз бўшлиғида овқат қолдиқлари, кўчган эпителий, бактериялар, сўлак таначалари-лейкоцитлар, милк суюқлиги билан аралашади ва оғиз суюқлигига айланади.

Ўрта ёшли одамда суткасига 1500-2000 мл гача сўлак ажралади. Сўлак ажралиш тезлиги ҳар доим ҳам бир хил эмас, балки бир неча омилларга: одамнинг ёшига (55-60 ёшдан кейин сўлак ажралиши секинлашади), асаб тизими ҳолатига, овқат таъсирига боғлиқ бўлади. Уйқу пайтида сўлак 8-10 марта кам ажралади, бошқа пайтларда 1 дақиқада 0,05-0,5 мл гача ажралади, раҳбатланиш таъсири остида эса 2,0-2,5 мл гача ажралади. Сўлакнинг ажралиш тезлиги тишларнинг кариес билан зарарланишига таъсир кўрсатади.

Оғиз суюқлигининг нисбий зичлиги 1,001-1,017 ни ташкил қилади.

Сўлакнинг буфер сиғими хусусиятлари гидрокарбонат, фосфат ва оқсилларни нейтраллаш бўлиб ҳисобланади. Маълумки, узоқ вақт қанд ва ширинлик маҳсулотларини истеъмол қилганда сўлакнинг буфер хусусияти пасаяди. Оқсилларга бой бўлган овқатларни истеъмол қилганда эса сўлакни буфер хусусияти юқори бўлади. Шу билан бирга кариесга бўлган чидамлик омили бўлиб ҳисобланади.

Миллер назариясига кўра сўлакда водород ионлари (рН)нинг кам ёки кўплиги оғиздаги микробларнинг кислота ишлаб чиқариш қобилиятига боғлиқ. Меъёрада сўлакнинг рН 6,5-7,5 га тенг келади, бу ҳолат нейтрал дейилади. Бу тенгликнинг бузилиши, ёки нордон томонга сурилиши тиш караши, кариес ковакларнинг ва сўлак чўкма-ларнинг бактериялари ҳисобига бўлади.

**Оғиз бўшлиғи суюқлиги ва сўлакнинг таркиби.** Сўлак 99,0-99,4% гача сувдан ва 1,0-0,6% гача унда эриган минерал моддалар, ферментлардан иборат. Анорганик моддалардан сўлакда кальций туз-



лари, фосфат, калий ва натрий бирикмалари, гидрокарбонат, роданий, фторид, йод, сульфит ва бошқа моддалар бор. Сўлакдаги кальций ва фосфор таркиблари ўртача 1-2 ва 4-6 ммоль/л га тенг келади, улар сўлакни оксиллари билан боғланади. Оғиз суюқлиги кальций ва фосфорни ионларнинг фаоллиги гидрокси- ва фторапатитларни эриш кўрсаткичи бўлиб (гидроксиапатитлар ионларни концентрацияси  $10^{17}$  ммоль/л бўлса, фторапатитларники  $10^{21}$  ммоль/л) минералловчи хусусиятга эга эканлиги тасдиқланди. Замонавий текширишлар шуни кўрсатдики, оғиз суюқлигини пролин ва тирозинга бойиган оксиллар кальций ва фосфор концентрацияси юқори бўлган эритмалардан спонтан преципитацияни ингибитрлайди.

Шуниси қизиқки, оғиз суюқлигидаги гидроксиапатитларни эриш қобилияти рН нинг пасайиши билан кескин ошади. Larsen ва бошқа тадқиқодчиларнинг маълумотларига кўра оғиз суюқлиги гидроксиапатит ва фторапатитларга тўйинмаган (рН 4,0-5,0 га тенг) бўлса, эмалнинг эриши эрозия каби юза бўлади. Қачонки оғиз суюқлиги гидроксиапатит билан тўйинмаган, лекин фторапатит билан кўпроқ тўйинган бўлса, кариес жараёни юза ости деминерализация кўринишида бўлади. Шундай қилиб рН нинг даражаси эмални деминерализацияси кўринишини белгилаб беради. Сўлакда қонга нисбатан кальций камроқ (1,2 ммоль/л), фосфор эса сўлакда қонга нисбатан 2 маротаба кўпроқ (3,2 ммоль/л) бўлади.

Оғиз суюқлигининг органик қисми сўлак безларида синтезланган ферментлар: гликопротеид, амилаза, муцин, А синфига мансуб иммуноглобулинлар ва оксиллар ташкил қилади. Сўлакнинг айрим оксиллари (аминокислота, мочевино) зардобдан ҳосил бўлади. Аралаш сўлакда ферментларнинг 5 та асосий гуруҳи аниқланган: карбоангидраза, эстераза, протеолитик, ўтказувчи ферментлар ва аралаш гуруҳи ферментлари.

Л-амилаза углеводларнинг ҳазм бўлишида фаол қатнашиб, полисахаридлар (крахмал, гликоген)ни моно- ва дисахарид (декстран, мальтоза, манноза)ларгача парчаланишида, яъни ҳазм бўлишида катта аҳамиятга эга.

Сўлакда лицин, фосфатаза, опсонин РНК-аза, ДНК-аза, лизоцим гиалуронидаза, липаза каби ферментлар мавжуд.

Гиалуронидаза ва калликреин тўқималар ва тиш эмалининг ўтказувчанлигини ўзгартирадиган ферментлар ҳисобланади. Лизоцим бактерияларни эритиб юборади. Лейкинлар лейкоцитлардан ажралиб чиқиб, баъзи микробларни тараққий этишига йўл қўймайди. Фосфатаза (нордон ва ишқорий) фосфор ва кальций алмашинувида қатнашиб фосфат кислотадан фосфатни ажратиб олади ва суякларнинг минераллашишида қатнашади.

Липаза микроблар липоид пардасининг сўрилишини таъминлайди, натижада микроблар ва бошқа антибактериал моддаларнинг таъсир қилишига шарт-шароит яратиб беради.

Опсонинлар микробларнинг фагоцитозланишини тезлаштиради.

Оғиз суюқлигидаги муҳим ферментатив жараёнлар бевосита углеводларнинг ферментацияси билан боғлиқдир ва албатта оғиз бўшлиғидаги микрофлора ва хужайра элементларининг, айниқса лейкоцитлар, лимфоцитлар ҳамда эпителиал хужайраларнинг сони ва сифат хусусиятлари аҳамиятлидир.

Оғиз суюқлиги тишларнинг эмалига таъсир этувчи кальций, фосфор ва бошқа минерал тузларнинг энг асосий манбаи ҳисобланади. Микроэлементлар тиш эмалига физикавий ва кимёвий таъсир этиб, кариесга бўлган қаршилигини оширади. Кариеснинг келиб чиқишида ва кечишида оғиз суюқлигининг миқдори ва сифат даражаси муҳим аҳамиятга эга.

### Сўлак вазифалари

Сўлак организм учун муҳим аҳамиятга эга бўлиб, оғиз бўшлиғи, тилнинг шиллиқ пардасини намлаб, ювиб туради, тозалайди. Маълумки, сўлак кам ажралса (гипосаливация) ёки умуман ажралмаса (ксеростомия) оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида қуриш ва яллиғланиш жараёни кузатилиб, 3-6 ой ўтгач кўпгина тишларда кариес касаллиги ривожланади. Оғиз суюқлиги йўқ бўлганда овқат луқмасини ҳосил қилиш, чайнаш ва айниқса уни ютиш катта қийинчилик туғдиради. Фақат сўлак ёрдамида овқатнинг мазасини билиш ойдинлашади, овқат ҳазм була бошлайди ва у осон, силлиқ ютилади.

**Ҳазм вазифаси.** Биринчи навбатда сўлак овқат луқмасини ҳосил қилишда ва ютишда, ундан ташқари L-амилаза ёрдамида углеводларни қисман декстран ва мальтозаларгача парчалайди. Демак, овқатнинг дастлабки сўлак ёрдамида парчаланиши оғиз бўшлиғида бошланади.

**Ҳимоя вазифаси.** Сўлак оғиз бўшлиғини намлаб туради, уни қуришдан сақлайди. Ундан ташқари шиллиқ қават ва тишлардан микроб ва уларнинг токсинларини, овқат қолдиқларини ювиб туради. Сўлакнинг бактерицид хусусиятлари (лизоцим, липаза, РНК-аза, ДНК-аза, опсонин, лейкокин) ҳисобига оғиз бўшлиғига тушган стрептококк, стафилококк, пневмококк, энтерококк, замбуруғлар, спирохета ва бошқа микроорганизмларни кўпайиб кетишига йўл қўймайди.

Сўлакнинг ҳимоя вазифаси бажарилишда унинг ивиш ва фибринолитик хусусиятлари аҳамиятлидир. Сўлак таркибида тромбопластин, антигепарин модда, протромбин, фибринолизинни ингибиторлари ва фаоллаштирувчи моддалари бўлганлиги учун маҳаллий гомеостаз яхшиланади ва шикастланган шиллиқ парданинг регенерацияси кучаяди.

Сўлак таркибидаги иммуноглобулинлар маҳаллий ҳимояда қатнашади, ҳамда унинг буфер сиғими ҳисобига оғиз бўшлиғига тушаётган кислота, ишқорлар нейтралланади.

Сўлакни минералловчи хусусияти ҳам ҳимоя вазифасини ўтайди. Сўлакдаги кальций ионлар кўринишида ва боғланган ҳолатда бўлади, ўртача Са нинг 15 фоизи оқсиллар билан, 30 фоизи фосфат, цитратлар билан бирикмалар ҳосил қилади ва факатгина 5 фоизи ион кўринишида бўлади.

Леонтьев В.К.нинг маълумотларига кўра оғиз суюқлигининг рН пасайганда (6,0) кальций камаяди, меъёрдаги рН кўрсаткичида (6, 8) эса оғиз суюқлиги кальцийга бой бўлади. Демак, кальций тузлари камайганда эмаль гидроксипатитларининг эриши кузатилади.

### Сўлак хусусиятлари

Кўрсаткичлар	қиймати
Нисбий зичлиги	1,001 - 1,017
Ёпишқоқлиги, пуаз	1,1 – 1,32
Ҳажми, л/сут	0,5 – 2,0
Секреция тезлиги, мл/мин:	
• Тинч ҳолатда	0,24
• Чайнаганда	3,0 - 3,5
Осмолярлиги	50,0 – 100,0
Фаол реакцияси (рН):	
• Аралаш сўлакда;	5,8 – 7,36
• Қулоқ олди беши сўлагиди;	5,81
• жағ ости беши сўлагиди;	6,39

### Сўлак таркиби

Кўрсаткичлар	Қиймати
Сув, %	99,4 – 99,5
<b>Минерал тузлар:</b>	
Калий, ммоль/л:	
• аралаш сўлакда;	5,11 – 7,67
• қулоқ олди беши сўлагиди;	7,67
• жағ ости беши сўлагиди;	5,11
Натрий, ммоль/л:	
• аралаш сўлакда;	4,0 – 22,0
• қулоқ олди беши сўлагиди;	10,0
• жағ ости беши сўлагиди;	14,0

Кальций, ммоль/л:	
• аралаш сўлакда;	1,45
• қулоқ олди беши сўлагиди;	1,30
• жағ ости беши сўлагиди;	2,42
Магний, ммоль/л:	0,58
Темир, ммоль/л	0,9
Мис, ммоль/л	0,31 – 1,1
Хлоридлар, ммоль/л	3,0 – 20,0
Фосфор тузлари, ммоль/л	3,87 – 7,72
Фторидлар, ммоль/л	0,01 – 0,05
Йодидлар, ммоль/л	10,0 – 20,0

### Органик моддалар:

Умумий оқсил, г/л	1,5 – 6,3
Альбумин	7,6
α-глобулин, %	11,1
β-глобулин, %	43,5
γ-глобулин, %	18,5
Лизоцим, мг/100 мл	18,1
Муцин	200,0
Мочевина, ммоль/л	1,3 – 2,0
Сийдик кислотаси, ммоль/л	89,0 – 173,0
Диализга учрамайдиган углеводлар (гексозамин, фукоза, гексоза, сиал кислотаси), ммоль/л	1,83
Диализга учрайдиган углеводлар (эркин глюкоза, арабиноза, рибоза), ммоль/л	0,11 – 0,17

### Оғиз бўшлиғи микрофлораси

Оғиз бўшлиғидаги микробларнинг тури, сони, хусусияти ейилдиган овқатга, сўлак миқдори ва таркибига, шахсий гигиена қодаларига амал қилинишига, иқлимий шароитларга, организмдаги ички ва ташқи ўзгаришларга боғлиқдир.

Оғиз бўшлиғида шиллиқ парданинг ҳимоя қилиш хусусияти кучли бўлганлиги учун, оғизда турли микроблар кўп бўлишига қарамай, оғиздаги касалликлар кўпинча енгил ва тез тузалади. Оғиздаги микробларнинг энг кўп қисми (85-90%) ни *кокклар* ташкил қилади.

**Стрептококкларнинг** 1 мл сўлакдаги сони 10<sup>8</sup>-10<sup>9</sup> тани ташкил қилади. Улар факультатив ва облигат анаэроб кўринишида бўлиб, ферментатив фаол хусусиятларга эга.

**Лептотрихиялар** сут кислотасини ҳосил қилувчи бактериялар гуруҳига кириб, кўриниши узун, хар хил энгликдаги, учлари найзасимон ёки шишган бўлиниб (сегментация) кетадиган ва чигал ҳосил қилувчи ипларга ўхшайдиган анаэроблар бўлади.

**Актиномицетлар** соғлом одамларнинг оғиз бўшлиғида хар доим учрайди. Улар ипсимон замбуруғларга ўхшаб кетиб, ингичка иплар-гифлардан иборат. Ушбу иплар ўзаро ўралиб, кўзга кўринадиган мицелийни ташкил қилади ва замбуруғларга ўхшаб *спора* бўлиб ёки оддий бўлиниш-фрагментация йўли билан ҳам кўпайишади.

Соғлом инсонларнинг оғиз бўшлиғида кузатиладиган микробларнинг 40-50 фоизи ачитқисимон замбуруғларга тўғри келади. Хужайралар шакли овал ёки узунчоқ бўлиб, ҳажми 7-10 мкм ни, янги хужайралар куртакланиб ажралади. Булардан ташқари, ачитқисимон замбуруғлар гуруҳидан *S. tropicalis*, *S. grisei* учрайди. *S. albicans* патоген хусусиятли замбуруғлар гуруҳига мансуб. Ачитқисимон замбуруғлар тезда кўпайиб, организмда дисбактериоз ёки кандидоз ёки маҳаллий ўзгаришларни чақиради. Бу касаллик кўпинча эндоген хусусиятли бўлиб, назоратсиз истеъмол қилинган кучли антибиотиклардан сўнг ривожланади. Кучли антибиотиклар таъсирида нормал микрофлорани таъминлаб турадиган замбуруғларнинг антагонистлари фаоллиги сусаяди ва шу антибиотикларни таъсири тегмайдиган замбуруғлар кўпаяди.

Оғиз бўшлиғига спирохеталар тишлар чиқиши даврида тушади ва доимий равишда сақланади. Улар грамм-манфий анаэроб бўлиб, жуда харакатчан ҳисобланади. Спирохеталар асосан оғизни шиллиқ қаватининг яралли-некротик жараёнлари (Венсан яралли стоматити, Венсан ангинаси)да; патологик милк чўнтақларида, кариоз ковак ва пульпани чиришларида, пародонтитнинг оғир шаклларида бошқа инфекция чақирувчи фузобактерия ва вибрион кабилар билан намоён бўлади.

Патологик тиш-милк чўнтақларда, тиш карашида, муртақлар оралиғида *Entamoeba gingivalis*, *Trichomonas* учрайди. Уларнинг кўпайиши оғиз гигиенаси қодаларига риоя қилмайдиган инсонларда кўп учрайди.

Сўлакнинг антибактериал фаоллиги ва оғиз бўшлиғининг микрофлораси ўртасида динамик мувозанат сақланади. Сўлакни ушбу антибактериал хусусиятининг асосий вазифаси микрофлорани йўқ қилмаслик эмас, балки уни сон ва сифат кўрсаткичларини назорат қилиш ҳисобланади.

Оғиз бўшлиғи суюқлигида фагоцитоз вазифасини бажарувчи нейтрофилли лейкоцитлар, Т-ва В-лимфоцитларни ишлаб чиқарадиган антибактериал моддалар ва сўлак ферментлари-оксидаза, калликреин

антибактериал ҳимояни гуморал ва хужайрали омилларни ҳисобига хемотаксис жараёнида қатнашиб қон томирларни ўтказувчанлиги ошиши натижасида лейкоцитларни миграцияси кучаяди.

Оғиз бўшлиғининг носпецифик ҳимояси сўлак безлари ишлаб чиқарган ва миграция қилган лейкоцитлар таъсирида озод бўлган ферментлар (лизоцим, РНК-аза, ДНК-аза, пероксидазалар) ҳисобига амалга оширилади. Ушбу антибактериал хусусиятга эга бўлган ферментлар бактерия, вируслар, замбуруғлар ва ҳоказоларга таъсир кўрсатади. Оғиз суюқлиги фибринолитик ва коагуляцияланувчи хусусиятларига эга бўлган ҳолда маҳаллий гомеостаз, яллиғланиш, регенератив ва бошқа жараёнларга таъсир кўрсатиб, шу билан бирга оғизни тозалашда иштирок этади. Хозирги пайтда оғиз суюқлигида тромбопластин, антигепарин моддаси, протромбин комплексига кирувчи омиллар, фибриназа ва бошқалар борлиги замонавий илмий текширувларда аниқланган.

#### **Оғиз бўшлиғининг ҳимоя механизмлари**

Оғиз бўшлиғининг ҳимоя механизмлари *носпецифик* ва *специфик* ҳимоя омилларига бўлинади.

**Носпецифик ҳимоя омиллари.** Носпецифик ҳимоя омилларига механик, кимёвий ва физиологик механизмлар киради. Механик ҳимоя—бу тўсиқ бўлган бузилмаган шиллиқ қаватдан микроорганизмларни, овқат қолдиқларини сўлак билан ювилишидир. Сўлак микроорганизмларни ювибгина қолмай, ўзининг биологик актив моддалари ёрдамида уларга бактерицид таъсир кўрсатади.

**Лизоцим** (ацетилмурамидаза ферменти)— ишқорий оксил бўлиб, муколитик ферментнинг хусусиятларига эга. Хамма секретор безлар ишлаб чиқарган суюқликларда, айниқса кўз ёш суюқлигида, сўлакда, балғамда аниқланади. Лизоцимни табиий вазифаси бўлиб, айрим грамм-мусбат микроорганизмларнинг ниқобига таъсир этиб, биринчи навбатда биологик тўқималарининг регенерациясида (қайта тикланишида) қатнашиши ҳисобланади. Лизоцимни ингибитори бўлиб гепарин ҳисобланади. Лизоцимнинг кислота, ишқор ва ультрабинафша нурларга таъсирчанлиги баланд.

Сўлак ферментларининг ҳимоя роли тишни ёки шиллиқ қаватнинг юзаларига микроорганизмни ёпиштирмасликдан иборат.

Инсоннинг аралаш сўлагига 50 дан ортиқ ферментлар бўлиб, уларни вазифалари турлича. Энг фаоллари—протеаза ва гликолитик ферментлар бўлиб, уларнинг вазифаси оксил, нуклеин кислота ва углеводларга таъсир этиб, уларни парчалаш ҳисобланади.

*В-лизинлар*—бактерицид омиллар, асосан анаэроб ва спора ҳосил қилувчи аэробли микроорганизмларга таъсир этадилар.



*Комплемент*—зардобли оқсилларни полимолекуляр тизими. Комплекментнинг биологик вазифаси — фагоцитозни кучайтириш ва ялиғланишда катнашишдир.

*Фагоцитоз*—организмнинг носпецифик химоя жараёнининг филогенетик энг қадимги шаклидир. Фагоцитозда фаол иштирок этувчи омиллар нейтрофил, гранулоцит ва макрофаглар ҳисобланади. Улар микроорганизмларни, бошқа хужайраларни ушлаб, лизосомал ферментлар-протеаза, пептидаза, нуклеаза, фосфатаза, липаза, корбаксилаза ёрдамида ҳазм қилишади. Бундан ташқари фагоцитлар коллагеназа, эластаза, D ва E катепсин каби протеолитик ферментлар ёрдамида шиллиқ қаватнинг чандиқли ўзгаришларига ва капиллярларнинг базал мембраналарига имунн комплексларнинг жипслашувиға таъсир қилади.

**Химоянинг специфик омиллари.** Иммуноглобулинлар — оғиз бўшлиғининг специфик химоясини амалга оширувчи таначалардир. Иммуноглобулинларнинг 6 та синфи маълум: A, G, M, E, D, U. Шулардан оғизда кўп миқдорда Ig A, Ig G, Ig M учрайди.

A синфига мансуб иммуноглобулинлар организмда иккита кўринишда учрайди: зардобли ва секретор тури. Зардобли тури ўзининг тузилиши жиҳатдан Ig G ўхшаб кетади, чунки дисульфид алоқалари билан боғланган иккита жуфт полипептид занжирларидан иборат.

Ig A нинг секретор тури хар хил протеолитик ферментлар таъсирига турғун ҳисобланади.

Секретор иммуноглобулинларнинг ҳосил бўлиши маҳаллий синтез билан боғлиқ. Буни тасдиқловчи исботни қуйидаги мисолда кўрсатиш мумкин: A-миеломада зардобли A иммуноглобулинларни ишлаб чиқишини бузилиши натижасида, A иммуноглобулинни секреторларидаги миқдори ўзгармаган.

A иммуноглобулини шиллиқ қаватнинг хусусий пластинкасидаги плазматик хужайраларда ишлаб чиқарилади. Маҳаллий ишлаб чиқариладиган иммуноглобулинлардан Ig G ва Ig M лар маълум. Ig M га шиллиқ қаватни коплайдиган эпителиал тўсиқ орқали танловли механизм транспортига хос бўлиб, секретор Ig A танқислигида сўлакда Ig M миқдори ошади. Ig G миқдорда бошқа иммуноглобулинларни камайганида деярли ўзгариш сезилмайди.

A иммуноглобулинларнинг сўлакка тушишини бошқа йўллари ҳам маълум, ялиғланган ёки шикастланган шиллиқ қаватидан трансудация орқали Ig G ҳам шиллиқ қаватни эпителийсидан худди элак орқали ўтгандек сўлакка тушади. Лекин зардобли Ig M ни сўлакка тушиш қобиляти паст.

Демак, иммуноглобулинларни сўлак таркибида пайдо бўлишини асосий сабабларидан бири, оғиз шиллиқ қаватини ялиғланиши,

маҳаллий аллергия жараёнлари ҳисобланади. Бу ҳолларда зардобли антитаначаларни кўп миқдорда антигеннинг таъсири доирасида пайдо бўлиши - маҳаллий иммунитетнинг биологик химоясини оширади.

### **Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг касалликларида беморни текшириш усуллари**

Беморни клиник текширишнинг асосий мақсади — тўғри ташхис қўйишдир, чунки фақат шундагина беморга тўғри даволаш усуллари буюрилади, бу эса беморни тезда соғайиб кетишига олиб келади.

Беморни текширишда асосий ва қўшимча текшириш усуллари бор. Асосий текшириш усулларида субъектив ва объектив усуллари мавжуд. Субъектив усуллариға сўраш киради. Беморни сўраш ёки анамнез йиғиш—беморни текширишдаги дастлабки, лекин энг зарур босқич ҳисобланади. Беморнинг шикоятлари касалликнинг белгилари, ҳамда унинг кечиши хақида биринчи маълумотларни бериши мумкин.

Ушбу касаллик тарихи (anamnesis morbi)ни аниқлашда бемордан касалликни кечишини, нима билан боғлаши, бошланиш вақти, агар даволанган бўлса, нима билан даволанган, ёрдам берганми, йўқми, сабаби; аввал қандай касаллик билан оғриган, қандай даволанган, ремиссия вақтида келиб чиққан асоратлар; дориларға аллергияси бор ёки йўқлиги аниқланади. Беморни ишлаш шароити тўғрисида ҳам суриштириш лозим, чунки касб билан боғлиқ касалликлар ҳам бўлиши мумкин.

Ташхис қўйишда оғрик хусусиятини аниқлаш лозим. Оғрикни вақти, жойи, тез ёки секин-аста ривожланиши, оғрик муддати, унинг келиб чиқиши нималар билан боғлиқлиги, сабаблари, чегараланганми ёки тарқалганми, аввал бўлганми ёки биринчи мартаба пайдо бўлишими, буларнинг ҳаммаси ахамиятлидир. Бемордан оғиз бўшлиғида ўзгаришлар тўғрисида, уларни пайдо бўлиши вақти, нима билан боғлиқлиги, танада ҳам ўзгаришлар бор ёки йўқлиги аниқланади, сўлак безларининг ҳолати, улар ишлаб чиқарган сўлакнинг кам ёки кўплиги, таркиби, қуюқ ёки суюқлиги ҳам ахамиятли. Беморлар оғизда таъм бузилиши ёки ўзгариши тўғрисида айтишлари мумкин, бу ҳолларда ушбу ўзгаришларни нима билан боғлаши, даврийлиги ва бошқа саволларға батафсил жавоб олиш керак.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг касалликларида беморлар лаб, бурун ёки лунж соҳасининг шишига шикоят қиладилар. Ушбу шишнинг динамикасиға ахамият бериш лозим. Оғизни шиллиқ қаватида ёриклар ва яралар бўлса, тери соҳасида ҳам бор ёки йўқлиги аниқланади.

Ташхис қўйишни яна бир муҳим қисми—хаётий анамнез (anamnesis vitae)ни йиғиш ҳисобланади. Беморни туғилиб, ўсиши ва яшаш шароитлари аниқланади. Ундан ташқари бошидан кечирган касалликлар: организмнинг системали касалликлари ёки юқумли касалликлар ёки шу вақтнинг ўзида кечаётган йўлдош касалликлар тўғрисида тўла

маълумот олиш керак. Шунинг учун унитмаслик лозимки, оғиз бўшлиғидаги патологик жараёнлар нутқнинг ўзгариши, таъм бузилиши ёки оғиздан қўланса хид келишига сабабчи бўлиши мумкин.

Беморни объектив текшириш усулларига кўриш, пайпаслаш ва бир канча қўшимча текшириш усуллари қилади.

Беморни кўриқдан ўтказиш табиий ёруғликда ташқи кўринишини текширишдан, оғиз бўшлиғи ва унинг аъзоларини кўришдан иборат. Ташқи кўриқда беморнинг умумий кўринишига, юз териси, лаблари, юмшоқ тўқималари, ковоқлар, жағ ости, дахан ости ва бўйиндаги лимфа тугунларига аҳамият берилди. Бундан ташқари юзда шиш туфайли ассиметрия белгиларининг кузатилиши юз-жағ соҳасида яллиғланиш жараёни борлигидан далолат беради. Кўзни, бурунни шиллиқ пардалари ҳам синчиклаб кўрилади, чунки оғизни шиллиқ пардаси касалликларида, жумладан пўрсилдоқда бу жойларда ўзгаришлар кузатилади.

Юз терисини ранги оқиш, сарғиш, кўкимтир ёки доғли бўлиши қон томирлар хасталикларида, жигар ва қон касалликларида, генетик ўзгаришларда ва ҳоказолар кузатилади. Лекин физиологик ҳолатларида юз терисирида пигментли доғлар пайдо бўлади, бу ҳол хомилдорликка мансуб.

**Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини кўриш.** Аввал оғиз бўшлиғининг дахлиз қисми кўрилади, юқори лабни юқorigа, пастки лабни пастга ва лунжни стоматологик ойна ёрдамида тортиб кўрилади. Дастлаб лабларнинг ранги, қизил хошияси, бурчаклари кўрилади. Лабларнинг ички юзасида майда сўлак безларининг нуқтали йўллари кузатилади, лабларни юганчаларини ҳолатига эътибор берилди.

Лунж ички юзалари кўзгу ёрдамида кўрилиб, унинг рангига, намлигига, тишларнинг излари борлигига аҳамият берилди. Тишларнинг жипслашган жойида ёғ безлари (Фордайс безлари) жойлашади. Улар оқ-сарғиш рангда бўлиб, 1-2 мм ли тугунчалар кўринишида бўлади. Юқори иккинчи моляр соҳасида қулоқ олди безининг секрет чиқариш йўллари махсус сўргичларга очилади.

Тиш қаторларининг жипслашуви – прикусага аҳамият берилди. Кейин эса милкнинг дахлиз ва тил юзалари кузатилади. Одатда милк оч-пушти рангда бўлиб, тишни бўйин қисмини зич қоплаб туради. Патологик ҳолатларда милкда йирингли ҳосилалар, абсцесслар кузатилади.

**Асл оғиз бўшлиғини кўриш.** Асл оғиз бўшлиғини кўришда шиллиқ қаватнинг рангига, намлигига аҳамият берилди.

Тилни кўришда, айниқса оғриқлар, ачишишга шикоятлари борлигида сўргичлар синчковлик билан текширилади. Тил устидаги караш ошқозон-ичак касалликларида ҳамда кандидозда бўлиши мумкин. Ай-

рим ҳолларда тил сўргичлари атрофияга учрайди, ва тилнинг усти силлик, гўё лакланган бўлиб, қизғишсимон тусга қиради. Бундай ҳолат хавфли анемияда кузатилиб, у Гюнтер глоссити деб аталади.

Тилдаги сўргичларнинг гипертрофияси кузатилиши мумкин. Кўпинча бу ҳолат гиперацид гастрит билан бир вақтда кечади.

Ундан ташқари, тилнинг ҳажмига, рельефига, бурмалар, ёриқлар бор ёки йўқлигига аҳамият берилди. Макроглоссияни тилнинг шишганлигидан фарқлаш керак.

Оғиз бўшлиғининг туби кўрилганда, шиллиқ қаватнинг рангига, бурмаларига, тилнинг юганчаларига, сўлак безларининг очилиш йўллари, мугузланиш жойлари бор-йўқлигига, оғриқлилигига аҳамият берилди.

Оғиз бўшлиғида тошмалар ёки яллиғланиш жараёнлари бўлса, уларнинг юмшоқ-қаттиқлиги, чуқурлиги, ранги, тубининг ҳолати, катта-кичиклиги, оғриш-оғримаслиги, кам ёки кўплиги, консистенциясини билиш учун резинали қўлқоп кийиб, пайпаслаб кўрилади. Оғиздаги яллиғланиш жараёнида регионар лимфатик безларининг ҳолатини, катталашганини, оғриқлилигини ва ҳаракатчанлигини ҳам пайпаслаб кўриб касаллик тарихига батафсил ёзилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларида зарарланиш ўчоқлари яраларга айланган ҳолларда, ушбу яра туби бошқа аъзолар билан туташганлигини билиш учун у зонд ёрдамида кўрилади.

#### **Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватидаги патологик жараёнлар**

**Акантоз (*acanthosis*)**—яллиғланишга хос бўлган патологик жараён. Акантоз-тиканаксимон қават хужайраларининг кўпайишидир.

**Гиперкератоз (*hyperkeratosis*)**—шоҳ қаватнинг ортиқча мугузланиши билан кечадиган патологик жараён.

**Паракератоз (*parakeratosis*)**—мугузланишнинг етишмовчилиги билан кечадиган патологик жараён.

**Акантолиз (*acantholysis*)**—тиканаксимон қаватнинг хужайраларининг дегенератив бузилишлари бўлиб, хужайралараро бирлашмаларни эриб, йўқолиб кетиши натижасида акантолитик хужайралар ҳосил бўлиши демакдир.

**Спонгиоз (*spongiosis*)**—тиканаксимон қават хужайралари оралигида суюқлик пайдо бўлиши.

**Баллонли дегенерация**—тиканаксимон қаватнинг бузилиши натижасида алоҳида хужайралар ёки гурухларни пуфак ҳосил қилувчи экссудатда жойлашиши.

**Атрофия (*atrophia*)**—оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг юққаланиши.

**Папилломатоз (papillomatosis)** – сўргичсимон қаватни эпителийга ўсиб киришидир.

### Зарарланиш элементлари

Ташхис қўйишда муҳим кўрсаткичлардан бири бўлиб, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ва лаб қизил хошиясини зарарланишининг морфологик элементлари ҳисобланадилар. Хосил бўлиш вақтига қараб бирламчи ва иккиламчи элементлар фарқланади. Бирламчи элементлар оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати касалликлари бошланишида, дастлаб ҳосил бўлса, иккиламчи элементлар бундан кейин ривожланиб, намоён бўлади. Лекин ушбу фарқланиш шартли, чунки баъзи касалликларда айни бир элемент бирламчи бўлса, бошқаларда иккиламчи бўлиши мумкин.

### Бирламчи морфологик элементлар

Доғ (macula)-оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг чегараланган қисми рангининг ўзгаришидир. Доғнинг келиб чиқишида яллиғланиш ёки яллиғланишсиз жараёнлар иштирок этади. Доғларнинг фарқланишида уларнинг томирлар кенгайиши ёки пигментланиш натижасида пайдо бўлганлиги, туғма ёки ҳаёт давомида орттирилганлиги аниқланади (расм 2).

**Томирли доғ ўзининг шакли ва ҳажмига қараб қуйидагиларга бўлинади:**

-*петехия* – майда қизил рангдаги нуқтали қонталаш;

-*пурпура* – унча катта бўлмаган юмшоқ шаклдаги кўплаб доғлар;

-*экхимоз* – каттароқ қон куйилиши;

-*розеола* – 1,5 см ҳажмдаги яллиғланишли доғ;

-*эритема* – ҳажми 1,5 см дан каттароқ яллиғланишли доғ бўлиб, ҳужайраларнинг инфилтратион гиперемияси, шиш ва экссудация билан кечади.

Туғма томирли доғларга телеангиэктазия, ангиома (гемангиома, лимфангиома) лар киради.

Яллиғланишсиз кечадиган доғларга меланин пигментининг хаддан ташқари ишлаб чиқарилганлиги натижасида пайдо бўлувчи доғлар, дорилар таркибидаги металлларни чўкиши натижасидаги доғлар киради.

Юқоридан номланган доғлар шиллиқ қаватнинг рельефини бузмасдан ривожланадилар.

### Рельеф бузилиши билан кечадиган элементлар

**Папула** – шиллиқ қаватдан кўтарилиб турадиган, эпителий ва шиллиқ қаватнинг юза қатламларида жойлашган кичик ҳажмдаги ту-

гунча бўлиб, майда ҳужайрали инфилтратсия, гиперкератоз ва акантоз каби патологик жараёнлар билан кечади (расм 3).

**Nodus**–катта ҳажмли ва яллиғланиш жараёни шиллиқ қаватнинг ҳамма қатламларини қамраб олган ва пальпацияда оғриқли бўлган туғун ҳисобланади.

**Tuberculum**–5-7 мм ҳажмдаги яллиғланиш элементи бўлиб, шиллиқ қаватнинг ҳамма қатламларини қамраб олган, пальпацияда кучли оғриқли, шишли, гиперемияли дўмбоқчага дейилади (расм 4).

**Urtica**–хусусий шиллиқ қаватнинг чегараланган шишли элементи, у қавариқ деб аталади ва Квинке шишида кузатилади.

**Vesicula**–шиллиқ қаватдан кўтарилиб турадиган юмалоқ шаклдаги, сероз ёки геморрагик экссудатли, асосан эпителий ичра жойлашган ва тез ёриладиган элемент - пуфакча деб номланади. Вирусли касалликлар-герпетик стоматит, оқсим ва ўраб олувчи темирлаткиларнинг бирламчи элементи бўлиб ҳисобланади (расм 5).

**Pustula**–тўқималарнинг чуқур қаватида чегараланган йирингли экссудатнинг тўпланиши, асосан терида ва лабларни қизил хошиясида учрайди (расм 6).

**Bulla**–эпителий ичида ёки остида жойлашган, катта ҳажмдаги кўпинча сероз ёки геморрагик экссудатли, эпителиал ҳужайраларнинг қатламланиши ҳисобига пайдо бўлади (акантолитик пўрсилдоқда) ёки эпителий қаватнинг қатламланиши ҳисобига намоён бўлади (кўп шакли экссудатив эритемада, аллергияда ва бошқа касалликларда). Оғиз бўшлиғида пуфаклар тезда ёрилади ва эрозиялар ҳосил қилади (расм 7).

**Cysta**–бўшлиқли ҳосила бўлиб, унинг эпителиал девори ва бириктирувчи тўқимали қобиги бор (расм 8).

**Erosio**–шиллиқ қаватнинг эпителий қатлами бутунлигининг бузилиши бўлиб, пуфакча ва пуфаклар ёрилганида пайдо бўлади, чандиқсиз битади (расм 9).

**Aphta**–гиперемияланган шиллиқ қаватда жойлашган фибрин қараш билан қопланган ва қизил хошия билан ўралган овал ёки думалоқ шаклдаги кичик эрозия (расм 10)

**Ulcus**–шиллиқ парданинг ҳамма қаватларининг зарарланиши натижасида ҳосил бўлган яра. Эрозиядан яранинг фарқи – унинг чуқурлигида ҳамда туби ва деворлари хослилигида. Сил, захм ўсма ва шикастланишларда намоён бўлади (расм 11).

**Rhagades**–тўқиманинг эластик хусусиятлари йўқолганда шиллиқ парданинг чизикли ёрилмалари (расм 12).

**Squama**–эпителийда десквамация жараёнининг бузилиши натижасида қипиқларнинг пайдо бўлиши (расм 13).

**Crysta**–чегараланган жойда тўпланган экссудатни, айниқса эрозия ва ёрилмаларнинг қуришида қаткалоқ ҳосил бўлиши (расм 14).

*Cicatrix*—хамма қаватлари зарарланган шиллик парданинг бузилган жойида бириктирувчи тўқима ривожланса, чандиқ деб аталади (расм 15).

*Pigmentatio*—меланин ёки бошқа пигментлар ҳисобига шиллик қават ёки тери рангининг ўзгариши пигментация дейилади.

Шарқ мамлакатлари аҳолисида учрайдиган пигментланиш физиологик деб номланса, оғир металл тузларининг организмга таъсири натижасида патологик пигментланиш ҳосил бўлади.

### **Қўшимча текширув усуллари** **Рентгенологик текширув**

Одатда шиллик парда касалликларида рентгенологик текширув ўтказилмайди. Лекин сўлак безлари паренхимаси ва сўлак йўллари ҳолатини аниқлашда рентгенологик усул қўлланилади. Уни ўтказиш учун рентгенконтраст модда (йодолипол)ни сўлак безлари йўллари киргизиш тўлдирилади ва рентгенологик сурат олинади. Рентгенконтраст модда бўлиб пропитодол ёки сувда эрийдиган контраст моддалар—50-60% ли гипак, урографинлар ҳам ҳисобланадилар.

Контраст моддаларнинг 0,5-1 миллилитри тана ҳароратигача иситилади ва учи тўмтоқ игна ёрдамида сўлак йўлларига юборилади.

Сўлак безларини текшириш учун фақат рентгенологик усул эмас, балки радиоизотоп усули ҳам қўлланилади. Бу усул сиалография дейилади.

### **Функционал синамалар**

Қавариқ синамаси—шиллик қават тўқималарининг гидрофиллигини ва яширин шиш борлигини аниқлаш учун қўлланилади. Усул асосида турли ҳолатдаги тўқималарга юборилган физиологик эритманинг сўрилиш тезлиги ётади. Натрий хлориднинг 0,2 мл изотоник эритмаси ингичка игна ёрдамида пастки лаб, лунж ёки милкнинг шиллик қавати эпителийси остига юборилади. Натижада тиниқ пуфакча ҳосил бўлади, унинг тўла сўрилиши меъёрда 50-60 дақиқадан кейин кузатилади. Сўрилишнинг тезлашиши (25 дақиқа атрофида) тўқималарнинг гидрофиллиги ошганидан. Секинлашиши (1 соатдан ортиқроқ) эса тўқималарнинг гидрофиллиги пасайганидан далолат беради. Усулнинг объективлигини сақлаш учун 2-4 та синама ўтказилади.

*Гистаминли синама*—аллергия жараёнларида қатнашувчи гистаминга бўлган сезувчанликни аниқлайди.

Гистаминли синамани ўтказиш тартиби қуйидагича: билак терисига 2 томчи 1:1000 нисбатда эритилган гистамин томизилади ва ингичка инъекцион игна билан гистамин томчили тери соҳаси 4 мм чуқурликда тешилади ва 10 дақиқадан сўнг пайдо бўлган папуланинг диаметри ўлчанади. Меъёрда бу кўрсаткич 20 мм га тенг келади. Мус-

бат гистаминли синама деб, пайдо бўлган папуланинг диаметри меъёрдан ошган бўлса айтилади. Ошқозон ичак тизими касалликларида қайталанувчи афтоз стоматитда ва кўп шаклли экссудатив эритемада мусбат гистаминли синама кузатилади. Демак, гистаминли синама ёрдамида вегетатив асаб тизимининг капилляр ўтказувчанлиги ва организмнинг аллергия ҳолати тўғрисида аниқ маълумот олинади.

*Ясиновский синамаси*—оғиз бўшлиғи шиллик қаватидан кўчган эпителий сонини ва лейкоцитлар миграциясини баҳолаш учун ўтказилади. Бунинг учун бемор 5 дақиқа ичида 5 мл NaCl нинг изотоник эритмасида оғзини чайқайди. Беш дақиқадан сўнг бемор оғзини 15 мл эритма билан қайта чайқаб, пробиркага солади.

Меъёрда соғлом инсонларда пародонт ва шиллик қаватида ўзгариш булмаса, йиғилган суюқликнинг 1 мкл да лейкоцитларнинг сони 80 дан 120 гача етади, шулардан 90-98% ўзининг хаётийлигини сақлаган бўлади, эпителиал хужайралар сони эса 25-100 тага тенглашади.

*Кавецкий синамаси*—Трипан куки билан аниқланадиган Кавецкий Базарнова модификациясидаги синама тўқималарнинг регенератив ҳолатини ва фагоцитар фоаллигини аниқлаш учун ўтказилади. Бунинг учун пастки лабнинг шиллик қавати остига 25%ли стерил трипан кўки 0,1 мл миқдорда юборилади ва доғнинг диаметри ўлчанади. 3 соатдан сўнг доғни диаметри қайта ўлчанади. Синама кўрсаткичи иккинчи 3 соатдан сўнг ўлчанган доғни радиус квадрати бирламчи ўлчовни радиус квадратига нисбати бўйича саналади:  $R_2^2/R_1^2$

Кўрсаткич меъёрда 5 дан 7 гача сонга тенг. 5 дан пастлиги—реактивликнинг пасайганлигидан, 7 дан кўпроқ бўлса — ошганлигидан далолат беради.

*Роттер синамаси*—организмнинг аскорбин кислота билан тўйинганлигини аниқлаш учун ўтказилади. Роттер синамаси биланнинг ички юзаси тери остига 0,06%ли Тильманс бўёғидан 1 томчисини игна ёрдамида юбориб бажарилади. Тил синамаси Яковец модификацияда қурилган тилнинг шиллик қаватига 0,06 Тильманс бўёғининг 1 томчисини томизиб ўтказилади. Буялган доғ 16-20 сек мобайнида тарқалиб кетса, бу ҳолда организмда аскорбин кислотасининг танқислиги борлиги хақида ўйлаш мумкин.

### **Функционал текшириш усуллари**

Функционал текшириш усуллари ташхис қўйиш учун қўшимча ташхислаш воситаси бўлиб ҳисобланади. Функционал текшириш усуллари касалликнинг ривожланиш босқичини, патогенетик терапиянинг афзаллигини назорат қилиш ва оқибатини аниқлаш учун қўлланилади.

**Биомикроскопия.** Ушбу усул майда қон томирлардаги қон айланиш тезлигини ва функционал ҳолатини аниқлашга мўлжалланган.



Асосан пародонт ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликларида кузатувни динамик равишда олиб бориш учун қўлланилади.

**Чайнаш синамаси.** Чайнаш аппаратининг 3 хил функциялари: (чайнаш самарадорлиги, чайнаш қобилияти ва чайнаш даражаси)ни аниқлаш учун қўлланилади.

**Фотоплетизмография.** Юз-жағ соҳасида жойлашган яллиғла-ниш жараёнини аниқлаш ва тил, лаб, лунж томирларининг функ-ционал ҳолатини назорат қилиш учун мўлжалланган.

**Люминесцент ташхислаш усули.** Оғиз бўшлиғи шиллиқ қава-тининг ва айниқса лабнинг қизил хошиясидаги чегараланган ўзга-ришларни Вуд нурлари ёрдамида қиёсий ташхислаш усули люми-несцент усули деб номланади. Қизил ясси темираткиннинг типик ту-рида шикастланган ўчоқ Вуд нурида оқ-сарғиш бўлиб кўринади. Лаб-нинг қизил хошиясидаги гиперемия ўчоғи тўқ бинафша, лейкопла-киядаги гиперкератоз ўчоғи - оч ҳаво рангда тобланади.

### Лаборатор текширув усуллари.

Лаборатор текширувлар умумий текширувдан, мураккаб биоки-мёвий ва морфологик усулларида иборат.

Микроскопик текширув усуллари асосида хужайра элемент-лари ва уларнинг тўпламлари тузилиш хусусиятларини ўрганиш ётади. Қўйилган мақсадларга қараб цитологик усул, биопсия ва бак-териологик текширув усуллари бажарилади.

### Цитологик текшириш усуллари

Цитологик текшириш усулининг мақсади, ўтказилган давонинг на-тижасини билишга қаратилган. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касал-ликларида яра, эрозия ва ёрилмалар устини қириб, ёки чуқур тўқима-лардан пунктат олиш мақсадга мувофиқдир. Бунинг учун 96%ли этил спирти билан қуритилган ойначани бевосита яра ёки эрозия юзасига зич қўйиб, уларнинг изи туширилади. Лекин яра ёки эрозиядан из тушириш усулида яралардан чиққан некротик тўқималар соғлом тўқи-малардан устун келади. Шунинг учун цитологик текширувга материал қириш усули билан олинса мақсадга мувофиқ бўлади.

Аввал некротик тўқималардан озод қилинган яранинг юзасидан гладилка ёки кюретаж қошиқча билан қириб материал олинади, ле-кин унда қон қолдиқлари бўлмаслиги керак.

Пункция 5-10мл шприц ва 6-8см ли игна билан бажарилади. Олин-ган материал хона хароратида қуритилади ва метил спиртида ёки Ни-кифоров эритмасида фиксация қилинади. Шундан сунг препарат азур-эозин билан бўялади.

Акантолик пўрсилдоқда, айрим вирусли касалликларда, ўсма ва

сил яраларида цитологик текширув кўринишининг ўзига хос хосса-си бор.

Оддий герпеснинг цитологик текширувида гигант кўп ядроли ху-жайралар аниқланади. Акантолик пўрсилдоқда айни шу касалликка хос бўлган пўрсилдоқнинг акантолик (Тцанк) хужайралари кузатилади.

Сил яраларидан олинган қирималарда – сил дўмбоқчасининг ху-жайра элементлари, Лангханс гигант хужайралари ва ҳоказолар аниқ-ланади.

Оғиз бўшлиғи ўсмаларидаги кўринишлар ўсманинг турига боғ-лиқдир.

Ўсманинг бошланғич даврида цитологик текширувда унча ўзга-ришлар кузатилмайди. Бу ҳолларда биопсия бажарилади.

**Биопсия** (гистологик усул) – диагностик текширув усули бўлиб, атипик эпителиал хужайраларни аниқлашга мўлжалланган.

Биопсияда патологик ўзгарган тўқималардан олинган 5-6мм ли бўлакча махсус эритмалар (формалин, спирт, корнуа суюқлиги) да фиксация қилинади, гематоксилин–эозинда бўялади ва микроскоп-да текширилади. Биопсия усулига қарши кўрсатма бўлиб, гемофи-лия, геморагик диатез ва хавфли турдаги анемия ҳисобланади.

**Гистокимёвий текширув.** Гистокимёвий усул ёрдамида тиш-ларнинг қаттиқ тўқимасида ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида меъёрда ва хар хил касалликларда мукополисахаридлар, нуклеопро-теидлар, гликоген микдорини аниқлаш амалга оширилади.

**Бактериологик текширув.** Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қава-ти касалликлари, эрозия ва яралардан олинган материалларнинг бак-териологик текшируви микроорганизмнинг турини аниқлаш, айниқса замбуруғлар, оч рангли спирохета ва ҳоказолар тўғри ташхислаш-да муҳим аҳамиятга эга.

**Серологик текширув.** Серологик текширув–Вассерман реакция-си деб аталади ва захмни ташхислашни муҳим мезони ҳисобланади. Касалликни 1-даврида серологик реакция қаттиқ шанкр пайдо бўлган-дан 2-3 ҳафтадан сўнг мусбат бўлади. Иккиламчи захмда ҳам реакция кескин мусбат бўлади. Захмнинг учинчи босқичида серологик реак-ция 50-70% ҳолларда мусбат бўлиши мумкин. Серологик синама ёр-дамида иммун танқислиги вирус билан (ИИТВ ёки ВИЧ) зарарланган беморларни аниқлаш мумкин, бруцеллез хавфини аниқлаш учун Райт ёки Хаддлсоннинг серологик реакциялари ўтказилади.

**Дорили аллергияни ташхислаш.** Дорилардан келиб чиққан аллергияни асосий текшириш усуллари шартли равишда 3 қисмга бўлинади. Булар аллергологик анамнезни йиғиш, тери ва провока-цион синамалар, лаборатор усуллардир.

**Аллерголик анамнезни йиғиш**–текширишнинг дастлабки бос-



кичи бўлиб ҳисобланади. Бемордан алергологик ҳолатлар (бронхиал астма, экзема, ревматизм ва бошқалар), дориларга юқори сезувчанлик, бундан ташқари, биронта ўсимлик, атир хидлари, ҳайвон терисига аллергияси бор ёки йўқлиги аниқланади.

Текширишнинг иккинчи босқичи—тери ва провокацион синамаларни ўтказишдир. Тери синамаларини ўтказишда бемор қонидан олинган зардобни соғлом инсоннинг тери остига юборилади. Вақт ўтганидан кейин худди шу жойга текширилаётган аллерген юборилади. Беморда тез кечувчи аллергия тури намоён бўлиши, зардоб ва аллерген ўртасида реакция борлигидан далолат беради.

**Провокацион синамалар.** Стоматологик амалиётда қуйидаги провокацион синамалар ўтказилади:

- тил ости синамасида аллерген тил остига юборилади ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида яллиғланиш жараёни кузатилади;
- лейкопеник синамада аллерген юборилганидан 20-40 дақиқадан ўтгач, сўнг беморлар қонида лейкоцитлар сони саналади;
- тромбоцитопеник синама—периферик хонда антиген—антитанача комплекси таъсирида тромбоцитларнинг агглютинацияси кузатилади.

**Лаборатория текширувлари.** Лаборатория текширувларига серологик ва хужайрали реакциялар киради. Специфик антитаначаларни аниқловчи серологик текширувларга Уанье бўйича микропреципитация, гелдаги преципитация, агглютинация ва билвосита геммагглютинация, комплементни боғлаш реакциялари киради.

Носпецифик тестларга қуйидагилар киради:

- периферик қонда ва яллиғланиш ўчоғи секретидида эозинофиллар сони кўпайиши;
- тромбоцито ва лейкопения;
- зардобдаги глобулинлар (β-, γ - глобулинлар)нинг кўпайиши;
- тери ва мукозли синама;
- хужайрали жараёнлар;

Хужайрали тестлар лимфоцит ва макрофагларни аниқловчи реакциялар билан аниқланади.

#### Қоннинг умумий клиник таҳлили

Гемоглобин, эритроцитлар, лейкоцитлар сонини, рангли кўрсаткич лейкоцитар формулани аниқлашдан иборат.

Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги кўрсаткичи организмда патологик жараён борлигидан далолат беради.

Қон ва биокимёвий текширишда уларда қанд микдори аниқланади.

#### Клиник—лаборатор текширув кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Меъёрда
<b>Гемограмма</b>	
Эритроцитлар: • аёлларда • эркекларда;	3,8-4,5·10 <sup>12</sup> /л 4,5-5,0·10 <sup>11</sup> /л
Гемоглобин: • эркекларда; • аёлларда	130-160 г/л 120-140 г/л
Рангли кўрсаткич	0,9-1,1
Ретикулоцитлар	0,8-1,0 %
Лейкоцитлар	4000-9000·10 <sup>9</sup> /л
Таёкча ядроли нейтрофиллар	1-6% 0,004-0,300·10 <sup>9</sup> /л
Сегмент ядроли нейтрофиллар	47-72% 2000-5500·10 <sup>9</sup> /л
Эозинофиллар	0,5-5,0% 0,020-0,300·10 <sup>9</sup> /л
Базофиллар	0-1% 0-0,065·10 <sup>9</sup> /л
Моноцитлар	3-11% 0,090-0,600·10 <sup>9</sup> /л
Лимфоцитлар	19-37%
Тромбоцитлар	180,0-320,0·10 <sup>9</sup> /л
Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги: • эркекларда; • аёлларда	1-10 мм/соат 2-15 мм/соат
Қоннинг ивиш вақти: • бошланиши; • тугаши; • қон оқиши давомийлиги	1 дақ. 35 сек. 2 дақ. 50 сек дан – 4 дақ. 3 дақ. гача

#### Қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Меъёрда
Умумий оқсил	65-85 г/л
<b>Оқсил фракциялари</b>	
Альбуминлар	56,5-66,8%
Глобулинлар:	33,2-43,5%

• $\alpha_1$ глобулин;	3,5-6,0%
• $\alpha_2$ глобулин;	6,9-10,5%
• $\beta$ глобулин;	7,3-12,5%
• $\gamma$ глобулин	12,8-19,0%
Мочевина	2,5-8,33 ммоль/л
Қолдикли азот	14,28-28,56 ммоль/л
Креатинин	44,0-88,0 мкмоль/л
Глюкоза	2,78-5,55 ммоль/л
Сиал кислотаси	135-200 ЕД
Умумий билирубин	8,55-20,5 мкмоль/л
Холестерин	3,6-6,7 ммоль/л
Сийдик кислотаси	170-450 мкмоль/л
Сут кислотаси	0,56-1,67 ммоль/л
Липидлар (умумий)	4,0-8,0 г/л
$\beta$ -липопротеидлар	3,5-5,5 г/л
Фосфолипидлар (умумий)	1,94-3,23 ммоль/л
Анорганик фосфор	0,646-1,292 ммоль/л
Калий (плазмада)	3,6-5,4 ммоль/л
Кальций (плазмада)	2,25-2,75 ммоль/л
Магний	0,7-1,07 ммоль/л
Зардобдаги темир:	
• эркакларда;	14,3-25,1 мкмоль/л
• аёлларда	10,7-21,5 мкмоль/л
Мис	11,0-22,0 мкмоль/л
Хлор	96,0-110,0 ммоль/л
Протромбин индекси	0,8-1,1
Фибриноген	2,0-4,0 г/л
Нордон фосфатаза	0,05-0,13 ммоль/(ч.л)
Ишқорий фосфатаза	0,5-3,0 ммоль/(ч.л)
Холинэстераза	160-340 ммоль/(ч.л)

#### Сийдикнинг биокимёвий кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Меъёрда
Оқсил	0 г/л
Глюкоза	0 ммоль
Калий	35-90 ммоль/сут

Магний	1,69-8,23 ммоль/сут
Марганец	0,36-1,27 мкмоль/л
Анорганик фосфор	19,4-38,7 ммоль/сут
17-кетостероидлар:	
• эркакларда;	22,9-81,1 мкмоль/сут
• аёлларда	22,2-62,5 мкмоль/сут
Мочевина	333,0-585,0 ммоль/сут
Сийдик кислотаси	2,36-5,9 ммоль/сут
Симоб	0,498 мкмоль/сут дан кам
Кўрғошин	0,386 мкмоль/сут дан кам

#### Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари таснифи

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ҳар хил этиологияли касалликларини кўринишлари, белгилари, шиллик қаватда жойлашиши, клиник кечиши турлича бўлгани учун бу касалликларни тўғри ташхислаш ва қиёсий ташхислаш мураккаблигини назарга олиб, керакли даволаш ва профилактика тадбирларини ўтказиш учун ҳар хил мезон (анатомик ва клиник, ўткир ва сурункали, клиник ва морфологик, чуқур ва юза, тошмалар хусусиятлари ва ҳ.к.) ларга ёндошган ҳолда таснифланган. Барча таснифлар юқоридаги бирор бир мезонга асосланиб тузилган ва ўзига хос камчиликлари бўлган.

Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БССТ) қуйидаги касалликларни ажратади:

1. Юқумли ва паразитар касалликлар.
2. Неоплазмалар.
3. Қон ва қон ишлаб чиқариш аъзоларининг иммун механизми билан боғланган бузилишлари.
4. Эндокрин модда алмашуви ва озиқланиш билан боғлиқ хасталиклар.
5. Рухий ҳолатлар.
6. Асаб тизими касалликлари.
7. Қон айланишининг бузилишлари.
8. Нафас аъзоларининг касалликлари.
9. Ошқозон-ичак касалликлари.
10. Тери ва тери ости қавати касалликлари.
11. Скелет-мушак тизими ва бириктирувчи тўқима бузилишлари.
12. Сийдик-таносил тизими касалликлари.
13. Хомиладорлик, бола туғилиши билан боғлиқ ва туғишдан кейинги ҳолатлар.
14. Туғма касалликлар, хромосом бузилишлар.
15. Бошқа бўлимларни аномалияси, симптом ва белгилари.

16. Ташқи муҳитнинг таъсири (шикастланиш, захарланиш ва бошқалар).

17. Ўлим ва Хасталикка ва ўлимга олиб келувчи ташқи омиллар.

Таснифни хар бир бўлимига хос оғиз бўшлиғида намоён бўлган стоматологик касалликлар, синдромлар ва ҳолатлар рўйхати мавжуд. Стоматологик касалликларнинг гуруҳ ичида таснифланишида клиник–морфологик, патоморфологик, микрофлора турлари бўйича ўтказилади.

Стоматологик касалликларни БССТ томонидан рўйхатланиши бу касалликларга стандарт ёндошиш билан бирга керакли рўйхатлаш ҳамма давлатларда стоматологик касалланишни учраш даражасини аниқлаш учун ўтказилади. Шу билан бирга, организмнинг умумий ҳолатини, саломатлигини тиклаш учун оғиз бўшлиғи билан боғлиқ тизимли хасталикларни ўз вақтида аниқлаш, даволаш ва профилактика чора–тадбирларини кенг кулабда олиб борилади.

Москва шаҳрида жойлашган Стоматологик Тиббиёт Университетида ўқув ва даволаш ишларида оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватини касалликларини қуйидаги таснифи қўлланилади:

1. Шикастланишлар (механик, кимёвий, физикавий), шу жумладан травматик эритема, эрозия, яра, лейкоплакия, никотинли лейкокератоз, актиник хейлит, нури, кимёвий шикастланишлар ва ҳоказолар.

2. Юқумли касалликлар:

- вирусли (герпетик стоматит, ўраб олувчи темирлатки, оксим, вирусли сўғаллар, грипп, инсонни иммун танқислиги вируси)

- Венсаннинг яралы–некротик стоматити;

- бактериал инфекциялар (стрептококкли стоматит, пиогенли гранулема; шанкр шаклли пиодермия, сил ва бошқалар);

- таносил касалликлар (захм, сўзакли стоматит);

- микозлар (кандидоз, актиномикоз ва бошқалар)

3. Аллергия ҳолати (Квинке шиши, аллергик стоматит, хейлит, глоссит, кўп шаклли экссудатив эритема ва бошқалар).

4. Экзоген захарланиш ва зарарланишда оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати ўзгаришлари.

5. Организмнинг тизимли хасталиклари ва модда алмашувининг бузилишларидаги оғизнинг шиллиқ қавати ўзгаришлари (гипо- ва авитаминозлар, эндокрин касалликлар, ошқозон–ичак касалликлари, юрак қон-томир тизими хасталиклари, қон ва асаб тизими бузилишлари, ревматик ва коллагеноз касалликлар).

6. Шиллиқ парданинг дерматозларидаги ўзгаришлари (пўрсилдок, Дюринг дерматити, қизил ясси темирлатки, қизил югурок ва бошқалар).

7. Тилни мустақил касалликлари ва аномалияси (бурмали, ромб-симон, кора “сочли” тил, дескваматив).

8. Мустақил хейлитлар (гландуляр, эксфолиатив, актиник, метеорологик, атопик, экзематоз, контактли ва макрохейлит).

9. Ўсма олди касалликлари (облигат ва факультатив) ва ўсмалар (хавфсиз ва хавфли).

### **Механик шикастланишлар**

Кечиши бўйича механик шикастланишлар ўткир ва сурункали механик шикастланишларга бўлинади.

*Ўткир механик шикастланишлар* (trauma mechanicum acutum) гематома (тўқималараро қон қуйилишлари), эрозия ва яра кўринишида кузатилади. Гематома оғриқ билан кечади, 1-3 кун мобайнида оғриқлар йўқолади. Агар шиллиқ қаватнинг бутунлиги бузилган бўлса, шу жой оғриқли эрозияга айланади. Кейинчалик эса иккиламчи инфекция қўшилади ва узоқ битмайдиган ярага айланиши мумкин. Ташхислаш унча кийинчилик туғдирмайди, чунки таҳлил тўғри белги-ланганда таъсирловчи омил аниқланади.

Даволашда калий перманганат 1:5000, 0,5 % водород пероксиди эритмаси билан антисептик ишлов берилади ва кератопластик моддалардан - аевит, солкосерил дентал адгезив пастасидан фойдаланилади.

*Сурункали механик шикастланиш* (trauma mechanicum chronicum)–узоқ вақт зарарли таъсирлар натижасида намоён бўлади. Зарарли таъсир бўлиб тишларнинг ўткир кирралари, кўприксимон ва олинадиган протезлар, тиш тошлари, иссиқ ва аччиқ овқатлар, зарарли одатлар ва ҳоказолар ҳисобланади. Клиник кўриниш шикастланиш жойлашувига, беморнинг ёшига боғлиқдир (расм 16).

Сурункали шикастланишлар кексаларда шиллиқ қаватнинг қайта тикланиш қобиляти пасайиши муносабати билан кўпроқ учрайди ва дастлаб беморни безовта қилмайди. Кейинчалик шиллиқ қаватда гиперемия, шиш, айрим жойларда эрозия ва яралар, милк сўргичларида эса пролифератив ўзгаришлар кузатилади.

Сурункали шикастланишга катарал яллиғланиш кўриниши хосдир. Катарал яллиғланиш ўткир ва сурункали кечади. Ўткир яллиғланиш 10-14 кун давом этади ва таъсир этувчи салбий омил бартираф этилингандан сўнг тезда ўтиб кетади. Йирингли экссудат ҳосил бўлганда, шиллиқ қаватнинг бутунлиги бузилади ва эрозиялар ҳосил бўлади. Даволаш суст ўтказилганда сурункали яллиғланиш давом этади, натижада травматик ёки декубитал яра ривожланади. Декубитал яралар кўпинча шикастланиш учун мойил бўлган жойларда: тил учи ва ён юзалари, тишларнинг жипслашиш жойидаги лунж юзаларида учрайди. Яралар узоқ муддатли бўлса, туби қаттиқлашади, некротик қараш билан қопланади, четлари қизаради, пальпацияда оғриқли бўлади. Яранинг туби чуқур бўлиб, мушак қаватигача етиб боради. Регионар лимфатик тугунлар катталашган, ҳаракатчан ва оғриқли бўла-

ди. Инфекция (фузоспирохеталар, кандида турига мансуб замбуруғлар) тушиши натижасида асоратлар келиб чиқади, узоқ (2-3 ой) даврий давом этса хавфли ўсмага ўтиш эҳтимоли юқори. Декубитал яраларни кўпинча чақирувчи салбий омил бўлиб сифатсиз тайёрланган мосламалар (протезлар) хисобланади. Протез турган жойда нуктасимон ёки ёйилган қизариш кузатилади, нуқтали қон куйилишлар, эрозия ва гиперплазия юзага келади.

Травматик ярани трофик яраси, ёмон сифатли ўсмали яраси, сил яраси ва захм ярасидан фарқлаш керак.

**Трофик яра**—шиллик парда ости қавати қалин бўлган жойларда кузатилади. Оғиз бўшлиғининг тубида, ретромолляр соҳада жойлашиб, яранинг туби ва четлари текис, оғриқсиз, консистенцияси юмшоқ, атрофидаги тўқималар кам ўзгаради, юрак қон-томир тизимида декомпенсация кузатилади.

**Хавфли ўсма яраси** (саратон)—кўпроқ тил ва лабда жойлашади, ҳажми хар хил, чеккалари ёрилган, нотекис қайрилган, туби уйиғроқ, тез қонайди; пальпацияда туби ва четлари каттик бўлади. Лимфатик тугунлар дастлаб ўзгаришсиз, кейин эса катталашади, оғриқсиз бўлади. Цитологик текширувда—атипик эпителиал хужайралар кузатилади.

**Сил ярасининг** жойлашиши юзарок, ўртасига қараб чуқурлашади, четлари емирилган, тубидаги қизил рангдаги грануляция сарғиш суюқлик ажратади. Ярадан олинган қирилмада Лангхаснинг гигант хужайралари ва эпителиод хужайралар кузатилади. Циль-Нильсен бўйича бўяганда сил микобактериялари аниқланади. Серологик реакциялар (Пирке ва Манту) мусбат бўлади. Аниқ ташхислаш учун бемор фтизиатрга юборилади.

**Захмли яра.** Яранинг туби силлик четлари текис, атрофида қаттиқ инфилтрат кузатилади. Регионар лимфатик тугунларда қаттиқлашиш (склераденит), ярадан олинган ажралмада оч рангли спирохета аниқланади. Вассерман реакцияси мусбат (3-4 haftaда).

Фузоспирохетоз билан асоратланган травматик яралар устида бадбуй кулранг—кўкимтир қарашлар пайдо бўлади, оғиздан чириган қўланса хид келади, яралар—некротик Венсанни гингивостоматити келиб чиқади.

**Даволаш.** Травматик яраларни даволаш таъсир этувчи салбий омилни бартараф қилишдан, оғизни чайқаш ва антисептик ишлов беришдан иборат. Кучли оғриқларда яраларга оғриқсизлантирувчи моддалардан аппликация қилинади.

Оғриқсизлантириш мақсадида Солкосерил дентал адгезив малхамидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади. Чунки препарат таркибида: 2,125 мг Солкосерил, 10 мг полидоканол (анестетик), консервантлар (метил - ва пропилпарагидроксibenзоат), хушбўй мод-

далар (ялпиз мойи, ментол), адгезив асоси (желатин, пектин, парафин, целлюлоза) мавжуд. Некротик тўқима ва қарашларни тозалаш протеолитик ферментлар билан амалга оширилади ва кератопластик мойлар (А ва Е витаминларининг мойли эритмаси), наъматак мойи, солкосерил адгезив пастаси қўлланилади. Солкосерил дентал адгезив паста хужайраларга кислород ва озиқ моддаларни етказишни фаоллаштириб, АТФ синтезини стимуллади, хужайралар пролиферациясини кучайтиради. Препарат 0,5 см ҳажмда шиллик қаватга кунда 3-5 марта юпка қилиб суртилади. Оғиз бўшлиғи соғломлаштирилади.

**Гиперкератоз.** Узоқ вақт яхши фиксация қилинмаган протезлар тақиш натижасида лейкоплакияга хос узгаришлар келиб чиқади.

**Бўлаксимон фиброма**—протезнинг чети ҳисобига юза яра ва эрозия ҳосил бўлди. Яралар асосида қаттиқлашган кам оғриқли ўсма-симон ҳосила—бўлаксимон фиброма ривожланиб, протезнинг чети айни шу жойга ботиб туради. Протездан фойдаланилмаса яра секин—аста эпителизация ҳисобига битиб кетади, протез билан фойдаланилганда, яралар яна пайдо бўлади. Даволаш учун янги тиш протези тайёрланади ва бўлаккли фиброма кесиб ташланади.

**Папилломатозли гиперплазия.** Юқори жағда тиш протезини тақиб юриш натижасида протезли стоматит ривожланади. Кўрув пайтида танглайда, айниқса орқа қисмлари майда сўлак безлар соҳасида гиперемия кузатилади.

Сифатсиз протезларни узоқ вақт мобайнида тақиш натижасида танглайда тарқалган гиперемияли папилломатозли гиперплазия ривожланади. Альвеолляр ўсимтанинг суяк тўқимасида резобцияга учрайди, юмшайди, ҳаракатланади, кўпинча ангуляр хейлит ривожланади. Candida оиласига мансуб замбуруғлар кўпайиши муносабати билан протезларда ва шиллик қаватда кўп миқдорда аниқланади.

**Даволаш.** Сифатсиз протезни тақиш ман қилинади ва у бошқа тайёрланади. Замбуруғга қарши даво ўтказилади. Оғиз бўшлиғи ва протез гигиенасига риоя қилиш тавсия қилинади.

**Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини одатий тишлаш** (*pathomimia mucosae oris*). Одатий тишлаш (тил, лунж ва лабларни) асосан мактаб ёшидаги болалар ва талабаларда кузатилади. Доимо тишланиб, шикастланган шиллик қаватда сурункали чегараси ноаниқ шилинишлар ривожлади. Шикастланган юзада эпителийнинг нотекис узилишлари (гуё куя еган юзадай) кузатилади (расм 17). Асоратсиз кечаётган жараёнда оғриқлар бўлмайди, оғир ҳолларда оғриқли эрозив юзалар ривожланади. Гистологик текширувда паракератоз аломатлари кузатилади.

Қиёсий ташхис лейкоплакия, сурункали кандидоз, оқ говакси-



мон невос ва лейкодема билан ўтказилади. Шиллик қаватни чайнаш каби зарарли одат йўқолгандан сўнг патологик жараён орқага қайтади. Шикастланган юзада *Candida* оиласига мансуб замбуруғлар аниқланмайди. Оқ говаксимон невос бир оила аъзоларида учрайди, кўпинча болалик даврига хос бўлади. Объектив текширувда лунжинг шиллик қавати қалинлашган, чуқур бурмалар ва говаксимон кўринишида бўлади.

**Даволаш.** Шиллик қаватни тишлаш одатини бартараф қилиш лозим.

### **Кимёвий шикастланишлар**

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг кимёвий шикастланишлари ўткир ва сурункали кечади.

*Ўткир кимёвий шикастланишлар* кислота, ишқорлар билан куйиш натижасида келиб чиқади. Юқори концентрацияли моддалардан келиб чиққан куйишни амальгама, пластмасса ва кам концентрацияли кимёвий моддалардан ривожланган аллергия ҳолатини ажрата билиш керак.

**Клиник кўриниши.** Шикастловчи омилнинг тури, ҳажми, хусусияти ва таъсир вақти шикастланишнинг клиник кўринишига таъсир этади.

Кислотали куйиш натижасида шиллик қаватда коагуляцион некроз ва ҳар хил рангдаги қарашлар пайдо бўлади. Қорамтир (сульфат кислотадан), сариқ рангдаги (нитрат кислотадан), оқ рангдаги (бошқа кислоталардан) қарашлар яллиғланган, шишли ва гиперемияли юзада чуқур жойлашган тўқималар билан туташган ҳолда кузатилади (расм 18).

Ишқорлар билан куйишда шиллик қаватда колликвацион некроз ривожланади, қалин қарашлар ҳосил булмайди, некрозланган тўқималар шилимшиқ ҳолда бўлиб, аста-секин битувчи эрозия ва яралар ҳосил қилади. Кучли оғриқлардан бемор азобланади (расм 19).

Сурункали кимёвий шикастланиш “Лейкоплакия” бўлимида ёритилган.

*Даволаш.* Кимёвий моддани тезда сув билан ювиб ташлаш ёки нейтрализация қилиш лозим.

Кислота билан куйиш содир бўлганда совунли сув, 1%ли оҳакли сув, куйдирилган магнезиянинг суви, 0,1%ли новшадил спирти, ош содасининг кам фоизли эритмаси билан нейтрализация қилинади.

Ишқор билан куйиш содир бўлганда 0,5%ли лимон, сирка кислоталари, 0,1%ли хлорид кислотаси билан нейтрализация бажарилади.

Кумушли нитратнинг концентрациясини пасайтириш ва шимилшини камайтириш учун 2-3%ли натрий хлориди ёки Люголь эрит-

масидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Фенол билан куйишда шиллик қаватга 50%ли этил спирти ёки канакунжут мойи билан ишлов берилади.

Оғриқсизлантирувчи моддалар (1%ли тримекаин, лидокаин, новокаин эритмалари) билан аппликация ёки оғизга олиб-ванночка йўли билан маҳаллий оғриқсизлантирилади. Сўнг антисептиклар—0,5%ли этоний эритмаси, 0,25%ли хлорамин, 1:5000 нисбатдаги фурациллин билан куйган юзага ишлов берилади ва эпителизацияни кучайтирувчи модда—кератопластиклар (1%ли цитральни шафтоли мойидаги эритмаси, А ва Е витаминларнинг мойли эритмаси—ревит, метилурацил малхами, 1%ли цитраль, цигерол, солкосерил дентал адгезив паста) ни қўллаш лозим. Поливитаминлар ва оксилларга бой бўлган парҳезли овқатлар, шарбатлар буюрилади.

### **Физик шикастланишлар**

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг иссиқ сув, иссиқ буғ, олов, электр токи ва қисқа вақт мобайнида катта дозали ионизацияловчи радиация таъсирида ўткир физикавий шикастланишлар ёки куйишлар келиб чиқади. Иссиқ буғ ёки сув билан куйиш содир бўлганда, оғизда қаттиқ оғриқ пайдо бўлиб, секин-аста камаяди. Оғиз бўшлиғининг шиллик қаватида гадир-будирлик сезилади, катарал стоматит белгилари пайдо бўлади. Эпителий қисман, айрим жойларда бутунлай кўчади, тезда ёриладиган пуфаклар ривожланади, натижада эрозия ва юзаки яралар ҳосил бўлади (расм 20).

**Даволаш.** Санитария-оқартув ишлари ва меҳнат хавфсизлигига риоя қилиш, эҳтиёткорлик ва хушёрлик физикавий шикастланишларнинг профилактик асосларини ташкил қилади.

Даволаш режасида дастлаб оғриқсизлантирувчи моддалар (1%ли тримекаин, 1%ли пантокаин, 1%ли ксилокаин) билан маҳаллий аппликация бажариш тавсия қилинади. Кучсиз антисептик моддалар (0,05%ли хлоргексидин, 0,02% фурациллин, цигерол эритмалари) билан ишлов берилади ва эпителизацияни кучайтирувчи кератопластик моддалар (каротин: солкосерил дентал адгезив пастаси, метилурацил малхами, наъматак ва облепиха мойлари ва бошқалар) буюрилади.

Умумий даволаш мақсадида беморга яллиғланишга қарши таъсир этувчи антибиотиклар, гипо- ва десенсибилизацияловчи моддалар, витаминлар тавсия қилинади. Юқори калорияли парҳезли овқатлар буюрилади.

**Гальванизация.** Оғиз бўшлиғида ҳар хил металллар (пломба ва протезлар) орасида гальваник микротоқлар ҳосил бўлиши гальванизация деб аталади. Микротоқларни меъёр (10мкА)дан кўпайиши протезларни тайёрлаш технологиясини кўпол равишда бузилиши билан боғлиқдир. Айниқса кучли микротоқлар айрим ашёлар (тилла—амаль-



гама, пулат–припой, амальгама–пулат)ни бирга оғиз бўшлиғида бўлишидан келиб чиқади. Гальваник тоқлар оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида яллиғланиш жараёнларининг, лейкоплакия ва кизил ясси темирлаткиннинг ривожланишида катта аҳамиятга эга, мавжуд бўлган патологик ҳолатларнинг чуқурлашишига ва оғирлашишига олиб келади. Бемор оғиз бўшлиғида пайдо бўлган ноқулайликка, тили ачишишига ва бошқа субъектив ҳолатларга шикоят қилади. Объектив кўриқда шиллиқ қаватда ҳеч қандай ўзгариш йўқлиги аниқланади.

**Даволаш.** Оғизни соғломлаштириш билан бирга амальгамали пломбаларни ва металлдан тайёрланган протезларни алмаштириш кераклиги маслаҳат берилади. Оғриқсизлантирувчи моддалар, кучсиз антисептиклар ва кератопластиклардан солкосерил адгезив пастаси, наъматак мойи, картолин буюрилади.

### **Нур касаллиги (*morbis radialis*)**

Нур касаллиги ионизацияланувчи радиацияни кучли таъсири натижасида бутун организмга ёки алоҳида қисмлари (бош, кўкрак қафаси, қорин, чанок қисми ва бошқалар)га таъсир этишида ривожланади. Нурланишни рентген нурлари, г-нурлари, нейтронлар тўплами ва ҳоказолар чақориши мумкин. Нурланган тўқималар ва қон томирларни морфологик тузилиши ўзгаради, бириктирувчи тўқиманинг ҳимоя функцияси пасаяди, шу билан бирга, қайта тикланиш функцияси–регенерация сусаяди.

Нур касаллигининг ўткир ва сурункали шакллари фарқланади. Ўткир нур касаллиги (*morbis radialis acutus*) организмга бир мартаба катта дозали радиация (100-1000 рад)нинг таъсир этиши натижасида ривожланади. Дастлаб биринчи даврда (бирламчи реакциялар даври) 1-2 соат мобайнида оғиз бўшлиғи қурийдан ёки тескариси, сўлак ажралишининг кўпайиши, сезиш ва таъм билиш қобилятларининг пасайиши кузатилади. Оғиз ва лабнинг шиллиқ қаватлари шишади, майда нуқтали қон қуйилиш ўчоқлари ривожланади. Биринчи давр 2 суткагача давом этади. Иккинчи (латент) даврида барча ўзгаришлар ўтиб кетади. Иккинчи давр бир неча соатдан 2 haftaгача давом этади. Учинчи давр (клиник кўринишнинг ривожланиши) касалликнинг авж олиши билан тавсифланади. Организмнинг умумий ҳолати ёмонлашади, оғиз бўшлиғида ачишиш, қуриш аломатларининг пайдо бўлиши нурли стоматитни юзага келганидан далолат беради. Қон таркиби ва қон томирларнинг ўзгаришлари кузатилади. Геморрагик диатез аломатлари (юқори даражада қон кетиш ва қон қуйилишлар) ривожланади. Нурли стоматитнинг клиник кўринишига геморрагик синдром ва ярали–некротик жараёнлар хос бўлади. Айниқса тиш тошлари, осилиб қолган пломбалар милкка жароҳат етказган жойларида микроорганизмлар таъсирида ярали–некротик гингивит ва стоматитлар

келиб чиқади. Металлдан тайёрланган протез ёки қопламалар атрофида тўқималарни шикастланишлари оғирроқ ва чуқурроқ бўлади, чунки бу жароҳатлар иккиламчи нурланиш ҳисобига пайдо бўлади. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати, юз ва лаблар шишган. Милк сўрғичлари қонайди, юмшайди, милк кирғоқлари некрозланади. Альвеоляр ўсимтанинг суяк тўқимаси резорбцияга учрайди, тишлар қимирлаб тушиб кетади. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида қўланса хидли, тўқ-қулранг, некротик қараш билан қопланган яралар пайдо бўлади. Шиллиқ қаватдаги яралар юмшоқ тўқимага ва суякларга тарқаш мумкин ва секвестр билан кечадиган суякнинг некрозли нурланиши ривожланиб, суяк синишлари учрайди. Тил шишади, қалин қараш билан қопланади, ёрилма, қон қуйилишлар ва некроз ўчоқлари пайдо бўлади. Бу ўзгаришлар кўпроқ тилни илдизидан кузатилади, тилнинг сезиш ва таъм билиш вазифалари бузилади. Оғир некротик ангианалар ривожланади. Туртинчи даврда касаллик белгилари секин-аста қайтади ва бемор тузала бошлайди. Лекин касаллик белгилари қайталаниши мумкин.

**Сурункали нур касаллиги (*morbis radialis chronicus*)** – кичик дозадаги нурларнинг узок вақт мобайнида организмга бўлган таъсиридан келиб чиқади. Оғизда қуриш аломатлари, катарал белгилар кейинчалик эса ярали гингивитлар ривожланади. Эрозия ва яралар утувчи бурмаларни, лаб ва милкларни вестибуляр юзаларида жойлашади (расм 21). Тилда глоссалгия, кейинчалик эса глоссит белгилари намоён бўлади. Узок вақт ривожланган сурункали нурланиш касаллиги пародонтда ҳам нур касаллиги ривожланишига сабабчи бўлади.

**Даволаш.** Нурланиш касаллигини даволаш маҳаллий ва умумий тадбирлардан иборатдир. Ушбу тадбирларни ўтказиш учун касалликнинг даври, кечиш хусусиятлари, жойлашиши, ҳамда ҳар хил аъзо ва тўқималарнинг касалланиш даражаси аҳамиятлидир.

**Умумий даволанишда** радио–кимёвий реакцияларни секинлаштирадиган моддалар (цистамин, цистеин, меркамин) организмнинг радиосезгирлигини сусайтирувчи моддалар, кортикостероид препаратлар, антигистамин моддалар (димедрол, супрастин, диазолин, тавегил), антибактериал препаратлар (кенг таъсир доирасига эга бўлган антибиотиклар) буюрилади. қон тизими функцияларини тикловчи моддалар (витами́нлар–В<sub>12</sub>, В<sub>6</sub>, фолат кислотаси, кампалон, натрий нуклеинати, пентоксил, коамид), ҳамда геморрагик диатезни олдини олувчи моддалар (рутин, викасол, кальций глюконат), поливитами́нлар буюриш лозим. Гемотрансфузия усули ўтказилади.

**Маҳаллий даволаш.** Эрозия ва яралар устидаги қарашларни тозалаш учун протеолитик ферментлар (трипсин, лизоамидаза, хемопсин, ронидаза, лизоцим)ни қўллаш мақсадга мувофиқдир. Сўнг антисептиклар билан ишлов берилади. Қарашдан тозаланган яралар юзасига 1, 5 - 2 ой мобайнида ируксол, левосин, солкосерилнинг дентал адгезив пас-

таси, актовегин, прополис, галаскорбин, витаминли малхамлар, ҳамда облепиха ва наъматак мойлари билан аппликация қилинади.

### **Юз-жағ соҳаси ўсмаларини нур билан даволашда оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар**

Юз-жағ соҳасида жойлашган ўсмаларни даволашда нур терапиеси (масофали, калта фокуси, тўқима ичра турлари) кенг қўлланилади. Ўсмалар атрофидаги соғлом тўқималар ҳам нурланади. Келиб чиққан ўзгаришлар даражаси нурни кучига, қабул қилинган нурланиш дозасига, давомийлигига, организмнинг биологик хусусиятларига ва оғиз бўшлиғининг ҳолатига боғлиқдир.

**Клиникаси.** Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар секин-аста ривожланади, дастлаб қизариш, кейинчалик эрозиялар ҳосил бўлади. Ушбу ўзгаришлар шиллиқ қаватнинг ҳар хил жойларида турлича. Лунжда, оғиз тубида, юмшоқ танглайда эпителийда мугузланиш қавати бўлмаслиги сабабли шиллиқ қавати қизариб, шишади холос. Кейинчалик нурланишнинг дозаси кўпая боргани сари шиллиқ қават ранги хиралашади, унинг ялтироқлиги йўқолади, у қаттиқлашади, бурмалар ҳосил бўлади, қирилганда юза қавати олинмайди, чунки мугузланиш кучаяди. Айрим шикастланган жараёнлар кизил ясси темирткини ва лейкоплакияни эслатади. Доза кўпайган сари мугузланган эпителий кўчади, тагида ёпишқоқ некротик қараш билан қопланган эрозия ўчоқлари ҳосил бўлади. Бу ўчоқлар бир-бирига қўшилганда, пардали радиомукозит ривожланади. Юмшоқ танглай юқори даражада нурланишга сезгирлиги сабабли бу ерда мугузланиш бўлмасдан, жараён тез кечади. Нурланиш сабабли оғизда ривожланувчи патологик жараёнлар сўлак безларини ҳам четлаб ўтмайди ва 3-5 кун мобайнида сўлак ажралиши кўпаяди, кейин эса оғиз қуруқлашиб, ксеростомия ривожланади.

Тилдаги ўзгаришлар таъм билиш қобилиятининг йўқолиши билан тавсифланади.

Нурланиш тугаши билан оғиздаги ўзгаришлар орқага қайтади ва шиллиқ қават тикланади. Бу жараёнлар 2-3 ҳафта давом этади. Нурланишнинг қабул қилинган дозаси жуда катта (5000-6000 рад) бўлса, шиллиқ қавати ва сўлак безларидаги ўзгаришлар орқага қайтмайди.

**Даволаш.** Нурланишни ўтказишдан аввал оғиз бўшлиғини соғломлаштириш лозим, ярқисиз тишнинг ўткир қирралари текисланади, нотўғри қўйилган пломбалар алмаштирилади.

Даволаш режасига қуйидаги тадбирлар қиради:

1. Анестезия остида тиш илдизлари, қимирлаш даражаси баланд бўлган тишлар олиб ташланади;
2. Тиш усти ва тиш ости тошлари олиниб, пародонтал чўнтаклар кюретаж қилинади;

3. Кариесли тишлар даволанади, металлдан тайёрланган пломба ва протезлар ечилади.

Нурланишдан аввал шиллиқ қаватдаги ўзгаришларни камайтириш мақсадида оғиз бўшлиғи 2:100 нисбатда ош тузининг изотоник эритмасида эриган адреналин билан оғиз тез-тез чайқалади, ёки адреналин тери остига инъекция қилинади, ёки шиллиқ қават преднизолон ёки тезан ва 5% диэтон малҳами билан артилади.

Нурланиш даврида чекиш, ичиш, аччиқ, шўр овқатлар истеъмол қилиш, олиб қўйиладиган тиш протезларини тақиш, тиш чётқаларидан фойдаланиш ман қилинади. Оғиз бўшлиғини, милк сўргичларини 0,5-2%ли водород пероксиди, лиоксазол аэрозоли, фурациллиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмаси, этакридин 1:1000 нисбатдаги ва 10% димесид эритмаларига чайқаб туриш тавсия этилади. Кератопластиклардан витамин А, Е мойли эритмалари, солкосерил, дентал адгезив пастаси қўлланилади.

Нурланиш касаллигини авжига чиққан пайтида оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати тиш-милк чўнтаклари шафтоли ёки бошқа ўсимлик мойида эритилган 1%ли цитраль билан суртиб турилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун 1-2%ли тримекаин, новокаин, 0,5-1,0%ли дикаин эритмалари ва анестезиннинг 10%ли мойдаги эритмасидан фойдаланиш мумкин. Касалликни авжида тишларни суғириб олиб ташлаш, тиш милк чўнтаklarини кюретаж қилиш каътиян ман этилади. Шиллиқ қаватнинг меъёрлашуви 1,5-2,5 ойдан кейин аста-секин бошланади.

Жарроҳлик усули билан нурланган ярани соғлом тўқимагача кесиб олиб ташлаш асосан калта фокуси рентгенотерапия ва тўқима ичра ү- терапиядан кейин яхши натижа беради.

Нурланишнинг асорати бўлиб, тишларни ва альвеоляр суякнинг шикастланиши ҳисобланади.

### **Лейкоплакия (Leucoplakia)**

Лейкоплакия—оғиз шиллиқ қаватининг ортиқча мугузланиши ҳисобига унинг сурункали яллиғланишидир.

Касаллик ўрта ва катта ёшли кишиларда, айниқса эркакларда кўп учрайди, чунки зарарли одатлар, айниқса чекиш кўпроқ эркакларда кузатилади. Лейкоплакия факультатив ўсма олди касалликлар туркумига қиради.

**Этиологияси.** Лейкоплакиянинг келиб чиқишида маҳаллий қўзғатувчи омилларни (нос, сигарет, иссиқ ва аччиқ овқатлар, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, об-ҳаво шароитлари ва х. к. ) аҳамияти катта.

Оғиз бўшлиғидаги механик шикастланишларни келиб чиқишида нотўғри тишлар жипслашуви, тишнинг ўткир қирралари, осилиб қолган амальгамали пломбалар, нотўғри конструкцияли тиш протезлари ҳисобланади.

Турли металлдан тайёрланган тиш протезлари ва пломбалари орасида ҳосил бўладиган гальваник микротоқлар ҳам лейкоплакияни келиб чиқишига сабабчи бўлади. Сабабчилар бартараф этилганда касаллик белгилари йўқолади.

**Касбий омиллар.** Анилин бўёғи ва лаклар таъсирида ривожланган касбий кератозлар, темир конларидаги иккиламчи маҳсулотларнинг чанглари, тош-кўмир смоласи, фенол, формальдегид, бензин буглари, бензол ва ҳоказолар лейкоплакияни ҳосил қилиши мумкин.

Лейкоплакияни қақирувчи эндоген омиллар мавжуд. Генетик ўзгаришлар, А витаминининг етишмовчилиги, ошқозон-ичак тизими касалликлари лейкоплакиянинг ҳосил бўлиши учун маҳаллий шарт-шароит яратадилар.

**Клиникаси.** Дастлаб оғизнинг шиллиқ қаватида, айниқса пастки лабнинг қизил ҳошиясида, лунжни олдинги қисмида, тишларнинг жипслашув жойида кўпинча учбурчак шаклида соғлом тўқималардан ажралиб турувчи эпителийни хиралашган ўчоғи пайдо бўлади. Худди шундай ўзгаришлар танглайда кузатилса, бунда бу ҳолат “Таппейнер чекувчилар лейкоплакияси” деб номланади.

Лейкоплакия кам ҳолларда тил, оғизнинг туби ва бошқа жойларда учраши мумкин. Лейкоплакиянинг шакллари бир-бирига ўтиши ва бир беморни ўзида ҳар хил шакллари кузатилиши мумкин.

**Ясси лейкоплакия (Leucoplakia plana).** Ясси лейкоплакия бошқа шакллarga нисбатан кўп учрайди. Беморда дастлаб ҳеч қандай субъектив белгиларсиз кечади. Баъзида беморлар шиллиқ қаватдаги ўзгаришлардан безовта бўладилар, айрим пайтда тортишиш ҳисси, тил шикастланганда таъм бузилиши кузатилади.

Асосий морфологик элемент бўлиб, гиперкератик доғ ҳисобланади. Доғни кўринишига эпителийнинг нотекис хиралашиши хос. Бир нечта оқ ёки қуланг-оқ рангдаги, шиллиқ қават сатҳидан қутарилиб турмайдиган аниқ чегарали доғлар деярли ўзгармаган шиллиқ қаватда жойлашиб, худди ляпис билан куйгандек кўринади, ёки ёпиштирилган нафис папироз қоғозига ўхшайди, қирилганда кўчмайди. Мугузланиш ҳар жойда бир текисда кечмайди. Бир жойда кучлироқ, бошқасида сустроқ кечгани учун доғларнинг ранги тиниқ оқдан қуланггача булиши мумкин. Юзалари қурук, ғадир-будур бўлади (расм 22).

Таппейнернинг чекувчилар лейкоплакиясига (leucoplakia nicotinicа Tarpeiner) қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг шиллиқ қаватидаги хиралашиш ўчоқлари, айниқса милк қирғоғининг четларида кўпроқ намоён бўлган ўзгаришлар хос. Қаттиқ танглайни орқа томонида майда қизғиш тугунчалар, уларни ўртасида эса танглай сўлак безларини кистасимон кенгайиш билан тугаган чиқиш йўллари кузатилади.

Лейкоплакиянинг бу тури узок вақт, йиллаб беморни безовта қилмаслиги мумкин, даволанишга мойиллиги бўлгани учун орқага қайтиши ҳам мумкин.

**Веррукоз лейкоплакия (Leucoplakia verrucosa).** Веррукоз лейкоплакия ясси шакли ривожланишининг кейинги босқичи ҳисобланади. Веррукоз лейкоплакия маҳаллий таъсиротчиларни доимий таъсири натижасида ривожланади. Бунда мугузланиш кучаяди, шохсимон қават қалинлашади, пальпацияда қаттиқлик аниқланади. Ранги жиҳатидан ва шиллиқ қаватдан кўтарилиб туриши билан бошқа соғлом тўқималардан ажралиб туради. Веррукоз лейкоплакия чегараланган, юзаси нотекис оқ **бляшка** (бляшка шакли) (расм 23) ёки қаттиқ оқиш сўгаллар кўринишида (сўгал шакли) бўлиши мумкин (расм 24).

**Эрозив лейкоплакия (Leucoplakia erosiva).** Эрозия ва ёрилишлар ясси ва веррукоз шакллари шикастланиш натижаси бўлиб ҳисобланади. Эрозия кўпинча оғизни бурчакларида, лабларда, тилни ён юзларида жойлашади (расм 25). Лейкоплакияни эрозив шакли бошқа турларидан оғриқлиги (айниқса сузлашда ва овқатланганда) ва кийин эпителизацияланиши билан фарқ қилинади.

Патогистологиясида шохсимон ва донатор қаватларнинг ўсиши ҳисобига лейкоплакия сурункали гиперпластик яллиғланиш жараёни кўринишида кечади.

Лейкоплакияни барча шаклларида лимфоцит ва гистиоцитларни инфилтрацияси билан кечадиган диффуз сурункали яллиғланиш кузатилади. Эпителий қаватлари веррукоз шаклида кўпаяди. Гиперкератоз, қалинлашган шохсимон қават веррукоз шаклига, ясси шаклига—паракератоз ёки паракератотик ва гиперкератотик зоналарни навбатма-навбат алмашуви хосдир.

Лейкоплакияни барча шакллари хавфли ўсмаларга утиш эҳтимоли турлича. Ясси шакли спиноцеллюляр саратонига ўтиши 1 йилдан 5 йилгача 4, 2% беморларда учраса, веррукоз ва эрозив шаклларида—20-30% да учрайди. Энг хавфли шакли эрозив лейкоплакия. Хавфли саратонга айланишни клиник белгилари бўлиб, тезда мугузланиш, ўчоғини катталашиши ва қаттиқлашиши, эрозия ва уларни юзаларида сўрғичлар пайдо бўлиши, қонаши ҳисобланади.

**Ташхис** цитологик ва гистологик усуллар ёрдамида аниқланади.

**Қиёсий ташхис.** Лейкоплакияни қизил ясси темирлатки, қизил югурук, сурункали гиперпластик кандидоз, иккиламчи рецидивли сифилис, эпителийни регенерация жараёнидаги хиралашиши, Боуэн касаллиги, ясси ҳужайрали мугузланувчи саратон ва юмшоқ лейкоплакиядан ажратиш олиш керак.

Лейкоплакия қизил ясси темирлаткидан шикастланиш элементлари билан фарқланади. Лейкоплакияда бу доғ ёки бляшка бўлса, қизил ясси темирлаткида майда, кўпинча қўшилиб кетадиган папуллалар ҳисобланади.

Яллиғланиш жараёни лейкоплакияда деярли бўлмайди, қизил ясси темирлаткида кучли ривожланган (типик шакли бундан истисно). Лей-

коплакия кўпинча пастки лабда, лунжни олдинги юзасида, қаттиқ танглайда жойлашса, қизил ясси темиртки лунжда, тилни ён юзасида, айникса ўрта ва орқа қисмларида кузатилади. Лекин бу фарқлар унча такомиллашмайди. Асосий фарқи шундаки, қизил ясси темирткида тери ҳам шикастланади, лейкоплакияда терида ўзгариш бўлмайди. Оғир ҳолларда гистологик текширувни ташхис қўйишдаги аҳамияти жуда катта.

Лейкоплакия қизил югурукдан атрофия жараёнини ва типик шаклидаги чегараланган қизил эритеманинг йўқлиги билан ажралади. Қизил югурукда терида ўзгаришлар кузатилади.

Гиперпластик кандидоздаги карашлар қисман олинади, лейкоплакиядан фарқлаш учун лаборатор текширувлари ва замбуруғга қарши даволашни самарадорлиги аҳамиятлидир.

Лейкоплакияни сифилитик папулалардан фарқи яллиғланишни деярли бўлмастидир. Сифилитик папулалар юмшоқроқ, карашлар кирилганда эрозив юзалар очилиб қолади, ажралмасида жуда кўп оқиш спирохеталар аниқланади, папулалар атрофида нозик гиперемияланган ҳошия кузатилади. Ташхис қўйишда Вассерман ва чўкиш реакциялар мусбатлиги назарга олинади. Айрим ҳолларда хархил этиологияли яра ва эрозиялар эпителизацияланишида атроф эпителийиси хиралашишлари лейкоплакияни эслатади. Лекин тўла эпителизациялашишдан сўнг хиралашиш йўқолади.

Боуэн касаллигида (Эпителий ичра саратони) лейкоплакиядан фарқли равишда кулранг-оқиш карашлар, уларни атрофида яллиғланиш жараёни кузатилади. Караш қириб олингандан сўнг духобани эслатувчи қизил рангдаги юза очилиб қолади.

Лабни қизил ҳошиясида жойлашган лейкоплакияни чегараланган гиперкератоздан фарқлаш лозим. Гиперкератозда кичик ҳажмдаги бироз ботиб турган ўчоқ, гиперкератоз кипиклари кузатилади. Эпителий ичра саратони шубхаси пайдо бўлганда гистологик текширув ўтказилади.

Ясси ҳужайрали мугузланувчи саратон ўчоғни асоси қаттиқлашгани ва атипик ҳужайралар аниқланиши билан характерланади.

Лейкоплакияни юмшоқ лейкоплакиядан фарқлаш лозим. Юмшоқ лейкоплакияда оғизни шиллик қаватида юмшоқ, оқиш рангдаги, яллиғланишсиз, ноаниқ чегарали ўчоқлар аниқланади. Эпителийни юза қавати шпатель ёрдамида кирилади.

**Даволаш.** Даволаш тадбирларини ҳажми касалликни шаклига, шикастланувчи ўчоқни катта-кичиклигига, жараёни ривожланиш тезлигига боғлиқдир.

Ясси лейкоплакияни йўқолиб кетиши қўзғатувчиларни бартараф қилгандан сўнг 1-2 ойлар мобайнида кузатилади. Зарарли одатлар, айникса чекиш лейкоплакияни қайталанишига олиб келади. Бу ҳол-

ларда беморга чекиш хавфини оқибатларини тушунтириб, махсус даволашга йўлланма берилади.

Маҳаллий даволаш оғизни санациясидан бошланиши керак. Соғломлаштириш дегани оғизда хар хил металлдан тайёрланган коплама, протез ва пломбаларни алмаштиришдан, прикусни нормаллаштиришдан, тишларни ўткир қирраларини текислашдан иборат. Маҳаллий аппликациялар витамин Е, 3, 4% ретинол ацетатни ва 5,5% ретинол пальмитатни мойли эритмаси, солкосерилни дентал адгезив пастаси билан бир кунда 3-4 мартаба ўтказиш лозим. Ичиш учун худди шу эритмалар бир кунда 2-3 марта 10 томчидан 1,5-2 ой мобайнида буюрилади. Бу тадбирлар кўпинча лейкоплакияни тўла тузалишига ёки стабиллашига олиб келади. Аниқ натижалар 2-12 ойда кўринади.

Лейкоплакияни веррукоз шаклини даволаш ҳам худди шундай ба-жарилади. Агар натижа бермаса бир ойдан сўнг ўчоқ криодеструкция ёки электрокоагуляция соғлом тўқимагача ўтказилади.

Эрозия ва яраларга катта аҳамият бериб, маҳаллий оғриқсизлантирувчи ва кератопластиклардан фойдаланиш зарур. Эрозиялар икки ҳафтагача эпителизация бўлмаса, тезлик билан биопсия олиш ва гистологик текшириш лозим.

*Candida* замбуруғлари аниқланганда тегишли даволаш ўтказиш керак.

Лейкоплакияси бор бўлган бемор диспансер кузатувида олинади.

**Профилактика.** Чекиш, иссиқ ва аччик, шўр овқатлар истеъмол қилиш ман этилади. Доимий равишда оғиз соғломлаштирилади.

## ПАШКОВНИ ЮМШОҚ ЛЕЙКОПЛАКИЯСИ.

1963 йилда Б. М. Пашков юмшоқ лейкоплакия касаллигини батафсил ифодалаб берган. Бу касаллик айрим муалифлар томонидан “лейкоэдема” (шиллик қават текис юзали), бошқа муалифлар “тишланган лунж” деб аташган (шиллик қават нотекис).

**Юмшоқ лейкоплакия (*leukoplakia mollis*)** Кўпинча лунжнинг шиллик қаватининг тишларни жипслашиш юзасида оқиш, шилинган бир нечта доғ ёки ўчоқлардан иборат бўлган, ноаниқ чегарали шикастланиш кузатилади. Диффуз ҳолларда бундай ўчоқлар бири-бири билан қўшилиб кетади, лабни қизил ҳошияси ҳам зарарланади. Эпителийни кўриниши характерли, куя еган юзага ўхшайди, майда-майда узилган эпителий оролчаларидан иборат. Кирилганда эпителий қисман олинади. Оғир ҳолларда эрозиялар кузатилади. Бу ўзгаришлар тил, лунж ва лабни тишлаш ёки суриш натижасида кузатилади. Оғир ҳолларда оғриқли эрозиялар пайдо бўлади.

**Патологик анатомияси.** Паракератоз, акантоз кузатилади. Тикансимон қаватида цитоплазмаси бўялмайдиған ҳужайралар ва уларни деформациясига учраган ядролари аниқланади. Бириктирувчи тўқи-



масида майда қон томирларни кенгайиши, қалинлашган коллаген толалар ва нафислашган эластик толалар мавжуд.

Ташхис қўйиш учун шиллик қаватини характерли кўриниши, лунжни тишлаш одати мавжудлиги катта роль ўйнайди.

Қиёсий ташхис ўтказилади:

Ясси лейкоплакия, кизил ясси темираткининг типик шакли билан, кандидоз, дорили стоматит билан.

Даволашда витаминларни мойли эритмаларидан ва солкосерил ден-тал адгезив пастасидан аппликация қилиш, оғиз бўшлиғини соғломлаштириш, зарарли одатларни йўқотиш тавсия этилади. Кеннонни говакли оқ невоси.

Кеннонни говакли оқ невоси (*naevus spongiosus albus Cannon*) биринчи мартаба 1935 йилда маълум бўлган. Оилавий касаллик, туғилишдан кейин ёки болалик давридан балоғат ёшигача фаоллашади.

Этиологияси—наслий невос.

Шикояти шиллик қавати, айниқса лунж қаттиқлашишига, ранги оқиш ёки кулранг-оқиш бурмаларга, симметрик жойлашишига бўлади. Ўзгаришлар тўғри ичак ва таносил аъзоларини шиллик қаватида ҳам кузатилиши мумкин. Айрим муалифларни фикрича Кеннонни говакли оқ невоси ҳамда юмшоқ лейкоплакия битта касалликни ҳар хил клиник кўриниши деб ҳисоблайдилар.

Қиёсий ташхис лейкоплакия ва кандидоз билан ўтказилади.

Даволаш оғизни соғломлаштириш, тишларни ўткир қирраларини текислаш, шиллик қаватни шикастламасликдан иборат. Кўп ҳолларда касалликни асоратсиз тузалиши кузатилади.

### Юкумли касалликлар

Юкумли касалликларда оғиз бўшлиғининг шиллик қавати патологик жараёнга жуда таъсирчан бўлади, шунинг учун кўпгина ўткир ва сурункали юкумли касалликлар (қизамиқ, захм, сил, ОИТС, скарлатина ва х.к.лар) оғиз бўшлиғида ўзига хос кўриниш билан ифодаланади. Ушбу хусусиятларни билиш юкумли касалликлар ташхисини осонлаштиради. Шиллик қаватдаги ўзгаришлар юкумли касалликни чақирувчи кўзгатувчининг турига, касаллик оғирлик даражасига, организмни ҳимоя функцияси ҳолатига, эндокрин тизимига оғиздаги микрофлорага боғлиқдир. Инсон оғзида бошқа бўшлиқларга нисбатан энг кўп бактериялар мавжуд. Оғиздаги доимий микрофлора мураккаб ва турғун ҳимоя тизимини ҳосил қилиб, унга ёт бўлган патоген микробларга қарши чиқади. Оғиз микрофлораси тури ва сони жихатдан бутун умр мобайнида деярли ўзгармайди, бироз ўзгариши фаслга, кечирган касалликларга ва сўлакнинг хусусиятларига (рН, қуюқлиги, буфер хусусиятлари, фермент тизими, ион потенциалига ва х.к.) боғлиқдир. Оғиз бўшлиғи микрофлорасига соматик ка-

салликлар, доимий равишда дори-дармон қабул қилиш, айниқса кортикостероидлар ва антибиотиклар, экологик вазият, иммун тизими ҳолати, иккиламчи адентия, тиш протезлари ва х.к.ларнинг аҳамияти катта. Ушбу омилларнинг ҳаммаси оғизнинг доимий микрофлораси ҳажми ва хусусиятларини ўзгартиришлари мумкин ва натижада микроб ассоциацияларининг мувозанати бузилади, натижада резистент бўлган микрофлоранинг вирулентлиги ошади ва оғизда эндоген инфекция ўчоғи пайдо бўлиб, ўткир ва сурункали яллиғланиш жараёни ривожланади.

Эндоген юкумли касалликларга ёки аутоинфекцияларга фузоспирохетоз, кандидоз, йирингли ва бошқа касалликлар киради. Патоген микрофлора экзоген юкумли касалликларни чақиради. Юкумли касалликларнинг эндо- ва экзогенларга бўлиниши шартли бўлади, чунки доим ҳам буни текшириб бўлмайди.

Оғиз бўшлиғининг шиллик қаватида юкумли касалликлардан вирусли, Венсанни ярали-некротик стоматити, бактериал инфекциялар, микозлар, таносил касалликлар намоён бўлади.

### Вирусли касалликлар

Шиллик қаватни юкумли касалликлари ичида вирусли касалликлари энг кўп тарқалган ҳисобланади. Соғлом одамларни оғиз бўшлиғида бир неча вирус тури учрайди, кўпинча яширин ҳолда бўлиб, касаллик чақирмайди. Организмнинг қаршилиги пасайганда вируслар фаол кўпаяди ва касалликни чақиради. Яширин ҳолда соғлом инсонлар оғзида жойлашган вируслардан оддий герпес вируси, цитомегалия вируси, аденовирус, энтеровирусларни бир неча тури, ретровирус ва бошқалар кузатилади. Бу инсонлар симптомсиз вирус ташувчилар дейилади. Вирусли касалликлар ҳозирги пайтда кўп учрайдиган касалликлар ҳисобланишади. Оддий герпес вируси, сувчечак ва ураб олувчи темиратки, А коксаки, оксим, везикуляр стоматитни вируслари ўхшаш клиникали касалликларини чақиради, асосий морфологик элементи бўлиб везикула ҳисобланади. У тезда ёрилиб эрозия ёки афтага айланади.

### Оддий герпес (*herpes simplex*)

Оддий герпес—энг кўп тарқалган вирусли касаллик бўлиб, оддий герпес вируси билан чақиради. Антиген хусусиятларига кўра иккита гуруҳга булинади: биринчи гуруҳга мансуб вирус оғизни шиллик қаватида герпетик касалликларни кўзғатса, иккинчи гуруҳга мансуб вируслар—таносил аъзоларини шиллик қаватида касаллик чақиради. Вируслар инсон организмга тушгандан сунг эпителийда кўпаяди ва бирламчи герпетик инфекция чақиргандан сунг бутун умр бўйи латент ҳолда сақланади ва вақти-вақти билан касалликни рецидивини кўзғатади.



Оддий герпесга кичкина 6 ойдан 3 ёшгача бўлган болаларни мойллиги кузатилади. Кичкиналарда касалликни тарқалган тури учрайди, тери, жигар, бош мия, куз ва бошқа аъзоларда зарарланилади.

Клиникада оғизни шиллиқ қаватидаги герпетик инфекция икки шаклда кечади: ўткир герпетик ва сурункали кайталанувчи стоматит.

### **Ўткир герпетик стоматит (*stomatitis herpetica acuta*).**

**Клиник кўриниши.** Ўткир герпетик стоматит (ЎГС) ўткир бошланиб, асосан ўртача 4 кун давом этади. Тана ҳарорати 37-41 даражача ошади. Умумий ҳолсизлик аломатлари кузатилади. 1-2 кун ўтгач оғиз бўшлиғида оғриқ пайдо бўлади. Оғриқлар овқат еганда ва нутқ сўзлаганда кучаяди. Оғизни шиллиқ қавати гиперемияланган, майда везикулалар ва везикула тўплamlари тошади. Везикула сони ҳар хил бўлади, 2-3 тадан бир неча ўнтагача кузатилиши мумкин (расм 26). Лекин везикулани кўриш қийин, чунки у тезда ёрилиб, эрозия ва ярага айланиши мумкин. Афта – юмалок, ёки овал шаклдаги, текис тубли, четлари текис, оқиш-кулранг караш билан қопланган кичик ҳажмдаги эрозив юза ҳисобланади. Афталар кўпроқ танглайда, тилда, лунжда, лабда ва ўтувчи бурмаларда жойлашади. Иккиламчи инфекция кўшилганда эрозиялар чуқурлашади ва ярага айланади. Симптоматик гингивит ўткир герпетик стоматитга йўлдош касаллик бўлиб милклар қонаши, гиперемияланиши ва шишиши билан кечади. Милк қирғоғида оқ-сарғиш қалин караш кузатилади. Сўлакни ажралиши кўпаяди.

Регионар лимфоденит ўткир герпетик стоматитда касаллик бошланишида пайдо бўлади, афталарни эпителизацияси бошлангандан сўнг яна 5-10 кун сақланади. Ўткир герпетик стоматит лабларда ва лаб атрофидаги терида кузатилади.

Ўткир герпетик стоматит яхши натижа билан 2-3 ҳафтада чандиксиз тузалади, шишган милк қирғоқлари яна асл шаклга қайтади. Пиоккокки инфекция қўшилганда касаллик асоратланади, йиринглайди. Фузоспирохеталар қўшилса Венсанни ярали-некротик гингиво-стоматити ривожланади. Ушбу асоратлар кўпинча тиш тошлари мавжудлигида, нотугри конструкцияли тиш коронкасида кузатилади.

Ўткир герпетик стоматитни кечиши бўйича енгил, ўрта-оғир ва оғир шакллари тафовут қилинади. Касалликни шакли оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини шикастланиш майдонига, интоксикация даражасига, беморни умумий аҳволига боғлиқдир.

Ўткир яллиғланиш жараёнларига хос бўлган қондаги носпецифик ўзгаришлар ўткир герпетик стоматитда аниқланади. Сулакни РН кўрсаткичи аввал нордон, кейин ишкорий тарафга сўрилади (5,8-6,4). Сулакни таркибида лизоцим камаяди, интерферон йўқолади

Гистологик текширувда герпетик пуфакчалар эпителий ичра ти-

канаксимон қаватнинг пастки қатламларида жойлашади. Эпителиал ҳужайранинг акантолизи, баллонли ва лентикюляр дегенерацияси кузатилади. Хусусий шиллиқ қаватида эса ўткир яллиғланиш жараёни ривожланади.

Цитологик текширувда гистиоцит, нейтрофил, эпителиал ҳужайраларини қатламлари, полиморфизм ва синцитий, гигант кўп ядроли ҳужайралар (30-120 мкм диаметрли) аниқланади.

Ўткир герпетик стоматитнинг биринчи кунларида ва рецидивли шаклда герпес вируси пуфакчалар ҳосиласидан тезда ва осон аниқланади. Лекин ремиссия пайтида вирусни на терида ва на шиллиқ қаватда аниқлаш қийин. Касалликни дастлабки вақтидан вирусга қарши антетелолар аниқланмайди. Кейинчалик уларнинг титрлари ошиб боради. Бемор тузалиб кетгандан сўнг вирус организмда бир умрга сақланади, чидамсиз ностерил иммунитет ривожланади.

**Қиёсий ташхис.** Ўткир герпетик стоматитни везикуляр стоматитдан, герпангина, оксим (яшур), кўп шакли экссудатив эритема ва аллергик шикастланишлар билан таққосланади.

Вирусологик текширувлар мавжудлигида везикуляр стоматит билан ўткир герпетик стоматит қиёсланади. Герпангинада тошмалар ҳалқумда жойлашиб, миалгия, дисфагия ривожланади.

Оксим (яшур) да эпидемиологик шароит ва теридаги типик тошмалар қиёсий ташхисда қўл келади. Ундан ташқари биологик синамалар ва серологик текширувлар оксимга ташхис қўйишда аҳамиятлидир.

Кўп шакли экссудатив эритема ва аллергик шикастланишларда (буллез эрозив) ташхис қўйиш учун анамнез, ҳамда морфологик элементларни (эпителий ости пуфаклар, катта эрозиялар) хусусиятлари, аллергик синамалар ва вирусологик текширувлар жуда аҳамиятли.

**Ўмумий даволаш.** Вирусга қарши дорилардан бонафтон 0,1 г 3-5 марта кунига 5 кун мобайнида, танаффус 1-2 кун буюрилади, ацикловир 0,2 г бир кунда 5 марта 5 кун давомида қўлланилади. Улкарил 200-800 мг бир кунда 4-5 марта 7 кун давомида ичиш учун буюрилади.

Дезинтоксикация, гипосенсибилизация ва организмнинг химоя кучларини кўтариш мақсадида натрий салицилат 0,5гх4 марта кунига, антигистамин препаратлардан димедрол, тавегил, супрастин, фенкарол, диазолин ўрта терапевтик дозада буюрилади. Глюконат кальций 0,5 –1г бир кунда 3 марта, витаминлар, айниқса С, Р гуруҳига мансуб дармондорилар драже холида фойдалидир. Ацетилсалицил кислотаси 0,25 г бир кунда 3 марта овқатдан кейин буюрилади. Продигозан 25-50 мкг 2-3 марта 3-4 кун танаффуси билан қўлланилади. Лизоцим мушак ичра инъекция қилинади. Изотоник эритмада эриган ДНКаза мушак ичра 10-25 мг инъекция холида 6-8 кун мобайнида қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Кўрсатмага мувофиқ юрак-қон томир тизимига таъсир этувчи препаратлар қўллаш мумкин. Парҳезли таомлар – оксиллар ва витаминларга бой бўлган озуқа ва кўп суюқлик истеъмол қилиш яхши натижа беради.

**Маҳаллий даволаш.** Ўткир герпетик стоматитни бошланиши биланок вирусга қарши препаратлар: лейкоцитар интерферон ишлатилади. Бу эритмалар оғиз бушлиғининг шиллик қаватига аппликация йўли билан кунига 6-7 маҳал суртилади.

Вирусларга қарши малҳамлар: 2% ли теброфен, 1-2% ли флоренал, 1-5% ли хелепин мувафаққият билан қўлланилмоқда. 3% ли госсипол линименти ҳам шулар жумласига киради. Бу препаратлар оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг юзасига ишлов бергандан сўнг қўйилади. Вирусга қарши малҳамлар оғиз бўшлиғининг жароҳатланган жойига қўйилмасдан, балки профилактика мақсадлари билан оғиз бўшлиғининг ҳамма шиллик қаватларига қўйилади. Шиллик қаватни огриксизлантириш учун 1% ли тримекаин, 1-2% пиромекаин, 1-2% лидокаин эритмалари ишлатилади. Яна «Лидестин», «Xylostesin» аэрозоллари ишлатилади.

Протеолитик ва вирусларга қарши хусусиятларга эга бўлган 0,2% ДНК-аза ва 1% ли лизоамидаза ҳам ишлатилади.

Оғиз бўшлиғининг антисептик ишлови учун чайиш ёки оғиз ванночкалари кўринишидаги илиқ суюқликлар ишлатилади. Уларга: 0,25-0,5 %  $H_2O_2$  суюқлиги, 0,25% ли хлорамин эритмаси, фурациллиннинг 1:5000 нисбатидаги суюқлиги, 0,5% ли этоний эритмаси, 0,1% госсипол эритмалари киради.

Бундай ишловлар касалликнинг биринчи кунларидан бошлаб 3-4 маҳал кунига қўлланилади.

Регенерация жараёнини стимуллаш учун витамин А ва Е ларнинг мойли эритмалари, каротоллин, наматак мойи, солкосерилнинг дентал адгезив пастаси ишлатилади. Бундан ташқари “Ливиан”, “Спедиан”, “Гипозоль” аэрозоллари ҳам ишлатилади. Яна физиотерапевтик даво турлари ҳам мувафаққиятли ишлатиб келинмоқда Уларга: КУФ – нурлантириш, гелий-неон ва инфракизил лазеротерапия киради.

Терини жароҳатловчи элементлар, анилин бўёқлар, вирусларга қарши малҳамлар ва Лассар пастаси билан ишлов берилади.

**Натижаси.** Ўткир герпетик стоматитда 1-2 ҳафта мобайнида эрозив юзалар чандиксиз эпителизацияланади, милклар ўзининг асли ҳолига қайтади, лекин соғломлаштирилмаганларда фузоспирохеталар қўшилиши натижасида Венсанни ярали-некротик гингиво-стоматити ривожланади. Беморларни соғломлардан ажратиб олиш лозим.

**Сурункали рецидивли герпес (*herpes chronica recidivans*).** Сурункали рецидивли герпес – ҳар хил ёшдаги, аввал оддий герпес вируси билан касалланган ва вирусни нейтрализацияловчи антитаначалари бор инсонлада учрайди.

Маҳаллий ва умумий салбий таъсирлар натижасида касалликни унча тургун бўлмаган иммунитетни пасаяди ва қайталаниши кузатилади.

Умумий омиллардан организмнинг умумий касалликлари (грипп, пневмония, малярия), совуқ қотиш, стресслар, интоксикация, сенсибилизация ва х.к. киради. Маҳаллий омиллардан лабларни қуриши, шикасланишлари, юқори даражадаги инсоляция таъсири. Қайталанувчи герпетик стоматитда тошмалар сони ва вақти турлича бўлиши мумкин. Айримларда касаллик бир йилда 1-2 марта қайталанса, бошқаларда бир ойда 3-4 марта қайталаниши кузатилади. Касаллик перманент ҳолида кечиши ҳам мумкин.

Кўпинча касаллик майда 1-2 мм диаметрли гиперемия фонида тошган майда везикулалар кўринишида бўлади. Тошмалардан олдин шиллик қаватда ачишиш ва огрик бўлса, терида эса қичишиш ва шиш кузатилади (расм 27). Тошмаларни типик жойлари бўлиб лабни қизил хошияси, қаттиқ танглай, тил, бурун қанотлари, кўзни шох пардаси, талносил аъзоларини шиллик қавати, тана териси ҳисобланади. Шиллик қаватда жойлашган пуфакчалар тезда ёрилади, натижада қўшилиб кетган ва фибриноз қараш билан қопланган эрозив юзалар ҳосил бўлади. Тилда жойлашган эрозиялар кўп ҳолларда ярага айланади. 8-10 кундан сўнг эрозиялар чандиксиз битиб кетади.

Лейкоз ва агруноцитларда герпетик тошмалар ярали-некротик жараёнлар билан асоратланади. Кекса ва иммунитетни пасайган беморларда сурункали қайталанувчи герпетик стоматит трофик яралар ривожланиши мумкин. Айрим ҳолларда лабни сурункали ёрилишлари герпес ҳисобига ривожланиши мумкин.

**Киёсий ташхис.** Сурункали қайталанувчи герпетик стоматитни сурункали қайталанувчи афтоз стоматитдан, аллергик стоматитдан, стрептококкли импетигодан ажратиш лозим. Ташхислашда муҳим бўлиб клиник кўриниши, цитологик текширув катта роль ўйнайди. Препаратларда кўп микдорда гигант ҳужайралар аниқланади.

**Даволаш.** Даволашда муҳими организмни соғломлаштириш, айниқса периодонтит, пародонтит, тонзиллит, умуман оғиздаги сурункали инфекция ўчоқларини йўқотишдан ва маҳаллий омилларни – лабларни қуришини, шикастланишларини, ёрилишларини бартараф қилиш лозим. Рецидивлар кўп бўлган тақдирда герпесга қарши поливикадина 0,2 мл тери остига 5-10 марта инъекция қилинади. 3 ой ўтгач даволаш қайтарилади. ДНК-азани 10-25 мгдан ҳафтада 2 марта, (жами 6-10 инъекция) қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Гуморал иммунитетни стимуллаш ва рецидивларни йўқотиш мақсадида мушак ичига гамма-глобулин 3мл дан ҳар 3 кунда инъекция қилинади (жами 6 инъекция), икки ой танаффусдан сўнг қайтариш мумкин. Интерферонроген хусусиятларига эга бўлган дибазолни 0,01г дан кунига 2 марта бир ой мобайнида қўллаш мумкин. Витаминлар, айниқса С гуруҳига мансуб витамин яхши натижа беради.

Вирусга қарши малҳамлар кунига 5-6 мартаба аппликация қилинади. Гелий-неон ва инфрақизил лазерлари эпителизация жараёнини тезлаштиради. Даволашдан сўнг ҳам рецидивлар давом этаверса, қўшимча текширув усуллари ўтказилиши ва мутахассислар билан маслаҳат қилиш лозим.

**Ўраб олувчи темиртки (*herpes zoster*).** Ўраб олувчи темиртки – *varicella zoster* билан чақирилади. Ушбу вирус нейродермототроп хусусиятига эга бўлган ва икки турдаги касалликни келтириб чиқаради: сувчечак ва ўраб олувчи темиртки. Сувчечак биринчи бор вирус билан зарарланган беморда ривожланса, ўраб олувчи темиртки аввал сувчечак билан оғриган ва вирусни нейтраллайдиган антитаначаси бор беморларда учрайди. Ўраб олувчи темиртки вирусли инфекция билан қайта зарарланиш ва иммунитетни пасайиши натижасида ривожланади. Касалликни тарқалган шаклида иккала клиник тури учраши мумкин. Ўраб олувчи темиртки билан болалар ва катта ёшдаги одамлар касалланадилар. Кўп ҳолларда касалликни ривожланиши организмнинг химоя кучлари пасайганда қон тизими, ўсма пневмония ва бошқа хасталиклардан сўнг бўлади, лекин натижада касаллик турғун иммунитет ҳосил қилади. Фақат оғир ҳолатларда (онкология, лейкоз, анемия ва х.к) касаллик рецидив бериши мумкин. Касаллик контакт ва ҳаво-томчи йўли билан юқади, кўпроқ куз, қиш мавсумида учрайди. ўраб олувчи темиртки кучли безгак, неврологик оғриқлар ва оғизни шиллик қавати ва теридаги эритематоз-везикуляр тошмалар билан характерланади. Шиллик қаватни зарарланиши уч шохлик нервини иккинчи ва учинчи шохи бўйлаб кузатилади.

**Клиник кўриниши.** Инкубацион даври 7-14 кунни ташкил қилади. Сўнг ҳолсизлик аломатлари, бош оғриғи, безгак, тана ҳароратини 38-39 градусгача ошиши кузатилади. Зарарланган нерв шохлари бўйлаб кучли хуружсимон таъсиротлардан кучаядиган невралгияга хос бўлган оғриқлар келиб чиқади. 1-4 кун мобайнида юзда 1мм дан 6мм гача хажмда булган везикулалар гиперемияланган ва шишган терида тошади (везикуляр шакли) (расм 28). Худди шундай тошмалар оғиз бўшлиғида гиперемияланган ва шишган шиллик қаватида ҳам тошади (расм 29). Везикулалар тезда ёрилади, якка ёки қўшилиб кетган эрозиялар ҳосил бўлади, усти фибриноз қараш билан қопланади. Тошмалар бир томонлама бўлиши ва уч шохли нервини у ёки бу шохи бўйлаб тошиши ўраб олувчи темирткига хос бўлади. Теридаги тошмалар қуриб, қатқалоқ ҳосил қилишади, улар тушиб кетганда терида пигментация ўчоғи қолади. Кам ҳолларда геморрагик суюқли тошмалар тошади (геморрагик шакли) ёки некрозланади (гангреноз шакли).

Лимфогранулематоз, лимфолейкоз, ўсмасимон касалликларда ўраб олувчи темиртки тарқалган турида бўлиб, оғир кечади, кўпроқ ге-

моррагик ва гангреноз шакллари намоён бўлади. Ўраб олувчи темирткини асорати бўлиб менингит, энцефалит, гепатитлар ҳисобланади. Касаллик 2-3 ҳафта давом этади. Натижаси - яхши. Кам ҳолларда невралгия, трофик ўзгаришлар, гиперпатия, гиперестезия каби асоратлар узоқ вақт беморни безовта қилади. Ташхис қўйишда қўшимча текширув усуллари цитологик, вирусологик, қонни клиник текширишлари қўлланилади.

**Қиёсий ташхис.** Ўраб олувчи темирткини ўткир герпетик стоматитдан, аллергик тошмалардан, пўрсилдоқ, пемфигиод ва терини сарамас касаллигидан фарқлаш лозим. Қиёсий ташхисни ўтказишда қуйидагилар муҳим аҳамиятга эга: касалликни бир томонлама бўлиши, кучли оғриқ симптоми, везикулаларнинг уч шохлик нервни шохлари бўйлаб тошиши.

**Даволаш.** Ўраб олувчи темирткини даволашни асосий мақсади бўлиб оғриқ симптомини бартараф қилиш ва оғизни шиллик қавати ва терида тошма тошишини камайтириш ва невралгияларни олдини олишдир. Худди шу мақсадда аналгетиклар(анальгин,баралгин), салицилатлар (ацетилсалицил кислота 0,5 г кунига 3-4 марта), ганглерон, В1, В12 витаминлари буюрилади. Вирусга қарши малҳамлар – метисазон (0,6г 2 марта бир кунда овқатдан кейин 6 кун мобайнида), бонафтон (0,1 г 3-5 марта бир кунда, 3та 5 кунлик цикл, орасида 2 кун танаффус) қўлланилади. ДНК-аза 25 мг ҳар 4 соатда ёки 50 мг 2-3 марта бир кунда. Жами 7-10 кун мобайнида яхши натижа беради. Ичиш учун улкарил 200-800 мг суткада 2-5 марта камида 5-7 кун давомида буюрилади.

**Маҳаллий даволаш.** Ўраб олувчи темирткини маҳаллий даволашда вирусга қарши малҳамларни (теброфен, флоренал, госсипол, мегосин, оксолин, интерферон) биринчи кунданок қўллаш керак. Тошмалар тошиши тўхтагандан сўнг кератопластик моддалар (наъматак, облепиха мойлари, каротелин, актовегин малҳами, солкосерил адгезив пастаси, витамин А ни мойли малҳами) эпителизацияни тезлатади.

### **Герпангина (*herpangina*)**

Герпангина – везикуляр фарингит, афтозли фарингит бўлиб А Коксаки вируси билан чақирилади. Касаллик асосан ёзда кузғалади, ҳаво-томчи йўли билан юқади.

Герпангина ҳароратни кескин қўтарилиши (38-40), ҳолсизлик, ютишдаги оғриқлар, мушаклар ва қорин оғриши билан ўткир кечади. Оғиз бўшлиғини орқа қисмида – танглай ёйларини олдида, тилча, муртақлар, халқумни орқа деворида ва кам ҳолларда тилда гиперемия, майда везикулаларни тошиши ва уларни тез ёрилиши туфайли эрозия ва яралар пайдо булиши кузатилади. Регионар лимфаденит ривожланади. Касаллик 4-6 кундан сўнг сўнади. Герпангинани ўрта-оғир ва оғир шакллари кўп учрайди.

Даволаш симптоматик равишда олиб борилади, В1, В2 витаминлар, салицилатлар буюрилади. Маҳаллий даволашда 2-3 кун давомида вирусга қарши препаратлар, оғиз ва томоқни чайқаш учун антисептиклар буюрилади, сўнг регенерацияни кучайтирувчи воситалар - солкосерил дентал адгезив пастаси, каротоллин, аевит ва бошқа кера-топластиклар қўлланилади.

### **Ўткир респиратор касалликлар**

Ўткир респиратор вирусли касалликлар грипп, парагрипп ва адено-вируслар билан чақирилади. Ушбу вируслар турлича, асосан РНК таркибли бўлади, аденовируслар эса ДНК таркибли ҳисобланади. Ўткир респиратор касалликлар ҳаво-томчи йўли билан юқади. Оғиз бўшлиғида ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин, айрим ҳолларда юмшоқ танглайда, тилча, танглай ёйлари, халқум шиллиқ қаватларида гиперемия, шиш кузатилади. Майда лимфатик безларни яллиғланиши туфайли шу соҳадаги шиллиқ қават донатор ғадир-будир бўлиб кўринади. Бир неча кундан кейин **донадорлик** йўқолади, ўрнига майда нуқталли петехиялар, томирларни кенгайиши кузатилиб, 7-9 кунга қадар ҳамма ўзгаришлар ўтиб кетади.

Гриппда юқори нафас йўллари эпителлий қаватида **десквация**, юза некрозлар, дегенерация жараёнлари кузатилади.

Ўткир респиратор касалликларни асоратлари: герпетик стоматит, йирингли стоматит ёки Венсанни ярали-некротик гингивити ва стоматити вирусли касалликни сўниш даврида авжга чиқади. Худди шу даврда сурункали қайталанувчи (рецидивли) герпес тошмалари, гингивит ва пародонтитларни асоратли шакллари юз ва уч шохлик нервини невритлари кузатилади.

Ўткир респиратор касалликларни давомида оғиз бўшлиғини гигиенаси жуда аҳамиятли. Антисептиклар билан оғиз ва томоқ чайқалади. Лизоцим ва интерферон шиллиқ қаватни инфекцияга бўлган чидамлилигини оширади, антибиотиклар қўлланилганда кандидозни профилактикаси мақсадида замбуруғга қарши даво ўтказилади.

### **Оқсим (*aphae epizooticae*)**

Оқсим – *эпидемик стоматит* – ўткир юқумли филтёрловчи вирус билан чақириладиган касалик бўлиб туёқли ҳайвонларда учрайди. Оқсимни чақирувчиси вирус ташқи муҳитга чидамли бўлади. Инсон касалланган ҳайвондан сут ва гўшт орқали ёки шилинган тери ёки оғизни, бурун, кўзни шиллиқ қаватидан вируслар билан зарарланади. Ундан ташқари касаллик ҳаво-томчи йўл билан ва лаборатория шароитида ҳам юқиши мумкин.

Етилиш даври 18 соатдан 7 кунгача бўлади. Касалликни учта клиник кўриниши аниқланган: ноаниқ тури, ўткир ва сурункали. Ка-

саллик фақат терида, фақат оғиз бўшлиғини шиллиқ қаватида ва қўшилган ҳолда терида ва шиллиқ қаватда баробар учрайди.

**Ноаниқ тури** енгил кечади. Тери ва шиллиқ қаватида санокли пуфакча ва афталар кузатилади. Умумий белгилар бўлмайди. Даво-мийлиги 5-7 кун.

**Ўткир турида** умумий ҳолсизлик белгилари, бош оғриғи, мушаклар оғриғи, тана ҳароратини 38°-39°С гача кўтарилиши кузатилади. Оғиз бўшлиғини шиллиқ қаватида шиш, гиперемия, 1-7 мм диаметри везикулаларни милк, тил танглай ва лабларда тошиши кузатилади. Везикулалар сони жуда кўп. Везикулаларнинг суюқлиги хиралашади, тез ёрилиб, эрозиялар ҳосил бўлади. Кўп миқдорда сўлак ажралади. Овқат истемол қилиш ва нутқ сўзлаш оғирлашади. Бурунни, кўзни, ошқозон-ичак тизими, сийдик йўллари шиллиқ қавати ҳам шикастланади (расм 30).

Сурункали тури кам учрайди, узоқ вақт кечади, асосан организмнинг химоя кучларига боғлиқ.

Тошмалар терида, кўпроқ бурун қанотларида, бармоқлар орасидаги бурмаларда, тирноқ орасида ва товонда кузатилади. Теридаги тошмалар ёрилгандан сўнг беморни аҳволи яхшиланади. Эрозиялар 1-3 кунда қурийд ва эпителлизацияланади. Касаллик ўртача 7-20 кун давом этади.

**Қиёсий ташхис.** Оқсим ўткир герпетик стоматит, сувчечак, до-риллардан келиб чиққан аллергия, кўп шаклли экссудатив эритема билан қиёсланади.

Аниқ ташхислаш учун лаборатория текшириш усуллари, биологик синамалар, эпидемик ҳолатлар катта аҳамиятга эга.

**Даволаш.** Умумий даволашни юқумли касалхонада беморни изолаторга ётқизиш бажариш лозим. Биринчи навбатда вирусга қарши даволаш ўтказилади: бонофтон 0,1г таб. Кунига бир марта 10 кун мобайнида буюрилади, ҳар 5 кундан сўнг 2 кун дам олинади;

Герпетик поливакцина 0,1 мл мушак ичига 5 кун, 2 кун дам оли-нади, кейин яна 5 кун инъекция қилинади;

ДНК-аза 10мг ҳафтага 1 маротаба инъекция қилинади, жами 10 инъекция; гамма-глобулин мушак орасига, жами 5 инъекция қилина-ди; супрастин 0,025г кунига бир марта; кучли таъсир қиладиган ан-тибиотиклар; витаминлар – тиамин бромид 0,002г бир кунда 2-3 мар-та; витамин В<sub>12</sub> 1,0 мл мушак ичига кунига 1 марта 6 кун давомида.

Оғриқсизлантирувчи воситалардан аналгин 0,5 г кунига 3 марта, дезинтоксикацион моддалардан натрий салицилати 0,5 г кунига 1-2 таблеткадан 4 марта буюрилади.

**Маҳаллий даволаш.** Маҳаллий оғриқсизлантирувчи моддалардан шафтоли мойидаги анестезин суртмаси, 1% пиромекаин қўлланилади.

Антисептик ишлов учун 1% риванол, 0,05% хлоргексидин, 0,02% фурациллин ишлатилади.



Некротик тўқималарни тозалаш учун ферментлар (террилитин 200 ПЕ, коллагеназа 65 ЕД, химотрипсин 1,0 ва х.к.) билан эрозия ва яраларнинг устидаги некротик қарашлар тозаланади.

Вирусга қарши воситалар: 0,5% бонафтон, 3% госсипол, 0,5% флоренал, 0,5% риодоксол, 0,25% теброфен, 3% мегосин, 1% хелепин малҳамлари кунига 4-6 марта 20 кун мобайнида шиллиқ қаватга суртилади.

Кератопластик моддалардан каротоллин, аевит, аекол қўлланилади, айниқса солкосерил дентал адгезив паста эпителизацияни қулайтиради.

Касалликни биринчи кундан бошлаб физикавий даволаш усуллари (гелий-неон лазери, инфра-қизил лазери, УНБ) қўлланилади.

**Профилактика.** Оксимга қарши чора тадбирларга қора мол билан ишлайдиган ишчиларни шахсий гигиенаси, вирусологик лаборатория ходимларининг эҳтиёткорлик чоралари ҳисобланади. Касалликни олдини олиш мақсадида соғилган сутни яхши қайнатиш ёки 30 дақиқа мобайнида пастеризация қилиш, гўштга яхши термик ишлов бериш қиради.

#### **Оғиз бўшлиғида инсонда иммун танқислигини чақирувчи вирус (ВИЧ) билан зарарланишини кўриниши**

ВИЧ юқумли касалликларни, яъни инсондаги вирусли касалликларни чақириб, ортирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) билан намоён бўлади. Бунда беморларда шартли патоген микроорганизмларга умумий резистентлиги камайиб, ўсма касалликларга мойиллиги ошади.

ВИЧ ретровирусларга кириб, улар тескари транскриптаза ферментини тутиб, инфекцияни РНКдан ДНКга ўтказиши. Бу вируслар Т<sub>4</sub> лимфоцитларни зарарлаб, уларни ўлимга олиб келади. Натижада хужайра иммунитетини системаси бузилиб, шартли патоген микрофлорага резистентлиги йўқолиб, носпецифик инфекцион касалликларга ёки ўсмаларга мойиллиги ошади ва натижада ОИТС келиб чиқади. Юқиш манбаи бўлиб ВИЧ инфекция ёки вирус ташувчи ҳисобланади.

Вирус билан зарарланганда серологик синамалар, иммуносорбент анализи (ELISA) иммуноблоттинг (Вестерн-Блотт) иммунофлюоресцент ва радиоиммун усуллари мусбат бўлади.

ВИЧ билан касаллангандан сўнг 5 йил мобайнида 20% беморда да ОИТС ривожланади, 10 йил мобайнида 50%. ВИЧ билан касалланган одамларда ҳамма биологик суюқликлариди (қон, сўлак, сперма, секретлар, кўкрак сути, кўз ёши, терида) касаллик тарқатувчиси топилади. ВИЧ инфекцияни 3 хил юқиш йўли бор: жинсий, парентерал, перинатал. ВИЧ кўпинча жинсий йўл билан юқади. Парентерал йўл қон қуйиш, игна, шприц, асбоблардан юқади. ВИЧ аёллардан хомилдорлик пайтида ва туққандан сўнг, эмизиш вақтида юқади.

ВИЧ инфекция биологик суюқликлардан топилгани билан юқишнинг бошқа йўллари хали аниқ эмас (респиратор, контакт, озиқ-овқат билан ва х.к.). ВИЧ билан умрбод касалланадилар.

**Клиникаси.** ВИЧни 4 хил босқичини ажратиш мумкин. Ўткир даври бир ёки бир неча hafta ичида ривожланади, бунда серопозитив реакция аниқланмайди. 6-12 haftaдан сўнг клиник симптомлар иситма, лимфоаденопатия, тунги терлашлар, терида тошмалар, бош оғриқ, йўтал бўлади (расм 31).

I босқичда симптомсиз ёки персистирланган лимфоаденопатия (ПГЛ) бўлиб, лимфа тугунлари шишиб, 1 см гача бир неча жойларда катталашади ва бу 3 ойча давом этади.

II босқичда симптомлар комплекси, яъни вазни йўқотиш (тана оғирлиги, диарея, холсизлик, иштаха йўқолиши, тунги терлашлар, неврологик ўзгаришлар бўлади. Терида сочли лейкоплакия, ЎТС ёки сурункали қайталанувчи стоматит ўткирлашуви оғиз ва жинсий аъзоларида кузатилади.

III даври «оралик» бўлиб, оғизда кандидоз, сочли лейкоплакия, ЎТС, ўпка сили, пневмония бўлиши мумкин.

IV даври, кеч даврида ОИТС ни ҳамма симптомлари – яллиғланиш жараёнлари, шартли патоген микрофлора ривожланади, КАПО-ШИ саркома ўсмаси бўлади, пневмония, токсоплазмоз, замбуруғлар (системали кандидоз, криптокок) бактериялар (атипик микобактериоз, салмонелёз, септицемия) ёки вирусли (цитомегалия, паповавирус) лимфома, кахексия, неврологик бузилишлар (невропатия, хотира пасайиши, йўқолиши) кузатилади.

Оғиз бўшлиғи касалликларида ҳар-хил кандидозлар, сочли лейкоплакия, ярали-некротик гингивостоматит, пародонтитни авж олган шакли, КАПОШИ саркомаси аниқланган беморларни ВИЧ инфекциясига текшириш лозим.

#### **Венсанни ярали-некротик стоматити. (Stomatitis ulcero - necroticans Vincenti)**

Юқумли касаллик бўлиб, Венсаннинг спирохетаси (боррелия) ва урчуксимон таёқча билан чақирилади.

Жаҳон адабиётларида бу касаллик бошқача номланади: ярали стоматит, ярали некротик стоматит, ярали-мембраноз стоматит, фузоспирохетозли стоматит, “ўра оғизли” стоматит, Боткин-Симоновский - Плаут-Венсан ангинаси ва х.к. Патологик жараён милқда жойлашса - Венсан гингивити, ушбу жараён оғизни шиллиқ қаватига тарқалса - Венсан стоматити, танглай ёйларида жойлашса - Венсан ангинаси деб номланади.

**Этиологияси.** Венсаннинг ярали некротик гингиво-стоматитини қўзғатувчиси оз миқдорда деярли ҳамма инсонларда оғиз бўшлиғи-



нинг резистентли микрофлорасида меъёрда учрайди. Айниқса фузобактериялар милк эгачаларида кўп учрайди. Оғиз бўшлиғига яхши парвариш қилинмаса улар кўпая боради. Фузобактериялар шартли патоген микроорганизмлар турига киради. Касалликнинг келиб чиқишида организмнинг химоя кучлари сусайиши, асабларни бузилиши ва стресслар, овқатланишнинг ёмонлашиши, чарчаш, қувватсизлик, бутун организмга совуқ таъсиротларни таъсири, оғизнинг шиллик қавабини бутунлиги бузилиши, шикастланишлар, милк усти ва ости тиш тошлари ва ҳоказолар катта роль уйнайди. Венсаннинг ярали-некротик стоматити, вирусли (гриппдаги стоматит, герпетик стоматит), аллергия (кўп шаклли экссудатив эритема) стоматитларни асорати бўлиши мумкин ва кўпинча оғир касалликларни (лейкоз, агранулоцитоз, инфекция мононуклеоз, оғир металл тузлари билан захарланиш, скорбут) кечишини янада оғирлаштиради.

**Клиник кўриниши.** Венсаннинг ярали некротик стоматити билан асосан ёш (17-30 ёшли) лар, кўпроқ эркалар касалланадилар. Касаллик куз ва баҳор ойлари учрайди, ўткир бошланади, тана ҳарорати 37,5°C-38°C гача ошади. Оғиз бўшлиғида овқат еганда кучли оғрик пайдо бўлади. Милклар қонайди, сулак кўп ажралади, оғиздан қўланса ҳид келади, умумий ҳолсизлик аломатлари ривожланади. Интоксикация кучли бўлганлиги учун беморнинг ранги оқиш, уйқуси ва иштахаси бузилади. Регионар лимфа тугуналари катталашган, қаттиқ, пальпацияда оғриқли, ҳаракатчанлиги сақланган бўлади.

Тўқималар некрози одатда милкда саккизинчи тишлар (ретромолляр) соҳасидан бошланади ва бошқа жойларга (тилнинг устки ва ён томонлари, юмшоқ ва қаттиқ танглай)га тарқалади (расм 32). Яралар нотекис шаклда, қалин кўкимтир қўланса ҳидли некротик қараш билан қопланган, қараш олингандан сўнг яранинг юзаси қонайди. Атроф тўқималар шишган, гиперемияланган, қаттиқлашиш йўқ.

Қаттиқ танглайда жойлашган яра тез катталашади, юмшоқ тўқималар некрозланади ва суяк очилиб қолади.

Гемограммада лейкоцитоз ва чапга силжиш, эритроцитларни чўкиш даражаси бироз ошади, оғир ахволларда нейтрофилларни токсиген донадорлиги кузатилади.

Касалликни сурункали шакли нотўғри даволаш натижасида ёки бирламчи сурункали ўткир жараёнсиз ҳам ривожланади.

**Гистологик кўриниши.** Яралардан олинган биоптатда иккита зона аниқланади: юза-некротик ва чуқур яллиғланган. Юза зонада кўп миқдорда микроорганизмлар (кокklar, таёқчалар, фузобактериялар, спирохеталар ва х.) аниқланса, чуқур зонада фузоспирохетлар кўп учрайди. Ярали-некротик стоматитни яраларидан олинган қирилмада носпецифик яллиғланиш жараёнига хос белгилар намоён бўлади.

Касалликнинг бошланишида кўп миқдорда парчаланган нейтрофил-

лар кузатилади. Фагоцитозланаётган ва парчаланмаган нейтрофиллар, лимфоцит ва гистиоцитлар деярли учрамайди. Микрофлоранинг кўриниши турлича: юза қаватларида доимий микрофлорадан ташқари спирохета ва фузобактериялар кўп миқдорда учраса, чуқур қаватларда спирохета ва фузобактерияларни тоза культуралари кузатилади. Касалликни иккинчи босқичида (тузалиш даври) парчаланган нейтрофиллар билан бирга фагоцитозланаётган нейтрофил гистиоцитлар аниқланади. Эпителизацияда эса ёш эпителиал хужайралар қаватлари пайдо бўлади. Спирохета ва фузобактериялар сони камаёди. Болаларни организмни реактивлиги баланд бўлгани учун касалликни бошланишидаёқ яралардан олинган қирилмада кўп миқдордаги фузоспирохета билан бирга фагоцитозланаётган нейтрофил гистиоцит ва полибластлар кўзатилади.

Яллиғланиш жараёнини сурункали шаклига ўтишида олинган сурункалларда спирохета ва фузобактериялар билан биргаликда бошқа турдаги микрофлорадан кокklar учрайди.

**Қиёсий ташхис.** Венсаннинг ярали-некротик стоматитини қон касалликларига, лейкоз (агранулоцитоз, юқумли мононуклеоз) хос ярали стоматитидан, оғир металл тузлари билан (симоб) захарланиш, скорбут, аллергия стоматит билан қиёсланади. Иккиламчи захми асорати бўлиб оғиз бўшлиғида Венсаннинг ярали-некротик стоматити ҳисобланади.

Уларни бир-биридан ажратиш учун касалликни анамнезини, маҳаллий ва умумий белгиларини, лаборатор текшириб, усуллар натижаларини (қон ва сийдик анализи, цитологик текширув, серологик синамалар, оғир металл тузларни аниқлаш учун синамалар ва х.) аниқлаш ва билиш лозим.

**Даволаш.** Венсаннинг ярали некротик гингивитида даволаш усуллари танлаш беморнинг организмни умумий ахволига, касалликни клиник кечишига, жароҳатланишнинг жойига, майдонига боғлиқдир.

**Умумий даволаш.** Касалликнинг ўрта-оғир ва оғир кечишида антибактериал препаратлар трихопол (клион, флагил) 7-10 кун мобайнида қўлланилади. Кенг таъсир доирали антибиотиклардан, бициллин-3 300000 ТБ бир кунда бир марта 3 кун мобайнида ёки 600000 ТБ 6 кунда бир марта буюрилади. Эритромицин, олететрин, окситетрациклин суткали дозада 800000-1000000 ТБ 5-10 кун мобайнида қўлланилади. В, С, Р гуруҳидаги витаминлар аскорутинни (0,1 г ичиш учун бир кунда 2 марта 10-14 кун) қўллаш яхши натижа беради. Беморларга юқори каллорияли овқатлар, нордон шарбатларни истеъмол қилиш буюрилади. Юрак қон томир тизимига таъсир этувчи дори моддалар ҳам қўлланилади. Оғрикни қолдириш мақсадида ностероид яллиғланишга қарши восита Этодин форте 400 мгдан кунига 2 маҳал (эрталаб ва кечкурун) таблетка ҳолида буюрилади.

**Маҳаллий даволаш.** Ярали некротик стоматитни маҳаллий даволаш пиромекаин, тримекаин, лидокаин эритмалари билан аппликацион, инфилтацион ёки ўтказувчан оғрикислантини билан бошланади. Касалликни келиб чиқишига сабабчи бўлган маҳаллий таъсиротларни бартараф қилиш лозим: тишлар ва тиш протезларини ўткир қирраларни текислаш, тиш қараши ва тошларини, некротик тўқималарини тозалаш.

Тилни устидан ва яралардан некротик қарашларни ферментлар (трипсин, хемотрипсин, лизоамидаза, РНК-аза) ёрдамида тозалаш керак. Даволаш жараёнида оғиз бўшлиғига, милк қирғоғига ва чунтакларига, яраларга антисептик ишлов берилади (калий перманганат 1:5000, 1 % ли водород пероксида, 1% ли хлорамин, 0,06 % ли хлоргексидин, 0,5 % ли этоний ва б.). Маҳаллий воситалардан 1% ли галаскорбинни сувдаги эритмаси ва 4% прополисни спиртли эритмаси ишлатилади. Антисептик ишловни тез-тез ҳар 3-3,5 соатда ўтказиш ва кератопластикларни (картолин, солкосерил дентал адгезив пастаси) суртиш керак. Яхши ва туғри даволаш натижасида беморнинг аҳволи 24-48 соатда яхшиланади. Шиш ва гиперемия камаяди, яраларда эпителизация жараёни кучаяди, ҳажми ва чуқурлиги камайиб боради. Чуқур бўлган яраларнинг битиши секинроқ ўтади.

Ўткир яллиғланиш аломатлари йўқ бўлгандан сўнг оғиз бўшлиғи соғломлашлатирилади. Жаррохлик усули билан сабабчи синган тиш илдизлари олиб ташланади. 8-чи тишларнинг устки капюшони кесилиб, унинг чиқишига шарт-шароит яратилади. Нотуғри қўйилган пломбалар, протезлар алмаштирилади. Милк усти ва ости тиш тошлари тозаланиб олинади. Барча маҳаллий сабабчилар бартараф қилингандан кейин ҳам касаллик қайтарилса, унда қўшимча текширув усуллари ўтказиш зарур, чунки ярали некротик стоматитларнинг ривожланишига сабабчи бўлган умумий касаллик аниқланади.

**Оқибати.** Ярали-некротик стоматитларни даволаш натижасида ўткир жараёнлар 3-6 кунда орқага қайтади, сурункали кечилда эса узоқ давом этади. Оғир ва рецидивли кечувчи ярали некротик стоматитларни кечиктирилиб ўтказилган ёки нотўғри даволаш натижасида келиб чиққан суяқ резорбцияси, милк ретракцияси, пародонтитни оғир шакллари ривожланади.

Катта майдонни эгаллаган ва чуқур жойлашган яралар чандик ҳосил қилиб битади. Весаннинг ярали-некротик стоматит билан касалланган беморлар бир йил давомида диспансер рўйхатига олиниши шарт.

### **Бактериал инфекциялар**

Оғиз бўшлиғида стрепто- ва стафилококлар билан қақирладиган йирингли касалликлар, сил ва бошқалар маълум.

**Йирингли касалликлар.** Бу касалликлар асосан стрепто- ста-

филакокклар билан, кам ҳолларда қўқ йирингли таёқча билан қақирлади. Микроорганизмларнинг салбий таъсиридан ташқари йирингли касалликларнинг келиб чиқишида организмнинг умумий ҳолати, иммунитетни пасайиши, гиповитаминозлар, чарчаш, соматик касалликлар ва х.к. омиллар муҳим роль ўйнайди.

*Импетиго (impetigo vulgaris)* - пиодермиянинг юза жойлашган шакли бўлиб, стрептококк кейинчалик қўшилган стафилококк билан қақирлади. Импетиго ўта юқумли касаллик бўлиб, кўпинча болаларда учрайди.

Касаллик ўткир бошланади. Юзни териси, лабнинг қизил хошиясида кўпроқ, бошқа жойларда камроқ диаметри 3-6 мм, атрофи гиперемияланган, усти буришган фликтеналар тошади. Улар тез ёрилади, натижада қизил рангдаги лимфа билан намланган эрозив юза очилади. Эрозиялар тезда бир-бири билан қўшилиб катталашади ва сарғиш қатқалоқлар билан қопланади. Лаблар шишади. Лабни бурчагида эрозиялар ёрилади ва натижада стрептококкли бичилиш ҳосил бўлади.

**Қиёсий ташхис.** Кандидозли бичилиш, сифилитик папула, авитаминозли бичилиш, атопик хейлитдаги бичилиш, кексалардаги прикус пасайишидан келиб чиққан бичилиш, герпетик эрозиялардан келиб чиққан бичилишни ажратиш лозим.

Кандидозли бичилишларда яллиғланиш деярли бўлмайти, ажралмасини микробиологик текширувида *Candida* уруғига мансуб замбуруғлар аниқланади. Лабнинг бурчагида жойлашган сифилитик папулаларнинг туби қаттиқлашган, лаборатор текширувда оқиш трепонемалар аниқланади, серологик реакция мусбат бўлади. В<sub>2</sub> ва В<sub>6</sub> витаминларни авитаминозида майда кулранг қатқалоқлар билан қопланган бичилишлар ва оғиз шиллик қаватини бошқа ўзгаришлари кузатилади.

Оғизни шиллик қаватидаги импетигони, герпес, аллергик тошмалар, экссудатив эритема, сифилисдан қиёслаш керак.

**Даволаш.** Стрептококкли бичилиш ва хейлитларда қатқалоқлар 0,5-1% ли водород пероксид билан юмшатилиб, синтомицинли, тетрациклинли, эритромицинли, неомицинли, гентомицинли малҳамлар эрозив юзага суртилади. Антибиотикларга сезгирлиги ошган беморларга 2% сариқ симоб малҳами, 10% ли дерматол буюрилади. Зарарланган жойни 2 % ли салицил спирти билан артиш яхши натижа беради. Пиодермия ўчоғига сув теккизиш мумкин эмас.

Оғиз бўшлиғида жойлашган зарарланишларда антисептик ишлов 1% ли водород пероксида, 0,25% ли хлорамин, калий пермангантнинг 1:5000 эритмаси, фурациллинни 1:5000 эритмаси билан артилалади. Аэрозол кўринишдаги воситалар (оксициклозол, оксикорт, картолин ва солкосерил дентал адгезив пастаси) яхши натижа беради. Физикавий усуллар яхши натижа беради.

Беморларга ичиш учун В ва С гуруҳ витаминлари, антигистамин препаратлар, оғир ҳолларда антибиотик ва сульфаниламидлар буюрилади. ўткир жараён босилгандан сўнг оғиз бўшлиғини соғломлаштириш керак.

**Шанкр шаклли пиодермия** - кам учрайди. Асосан спрепто- ва стафилококклар билан чақирилади.

Касалликни жойланиши лабнинг қизил ҳошияси, таносил аъзолар, ковоқлар, тил ва лунжда кузатилади. Кўриниши қаттиқ шанкрни эслатади. Дастлаб пустула ҳосил бўлади ва ликопчасимон ёки овал шаклдаги, туби қаттиқ, текис қирғоқли яра кузатилади. Туби тўқ қизил рангда бўлиб, караш билан қопланади. Яранинг атрофи гиперемияланган бўлиши мумкин, оғриксиз ёки кам оғриқли. Регионар лимфа тугунлар пайпасланмайди, лекин айрим пайтда улар қаттиқлашади, ҳаракатчан, оғриксиз бўлади

Яранинг ажралмаси кўп маротаба текширилади. Серологик реакцияларни вақтига қараб ўтказилиши лозим. Яра битиб кетгандан сўнг яна 6 ой бемор кузатилиб турилади.

**Даволаш.** Оғиз бўшлиғини соғломлаштириш лозим. Антисептиклар билан чайқаш ва яраларни «Оксикорт» аэрозоли ёки антибиотикли малҳамларни суртиш, анилин бўёқлари билан ишлов бериш буюрилади. Поливитаминлар ичиш учун тавсия қилинади.

**Пиоген гранулема (*granuloma pyogenicum*)** – шикасланиш натижасида стрепто- ва стафилококкни таъсирида яллиғланган тўқимадаги гиперпластик жараён ҳисобланади.

Клиникада пиоген гранулёма юмшоқ шишсимон оёқчали бўлиб замбуруғга ўхшайди. Гранулёма кўкиш-қизил рангда, кўпинча якка бўлади (расм 33). Гранулёма тез-тез қонайди, фибринли караш билан қопланади. Унинг ҳажми 2 см (диаметрда) бўлади. Кўпинча лабнинг қизил ҳошиясида ва шиллиқ қаватида кўпроқ лунж, танглай ва тилда камроқ учрайди.

Патогистологияда томирларни кенгайиши ва гемангиомага ҳос ўзгариши, бириктирувчи тўқимада перивакуляр инфильтрат, асосан лимфоцит, ретикулоцит ва плазмоцитлар кузатилади. Гранулёма ингичкалашган эпителий билан қопланади.

Даволаш—жарроҳлик усули билан.

### **Сил (*tuberculosis*)**

Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати сил инфекциясига мойиллиги кам, шунинг учун шиллиқ қаватнинг сил билан зарарланиши кам учрайди. Бирламчи сил яраси (бирламчи афект) деярли оғиз бўшлиғида учрамайди. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг иккиламчи сил билан зарарланиши ўпка ёки терининг сил билан зарарланганидан кейингина юзага келиши мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида икки

шаклда учрайди: сил югуруги ва миллиар ярали сил. Ҳозирги пайтда оғиз бўшлиғида колликуватив турдаги сил кам учрайди.

**Югурук (Волчанка-lupus Vulgaris).** Сил югуруги асосан юз терисини зарарлайди: баъзан жараён давомида лаб қизил ҳошиясига ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига ўтиши мумкин. Фақатгина оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг зарарланиши кам учрайди. Баъзан, аввал бурун ёки оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини зарарлаши юзага келади, сўнгра унинг терига ўтиши кузатилади. Оғиз бўшлиғида доимий зарарланиш жойи – юқори жағнинг фронтал тишлар соҳасидаги милк, юқори лаб, қаттиқ танглай, бошқа соҳаларда камдан-кам учрайди. Асосий зарарланиш элементи махсус сил думбоғи (люпома) юмшоқ, қизил, ёки сариқ қизғиш рангдаги, ҳажми 1-3 мм. Думбоқлар периферия бўйича катталашади, марказдан эса парчаланиб боради. Бунда турли катталиқдаги кам оғриқли четлари шишган яралар пайдо бўлади. Думбоқлар зич жойлашади. Зарарланиш ўчоғи юза яра кўринишда бўлиб, тиниқ қизил ёки қизил-сарғиш парда, енгил қонувчан папилломатоз ўсмалар билан қопланган бўлади. Альвеолалараро суяк тўқимаси парчаланади. Тишлар қимирлаб, тушиб кетади. Зарарланган лаб шишади, яралар қонли-йирингли пўстлоқлар билан қопланади. Уларни олинганч яра ўчоқлари очилиб қолади. Лабда оғриқли ёриқлар ҳам пайдо бўлади. Регионар лимфатик тугунлар катталашади ва зичлашади. Пирке синамаси кўпинча мусбат. Яраларда бир неча бор текшириш ўтказганда ҳам сил таёқчаси камдан-кам аниқланади.

Узоқ вақт мобайнида югурук билан зарарланган одамларда, зарарланиш ўчоғи соҳасида силлиқ чандиқлар юзага келади.

Агар даволаш ишлари ўтказилмаса, чандиқлар юзасида, яъни сил думбоқлари юзага келади. Оғиз бўшлиғидаги югурук ўчоқлари йирингли коқлар, *Candida* замбуруғлари билан баъзан зарарланиши мумкин.

Югурук яраларнинг хавфли ўсмага айланиши 1-10% ҳолларда учрайди.

Патогистологик текширилганда – типик эпителиоид хужайрали сил думбоқлари. Лангханс гигант хужайралари, периферия бўйлаб лимфоцитлар учрайди. Казеозли некроз суст ифодаланган ёки аниқланмайди.

**Қиёсий ташхис.** Сил югуриги учламчи захмдаги думбоқлардан фарқлаш керак. Заҳм думбоқлари қаттиқ, текис, сил думбоқлари юмшоқ ва четлари ёйилган. Заҳм думбоқлари чандиқ юзаларида қайтадан юзага келмайди.

**Миллиар ярали сил (*tuberculosis miliaris ulceroza*).** Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида иккиламчи, очик инфекция ўчоқларидан Кох бациллалари аутоинокуляция натижасида юзага келади. Ўпка сили билан зарарланган одамларда 0,05-1,5% ҳолларда оғиз бўшлиғининг

зарарланиши кузатилади. Силни даволаш масканларининг очилиши натижасида оғиз бўшлигининг зарарланиши 15-27% ҳолларда учрайди.

Сил микобактерияларини сўлак билан ажралиши натижасида жароҳат соҳаларига осон киради, типик сил думбоқлари юзага келади, уларнинг парчаланиши натижасида яра ўчоқлари пайдо бўлади.

Яралар асосан кўпроқ жароҳатланадиган соҳаларда учрайди. Бу асосан тишларнинг бирлашиш соҳаларида, тилнинг ён юзаси ва елкаси, юмшоқ танглай. Яралар миқдори одатда 1-3 тагача.

Аввал катта бўлмаган яра ҳосил бўлади, у периферия бўйлаб катталашади. Яралар катта эмас, нотекис, юмшоқ четли. ўчоқнинг туби ва четлари донатор бўлиб, сарғиш кулранг караш билан қопланган (расм 34). Яралар одатда оғриқли. Атроф тўқималари шишган, яра атрофида майда абсцесс ўчоқлари – Трель дончалари учрайди.

Яранинг узоқ вақт давомида сақланиши натижасида иккиламчи инфекцияланиши ва тубининг зичлашиши кузатилади. Бундай ҳолларда лунждаги катта яралар ташқи ассиметрияга олиб келади. Тилда ёки ўтув бурмаларида яра тирқишсимон кўринишга эга.

Регионар-лимфатик тугунлар аввал пайпасланмайди, кейинчалик, катталашган зич-эластик, оғриқли кўринишга эга бўлади.

Беморнинг ташқи кўриниши: озғинлик, хансираш, терлаш, тана ҳароратини кўтарилиши, қон тахлилида ўзгариш кузатилади. Пирке синамаси кўпинча манфий. Яралардан олинган қириндиларда гигант Лангхас хужайралари ва эпителиод хужайралар аниқланади.

Баъзан ўпка силининг оғир шакллари билан зараланган беморлар ҳам ўз касаллиги тўғрисида ҳеч нимани билмайди. Оғиз бўшлиғида ҳосил бўлган яраларгина уларни стоматолог хузурига олиб келади.

Киёсий ташхис. Жароҳатли, трофик, гуммоз яралар, саратон, ярали-некротик Венсанни стоматити билан.

Даволаш. Асосан махсус силга қарши даволаш масканларида умумий даволаш ўтказилади.

Маҳаллий равишда жароҳатловчи омилларни бартараф этиш, тиш ва пародонтни даволаш, яраларни ва оғиз бўшлиғини иккиламчи инфекцияга қарши ишлов бериш, оғриқсизлантирувчи аппликациялар ва оғиз ванночкалари қўлланилади.

### **Заҳм (*syphilis, lues*)**

Заҳм – сурункали умумий инфекцион касаллик бўлиб, бутун организмни зарарлаши билан кечади.

Заҳми кўзғатувчиси – оқиш трепонема (*treponema pallidum*) хисобланади. Зараланиш асосан жароҳатланган тери ва шиллик қават орқали тўғридан тўғри контакт (асосан жинсий) ёки кўзғатувчини сақлаган, зарарланган буюмлар орқали ўтади. Заҳм кўзғатувчиси нам ва паст ҳароратда узоқ вақт давомида сақланади. За-

рарланиш тиббиёт асбоблари, хусусан зарарсизлантирилмаган тиббиёт асбоблари орқали ўтиши мумкин. Зараланиш учун асосий шароит терининг шох қаватининг шикастланган бўлиши, оғиз бўшлиғида эса эпителийнинг бутунлиги бузилганда ҳам юзага келиши мумкин. Оқиш трепонема организмга тезликда киради ва 1-2 суткадан сўнг регионар-лимфатик тугунларда тўпланади. Инкубацион давр 21-24 кунга тенг.

Бирламчи заҳм (*syphilis primaria*) – заҳмнинг бирламчи даври 6-7 ҳафта давом этади, баъзан даволаш ўтказилмаганда бир неча ойга чўзилади, инфекциянинг бирламчи кириш соҳасида қаттиқ шанкр сифатида юзага келади (расм 35).

Қаттиқ шанкр (*ulcus durum*) лаб қизил хошиясида камдан-кам ҳолларда оғиз шиллик қаватида жойлашади (тил, муртаклар, шиллик қаватнинг бошқа соҳалари).

Одатда чегараланган гиперемияланган соҳада маркази зичлашган, кейинчалик оғриқсиз эрозия ёки ликопчасимон думалоқ ёки овал шаклда яра ҳосил бўлади. Унинг асосида катта, тоғайсимон специфик инфилтрат пайпасланади. Ярани туби текис, карашсиз, қизил рангли, ялтироқ ёки кулранг-сарик «ёғсимон» караш билан қопланган бўлади.

Кўпинча бу классик ҳолат кузатилавермайди. Қаттиқ шанкр баъзан 2-5мм ли эрозия, асосан тирқиш шаклида бўлади. Ўтув бурмаларида узунчоқ шаклда, оғиз бурчагида эса асоси инфилтратли ёрилма шаклида бўлади.

Танглай муртакларидаги қаттиқ шанкр типик эрозия ёки юза яра кўринишида бўлади, баъзан муртаклар катталашган ва зичлашган бўлиб, эпителийсини бутунлиги сақланган ҳолда бўлади. Қаттиқ шанкрда регионар лимфатик тугунлар тоғайсимон, қаттиқ, катталашган, пайпаслаганда оғриқсиз (склероденит) бўлиши мумкин.

Санацияланмаган оғиз бўшлиғида қаттиқ шанкр иккиламчи инфекция – пиококкли, фузоспирехетоз билан зарарланиши натижасида клиник тасвир йўқолади, ўткир яллиғланиш жараёни юзага келади, йирингли ёки некротик караш пайдо бўлади, яра чуқурлашади. Травматик ва бошқа яралар билан киёсий ташхислаш қийин кечади, чунки асоратланган шанкрларда оқиш трепонемани аниқлаб бўлмайди.

Қаттиқ шанкр ташхиси шанкр юзасидан ёки регионар лимфатик тугунлардан оқиш трепонемани аниқлангач қўйилади. Бир бор олинган анализда оқиш трепонема аниқланмаса, лекин заҳмга шубҳа қилинаётган бўлса, қайтадан текширишни ўтказиш лозим.

Қоннинг заҳмга текширилган серологик реакцияси касалликнинг 3-ҳафтасини охирилари ва 4-ҳафтанинг бошларида мусбат бўлади.

Киёсий ташхис. Травматик яра, афта (СҚАС), қайталовчи герпесдаги кўшилиб кетган эрозиялар билан шанкр шакли пиодермия,



ўсма яраси қаттиқ шанкрни травматик ярадан фарқлаш лозим. Травматик ярани асосида қаттиқлик йўқ, захмга эса қаттиқлик хос. Травматик ярани сабабчилари бартараф қилинганларидан сўнг яра тез йўқолади. Қаттиқ шанкр танглай муртагида жойлашса, ангинадан фарқлаш керак. Ангинада иккита муртақда яллиғланиш бўлса, захмда бир томонлама қаттиқ шанкр кузатилади.

Сурункали қайталанувчи герпетик стоматитда эрозиялар бироз шишган ва гиперемияланган шиллиқ қаватда жойлашади, оғриқли тошмалардан аввал пуфакчалар тошади. Бундай кўриниш захмда бўлмайди.

Шанкрсимон пиодермияда яралар яллиғланган юзада жойлашади, йиринг ажралади. Яралар узоқ вақт давом этади, оғриқли кечади.

Қайталанувчи афтоз стоматитни оғир шаклидаги (Сеттон афтаси) яра ва афталар оғриқли, яллиғланиш жараёни ривожланган. Ташхислашда касаллик анамнези катта рол ўйнайди.

Парчаланаятган хавфли ўсма билан қиёсланаётганда, унинг чуқурлигига, ярани четларини қаттиқлигига, нотекислигига, туби қонаб туришига аҳамият берилади. Лаборатор текширувларда ўсмада атипик хужайралар, захмда оқиш трепонема аниқланади.

**Иккиламчи захм (syphilis secundaria).** Иккиламчи захмда оғиз бўшлиғини шиллиқ қавати кўпроқ зарарланади. Бу янги иккиламчи захмда (syphilis II recens) ва қайталанган (syphilis II recidiva) га ҳам тегишлидир. Оғиз бўшлиғида юзага келган ўзгаришлар, тегида ҳам юзага келиши мумкин ёки изоляцияланган холда бўлиши ҳам мумкин.

Иккиламчи захмга зарарланиш элементларининг фокусли жойлашиши, юқори даражадаги юқувчанлик, субъектив сезгиларнинг йўқлиги, чин ёки ёлғон полиморфизм хос.

Бу босқичда оғиз бўшлиғида асосан икки хил элемент: доғли (мокулез) ва папулез захм юзага келади, камдан-кам холларда пустулез кузатилади.

Доғли захм кўпинча юмшоқ танглайда бўлиб тиниқ қизил кескин чегараланган доғлар ёки эритемалар кўринишида юзага келади. Чегаралари соғлом тўқимадан аниқ ажралиб туради. Даволашсиз бу элементлар бир ой сақланади.

**Қиёсий ташхис:** аллергик тошмалар билан ўтказилади.

Папулез захм – оғиз бўшлиғини энг кўп зарарловчи шакли. Кўпинча у кўп чекувчи одамларда учрайди.

Жойлашиши – муртақлар, юмшоқ танглай ва равоқлар, камроқ холларда – лунж, лаб, тил, милк шиллиқ қавати (расм 36). Оғиз бурчаклари соҳасида махсус зич инфилтрат ҳисобига ёриқлар ҳосил бўлади. Папулалар думалоқ диаметри 1-1,5см четлари текис, ясси, шиллиқ қаватдан кўтарилиб турувчи холда бўлади. ўзаро қўшилиши натижасида йирик **бляшкалар** ҳосил бўлади.

Тилнинг юзасида папулалар ҳосил бўлган жойда ипсимон ва замбуругсимон сўргичлар йўқолади, тиниқ-қизил рангли папулалар кўтарилмай қолади. Папулаларни олиб ташлашга ҳаракат қилинганда у осонгина эрозияланади. Папулалар ва эрозиялар ажратмалари катта миқдорда трепонема сақлайди. Бу элементлар фокусли жойлашади.

**Пустулез сифилид** – оғиз бўшлиғида кам миқдорда учрайди. Асосан холсизланган беморларда. Клиникада инфилтрат оғриқли ярага ўтади. Жараён ўткир яллиғланиш билан кечади. Иккиламчи захмга специфик склероденит хос.

**Қиёсий ташхис** қизил ясси темиртки, лейкоплакия, кўп шакли экссудатив эритема, медикаментоз аллергия билан ўтказилади.

Клиник текширишдан кейин лаборатор текшириш Вассерман ва чўкма реакцияси олиб борилиши керак.

**Учламчи захм (syphilis tertiaria).** Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати доимо зарарланган бўлади. Унинг иккита шакли фарқланади: гумма ва думбоксимон сифилид

Гумма: Якка ёки кўплаб равишда юмшоқ ва қаттиқ танглай ёки тилда жойлашади. Шиллиқ қаватида оғриқсиз тугунлар ҳосил бўлади. Улар аста секинлик билан катталашиб, диаметри 3 см ва ундан катта бўлади. Кейинчалик гумма маркази некрозланади, чуқур кратерсимон яра ҳосил бўлади. Яранинг атрофи катта зич инфилтрат, четлари силлиқ ва текис. Яранинг юзи тиниқ қизил рангда, майда грануляциялар билан қопланган. қаттиқ танглайда кечувчи жараён суякни ва суяк усти пардасини зарарлаш билан кечади. Натижада суяк некрози (секвестрацияси), катта нуқсонлар, қаттиқ танглайни тешилиши, бурун бўшлиғи билан қўшилиш юзага келади. Кўпинча гумма очилмайди, балки секинлик билан сўрилади. Гуммоз яралар иккиламчи стрептококк ёки фузоспирохетоз инфекцияланиши натижасида сарамас ёки Венсан стоматити юзага келади. Гумма саратон яраси билан қиёсий ташхисланади.

Тилда гуммадан ташқари диффуз склерозли сифилитик глоссит билан зарарланиши мумкин. Тилнинг юзаси гадир-будур чуқур эгатлар билан. Специфик инфилтрат фиброз тўқима билан алмашинади. Тил катта зичликка ва чегараланган ҳаракатчанликка эга бўлади. Баъзан склероз глоссит сифилитик гумма билан бирга кечиши мумкин.

Думбоқли сифилид – Асосан лабда жойлашиб, майда, зич, оғриқсиз кўкимтир қизғиш думбоқчалардан иборат бўлади. Улар гурух-гурух бўлиб жойлашади, тезда парчаланади ва яра ҳосил бўлишига олиб келади. Сил яраларидан фарқли равишда яранинг қирралари қаттиқ. Заҳм думбоқлари ойлаб, йиллаб сақланиши мумкин, лекин сил думбоқларидан бирмунча қисқароқ кечади. Чандиқлар битгач улар юзасида думбоқлар қайтадан ҳосил бўлмайди. Думбоқли сифилиддан кейин ривожланадиган чандиқлар гурухлашган ва дағал бўлади.

Регионар лимфатик тугунлар учламчи захмда иккиламчи инфекцияга жавоб бермайди. Захмнинг бу шаклида оқиш трепонемани аниқлаш жуда қийин кечади. Вассерман ва чўкма реакциялар 50% ҳолда мусбат чиқади. Захмга клиник жиҳатдан шубҳа қилинганда уни теританосил шифокорига юбориш керак

Умумий даволаш махсус таносил касалликларини даволаш масканларида олиб борилади.

Маҳаллий даволаш оғиз бўшлиғини санацялаш, таъсирловчи омилларни бартараф этиш, антисептиклар билан чайишдан иборат.

### **Гонококкли (сўзакли) стоматит (*stomatitis gonococcica*)**

Гонококкли стоматит (*stomatitis gonococcica*) - Гонореяни кам учрайдиган локализацияси ҳисобланади. Бу касаллик хомиланинг туғилиш пайтида бемор онадан болага юқади. Катталарда асосан гомосексуал ориентацияси бор кишиларда учрайди. Томоқда оғрик пайдо бўлади, тана ҳарорати кўтарилади.

Объектив кўринишида оғизни шиллиқ қавати гиперемияланган, шишган, кам ҳажмли эрозия ва яралар, ёрилишлар, йирингли қарашлар кузатилади. Бошқа жойларга нисбатан шикастланишлар юмшоқ танглайда, тилни танаси ва юганчасида, пастки лабда, милкда кўпроқ учрайди. Сийдик-таносил тизимида ҳам шундай ўзгаришлар кузатилади. Ташхис венеролог томонидан ярадан олинган ажралмаларда гонококк аниқлангандан сўнг қўйилиб, даволанади.

**Даволаш.** Маҳаллий 0,01-0,1% калий перманганат эритмаси билан ишлов берилади. Антибиотиклар буюрилади. Цефалоспоринлар гуруҳига мансуб антибактериал восита - МЕГАСЕФ қобиқ билан қопланган таблетка, 250 ва 500 мг кўрсатмасига биноан буюрилади.

### **Микозлар**

Оғиз бўшлиғида турли микозларни чақирувчиси бўлиб *Candida* уруғига мансуб ачитқисимон замбуруғлар ҳисобланади. Мўғоллаштирувчи замбуруғлар, аспергилл ва пеницилллар кам учрайди. Юз жағ соҳасида деярли бошқалардан деярли кўп учрайдиган чуқур микозлардан актиномикоз кузатилади.

Кандидоз (*candidosis*) – *candida*, кўпинча *Candida albicans* уруғига мансуб шартли-патоген ачитқисимон забуруғлар билан чақириладиган касаллик. 50-70% инсонларда оғиз бўшлиғидаги резистент флора таркибига кирувчи ва ҳеч қандай клиник белги чақирмайдиган нофаол ҳолдаги *Candida albicans* кам миқдорда учрайди.

Оҳирги йилларда кандидоз билан, айниқса унинг оғир шакли билан зарарланган беморлар сони кўпайган. Асосан бу назоратсиз кенг антибиотикларни узоқ вақт мобайнида қабул қилишдан келиб чиқа-

ди. Натижада дисбактериоз ривожланади, шуни ҳисобига шартли патоген микрофлора фаоллашади ва патоген хусусияти намоён бўлади. Касаллик икки йўл билан ривожланади: бемордан юқади ва инсоннинг хусусий шартли-патоген замбуруғларга салбий таъсирлар натижасида келиб чиқади.

Кандидозни ривожланишида эндокрин тизимини касалликлари (қандли диабет, гипопаратиреоз, буйрак усти безларининг хасталиклари) хужайра иммунитетини пасайишига олиб келади. Кандидозни келиб чиқишида тўқималар ва ички муҳитларда биохимик ўзгаришларга олиб келувчи оғир ва узоқ вақт давом этувчи касалликлар (сил, анацид гастрит, гиповитаминозлар) цитостатик ва кортикостероидларни давомли қабул қилиши ва бошқа ҳолатлар организмнинг ҳимоя кучларини пасайтиради. Узоқ вақт ва назоратсиз қабул қилинган турли антибиотиклар дисбактериозга олиб келади. Натижада оддий микроб ассоциациялари сустлашади, шартли-патоген микробларни вирулентлиги ошади ва патоген хусусиятларига эга бўлиб, оғиз бўшлиғини шиллиқ қаватида замбуруғли касалликлар намоён бўлади. Кандидозни келиб чиқишида оғиз бўшлиғининг ўткир ва сурункали шикастланишлари, айниқса сифатсиз тайёрланган тиш протезлари, тишларни ўткир қирралари ва х.к. маҳаллий иммунитетни пасайишига ва микробларни таъсири учун яхши шарт-шароит яратилишига олиб келади.

Н.Д. Шеклаковнинг таснифи бўйича кандидозлар қуйидагича таснифланади:

1. Тери, шиллиқ қават ва тирноқнинг юза кандидози;
2. Сурункали тарқалган (гранулематоз) кандидоз;
3. Висцерал (тизимли) кандидоз.

Шифокор стоматологни вазифасига чегараланган юза кандидозларни даволаш тадбирларини бажариш киради. Оҳиригача тўғри даволанмаган юза чегараланган кандидоз асоратланиб, сурункали тарқалган ёки висцерал кандидозга айланиши мумкин.

**Клиник кечиши.** Кандидозни кечишига қараб ўткир ва сурункали шакллари, жойлашишига қараб – стоматит, хейлит, глоссит, палатинит ва лабни бурчагини замбуруғли бичилишлари тафовут қилинади. Ўткир кандидозни ўткир псевдомембраноз ва ўткир атрофик шакллари фарқланади.

**Ўткир псевдомембраноз кандидоз (*Candidosis acuta, s. soor*).** Одатда беморлар оғиз бўшлиғининг ачишишига, овқатланганда оғриқларга, айниқса ўткир ва иссиқ овқатлардан, карашларга шикоят қиладилар. Айримларида шикоят бўлмайди. Объектив кўриқда гиперемияланган лунж, тил, лаб, танглайни шиллиқ қаватида оқиш нуқтали карашлар кузатилади (расм 37). Замбуруғлар кўпайиши билан карашлар кўпаяди ва шиллиқ қаватдан кўтарилиб турадиган ва

дастлаб осон олинадиган, кўйилган сут ёки сузмага ўхшайдиган оқиш карашлар пайдо бўлади. Карашни таркибида кўчган эпителий, замбуруғлар, овқат қолдиқлари, детрит аниқланади. Замбуруғлар секин аста эпителийга ўсиб киради. Бу ҳолда карашни олиниши кийин бўлади, куч билан олинган карашни тагида қонаб турган эрозив юза аниқланади. Жуда кам ҳолларда замбуруғлар бириктирувчи тўқимага, қон томирлар деворига ўсиб киради ва касалликни диссеминациясига олиб келади.

**Киёсий ташхиси.** Дескваматив глоссит, лейкоплакия, қизил ясси темиртки, юмшоқ лейкоплакиялар билан ўтказилади.

Замбуруғларга юкори даражада сезувчанлик баланд бўлганда ўткир атрофик кандидоз ривожланади. Беморлар оғиз бўшлиғини оғриши, қуриши ва ачишига шикоят қиладилар. Объектив кўриқда шиллиқ қават қип-қизил рангда, қуриқ, ялтироқ, тилни ипсимон сўргичлари атрофияланган, оғриқли. Карашлар чуқур бурмаларда сакланган. Беморларнинг умумий аҳволи ўзгармаган.

**Киёсий ташхис.** Тиш протезларига бўлган аллергия билан ўтказилади.

Ўткир кандидоз сурункали шаклига ўтганда сурункали гиперпластик ёки сурункали атрофик кандидоз ривожланади.

**Сурункали гиперпластик кандидоз (*candidosis chronica hyperplastica*).** Гиперемияланган оғиз бўшлиғини шиллиқ қаватда оқ рангдаги доғлар ёки папулалар қўшилиши натижасида бляшка ҳосил бўлади. Шикастланиш ўчоқлари лабга яқин бўлган лунжни шиллиқ қаватида, тилни устида ва танглайни орқа қисмида жойлашиб, ушбу клиник кўриниш лейкоплакия ва қизил ясси темирткини эслатади. қирилганда караш қисман олинади (расм 38). Тилда «ромбсимон тил» га хос соҳа шикастланади, танглайда жойлашган сурункали гиперпластик кандидоз папилляр гиперплазияга ўхшайди. Сурункали гиперпластик кандидоз ўсма олди касалликлар туркумига киради.

**Киёсий ташхис.** Сурункали гиперпластик кандидозни лейкоплакия ва қизил ясси темирткидан ажратиш лозим.

**Сурункали атрофик кандидоз (*candidosis chronica atrophica*).** Кўпинча оғизда тиш протези жойлашадиган шиллиқ қаватини жароҳати, пластмассага бўлган аллергия ва тиш протезларини узоқ тақиш натижасида сурункали атрофик кандидоз келиб чиқади.

Замбуруғли стоматитга учта симптом хос:

- қаттиқ танглайни гиперемияси, эрозияси, папилломатози;
- тилни гиперемияси, сўргичлар атрофияси, папилломатози;
- лаб бурчакларининг бичилиши.

Айрим ҳолларда сурункали кандидоз алоҳида жойларда учрайди: лабларда (кандидозли хейлит), оғиз бурчакларида (бичилишлар), тилда (кандидозли глоссит) (расм 39).

Микотик бичилиш кўпроқ кексаларда прикуси пасайган ҳолларда

да ёки нотўғри протезлаши, тишни қаттиқ тўқималарини хаддан зиёд емирилиши ва адентияда кузатилади. Оғиз бурчагида чуқур бурмалар ҳосил бўлиши, ишқаланиш ва сўлак билан намланиши натижасида замбуруғли бичилишларни пайдо бўлишига яхши шарт-шароит яратади. Беморлар ачишиш ва оғриқларга шикоят қиладилар. Оғиз бурчакларида кулранг-гиниқ қатқалоқлар бўлиб, улар тез тозаланади, остида ёрилишлар ва кам намланган эрозиялар кузатилади.

Микотик бичилишларни киёсий ташхиси стрептококкли бичилишлар (қаттиқ шанкр, захм папулалар ва В2 витаминини гипо ва авитаминози) билан ўтказилади. Стрептококкли бичилишларда кучли гиперемия, экссудация кузатилади. Қаттиқ шанкр ва захм папулалар асосида қаттиқланиш аниқланади.

Кўпинча оғиз бўшлиғида кандидозни бошқа касалликларга қўшилиши кузатилади (медикаментоз стоматит, қизил ясси темиртки, лейкоплакия, саратон, сил яраси ва х.к.).

Ташхис қўйиш учун микроскопик, бактериологик, цитологик, патогистологик текширувлар: қон, тери, тирноқ кўриги, гинеколог, миколог ва эндокринологни маслаҳатлари керак.

Кандидозни киёсий ташхиси қизил ясси темиртки, лейкоплакия, қизил югурук, аллергик стоматит ва сифилитик папулалар билан ўтказилади.

**Даволаш.** Умумий даволашда замбуруғга қарши препаратлар ичиш учун буюрилади: нистатин, леворин 500000 6-8 марта бир кунда 10 кун мобайнида овқатдан кейин, суткалик доза 3000000 ЕД дан кам бўлмаслиги керак. Таблеткалар ёмон сўрилади, шунинг учун уларни тилни остига қўйиш, лунж соҳасига қўйиш ёки сўриш мумкин. Амфоглюкамин ичиш учун 200000- 500000 ЕД кунда икки марта овқатдан кейин буюрилади. Дифлюкан 50-100 мг капсулада бир суткада бир марта қўлланилади. Флунол -150 кунга 1 капсула ичиш учун буюрилади. Овқат билан бирга қабул қилиш сўрилиш миқдори га таъсир этмайди. Қабул қилинганда 0,5-1,5 соат ўтгач плазмадаги концентрацияси энг юкори чўққисига чиқади, яримчиқш даври тахминан 30 соатни ташкил қилади. Самарали дозаси суткасига 50-100 мг ташкил этади. Амфотерицин В ҳар 1 кг вазига 250 ЕД буюрилади. Микогептин ичиш учун 0,25г (250000 ЕД) кунда икки марта қўлланилади. Буйрак ва ҳазм функциясини назорат қилиш мақсадида лаборатор (қондаги қолдиқли азотни ва сийдик) текширувини аниқлаб туриш лозим. Даволаш курс 10-14 кун. Қайта даволаш 5-7 кундан сўнг буюрилади. Гипосенсибилизация қилинади.

Маҳаллий даволашда оғиз бўшлиғи 2-5% натрий тетраборат, 2% натрий бикарбонат, 2% борат кислоталар билан чайқалади. Аппликация (чаплаш) ва оғизни шиллиқ қаватига суртиш учун 20% глицеринда эритилган бура, люголь эритмаси, клотримазолни 1% эмуль-

сияси ва 1% эритмаси, 0,5% декамин малҳами, В амфотерицин (30000 ЕД/г) малҳами, 1-2% генициан бинафша рангли, метилен кўки, бриллиант яшил, Кастеллани эритмалари қўлланилади. Декамин (0,00015г) карамели ҳар 3-4 соатда сўрилади. Фунистатин (орал суспензия учун кукун) қайнатилган ва совутилган сув билан 20 секунд модайнада араштиради ва 4-6 мл дан кунига 4 маҳал оғиз бўшлиғига томизилади.

Хейлит ва бичилишларда нистатин малҳами (100000 ЕД/г), 5% леворин, микосептин малҳамлари (15000 ЕД) яхши натижа беради. Микосептин катта эрозив юза мавжудлигида ва эксудат кўп бўлганда ишлатилмайди. Амфотерицин Вни малҳами суртиш учун буюрилади.

Ичиш учун В1, В2, В6, РР, С витаминлари мавжуд бўлган поливитаминлар қўлланилади. Оғиз бўшлиғи қуриб қолганда йод препаратлари (2-4% калий йодидни бир ош қошиқдан кунига 2-3 марта овқатдан кейин) берилади, 1% пилокарпин 3-5 томчи кунига 2 марта 3-5 кун мобайнида буюрилади.

Беморга қувватли, оксилларга бой парҳезли овқатлар буюрилади.

Ўткир кандидозда тиш протезлари тақилмайди, сурункалида тақилади, лекин яхшилаб тозаланади.

Кандидозни даволаш клиник белгилари йўқолгунча олиб борилади. Даволашни натижасини билиш учун микроскопик ва бактериологик текширувни қайтариш лозим. Кандидозни тарқалган ва висцерал шакллари миколог шифокорлар даволайди.

Олдини олиш. Аёллар консультациясидан бошлаб кандидозни даволаш ўтказилади ва бола туғилиши билан оғзига нистатинни суспензияси томизилади. Тиш протезлари бор беморларда оғиз бўшлиғи ва протезларга бериладиган парвариш доимий равишда олиб борилади. Узоқ муддат антибиотик ва сульфаниламидлар қабул қилганларга кандидозни профилактика қилиш мақсадида нистатин ёки леворин 1500 000 ЕД бир кунда, В ва С гуруҳ витаминлари буюрилади.

### **Аллергик касалликлар (*morbis allergica*)**

Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати, лабнинг қизил хошияси маҳаллий ва системали аллергия касалликларда ўзига хос шикастланади. Аллергия касалликлари негизда химоя хусусиятига эга бўлган иммун реакцияси ётади. Ушбу иммун реакция организмга таъсир этган ёд моддалар – аллергиялар (экзоаллерген)ни бартараф қилиб, тўқималарни шикастламасдан организмдан чиқариб юборади. Аутоаллергия касалликларни асосида эса тўқималарнинг бузилиши билан кечадиган хусусий тўқиманинг аллергиялари (аутоаллерген)га қарши ривожланган иммун реакцияси ётади. Аллергия реакцияни чақирувчи моддалар аллергия деб аталади. Аллергия реакция фақат аллергиялар таъсирида келиб чиқмасдан, балки антиген хусусиятига эга бўлмаган гаптенлар таъсири-

да ҳам ривожланади. Гаптенлар туркумига кимёвий моддалар (хром, никель ва бошқ.) киради. Улар тўқима оксиллари билан қўшилиб, комплексли антиген хусусиятига эга бўлиб қоладилар.

Аллергиялар иккита гуруҳга ажралади – экзоаллергиялар ва эндоаллергияларга. Экзоаллергиялар инфекция ва ноинфекция хусусиятли бўлади. Инфекция аллергиялар бактериял, вирусли ва замбуруғлига ажралади. Ноинфекция аллергиялар маиший (уй чанги ва бошқ.), эпидермал (қуш пати ва ҳайвонлар жуни ва бошқ.), дорили, озиқ-овқатли, саноатлиларга ажралади. Эндоаллергиялар организмнинг хусусий тўқималари ҳисобланиб, айрим ҳолларда антиген хусусиятига эга бўлиб қоладилар.

Аллергия реакциянинг 3та босқичи тафовут қилинади:

1. Имунологик босқичда аллергия таъсири натижасида иммун тизимида ўзгаришлар ривожланади. Организм антигенга қарши антианача ҳосил қилади.

2. Патохимик босқичда аллергия билан антианачани ёки сенсibiliзацияси ошган лимфоцит бириктири натижасида биологик фаол моддалар (гистамин, серотонин, простогландин, лимфокин ва бошқ.) ажралади.

3. Патофизиологик босқичда медиаторлар ёрдамида организм аъзо ва тўқималарини бузилишлари ривожланади.

Тўқималар бузилиш механизмларини 4 тури мавжуд:

I тури – реагин тури, шошилич турдаги реакция.

II тури – цитотоксик тури.

III тури – тўқималарни иммун комплекслари билан шикастланиши.

IV тури – аллергия реакцияни секинлашган тури.

Биринчи турдаги аллергия реакцияни реагинли дейилиши сабаби аллергиянинг организмга тушишига жавобан антианача – реагинлар (IgE ва камроқ IgG) ҳосил бўлади. Антигенларнинг биринчи мартаба таъсирида семиз ҳужайралар ва базофилларда ушланиб қоладилар. Бундай ҳол сенсibiliзация деб аталади. Аллергия қайта тушиши натижасида реагин антианача билан бирикади, натижада медиаторлар ҳосил бўлади. Айрим ҳолларда медиаторлар химоя вазифасини ўтайди, бошқа пайтда эса аллергия реакция ривожланади. Аллергияни реагин турида қон томирларнинг ўтказувчанлиги ошиб, эксудация, шиш ва серозли яллиғланиш ривожланади. Патофизиологик босқичда конъюнктивит, ринит, шиш, бронхиал астма аломатлари яққол кузатилади.

Иккинчи турдаги аллергия реакцияда организмнинг тўқима ҳужайраларида цитологик таъсир натижасида аутоаллергия хусусиятлари ривожланади. ҳосил бўлган антигенлар билан реакцияга киришиб, ҳужайрани шикастлайди. Ушбу турдаги аллергия реакцияларни патокимёвий босқичида I-турдагидан ўзгача медиаторлар ҳосил бўлади. Медиатор бўлиб



комплементнинг фаол фрагментлари, опсонин хужайраларнинг фагоцитозда ҳосил бўладиган лизосомал ферментлар бўлиб ҳисобланади.

Учинчи турдаги аллергия реакцияларда тўқималар экзо- ва эндоген табиатли антигенлар таъсирида иммун комплекс шикастланади. Иммун комплекслар маҳаллий тўқималарда ва қонда ҳосил бўлади. Патокимёвий босқичда комплемент ва лизосомал ферментлар фаоллашади. Учинчи турдаги реакцияларнинг ривожланиши учун иммун комплекслар таркибда антигенлар хаддан ташқари кўп бўлиб, иммун комплекслар эса эритилган ҳолда бўлмоғи, комплекслар узок вақт мобайнида циркуляция қилиб турмоғи лозим. Учинчи турдаги аллергия реакциялар зардобли касаллик аутоаллергик, озиқа ва дори аллергия ва х.к. ларни асосини ташкил қилади.

Тўртинчи турдаги аллергия реакциялар (секинлашган тури) патогенезида сенсibiliзацияланган лимфоцитлар пайдо бўлиши асосий омил ҳисобланади. Одатда аллергия билан бўлган мулоқатдан 24-48 соатдан сўнг аллергия реакциянинг секинлашган тури ривожланади. Натижада лимфоцитларда: бластли трансформация ва пролиферация, лимфокин медиаторларининг секрецияси кузатилади. Лимфокинлар таъсирдан сўнг макрофагларнинг ва полиморф – ядроли лейкоцитларнинг хемотаксиси ва уларнинг фаоллиги ошиши кузатилади. Лимфокинларнинг бошқа турлари ва сенсibiliзациялашган лимфоцитлар хужайраларга цитотоксик таъсир кўрсатади.

Секинлашган турли аллергия реакцияларнинг патокимёвий босқичи махсус медиаторлар – ҳар хил хусусиятга эга лимфокинлар (макрофаглар миграциясини сўндирадиган омилли, ўтказиш омилли ва бошқ.)нинг ҳосил бўлиши билан тавсифланади.

Секинлашган турдаги аллергия реакциялар юқумли-аллергик касалликларни асосини ташкил қилади.

### **Аллергик касалликларнинг клиник кўриниши**

**Анафилактик шокда (shock anaphylacticus)** оғиз бўшлиғида ўзига хос специфик ўзгаришлар кузатилади.

Этиологияси бўлиб профилактик мақсадда қўлланидиган вакцина, зардоблар ва дори препаратлари ҳисобланади. Стоматологияда ҳар хил дори-дармонлар ва турли ашёлар: анестетик, аналгетиклар, антисептиклар, антибиотиклар, витаминлар, акрил пластмассалар, амальгама, илдиз канали учун пасталар ва бошқалар кенг қўлланилади. Ушбуларнинг кўпгина қисми, айниқса акрил пластмассалар, новокаин, симоб антиген хусусиятига эга бўлиши мумкин. Анафилактик шок хашоратларнинг чақишига жавоб реакцияси бўлиши мумкин.

Анафилактик шокни келиб чиқишида дори препаратларни турли йўл билан организмга киритилиши (ичиш, аппликация қилиш, инъекция), айниқса вена ичра йўналтирилиши аҳамиятлидир.

Анафилактик шок шошилиш турдаги аллергия реагинли реакция турига киради.

Клиник кўриниши аллергиянинг турига унинг ҳажмига боғлиқдир. Аллергенни таъсири тезда (5-10 дақиқадан сўнг) намоён бўлади: коллапс, хушини йўқолиши, тиришишлар кузатилиб, у оғир ҳолларда ўлим билан тугаши мумкин. Анафилактик шокнинг оғирлик даражасига қараб 3 та шакли фарқланади: енгил, ўртача оғирликдаги ва оғир шакли.

Енгил даражасида бемор безовталанади, қизиб кетади, тери соҳасида гиперемия кузатилади, артериал қон босими пасаяди.

Ўрта оғир даражасида беморда совуқ тер чиқади, бехосдан сийдик ва аҳлат ажралади. ҳолсизланиш аломатлари, қулоқ шанғиллаши, юрак ва тўш суяги соҳасида оғриқлар пайдо бўлади.

Оғир даражасида силлиқ мускулатура бўшаб кетиши натижасида йўтал, харсиллаш, кўнгил айниши ва қусиш кузатилади. Кейинчалик асфиксия, дисфагия ва Квинке шиши қўшилади.

Қиёсий ташхис ўткир юрак хасталиги, миокард инфаркти, эпилепсия билан ўтказилади.

**Даволаш.** Анафилактик шокни даволаш шошилиш, кечиктирилмасдан олиб борилиши керак, дастлаб барча ҳаракатлар антигеннинг таъсирини тўхтатилишига ёки камайтиришига, артериал қон босимини меъёрлаштиришга, спазмни тўхтатишга, асфиксияни олдини олишга қаратилган бўлиши керак.

Аллергеннинг таъсирини камайтириш ва тўхтатиш мақсадида ўчоқ жараёнига 0,3-0,5 мл 0,1%ли адреналин эритмаси инъекция қилинади. Ушбу жойга муз қўйилади ва инъекция қилинган жойдан тепароқ жгут маҳкам сиқиб қўйилади. Бемор иссиқ кийимлар билан ўралиб, ётқизилади, тоза ҳаво ёки кислород билан нафас олдирилади. Беморнинг тили нафас йўллари бериштириб қўймаслиги учун у ушлаб турилади. Адреналиннинг 0,1%ли ёки мезатон эритмасидан 0,5 мл олиниб тананинг турли жойларига инъекция қилинади.

Коллапснинг олдини олиш мақсадида тери остига 10%ли кофеин, кордиамин эритмасидан 2 мл юборилади.

Гистаминга қарши моддалар артериал қон босимини пасайтиришини инобатга олиш зарур ва уларни гемодинамика яхшилангандан сўнг қўллаш афзалроқ. Гистаминга қарши моддалардан 1%ли димедрол, 2,5%ли пипольфен ва дипразин, 2% супрастин эритмалари ва бошқалар қўлланилади. Тери остига 30-60 мг преднизолон ёки 125 мг гидрокортизон юборилади. Бронхлар спазмида 2,4%ли эуфиллин эритмасини 10 мл ва 40% ли глюкоза эритмасининг 10 мл ни биргалликда вена томирига инъекция қилинади.

Беморда тутқаноқ ва кўзғалишлар кузатилганда седуксен, дроперидол (1-2 мл), реланиум ва элениум препаратлари қўлланилади. Дроперидол вена ичига юборилади, унинг нейролептик ва шокка қарши

хусусиятлари мавжуд. Кўрсатмаларга қараб оксигенотерапия, сунъий нафас олдириш усуллари қўлланилади.

Анафилактик шок пенициллиндан келиб чиққан бўлса, бу ҳолда мушак ичра 1000000 ТБга тенг пенициллиназа натрий хлоридни изотоник 2 мл эритмасида инъекция қилинади.

Анафилактик шокда шошилич ёрдамни кечиктирмасдан кўрсатиш учун ҳар бир стоматологик хонада махсус дорихона бўлиши шарт. Унда 0,1%ли адреналин, 1%ли мезатон, кордиамин, кофеин, 0,2%ли норадреналин; гистаминга қарши воситалар – 2%ли супрастин, 1%ли димедрол, 0,001 г 2 мл тавегил; кортикостероидлар – преднизолон гемисукцинат (амп. 25 мг), преднизолон (табл. 5 мг), гидрокортизон гемисукцид (амп. 25-100 мг), гидрокортизон (Sol. Cortef) флаконда 300 мг вена ичига бронхолитиклар – 5% эфедрин гидрохлорид эритмаси, 2,4%ли эуфилин; тутқанокқа қарши воситалар - 20%ли кальций пантотенати - 2 мл; эритмалар – 5%ли глюкоза 10 мл; 0,9%ли натрий хлорид 5-10 мл ампулада ва 400 мл флаконда, гемодез–200 ва 400 мл флаконда, ферментлардан – пенициллиназа ферменти 1000000 ТБга эга ампулада; ускуналар – жгут, шприц, вена ичига инъекциялар учун системалар; оғиз кенгайтиргич.

Анафилактик шокни олдини олиш – бемордан синчковлик билан анамнез йиғиш ҳисобланади.

### **Квинкенинг ангионевротик шиши (*oedema angioneuroticum Quincke*)**

Ўткир хасталик бўлиб, терида, тери ости клетчаткада, шиллик қава-тида ривожланган чегараланган чуқур шиш ҳисобланади. Квинке шиши шошилич турдаги реакцияларга киради. Биринчи бор 1862 йилда маълум қилинган. Кўпинча Квинке шиши эшакем билан бирга намоён бўлади, патогенезида гистамин ва бошқа биологик фаол моддалар ажралиши натижасида капиллярлар кенгайди, қавриқ ривожланади.

Квинке шиши организмга таъсир этган озик-овқатлар, дори моддалар, косметик маҳсулотлар, уларнинг ҳиди ва шу кабилардан ривожланади.

Касаллик клиникаси тез ривожланади. Беморнинг лаби, тили, юз соҳаси, тананинг бошқа қисмлари шишиб кетади. Дастлаб ушбу жойларда кечишиш кузатилади (расм 40).

Квинке шиши кўпроқ қовоқда, лабда, лунжда, тилда, пешонада, танглай ва муртақларда кузатилади. Пайпаслаганда шишган соҳалар оғриқсиз бўлади. Шиш бир неча соат ёки кунлар сақланади ва секин-аста йўқолиб кетади.

Унинг хаёт учун катта хавф туғдирадиган тури – шишнинг ҳикилдоққа тарқалиши ҳисобланади. Нафас етишмай қолади, бемор

безовталанади ва кўкариб кетиши мумкин. Шошилич ёрдам (трахеостомия) дан сўнг беморнинг нафаси яхшиланади.

Қиёсий ташхисни Мелькерсон-Розенталь синдроми, лимфостаз, периоститдаги коллатериал шиш, сарамасдаги (рожа) шиш билан ўтқизиш керак.

Мелькерсон-Розенталь синдромида лабда шиш, тилда эса бурмалар ва юз нервининг неврити кузатилади.

Сарамасдаги шишда шикастланган лабнинг қисмида олов шарпасига ўхшаш гиперемия кузатилади.

**Даволаш.** Биринчи навбатда аллергеннинг организмга бўлган таъсирини тўхтатиш зарур. Лаб, қовоқ ва бошқа жойларнинг шишида гистаминга қарши препаратлар – димедрол, пипольфен, тавегил, диазолин таблетка ҳолида кунига 2-3 мартадан ичиш учун қўлланилади. Ҳикилдоқнинг шишида мушак ичига 25 мг преднизолон гемисукцинати инъекция қилинади ва бемор шошилич равишда томоқ-бурун-қулоқ касалликлари бўлимига ётқизиши керак. Оғир ҳолларда трахеостомия бўғилишни олдини олиш учун қўлланилади, ва тери остига 0,5 мл 0,1% адреналин эритмаси инъекция қилинади. Ичиш учун Лората-ль 10 мг суткасига 1 марта буюрилади.

### **Дорили аллергия (*allergia medicamentoza*)**

Организмни дориларга сенсбилизацияси ошиши натижасида ривожланади. Сенсбилизациянинг тезкорлиги ва даражаси дорининг организмга киритилиши йўлига боғлиқ. Кўп ҳолларда аллергия маҳаллий (апликация, ингаляция) таъсиридан сўнг келиб чиқади.

Дорили аллергиянинг патогенезида 4 та турдаги аллергия реакциялари ривожланаши мумкин, шулардан биттаси асосий ҳисобланади. Реагин турдаги аллергия реакцияси ривожланса, анафилактик шок клиникаси намоён бўлади.

Аллергик реакциянинг секинлашган турида патологик ўчоқ жойлашишига қараб хейлит, стоматит ёки глоссит ривожланади.

Яллиғланиш реакциясини даражасига қараб қуйидагилар фарқланади:

- а) катарал, катарал-геморрагик стоматит, хейлит, глоссит;
- б) эрозияли стоматит, хейлит, глоссит;
- в) ярали-некротик стоматит, хейлит, глоссит.

**Катарал ва катарал-геморрагик стоматит (хейлит, глоссит).** Катарал ва катарал-геморрагик стоматит – дорили аллергиянинг энгил шакли ҳисобланади. Беморлар иссиқ ва ўткир овқат истеъмол қилганда, оғиз бўшлиғини шиллик қава-тида қичишиш, ачишиш ва оғриқ борлигига шикоят қиладилар.

Объектив кўриқда оғизнинг шиллик қава-ти қизил рангдалиги, шишган, эпителийнинг бутунлиги бузилмаган, геморрагик ўчоқлар мавжудлиги кузатилади.

Катарал стоматитни В ва С витаминларини гиповитаминозидан, ошқозон-ичак касалликларидаги ва юқумли стоматитлардан, замбуруғли стоматитдан фарқлаш лозим.

**Даволаш.** Биринчи навбатда аллергияни чақирган дори препарати қабулини тўхтатиш керак. Гистаминга қарши воситалар (супрастин, тавегил, димедрол, диазолин) буюрилади. Маҳаллий даволашда 2%ли пиромекаин, 2%ли тримекаин билан аппликация қилинади. Кератопалстик моддалардан солкосерил дентал адгезив пас-таси, каротоллин суртилади. Овқатлардан сутли, сабзавотли таомлар тавсия қилинади.

**Эрозив стоматит (хейлит, глоссит).** Эрозив стоматит – тошган пуфак ва пуфакчаларнинг ёрилиши натижасида ривожланади. Беморлар овқат еганда ва гапирганда оғриқ сезишади. Эрозиялар кўпинча лунжда, тилда ва оғиз бўшлиғини турли жойларида бўлиши мумкин. Эрозияларнинг келиб чиқишида дисбактериоз, гиповитаминозларни (В витамини етишмовчилиги) аҳамияти катта. Агар оғиз бўшлиғи гигиенасига етарли даражада эътибор берилмаса, кариесга чалинган тишлар сони кўп бўлса, эрозиялар пайдо бўлиши учун яхши шароит яратилади.

Дорили стоматитни эрозив шаклида беморнинг умумий аҳволи бузилади, тана ҳарорати 37,8-38°C гача ошади, иштаҳаси бўғилади, қувватсизлик аломати намён бўлади.

Қиёсий ташхис кўп шаклли экссудатив эритема, пўрсилдок, ўткир герпетик стоматит билан ўтказилади. Ажратиш учун асосий омил бўлиб анамнез ҳисобланади.

**Даволаш.** Аллергияни чақирувчи дори воситасини қабули тўхтатилади ва носпецифик гипосенсибилизация димедрол, С витамини билан ўтказилади. Маҳаллий оғриқни қолдирувчи препаратлар, кортикостероидли суртмалар (гидрокортизон, преднизолон), кератопластиклар (А ва Е витаминининг мойли эритмалари, каротоллин, солкосерил дентал адгезив пастаси ва бошқ. буюрилади.

**Дори табиатли ярали-некротик стоматит ва гингивит.** Дори табиатли ярали-некротик стоматит ва гингивит – оғир кечувчи аллергия ҳолатларида (агранулоцитоз, гемолитик анемия ва бошқа ҳолатларда) кузатилади.

Беморда умумий холсизлик, тана ҳарорати ошиши, кучли оғриқлар, айниқса овқат еганда сўлакнинг кўп ажралиши кузатилади.

Объектив кўрикда оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати гиперемияланган бўлиб, эрозив юзалар, некроз ўчоқлари кузатилади. Жағ ости лимфа безлари катталашган, пайпаслаганда оғриқли бўлади.

**Қиёсий ташхис.** Венсаннинг ярали-некротик стоматити, лейкозда учрайдиган оғиз шиллиқ қаватининг шикастланишлари, юрак-томир касалликларидаги трофик яралар билан ўтказилади.

**Даволаш.** Кортикостероидлар суткасига 40-60 мг дан буюрилади.

ди. Гистаминга қарши воситаларидан 30%ли натрий тиосульфати вена ичига юборилади. Стационар шароитида гемодез, глюкоза тавсия қилинади. Маҳаллий даволашда оғриқсизлантирувчи моддалар, протеолитик ферментлар, кератопластик препаратлар қўлланилади. Пархезли овқатлар истеъмол қилиш тавсия қилинади.

**Лайла касаллиги (morbus Lyell).** Лайла касаллиги – эпидермал токсик некролиз ҳисобланади. Бу оғир кечувчи касаллик бўлиб, оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватини, терини шикастлайди, 30% беморларда ўлим билан тугайди.

Лайла касаллигида беморнинг тана ҳарорати ошади, терида ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида катта эритемалар пайдо бўлади. Эритеманинг қоқ ўртасида 2-3 кундан сўнг пуфак ҳосил бўлади, унинг кўриниши I-II даража куйишни эслатади. Никольский симптоми мусбат бўлади. Цитологик текширувда акантолитик хужайралар аниқланмайди. Касалликнинг клиник белгилари кўп шаклли экссудатив эритемага ва пўрсилдокка ўхшайди.

Лайла касаллиги ёки эпидермал некролиз даставвал сенсibiliзацияси ошган организмнинг гиперергик реакцияси бўлиб ҳисобланади. Касалликнинг негизида эпидермисни юза қаватларини некрози, мальпигиев қаватини шиши, хужайралараро бирикмаларни бузилиши, эпителий ичра ва эпителий усти пуфакларининг ҳосил бўлиши ётади.

**Даволаш.** Даволаш стационарда ўтказилади, Стивенс-Жонсон синдромини даволаш режасига биноан ўтказилади. Кортикостероидлар, 30%ли натрий тиосульфати ёки 10%ли кальций хлориди 10 мл миқдорда венага инъекция қилинади. С витамини албатта буюрилади. Ушбу касалликни келиб чиқишига сабабчи бўлган дори моддасининг ичишни тўхтатиш зарур. Пархезли (сутли ва кўкатли) овқатлар буюрилади. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида токсик-аллергик шикастланишлардан ташқари фақат бир жойда пайдо бўладиган эритемалар кузатилади. Улар кўпинча сульфаниламидлар қабулидан сўнг ривожланади.

**Қиёсий ташхис** кўп шаклли экссудатив эритема ва пуфаклар намён бўлганда пўрсилдок билан ўтказилади.

Даволашни касалликка сабабчи бўлган дори воситасини ичишни тўхтатишдан бошлаш лозим. Ичиш учун гистаминга қарши воситалар буюрилади. Маҳаллий ишлов учун протеолитик ферментлар ва кератопластикларни қўллаш керак.

**Контакт аллергияли стоматит (allergia contactilis stomatitis).** Контакт аллергияли стоматит – стоматологияда қўлланиладиган дори воситаларга жавобан секинлашган турдаги аллергияли реакция кўринишида ривожланади.

Айрим муаллифларнинг фикрича беморларда аллергияли реакция акрил пластмассадан тайёрланган тиш протезини тақиш натижасида келиб чиқса, бошқаларнинг фикрича, акрил пластмассадан тай-

ёрланган тиш протези ва пломба ашёси бошқа аллергик омилларга нисбатан кам ҳолларда сабабчи бўлиши мумкин ва атиги 2-3% ҳолларда аллергик реакцияни чақириши мумкин.

Протезларни тайёрлашда қўлланиладиган кобальт-хромли маҳсус қоришмалар ҳам аллергик реакцияларни ривожланишига сабабчи бўлади. Контакт аллергия оғиз шиллиқ қаватида дентал бойламлар ва ҳар хил мойлар ҳисобига ҳам ривожланиши мумкин. Лабдаги контактли аллергия – аллергик хейлит деб номланади.

**Даволаш** – этиотроп ҳолда амалга оширилади. Сифатсиз тиш протези ва пломбалар алмаштирилади. Оғир кўринишларида десенсибилизацияловчи моддалар буюрилади. Маҳаллий даволашда оғриксизлантирувчи ва антисептик воситалар буюрилади. Кератопластиклардан - каротоллин, солкосерил дентал адгезив паста суртилади.

### **Кўп шаклли экссудатив эритема**

Бу жараён шиллиқ қават ва терини яллиғланиш касаллиги бўлиб, ҳар хил морфологик элементлар кўринишида доғлар, папулалар, пуфакчалар намоён бўлади. Кўп шаклли экссудатив эритема аввал ўткир касаллик кўринишида кечади, кейинчалик сурункали қайталанувчи хусусиятга эга бўлади.

**Этиологияси.** Кўп шаклли экссудатив эритеманинг келиб чиқиши сабаби халигача номаълум. Айрим муаллифлар бу касалликни инфекция-аллергик табиатга эга деб таъкидлашмоқда.

**Клиник манзараси.** Касаллик кўпчилик ҳолларда ўткир инфекция кўринишида – умумий ҳолсизлик, юқори тана ҳарорати 38-39°C гача, ревматоид оғриқлар билан бошланади. Шу фонда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва терида тошмалар тошади. Теригади тошмалар қўл қафтларида, билак, тизза, кам ҳолларда бўйин ва юзларда жойлашади. Тошмалар енгил қичишиши ва ачишиши мумкин. Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар кучли ачишиши, овқатланганда, тил ҳаракатларида оғриши билан тавсифланади.

Оғир ҳолатларда ҳамма қисмдаги шиллиқ қават, лабларнинг қизил ҳошиясигача зарарланади. Айрим ҳолларда тошмалар локал жойлашиши ҳам мумкин. Кўпроқ оғиз бўшлиғининг олдинги қисмлари: лаб, лунж, тил, оғиз бўшлиғи туби, қаттиқ танглай зарарланади. Милк қирғоқлари ва милк сўрғичлари зарарланмайди ёки қисман гиперемияланган бўлади. Шиллиқ қават ва лаб кучли шишади ва гиперемияланади. ҳосил бўлган пуфаклар шиллиқ қават юқалиги учун тез ёрилади ва улар ўрнида сариқ фиброз караш билан қопланган эрозиялар ҳосил бўлади (расм 41). Караш кўчирилса кучли оғриқ ва қонаш кузатилади. Сўлак ажралиши кучаяди.

Эрозияли юзани очилиши иккиламчи инфекция тушишига шароит яратади. Тил ва тишларда караш ҳосил бўлади, оғиздан нохуш хид келади. Худудий лимфа тугунлари оғриқли ва катталашган бўлади. Кучли

шишган лабларда тўқ қора рангдаги қатқалоқ билан қопланган. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати билан биргаликда кўз конъюнктиваси, бурун, жинсий аъзолар шиллиқ қавати зарарланади. Бу ҳолат бир неча кун давом этади. Кейин шишлар қайтади, 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 ҳужайраларини сонини ортиши эритроцитларнинг чўкиш тезлиги (СОЭ)нинг ошиши кузатилиши мумкин.

Кўп шаклли экссудатив эритема қайталаниши мумкин ва мавсумий хусусиятга эга бўлади (қуз ва баҳор).

Қиёсий ташхис. Биринчи ўринда дорилардан келиб чиққан касалликлар билан, пўрсилдоқ яра билан, ўткир герпетик стоматит билан, иккиламчи захм билан таққосланади. Дори-дармонлар таъсирида юзага келган аллергик ҳолатларда анамнезни батафсил йиғиш диагностикага ёрдам беради, керак бўлса аллергик синамалар қилинади. Кўп шаклли экссудатив эритеманинг акантолитик пемфигусдан жуда ўткир кечиши билан, яққол ривожланган яллиғланиш аломатлари билан, эрозиянинг кам муддатлар ичида эпителизацияланиши билан фарқ қилади Суртма олинганда акантолитик ҳужайралар бўлмайди.

Ноакантолитик пемфигусдан у ўзининг ўткир кечиши, мавсумий қайталаниши билан фарқ қилади. Ўткир герпетик гингивостоматитдан эрозияларнинг йириклиги, милк қирғоқларининг камроқ зарарланиши, лаборатор текширув натижаларида ўзига хос ўзгаришлар мавжудлиги билан фарқланади.

Иккиламчи захмда эрозиялар инфилтратив асосда жойлашади, оғриқ кам бўлади, эрозиядан суртма олинганда оқиш трепонема аниқланади. Захмнинг оғиздан ташқари кўринишларини ҳам ҳисобга олиш керак.

**Даволаш.** Даволаш яллиғланиш аломатларини тезроқ йўқотишга, оғриқни камайтиришга, шиллиқ қаватнинг нуқсонларини тезда бартараф этишга қаратилган бўлиши керак. Шу мақсадда десенсибилизацияловчи, яллиғланишга қарши препаратлар: димедрол, супрастин, тавегил ва бошқалар; натрий салицилат, кальций глюконат ва бошқалар; В ва С гуруҳ витаминлари, аскорутин қўлланилади.

Оғир ҳолларда натрий тиосульфати (30%ли эритмани 10 мл вена ичига ҳар куни, жами курсга 8-10 дан инъекция), кортикостероидлар (преднизолон кунига 20-30 мг суткага 5-7 кун мобайнида; триамсинолон ёки дексаметазон буюрилган дозада), кенг таъсирга эга бўлган антибиотиклар буюрилади. Левамизол (декарис) 150 мг дан икки кун ичида қўлланилса, яхши натижа беради.

Кўп шаклли экссудатив эритеманинг оғир кечишида беморлар стационарда даволаниши зарур. Стивенсон-Жонсон синдромида кортикостероидлар катта дозада берилади (преднизолон кунига 60-80



мг дан). Вена ичига томчилаш йўли билан гемодез, реополиглюкин, 5% глюкоза инсулин билан, С витамини, физиологик эритма юборилади, мушак ичра гамма-глобулин кунига 25 ТБ дан, курсга 3-7 мартаба инъекция қилинади.

Маҳаллий даволаш симптоматик равишда олиб борилади: оғриқсизлантириш учун 1-2% ли тримекаин, пиромекаин ва лидокаин эритмалари буюрилади. Апликация усули билан аэрозол препаратлари (Xylostein, Lidocain-spray, Anaesthesil-spray ва бошқалар) қўлланилади. Десенсибилизацияловчи моддалар (1%ли димедрол, 2%ли супрастин, 2,5% ли пипольфен) апликация усули билан қўлланилса яхши натижа беради. Бундан ташқари оғиз бўшлиғини антисептиклар билан чайиш лозим: калий перманганати эритмаси 1:5000, 0,5-1% водород пероксиди эритмаси, 0,5% ли этоний эритмаси, фермент эритмалари билан: трипсин хемотрипсин. Кейин кератопластиклар (каротелин, солкосерил дентал адгезив пастаси апликация қилинади. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати эпителизациясидан кейин оғиз бўшлиғи санация қилинади ва оғиздаги бошқа инфекция манбалари йўқотилади. Теридаги тошмалар кастелани эритмаси ёки 2% салицил спирти билан артилади.

Кўп шакли эритемани ҳаёт учун оқибати хавфсиз, лекин касалликни ҳар доим ҳам батамом даволашга эришиб бўлмайди. Касаллик яна қайталаниши мумкин. Ёш ўтиши билан жараён сўниб боради.

### **Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит**

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит (stomatitis aphtosa chronica recidiva) – оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг яллиғланиши бўлиб, афталарни рецидив тошиши билан ва узоқ давом этиб, ўткирлашиши билан тавсифланади.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит – оғиз бўшлиғининг шиллик қаватида энг кўп учрайдиган касалликдир. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматитда организмнинг иммун реактивлиги пасаяди ва носпецифик химоя бузилади. Касаллик чақирувчи омил бўлиб сурункали инфекция ўчоқлари (ангина, сурункали тонзиллит, фарингит, ошқозон-ичак касалликлари) ва нобоб (салбий) омилларнинг (сурункали стресс ҳолатлари, иқлим таъсирлари, зарарликлар) таъсири ҳисобланади.

Беморларда касаллик носпецифик химоя ва иммун статуси бузилганлиги, иммунитетнинг Т-тизимини депрессияси ҳисобига ривожланади. Бунда Т-лимфоцитларнинг сони ва фаоллиги камайиб кетади. Гуморал ва ҳужайрали химоянинг носпецифик кўрсаткичлари ўзгаради (лизоцим концентрацияси пасайиб, қон зардобиди беттализинлар кўпаяди, С3, С4 комплемент фракцияларининг пасайиши, С5 фракциясининг кўтарилиши кузатилади).

Маҳаллий химоя бузилиши оғиз суюқлигида секретор ва зардобли А иммуноглобулин миқдорининг камайишига боғлиқ. Демак, химоя механизми бузилганда оғиз бўшлиғини шиллик қаватига микроорганизмлар таъсири кучаяди.

**Этиопатогенези** – афтоз стоматит патогенезида кесишган иммун реакциясига асосланиб қуйидаги мезонда таъсир қилади. Оғиз бўшлиғини шиллик қавати ва ичкада бактериал флора антитаначалар ҳосил қилади, улар шиллик қаватнинг эпителиал ҳужайраларига таъсир кўрсатади. Натижада Артюс феномени ривожланади ва афталар ҳосил бўлиши кузатилади.

*Клиник кўриниши.* Афтоз оғиз бўшлиғининг шиллик қаватини ўчоқли фиброз яллиғланиши бўлиб, Артюс феномен тури бўйича кечиб, бунинг натижасида эпителийни шикастланиши икки клиник шаклда кечиши мумкин:

- 1) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит
- 2) қайталанувчи чуқур чандикли афталар.

Бу иккала шакли ҳам битта беморда бир вақтда учраши мумкин.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит – тарқалган афтозни бир симптоми бўлиб, бунда тошмалар генитал соҳада ва ичкада пайдо бўлади. Оғиз бўшлиғининг шиллик қаватидаги қайталанувчи афтоз тошмалардан ташқари, кўзни ҳам шикастланиши, баъзан пиодермиялар кузатилиши мумкин.

Жараён унчалик катта бўлмаган (диаметри 1см гача) бўлган, гиперемиаланган, аниқ чегарали, думалоқ ёки овал шаклдаги, оғриқсиз доғ пайдо бўлиши билан бошланиб, бир неча соатдан сўнг атроф шиллик қаватдан кўтарилиб қолади (расм 42). Яна бир неча соатдан сўнг элемент эрозияланади ва усти фиброз кулранг-оқиш қараш билан қопланади. Бу фиброз – некротик ўчоқ, кўпинча ингичка гиперемиаланган ҳошия билан ўралган бўлади.

Афто пайпаслаганда жуда оғриқли ва юмшоқдир. Некрозланиш кучли бўлган вақтда афто тубида инфильтрация ривожланади, бунинг натижасида у кўтарилиб қолади, некротик массалар эса унинг юзасида кулранг фиброз қарашни ҳосил қилади. Бундай афто аниқ чегарали, гиперемиаланган, шишган бўлади. У оғриқли ва лимфадениит билан кузатилиши мумкин. Некротик массалар 2-4 кундан сўнг ажралади ва яна 2-3 кундан кейин битиб, бир неча кун мобайнида унинг ўрнида гиперемиа кузатилади.

Баъзан афто гиперемиадан бошланмасдан, анемик доғдан бошланади. Афгани пайдо бўлишидан олдин беморлар ачишиш ва оғриқ бўлганлигидан шикоят қилишади.

Бирданига битта ёки бир неча афталар пайдо бўлади. Касалликни хусусиятларидан бири - бу тошмаларни қайталанишидир. Бу бир неча кундан бир неча ойгача кузатилади. Баъзи бир беморлар

кичик пуфак пайдо бўлганига ва кейинчалик «яра»га айланганини айтиб ўтишади.

Тошмалар кўпинча лунж, лаб, тилни юзаларида жойлашади, шунингдек шиллик қаватни бошқа соҳаларида ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Оддий афтани гистологик кўрилганда, шиллик қаватнинг чуқур фиброз-некротик яллиғланиши кузатилади. Жараён хусусий ва шиллик ости қаватнинг ўзгаришидан бошланади; томирлар кенгайишидан сўнг, эпителийни тиканаксимон қаватининг периваскуляр инфльтрациясидан сўнгги шиш, кейин спонгиоз ва микробўшлиқларни шаклланилиши кузатилади.

Альтератив ўзгаришлар эпителийнинг некрози ва шиллик қаватни эрозияси билан тугалланади. Эпителийнинг нуқсони фибрин билан тўлиб ва атроф тўқималари билан бирикиб кетади.

**Қиёсий ташхис.** Афта объектив кўрилганда, травматик ва герпетик эрозия, захмдаги папулага ўхшаш бўлади ва буларнинг юзасида бир неча вакдан сўнг некротик кулранг-оқиш караш пайдо бўлади. Герпетик эрозия афтадан полициклик бўлиши билан, оғриқсиз, яллиғланиш реакциясининг тарқалиши билан фарқланади. Герпесдаги эрозиялар пуфакчаларни гуруҳланиши билан тавсифланади. Сифилитик папуллалар симмиловчи оғриқлар билан, асосида инфилтрати бўлиши, перифериясида яллиғланишли хусусиятга эга гардиши ва эрозиядан оқиш трепонемани ажралиши билан характерланади.

**Қайталанувчи чуқур чандиқловчи афталар (Сеттон афтаси).** Шиллик қаватнинг чегарали, оғриқли қаттиқлашиши билан бошланади, кейинчалик юзаки фиброз караш ҳосил бўлиб, у атрофи гиперемиаланган кратерсимон ярага айланади. Яра катталаниши мумкин. Жараён оддий юза афтага ўхшаб бошланади, 6-7 кун ўтгандан сўнг бундай афтани тубида инфилтрат пайдо бўлади, афтани ўзи эса чуқур ярага айланади. Тузалгандан сўнг афта ўрнида юмшоқ юзали чандиқлар, лейкоплакияни эслатувчи элементлар сақланади. Афталар оғиз бўшлиғида, танглай соҳасида жойлашиши, чандиқланиб зарарланишига олиб келади. Масалан, микростоматга сабаб бўлади. Чандиқланувчи афталарни давомийлиги 1 ҳафтадан 2 ойгача муддатни ташкил қилади. Тошмалар тилни ён юзаларида, лаб ва лунж шиллик қаватларида жойлашиб, кучли оғриқлар пайдо бўлади.

Қайталанувчи чуқур афталар гистологик текширилганда некроз ўчоқлари эпителий ва базал мембранани бутунлай шикастланиши, шунингдек, хусусий шиллик қават ва шиллик ости қаватни яллиғланиши кузатилади. Шикастланган ўчоқда перигландуляр инфльтрацияланган сўлак безлари аниқланади. Sutton ушбу кўринишни шиллик қаватнинг қайталанувчи некротик периаденити деб атади. А.А.Машиклейсон чуқур қайталанувчи афталарни периаденит белгиларисиз ҳам кузатган. Касаллик сурункали кечади. Айримларда

ўзгаришлар кўп бўлиб, афталар сони кўп аниқланади. Айрим беморларда афта якка ҳолда бўлиши мумкин. Албатта касалликни кечиши организмнинг умумий аҳолига боғлиқдир. Г.В.Банченко касалликни кечишида мавсумийликни кузатган.

**Ташхислаш.** Чуқур чандиқли афталарни ташхислашда Венсанни ярали-некротик стоматитига ўхшашлигини эсда тутиш лозим. Бундан ташқари травматик эрозия ва яра, қайталанувчи герпес, хавфли ўсма яра ва специфик яралардан ажратиш лозим.

Синехиал буллезли Лорт-Жакоб дерматитида бирламчи элемент бўлиб, пуфак хисобланади. Бунда инфилтратция бўлмай, ёрилгандан сўнг эрозия кузатилади, кўз шикастланади, конъюнктивда синехия ва пуфаклар кузатилади. Лекин Бехчет касаллигида ирит кузатилади.

**Даволаш.** Беморни бошқа мутахассислар (эндокринолог, гастроэнтеролог ва бошқалар)да текшириб кўриш лозим. Патогенетик даволаш комплекс ҳолда амалга оширилади. Иммунокоррекция препаратларидан – тимоген мушак ичра кунига 100 мкг дан 10 кун мобайнида иммунограмма назоратида буюрилади.

Левомизол (декарис) ҳафтада 2 марта, оралиги 3-4 кун ёки кетма-кет 2 кун 150 мг дан қўлланилади. Даволаш 1,5-2 ой амалга оширилади (қоннинг клиник формуласи ва организмнинг умумий аҳоли назорат қилинади).

Лимфоцитлардаги ҳужайра метаболизмини меъёрлаштириш учун иккита босқичда метаболик препаратлар: 20% ли кальций пантотенати 2,0 мл дан инъекция ёки ичиш учун 0,1 г дан кунига 4 марта, рибофлавин моноклеотид (1% ли эритмани 1мм мушак ичра), липамид (0,025 г дан кунига 3 марта овқатдан кейин), кокарбоксилаза (0,05 г дан мушак ичига), калий оротат (0,5 г дан кунига 3 марта овқатдан бир соат олдин) буюрилади. Оғриқсизлантириш мақсадида этодолак УОГ-2 селектив ингититорларига мансуб препарати Этодин форте 400 мг дан кунига 2 марта қўлланилади.

Иккинчи 10 кунда иккинчи маротаба метаболик препаратлар – В12 витамини (1 мл 0,01% ли эритмани мушак ичра), фолат кислота (кунига 0,005 г дан кунига), пиридоксальфосфат (0,02 г дан кунига 3 марта овқатдан кейин), метилметионин – сульфоний хлориди (0,1 г дан 3 марта кунига овқатдан кейин), кальций пангамати (0,05 г дан кунига 3-4 марта), калий оротати (0,5 г дан кунига 3 марта, овқатланишдан бир соат олдин) буюрилади.

Ушбу даволаш курсларини ҳар 6 ойда жами 4-6 марта қайтариш лозим.

Лазер нурлари эпителизация жараёнини тезлаштиради ва рефлексоген зоналарга қўйилади. Аэрон массаж ҳам даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилади.

**Маҳаллий даволаш.** Маҳаллий аппликация оғриқсизлантириш-

да 1-2% лидокаин, 1-2% ли тримекаин, 1-2% ли пиромекаин, 5% ли пиромекаибли суртма, анестезиннинг 5-10% мойдаги эритмаси қўлланилади. Новокаиннинг 2% ли эритмаси электрофорези аэронли массаж билан биргаликда ҳамда лазертерапия билан даволашда яхши натижа беради. Протеолитик ферментлар билан (трипсин, химопсин, химотрипсин, лизоамидаза) яра ва эрозия юзаси тозаланади.

Антисептик ишлов 1% ли этоний, 0,02-0,06% ли хлоргексидин эритмаси, 0,02% фурациллин эритмаси билан ўтказиш лозим. Эпителизацияни рағбатлантириш мақсадида А ва Е витаминларини мойли эритмалари, каротоллин, 5% ли линетол суртмаси, солкосерил (гели ва адгезив дентал малҳами), 5% ли, 20% ли актовегин суртмалари қўлланилади. Эпителизацияни кучайтириш мақсадида цитраль, галоскорбин, витаминлар, айникса С ва Р витамини буюрилади. Биополимер эрувчи плёнкалар (облекол-плёнка) дори моддасини сақловчи препаратлар, триметозол аэрозоли, каланхое шарбатини сақловчи малҳам, 0,3% натрий сукцинати пихта мойидаги эритмаси регенерация жараёнини кучайтиради. Риметазон аэрозолини қўллашдан аввал оғиз бўшлиғи физиологик эритма билан чайқалади ва 3-4 марта триметазон ишлатилади. Кортикостероидли суртмалар ҳам афтларни тез битишида яхши натижа беради.

Қайталанувчи афтоз стоматитнинг оқибати яхши.

**Профилактикаси.** Ҳар хил тизим (ошқозон-ичак, асаб, эндокрин, юрак-томир) касалликларни вақтида ташхислаш ва даволаш, оғиз бўшлиғини сурункали инфекция ўчоқларидан холи этиш, парҳезга риоя қилиш касалликни олдини олишда катта аҳамиятга эга.

### Бехчет синдроми

1937 йил турк дерматологи Бехчет сурункали-қайталанувчи касалликни таърифлаб бергани учун уни кейинчалик Бехчет синдроми деб аташ бошланган. Бунда беморларда бир вақтда ёки кетма-кет оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг афтоз жароҳатланиши, жинсий аъзоларни яралли шикастланиши ва кўз касалликлари - ирит ва увеит баъзан кўрликка олиб келади, яъни уч симптомокомплекс деб аталади. Баъзи бир беморларда терида сурункали эритема шаклидаги тошмалар, майда йиринглар, фурункулсимон элементлар пайдо бўлади. Кўпгина жараён умумий аҳволни ёмонлашиши билан кузатилади. Кейинчалик шу касалликни Tougan 1941 йилда ёзиб ўтган.

**Этиопатогенези.** Бехчет синдромининг келиб чиқиш сабаблари ҳозиргача аниқ эмас. Касалликнинг инфекция-аллергик генези айтиб ўтилган. Баъзи бир муалифлар Бехчет синдромини генетик мойиллик билан боғлайди.

**Клиник кўриниши.** Касаллик иккала жинсга мансуб 20-30 ёш

даги инсонларда кузатилади. Шиллиқ қаватдаги афтларнинг пайдо бўлиши синдромнинг биринчи симптомларидан ҳисобланади. Улар оддий афтоз элементларидан фарқланмаслиги мумкин. Бирданига пайдо бўлган афтлар микдори ўзгарувчан бўлиб, улар жуда оғриқли бўлади (расм 43).

Ташқи жинсий аъзолар соҳасида (шиллик қаватда, жинсий лаблар терисида, жинсий олатда) оғриқли афтоз-яралли, асоси зич инфилтратли тошмалар пайдо бўлади. Элементлар теридан бироз кўтарилган, туби кулранг-сарғимтир караш билан қопланган бўлади.

Кўзнинг шикасланиши 70-85% беморларда учрайди. Дастлаб оғриқли ёруғликдан кўрқиш, сўнгра тез гипопионирит, циклит, шисасимон танада ва кўз туби соҳасида геморрагиялар ривожланади, ҳар бир қайталаниш дастлаб вақтинчалик, кейинчалик эса тикланмайдиган кўрликка олиб келади.

Терида қайталанувчи тугунчали эритема, кўп шаклли экссудатив эритема шаклидаги тошмалар, пиодермия элементлари кузатилади. Теридаги жароҳатлар соҳасида петехиялар кузатилади. Масалан, биопсия ўрнида ичидаги инъекцияларда ҳар хил йирингли элементлар пайдо бўлади. Бу синдромга хос характерли белгиларидан бири ҳисобланади. Шунинг учун Бехчет синдроми ташхисини қўйиш учун иккита симптомларга: оғиз бўшлиғидаги афтлар ва жинсий аъзолардаги тошмаларга асосланиш мақсадга мувофиқдир.

Баъзан жараён юмшоқ тўқималарни ва бўғимларни ревматоид шикастланиши билан қайталанувчи тромбозлар ва тромбофлебитлар билан асоратланади. Афтоз тошмалар ҳикилдоқ, кекирдак, ҳалқум, қизилўнғач, ичак шиллик қаватларига тарқалади, сўлак ва кўз ёши безларини катталашиши, шунингдек, касалликда ички аъзоларни ва нерв тизими зарарланади.

Гистологик кўрилганда афтоз элементининг шаклланиш даврида эпителийга лимфоцитларни, моноцитларни тўпланиши аниқланади. Эпителийн бутунлиги бузилгандан сўнг эрозия пайдо бўлади, унинг асоси ва атрофида эса нейтрофиллар, моноцитлар ва лимфоцитлар билан тўлган инфилтрат аниқланади. Баъзан томирларда облитерацияловчи эндартерит шаклидаги ўзгаришлар кузатилади.

**Даволаш** - қийинчилик туғдиради. Гистаминга қарши препаратларни ва захарланишга қарши моддаларни қўллаш мақсадга мувофиқдир. Шунингдек, кортикостероидлар, масалан, дексаметазон кунига 3-6 мг дан бериш ва беморни кейинчалик тўйинтириб турувчи дозага ўтказиш билан яхши натижаларга эришиш мумкин. Левамизол (декарис) ҳафтасига 2 маҳал 150 мг дан буюрилади. Ремиссия даврини узайтириш учун беморлар препаратни ярим йил ва ундан кўп қўллашлари лозим.

### **Шегрен синдроми (*Syndromum Sjogren*)**

Шегрен синдроми (*Syndromum Sjogren*) – системали касаллик бўлиб, 1933 йилда Шегрен томонидан аниқланган.

**Клиник кўриниши.** Бошланғич ўзгаришлар узоқ вақт давомида сўлакнинг микдорини камайиши билан, ёпишқоқлиги билан кузатилади. Гипосаливация шиллик қаватнинг ўзгаришига олиб келади: тил сўрғичларининг атрофияси ривожланиб, улар гиперемияланган бўлади, ачишиш сезгиси пайдо бўлади. Шу билан биргаликда юқори нафас йўллариининг шиллик қавати атрофик ўзгаришлар (қуруқ трахеобронхит, ринит) аниқланади. Ҳид билиш сезгиси пасайиб, ахилия ривожланади.

Гипосаливациянинг кучайиши натижасида беморлар оғиз қуришига, овқат қабул қилишда ва оғиз бурчакларида оғриқлар пайдо бўлганлигига шикоят қиладилар. Бундан ташқари, уларни кўз қуриши, конъюнктивит, ёруғликдан қўрқиш, кўз ёшининг йўқлиги безовта қилади. Ўтказиб юборган босқичларида оғиз бўшлиғининг шиллик қавати, кўз, бурунинг қуришидан ташқари жинсий аъзолар шиллик қаватининг атрофик ўзгариши, терининг қуриши ва мугузланиши, сочларнинг қуриши ва синувчанлиги, дерматозга мойиллик ривожланади. Тахминан 1/3 қисмидаги беморларда сурункали артрит кўринишидаги ўзгаришлар ривожланади. Пневмосклероз, периферик ва тригеминал невралгия ва бошқа ўзгаришлар кузатилади.

Кўрик пайтида беморларда қулоқ олди ва сўлак безларининг ўсма-симон катталаниши, баъзан қулоқ олди безида тошлар мавжудлиги аниқланади.

Сўлак безлари ва кўз ёши безлари гистологик текширишларда строманинг ўсиб кетганлиги, лимфоцитлар ва плазматик ҳужайралар билан гиалиноз ва инфильтрация ривожланганлиги аниқланади.

Касаллик ксеростомиядан фарқланади.

**Даволаш.** Комплекс бўлиб, стоматолог, окулист, терапевт билан биргаликда олиб борилади. Саливацияни кучайтирувчи препаратлар, А,Е,В,С гуруҳ витаминлари буюрилади. Кортикостероидлар, левамизол қўлланилади.

### **Экзоген захарланишда оғиз бўшлиғи шиллик қаватини ўзгариши**

Дори воситаларни токсик таъсиридан, касбий захарланишдан оғиз бўшлиғининг шиллик қавати жароҳатланади. Дорилар меъерий ҳолатда кам захарли бўлиб хисобланади, лекин уларни меъеридан ортиқ ишлатиш захарланишга олиб келади.

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

Дорилардан захарланишда ҳар бир дори учун алоҳида клиник син-

дромлардан иборат. Дориларни организм учун қанчалик захарли бўлиши уларни концентрациясига, антитаначалар ишлаб чиқаришига, организмнинг ажратув вазибаларини 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-жихозларга бўлган сезгирлик ошганлиги аниқланади.

Даволашда аллергияга қарши – антигистамин препаратлари берилади.

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

Заҳмда, МНСнинг носифилитик шикастланишини даволашда висмут препаратлар (бийохинол, бисмоверол) қўлланилади ва бунда оғиз бўшлиғи шиллик қаватида ўзгаришлар пайдо бўлади. Бунда кўпроқ милқда қулранг-қорамтир висмутли хошия аниқланади ва сўлак билан бирга висмут сульфиди ажралиб чиқади. Тил, лунж шиллик қаватида ҳам ўзгаришлар бўлади.

Хошияни келиб чиқиши сабаби бўлиб кариесли тишлар, тишлардаги қараш ва тошлар бўлиши мумкин. Оғриқлар фақат шиллик қаватнинг бутунлиги бузилганлигида, оғир захарланишда эрозив-ярали жараён ривожланганда бўлади. Бу ўзгаришлар оғиздан бадбўй ҳид келиши билан кечади.

Қўрғошин билан захарланишда ҳам оғиз бўшлиғида шундай ўзгаришлар бўлади. Бундай ўзгариш тоғда ишлайдиган қўрғошин рудасини етиштирувчиларда, босмаҳона йиғувчиларда учрайди. Патологик ўзгаришлар кўриниши қўрғошин билан мулоқатда бўлиш давомийлигига ҳамда организмнинг мойиллигига боғлиқдир.

Қўрғошин қон томир деворида чўкиб, тўқималарнинг қон билан таъминланиши бузиб, асептик некрозни чақиради. Касалликнинг энгил шаклида фақатгина қулранг хошия, кам ҳолларда доғ ҳосил бўлади, лекин иккиламчи инфекция кўшилганда некроз ўчоғи кир-қулранг кўринишга ўтади (расм 44).

Шиллик қаватдаги ўзгаришлар билан бирга терида ўзига хос реакциялар ҳам бўлади, яъни эритематоз ёки буллез тошмалар бўлиши мумкин. Бундан ташқари сатурнизмда анемия, периферик невроз, фалаж, «қўрғошинли» хуружли оғриқ пайдо бўлади. Висмут билан за-



харланишда буйракда асоратлар бўлади, яъни нефропатия кузатилади. Даволаш учун антидотлар (унитиол, сукцимер ва бошқалар), КJ эритмалари, С ва В1 витаминлари ишлатилади.

Маҳаллий тиш қарашлари олинади, милкдаги некрозланган ўчоқлар тозаланади, протеолитик ферментлар ва кератопластик препаратлар қўлланилади. Профилактика учун оғиз бўшлиғини санация қилиш, оғизни 1% сирка кислота эритмаси билан чайиш, қўрғошин чангини эритиб ташловчилар билан, кислород ва витаминларга тўйинган эритмалар билан чайилади.

Симоб маҳаллий қўлланилганда заҳарланиш унинг резорбтив таъсирдан келиб чиқади. Симобни оксил билан боғланишини альбуминлар таъминлайди ва у NaCl таъсирида эрийди ва симобни шу тўқимага киришини таъминлайди. Симоб препаратларини бактерицид ва бактеростатик таъсири микроб ҳужайрасидаги сульфидрил гурух ферментларини блокада қилиши ва бактерия оксилени денатурациясига боғлиқ.

Симобдан заҳарланиш 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 қобилятининг пасайиши бўлади. Оғиз бўшлиғида милклар қирраси бўйлаб симоб сульфиди ҳосил бўлишидан қора рангдаги хошия ҳосил бўлади. Милклар қонайди, ярали-некротик ўзгаришлар ривожланиб, улар бошқа соҳаларга тарқалиб, стоматитни келтириб чиқаради.

Бу ўзгаришлар оқибатида оғиз бўшилиғида 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, унитиол инъекцияси ва поливитаминлар қўлланилади. Атропин гиперсаливацияга қарши ишлатилади. Маҳаллий антисептикли ишлов қилинади, тиш қарашларини олиш, яллиғланишга қарши препаратлар ва кератопластик моддаларни қўллаш яхши натижа беради.

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

Кризанол ревматоидли артритда, қизил ясси темирлаткида ишлатилади.

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

Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар буйрак шикастланиши фониди ва

қондаги ўзгаришлар (апластик анемия, тромбоцитопеник пурпура) фониди ривожланади.

Даволаш учун унитиол, эркин сульфидрил гурухини сақловчи препаратлар, кортикостероидлар ишлатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ўзгариши лейкоплакия тури бўйича кечади. Касбий касалликларда ишлаб чиқиш жойларида техник хавфсизликка риоя қилиш керак, чангганини камайтириш учун иш жойлари тез-тез шамоллатиб турилиши керак. Ишчиларни маҳсус профилактик асбоблар ва моддалар билан таъминлаш керак. Бунинг учун нафас йўлини ҳимоя қилувчи (респираторлар, противогозлар, докали боғламалар) мосламалардан фойдаланилади.

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

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

Дорилар билан организмнинг заҳарланишига тошларни тетрациклинли бўялиши қиради. Бу ҳолат тетрациклинни кўпроқ ичган болаларда кузатилиб, эмалнинг сариқ-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 қўшилиши, стрептомицин, тетрациклин).

2. Билвосита тератоген таъсирли (левомецетин ва бошқ.).

### **Модда алмашинуви ва тизимли касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар**

Баъзи оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг касалликлари этиологик ва патологик жиҳатдан аъзолар ва тизим касалликларга боғлиқлиги клиник ва илмий-тадқиқот текширишларда исботланган (қайталанувчи афтоз стоматит, гепатохолециститдаги оғиз шиллиқ қавати ўзгаришлари).

Бу бўлимни ўрганишга кўпгина олимлар (Е.Е.Платонов, Б.М.Пашков, Г.В.Банченко) ўз хиссаларини қўшишган.

Оғиз бўшлиғидаги ўзгариш ўзига хос бўлмай, балки бу соматик касалликка таалуқли бўлади, бу эса ташхислаш ва даволашда қийинчиликлар туғдиради. Бунда бемор стоматологга мурожаат қилади.

Бундай ҳолатда оғиз бўшлиғининг шиллик қаватини даволаш ва умумий касалликни даволаш бошқа соҳа шифокорлари билан биргаликда олиб борилиши керак.

### **Гипо- ва авитаминозларда оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ўзгаришлар**

Витаминларнинг инсон ҳаётидаги роли яхши ўрганилган бўлиб, ҳозирда гиповитаминоз ва авитаминоз белгилари, уларни даволаш ва бошқа касалликларда қўллаш яхши йўлга қўйилган.

Витаминлар организмнинг ҳимоя, мослашиш ва бошқа функцияларига ҳар хил таъсир қилади. Шунинг учун улар ўзининг даволовчи профилактик самарасига қараб бир неча гуруҳларга бўлинади:

1. Модда алмашинуви, трофика, нерв системаси функционал ҳолатини бошқариш ҳисобига организмнинг умумий реактивлигини оширувчи витаминлар – А, С, В гуруҳи (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, РР витаминлари);

2. Антитанача ишлаб чиқариш, фагоцитозни кучайтириши ҳисобига организмнинг – инфекцияга чидамлилигини оширувчи витаминлар - В гуруҳ, А ва С.

3. Қон ивишини оширувчи, қон томирлар чидамлилиги ва ўтказувчанлигини меъёрлаштирувчи антигеморрагик витаминлар – С, Р, К.

4. Шиллик қават ва тери қопламани ҳимояловчи витаминлар – А, В<sub>2</sub>, В<sub>3</sub>, В<sub>6</sub>, РР, Н.

Гиповитаминоз ҳолати ёки витамин танқислиги – бу витаминларнинг организмга кам тушишишига ёки уларнинг сўрилишининг бузилишига айтилади. Авитаминоз – бу витаминнинг умуман бўлмаслиги ҳозирги вақтда умуман учрамайди.

Ошқозон-ичак йўли меъёрий ишлаётганда ичак микрофлораси томонидан В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, РР витаминлари синтез қилинади. Эндоген витаминлар синтези учун организмга фолат кислота, биотин, витамин К керак бўлади. Лекин эндоген синтез ичак микрофлораси ҳолатига боғлиқ бўлади. Овқатланишнинг бузилиши, дори воситалари (сульфаниламидлар, антибиотиклар)нинг қабули ичак флорасини кескин бузади ва дисбактериоз чакиради.

Бундан ташқари ошқозон-ичак йўлининг сўрувчанлигини ҳам эътиборга олиш лозим. Меъёрда ичакнинг пастки қисмида сурилиш кам бўлади, патологияда бўлса эндоген синтезланувчи витаминларнинг сурилиши кескин камайиб кетади.

Витамин етишмовчилигининг келиб чиқиш механизмига қараб, гипо- ва авитаминозларнинг бир неча тури фарқланади:

1. Алиментар – овқатланишнинг бузилиши, организмга витаминларнинг кам тушишидан келиб чикувчи етишмовчилик.

2. Резорбтив – ошқозон ичак йўлида витаминлар сўрилишининг бузилиши, ичак микрофлораси ўзгаришидан В гуруҳ витаминлар синтезининг бузилиши.

3. Диссимилиацион - организмда модда алмашинувининг бузилиши, витаминлар алмашинувининг ўзгариши ҳисобига келиб чиқадиган етишмовчилик.

Маълумки, гастритларда, айниқса, ахилияда ошқозон ширасининг кислоталиги пасайганида В, РР ва С витаминларнинг турли даражада бузилиши кузатилади. Ўн икки бармоқ ва ичак яра касаллиги бор беморларда витамин А, каротин, витамин С ва РР витаминлар алмашинуви бузилган бўлади. Баъзан яхши овқатланувчи кишиларда ичак касалликлари (инфекцион яллиғланиш, лямблиоз, гельментозларда), зангила белгиси юзага келиши ҳисобига А гиповитаминоз ривожланиши мумкин.

Организмда оксил етишмовчилиги бўлганда В гуруҳ витаминларининг гиповитаминози юзага келади. Хомилдорлик вақтида витаминларга эҳтиёж ошади ва бу ҳол бартараф қилинмаса гиповитаминоз келиб чиқиши мумкин.

Витамин В<sub>1</sub> (тиамин). Организмда синтез қилинади, овқат орқали тушади, сурилиши йўғон ичакда рўй беради ва кокарбоксилазага айланади (ичак деворида ва жигарда). Витамин В<sub>1</sub> нинг физиологик моҳияти: модда алмашинуви жараёнларини бошқариш (асосан углеводлар алмашинуви) дан иборат. Витамин В<sub>1</sub> етишмаганда организмда пирозум кислотаси ушланиб қолади.

Витамин В<sub>1</sub> балансининг бузилиши сабаби МНС глюкозани пирозум ва сут кислоталари ҳисобига парчалай олмайди. Бу ушбу кислоталарнинг мияга токсик таъсиридан юзага келади. Витамин В<sub>1</sub> нерв импульсларини ўтказишда қатнашади, бу ацетилхолинни фаоллаштириш холинэстеразани эса фаолсизлантириш ва ажралишини пасайтириш ҳисобига вужудга келади. Бундан ташқари Витамин В<sub>1</sub> нуклеин кислоталар синтезида қатнашади, асосан гемопозда бу муҳим ҳисобланади. Углеводлар алмашинувидан ташқари Витамин В<sub>1</sub> оксил алмашинувида ҳам муҳим аҳамиятга эга.

В<sub>1</sub> витаминнинг инсон организми учун керакли бўлган суткалик миқдори 2-3 мг ни ташкил этади.

В<sub>1</sub> витаминини гипervитаминози клиник жиҳатдан учрамайди.

В<sub>1</sub> витамини танқислиги нерв системасининг турли функционал бузилишларига ва бошқа тизимлардаги бузилишларга олиб келади: иштаҳанинг пасайиши, холсизлик, озиб кетиш, тутқаноқ, парестезия, юқори қўзғалувчанлик, уйқунинг бузилиши, невротик ҳолатларни юзага келтириши мумкин.

В<sub>1</sub> авитаминозида бери-бери касаллиги юзага келади: у полиневрит оғрик сезгиларини нерв устунлари йўли бўйича, алоҳида му-

шаклар фаолияти ва юрак қон-томир тизимидаги бузилишлари билан тавсифланади.

Тиаминнинг фармакологик таъсири кенглиги ҳисобига у фақат  $V_1$  гиповитаминозида эмас бошқа патологик ҳолатларда: невритларда, уч шохли нервнинг невралгиясида, қизил ясси темирлаткида, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг парестезиясида, пародонт касалликларини комплекс даволашда, бактериал, дори-дармонлар таъсиридан ривожланувчи, замбуруғли оғиз шиллиқ қаватининг касалликлари, глосит ва хейлитларда кенг қўлланилади.

Оғиз бўшлиғида белгиси билан юзага келган сурункали гастритларда, колитларда, тиреотоксикозда, қандли диабетда витамин  $V_1$  қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Ишлаб чиқариш шакллари: таблетка, тиамин бромидни драже шакли – 0,002 0,01 г дан ампула 3% ёки 6% ли эритмаси. Воситани ичиш йўли билан, тери остига, вена ичига қўллаш мумкин.

Бундан ташқари  $V_1$  витаминининг коферменти кокарбоксиллазани ишлатиш мумкин, у 0,05 г дан ампулада ишлаб чиқарилади.

**$V_2$  витамини (рибофлавин).**  $V_2$  витамини организмда оксидланиш-қайтарилиш реакцияларида, модда алмашинувида қатнашади. Овқат орқали ва ичакда синтез бўлиб организмга сингади. Асосан мия тўқималарида, жигарда, буйракларда ва юракда тўпланади.

$V_2$  витамини углевод ва оксил алмашинувида муҳим аҳамиятга эга.

Оқсилсиз пархезда рибофлавин организмга токсик таъсир қилади. Рибофлавин суяк кўмиги фаоллигига таъсир кўрсатади.

$V_2$  витамининг инсон организми учун керакли суткалик миқдори 0,5-3,0 мг ни ташкил этади.

**Гиповитаминоз.** Рибофлавин етишмовчилиги кўзда ва оғиз бўшлиғида ўзига хос ўзгаришларни чақиради. Оғиз бурчакларида ёриқлар ҳосил бўлиши, мацерация, эпителий кўчиши, четининг қипиқ билан қопланиши кузатилиши мумкин. Лабдаги ўзгаришлар тери зарарланиши билан қўшилиши мумкин (қипиқланиш, бурун найларида қипиқлар бўлиши). Тилда хам (ачишиш, оғрик, сўрғичлар атрофияси, гиперемия, афтоз ўзгаришлар ҳосил бўлиши) билан юзага чиқади.

Кўзда куйидаги ўзгаришлар кузатилади – ёруғликдан қўрқиш, кўз ёши оқиши, ачишиш, васкуляр кератит, ирит, мугуз қаватнинг хиралашиши.

$V_2$  витамини етишмовчилигининг эрта лаборатор диагностик белгиси бу сийдикда рибофлавин миқдорининг (С 800-500 дан 100 мг/сутка) камайишидир.

**Даволашда қўлланилиши:** жигар касалликларида (вирусли гепатитларда), ошқозон-ичак йўли касалликларида, юқумли касалликларда, эндокрин касалликларда, дерматозларда, терининг стрептококкли зарарланишида ва бошқа касалликларда кенг қўлланилади.

Стоматологик амалиётда рибофлавин глоситлар, хейлитлар, дори-дармонлардан чақирган аллергик касалликларда қўлланилади.

Кукун, 0,0005-0,001 г ли таблетка, 0,2 г ли драже шаклида чиқарилади.

**РР витамини.** Физиологик ҳолатлар, оксидланиш қайтарилиш реакцияларида, углеводлар алмашинуви ва бошқа алмашинувларда қатнашади. У қон томирлар функционал ҳолатига таъсир қилади (периферик қон томирларни кенгайтиради).

Суткалик миқдори 15-25 мг ни ташкил қилади.

Ушбу витамин гиповитаминози асосан овқат орқали кам тушишида юзага келади. Ошқозон ичак йўлида бузилишлар юзага келиб, ич кетиши, иштаханинг бузилиши, кўнгил айниши, лунж ва тилнинг ачишиши аниқланади. Тил шиш ҳисобига катталашади, ранги тўқ қизил бўлиб, сўрғичлари гипертрофияланган ва текисланган бўлади (расм 45). Терида бир вақтда доғлар, асаб тизимида ўзгаришлар юзага чиқади, хотиранинг бузилиши кабилар ривожланади.

РР авитаминози пеллагра дейилади. Бунда қўлларда, юзда, бўйинда симметрик жойлашган эритемалар бўлади. Тери қуруқ тўқ қизил рангда бўлиб, зарарланиш асосан терининг очиқ жойларида бўлади.

МНС даги бузилишлар депрессив психозларга олиб қлади. Пеллагра ривожланишида фақат РР витамини эмас, балки  $V_1$ ,  $V_2$ ,  $V_6$ , витаминларнинг етишмовчилиги сабаб бўлиши мумкин.

Стоматологияда РР гиповитаминози ва пеллаградан ташқари бошқа касалликларда қон айланишини яхшилаш учун, қизил ясси темирлаткида пародонт касалликларида, хейлитда дори-дармонлар чақирган стоматитларда ва бошқаларда кенг қўлланилади.

Ишлаб чиқариш шакллари: 0,05 г дан таблетка, ичишга 1-2 таб. кунига 3-4 марта бурилади, 1% никотин кислота эритмаси 1 мл инъекция учун.

**$V_6$  витамини (пиридоксин).** Биокатализатор ролини бажариб, миядаги алмашинувларда, ферментопатия жараёнларида, оксил алмашинувини бошқаришда, гемоглобин синтезини рағбатлантирилишида, лейкопоезда, дори интоксикацияси бўлган ҳолатларда қатнашади, табиий иммунитетни шакллантиради (лейкоцитларнинг фагоцитар фаоллигини оширади). Пиридоксинни экзоген турдаги авитаминози кузатилмайди, чунки ичакни бактериал флораси фаоллиги ҳисобига унинг синтези амалга оширилади.

Даволашда қўлланилиши: липид алмашинувини яхшилаш мақсадида бир вақтда  $V_{12}$  витамини билан бирга қилинади. Уни асаб тизими касалликларида, қандли диабетда, медикаментоз стоматитда, глосит, хейлитда қўллаш мумкин.

Ишлаб чиқарилиш шакллари: таблетка қўринишида 0,002 – 0,005 ва 0,01 г дан, 1%, 2,5% ва 5% ли эритмалари инъекция учун қўлланилади.

**$V_{12}$  витамини (цианокобаламин).** Меърий гемопоезни бошқаришда қатнашади. Бу жараёнда фолат кислотаси алмашинувида қатнашади, яъни фолат кислотасини фолин кислотасига айланишини рағбатлантиради.

Цианокобаламин организмда лейкоцитларнинг фагоцитар фаоллигини оширади, РЭС ни рағбатлантиради, антитаначалар ишлаб чиқарилишини кучайтиради.

$V_{12}$  витаминининг инсон организми учун керакли суткалик эҳтиёжи 2-3 мг ни ташкил қилади.

$V_{12}$  витамини етишмовчилигида мегалобласт турдаги қон ҳосил бўлиши кучаяди. Аддисон-Бирмер анемияси юзага келади ( $V_{12}$  витамини танқислиги анемияси). Бунда асаб ва ҳазм тизимида, қон ҳосил бўлишида ўзгаришлар юзага келади. Эрта белгилари бўлиб, тилда ачишиш, гиперемия, сўрғичлар атрофияси, оғиз қуриши хисобланади. Бундай тил Меллер глоссити дейилади. Беморнинг умумий аҳоли ўзгаради: холсизлик, бош айланиши, тез чарчаш холлари, тилда оғриқ бўлади.

$V_{12}$  танқислиги анемиясида нур касаллида, жигар касаллигида, полиневритда, уч шохли нерв невралгиясида, диабетик полиневритда, тил парезтезиясида, қизил югурукда қўлланилади.

В гуруҳи витаминлари комплекси стоматологияда пародонт касалликларида, аллергик касалликларда, кўп шаклли экссудатив эритема, оғиз бўшлиғи шиллик қавати парезтезиясида ва бошқа касалликларда кенг қўлланилади.

**С витамини (аскорбин кислотаси).** С витамини коллаген толалар синтезида, қон томирлар девори ўтказувчанлигини бошқаришда, организмнинг оксидланиш-қайтарилиш жараёнларида, оксиллар синтезида ва организмнинг инфекцияга чидамлилигини оширишда қатнашади.

С витамининг инсон организми учун кунлик эҳтиёжи 70-80 мг ни ташкил этади.

С витамини етишмовчилиги бўлганда организм реактивлигининг пасайиши, коллагенлар синтези бузилиши ва бириктирувчи тўқима ўтказувчанлигини бузилиши кузатилади.

Оғиз бўшлиғида ярали гингивит ва стоматитлар ҳосил бўлади (расм 46). Умумий ҳолатда ўзгаришлар юзага келади.

Ишлаб чиқарилиш шакллари: 0,05-0,1 г ли таблеткалар, мушак орасига ва вена ичига 5% ли эритмаси инъекция учун, Рутин билан биргаликда 0,05 г ли таблеткалар шаклидаги “Аскорутин” номи билан қўлланилади.

Стоматология амалиётида яралар ва эрозияларни битишини тезлаштирувчи восита сифатида ишлатилади.

**А витамини (ретинол).** А витамини организмнинг ўсиши, терининг меъёрий ҳолати учун зарур хисобланади. Унинг етишмаслигида кератинизация, эпителий метаплазияси кузатилади. Кўзда, сўлак безларида, тер безлари функциялари бузилиши кузатилади.

А витаминининг инсон организми учун керакли миқдори 1,5 мг ни ташкил қилади.

А витамини гиповитаминозида шиллик қават ва терининг тўсик функцияси, эпителийнинг меъёрий дифференцияцияси бузилади.

Бир вақтнинг ўзида кўзда ўзгаришлар (гломерулопатия, ксерофтальмия ва бошқалар) кузатилади. бемор озиб кетади, тери оқаради, қипикланади, сочлар хиралашади, тирноқлар мўрт бўлиб қолади.

Даволаш дозаси: 10000-25000 ХБ/сут концентрат ёки драже шаклида шифокор назорати остида буюрилади.

Стоматологияда яра ва эрозияларни эпителизациясини кучайтириш, лейкоплакия, қизил ясси темирлатки ва бошқа касалликларда қўлланилади.

Дори воситалари А провитамины ва чеканда мойи шаклида қўлланилади.

**Е витамини (токоферол ацетат).** Оксидланишга қарши хусусиятга эга. Токоферол А витаминининг организмда тўпланishi ва бошқа витаминлар тўпланишига таъсир қилади. Ёғлар, минераллар алмашинувида қатнашади.

Е витамини етишмовчилигида мушак дистрофияси, жинсий аъзоларда ўзгаришлар кузатилади.

Капилярлар ўтказувчанлиги бузилади, нерв хужайраларида дегенератив ўзгаришлар, жигар паренхимасининг зарарланиши кузатилади.

Инсон организми учун кунлик эҳтиёжи 10-25 мг ни ташкил қилади.

Стоматологияда пародонт касалликларида мушак орасига, пародонтал чўнтакка, эрозия ва яраларда аппликация қилиб қўллаш мумкин.

Мушак ичра инъекция учун токоферол ацетатни 50-100 мг дан 20-40 кун мобайнида 5, 10, 30% ли эритма кўринишида қўллаш тавсия этилади. Ичиш учун 0,1 ва 0,2 мл капсулада 50% эритмаси (1,0, 0,5 ва 1,1 г) буюрилади.

Гиповитаминоз ҳолатларга олиб келувчи сабаблардан бири – бу антивитамин моддаларнинг организмга таъсир этишидир. Тиаминаза  $V_1$  витаминининг, аскорбиназа С витаминини парчалаб юборади.

### **Ошқозон-ичак тизими касалликларида оғиз шиллик қаватидаги ўзгаришлар**

Ошқозон-ичак тизими ва жигар касалликлари оғиз бўшлиғидаги шиллик қаватнинг ўзгаришлари билан кечади. Бу оғиз ва ҳазм тракти шиллик қаватининг морфо-функционал ҳолатига боғлиқдир.

**Тилнинг ўзгариши.** Ошқозон-ичак тракти касалликларида тилнинг ҳолати кўп ўрганилган. Тил ҳолати кўп олимлар фикрича, диагностика хулосага ва ҳазм трактини яширин патологиясини кўрсатади. Кўпинча тилни қараш билан қопланганлиги кузатилади. Қараш билан қопланиш сабаби турличадир. Тилнинг морфологик тузилиши асосий ўринда туради. Тил сўрғичларининг нормал тузилишида ёки гипертрофиясида қараш зич, яққол ифодаланган бўлади. Сўрғичлар атрофиясида аксинча, қараш бўлмайдиган ёки кам кузатилади.

Нормал шохланиш жараёни бузилиши ва асаб трофикасини издан



чиқиши натижасида караш хосил бўлиши муҳим ўринни эгаллайди. Бундан ташқари, овқат консистенцияси, микроб флораси таркиби ва оғиз бўшлиғини гигиенаси ҳам бу жараёнда муҳим ўрин тутди.

Караш кўпинча гастрит, ўн икки бармоқли ичак ва ошқозон яраси касалликларида, ошқозонда ўсмали жараёнлар бўлганда кузатилади. Бу касалликлар зўрайиш даврида карашлар кўпаяди. Караш оқиш-кул рангда бўлиб, лекин пигмент хосил қилувчи бактериялар, овқат, дорилар ва қон кетишдан (ярали касалликларда) караш бошқа рангга киради (сарик, кўнғир).

Асосий касалликларни даволаш жараёнида ёки ремиссия даврида тил карашдан тозаланади ва нормал кўринишга киради. Аммо зич караш бўлганда бемор ноқулайлик сезади, таъм сезгиси пасайиши кузатилади.

Тилни караш билан қопланиши юқумли ва бошқа касалликларда ҳам бўлади. Бундан ташқари, сийрак караш айниқса эрталаб, соғ одамларда ҳам учраши мумкин. Караш сабабини аниқлаш ва асосий касалликни даволаш лозим. Оғиз бўшлиғи гигиенаси ва тишни тўғри тозалашни маслаҳат бериш керак.

Ошқозон-ичак касалликларининг бошқа кўриниши - бу тилдаги шишганлигидир. Тилнинг бундай ҳолати беморга унча қийинчилик туғдирмайди ва асосан врач тасодиф оғиз бўшлиғини кўрганда аниқланади. Тилнинг катта шишида беморлар ноқулайликка ва тил катталашганига, баъзида тилни тишлаб олишига шикоят қиладилар. Тил кўрилганда учиди, ён томонларида тишларни излари аниқланади. Тилни шиши сурункали ичак касалликларини (колит, энтероколит) патогмоник белгиси бўлиб, 80% ҳолларда кузатилади. Бу ҳолат ичакни сўрилиш ва химоя функцияси бузилганлигидан далолат беради. Бундан ташқари сув алмашинуви бузилганлигига ҳам боғлиқ бўлиши мумкин.

Айрим муаллифлар фикрича гиперпластик глосситда тил сўрғичлари яхши ифодаланган, зич караш билан қопланган, шиш хисобига бироз катталашган. Бундай тил кўпинча юқори кислотали гастритда учрайди. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси касаллигида сўрғичлар атрофияси кузатилади. Гипопластик глосситда сўрғичлар атрофияси караш кўплиги, тил ўлчамлари одатдагидан кичиклиги кузатилади. Тил сўрғичлари атрофиясида беморлар ноқулайликлар, ачишиш, овқатланганда оғрикка шикоят қиладилар. Бу ўзгаришлар асосида организмда витаминлар ( $V_1, V_2, V_6, V_{12}$ ) мувозанати издан чиқиши ётади.

Тил эпителийси десквамацияси ҳазм йўли касалликларида кўп учраб, турлича ифодаланган. Глесскер (1932) бўйича ярали тил номини олган. Бунда тил деворларида юза яра шаклини эслатувчи турли шакл ва катталикдаги доғлар учрайди. Учоқли десквамация тилнинг ўрта чизигида ёки орқа 1/3 қисмида қизил доғлар шаклида пайдо бўлади. Бундай ўзгаришлар ромбсимон глосситни эслатади, фа-

рқи у ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраси ремиссия ва даволаш даврида йўқолиши билан фарқланади.

Сурункали колитда тил десквамацияси 1/3 қисм беморларда, сурункали гастритда эса 1/6 қисм беморларда учрайди.

Тил парестезияси (глоссалгия) ошқозон-ичак йўлининг турли касалликларида учраб, тилда қичиш сезгиси ва бошқа ўзгаришлар билан ифодланади. Ушбу тизим касалликларида кўпинча таъм сезгиси бузилиши кузатилади. Буни аниқлаш учун рецепторларнинг функционал мобиллигини текшириш керак бўлади.

Таъм сезгиси ошқозон-ичак йўлининг барча касалликларида бузилган бўлади. Яра касаллигида рецепторларнинг функционал мобиллиги бузилишини бир неча тури фарқланади:

1. Овқатдан кейин таъм рецепторларининг демобилизацияси кузатилмайди.

2. Тесқари реакцияси - овқатдан сўнг таъм рецепторларининг мобилизациясини ошиши кузатилади.

3. Реакция худди соғлом одамдагидек бўлади. Энтероколит ва колитда таъм рецепторларида овқатдан кейин демобилизацияси кузатилмайди. Бу ҳолат тил ўзгариши билан, яъни сўрғичлар атрофияси ва десквамацияси билан кечади. Даволашдан сўнг беморлар аҳволи яхшиланади, лекин таъм реакцияси курсаткичлари ўзгармайди, чунки тил рецептори аппаратида чуқур ўзгаришлар келиб чиқади.

Ошқозон-ичак касалликларида морфологик кўрсаткичи шуни кўрсатадики, тилнинг асаб толаларида дистрофик ўзгаришлар кузатилади. Эпителийда гиперкератоз белгилари юза қаватларини десквамацияси билан бирга шиллиқ ости қаватида шиш, баъзан яралар кузатилади. Морфологик ўзгаришлар асосий касалликни ривожланиши билан бирга кечади.

**Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар.** Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар ошқозон-ичак касалликларидаги трофик бузилишлар натижасида келиб чиқади. Асосан сурункали афтоз стоматит кўринишларида юзага келади, йўғон ичак касалликлари, гастрит, энтероколит каби бир қатор касалликлар бунга сабаб бўлиши мумкин.

**Ранг ўзгариши.** Катарал стоматит тўқ-қизил рангдаги гиперемия, цианоз билан яра касаллиги, колит, энтероколитларда юзага келади. Шиллиқ қаватни оқариши ошқозон яраси касаллигида ва унинг асоратларида (қон кетишда) бўлиши мумкин.

**Сўлак ажралиши бузилиши.** Гиперсаливация ошқозон яра касаллиги ўткирлашишида, қайталанишида кузатилади. Ксеростомия яра касаллиги, гастрит ва бошқа касалликларда бўлиши мумкин. Патогенезида (шиш, парестезия, эпителий десквамацияси) реффлектор, гуморал механизмлар, гиповитаминоз, асосан В гуруҳ витаминларини танқис-

лиги, қон томир ўтказувчанлигини ошиши муҳим рол ўйнайди. Бунда гистаминга нисбатан юқори сезгирлик кузатилади. Гиалуронидаза фаоллиги ошиши, витаминлар баланси бузилиши кузатилади.

Асосий касалликни даволаш жуда муҳимдир. Ундан ташқари оғиз бўшлиғи антисептиклар билан чайқалади, поливитаминлар “Декамевит”, “Пангексавит”, “Глутамевит”, “Уникап”лар буюрилади.

Боткин касаллиги оғиз шиллик қаватида яллиғланиш-дистрофик характердаги ўзгаришлар: гиперемия, қуруқлик, шиллик қават эпителийсини десквамацияси ва шиши, сарғайганлиги, оғиз тубида геморагиялар ҳосил бўлиши билан тавсифланади. Оғизда таъми ўзгариши, аччиқлик, металл таъми бўлиши, милклардан қон кетиши, тиш қаттиқ тўқимасини гиперестезияси кузатилади. Бу ўзгаришлар (қонда, сўлакда ўт кислоталарни йиғилиши, геморрагик диатез пайдо бўлиши) жигар касалликларига хосдир.

### **Юрак-томир касалликларида оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ўзгаришлари**

Клиник кўринишлари: хафақонлик ва ревматоид табиатли юрак-томир хасталикларида оғиз бўшлиғини шиллик қаватида цианоз кузатилади. Беморларда одатда шикаст бўлмайди, лекин ҳар замонда ачишиш ёки овқат еганда оғриқ ва оғиз қуриши кузатилиши мумкин.

Оғир юрак-томир хасталикларида, айниқса қон айланишнинг II-III даражали бузилишларида оғиз бўшлиғини шиллик қаватида ярали-некротик шикастланишлар, трофик яралар ҳосил бўлади. Беморлар харсиллашга, холсизликка, оёқлар шишганига, овқатланиш оғирлашганига, оғиздаги кучли оғриққа ва яралар пайдо бўлганига шикоят қилишади.

Объектив кўрганда оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ҳар хил жойида (лунж, танглай, тилни ён томони ва ҳ.к) битта ёки бир нечта яралар кузатилади. Яраларнинг усти оқиш-қулранг некротик қараш билан қопланган. Яранинг четлари нотекис, атроф тўқималарида яллиғланиш жараёни кузатилмайди. Сўлак қуюқ бўлади, оғиздан ноҳуш ҳид келади.

Некротик жараён жағга, юзга, бўйин қисмига тарқалиши мумкин

Тўқималарнинг некротик парчаланиши қон кетишига сабабчи бўлади.

Трофик яранинг келиб чиқишида тиш ёки тиш протези билан жароҳатланиш сабабчи бўлади.

Цитологик текширувда трофик яранинг устидан олинган суртмада яқка жойлашган ёки бир нечта эпителийнинг юзаки ва оралик қаватларининг хужайралар тўплами кузатилади. Хужайралар ҳажми кичиклашган, аниқ чегарасиз, пикноз ва ядро шакли ўзгарган бўлади. Яллиғланиш элементлари, яъни гистиоцитлар кам миқдордалиги ёки йўқлиги аниқланади.

Яранинг микроскопик текширувида сурункали яллиғланиш ўчоғи, тўқималар некрози, қон томирлар ва нервлар ўзгариши кузатилади.

Қиёсий ташхис травматик яра билан ўтказилади. Травматик ярада сабабчиси олингандан сўнг шиллик қаватининг эпителизацияси бошланади. Бундан ташқари трофик яра Венсанни ярали-некротик стоматитидан, қон касалликларидаги некроздан, специфик касалликлардан (қон касалликлари, захм) фарқлаш лозим.

Даволаш: умумий даволашда юрак томир етишмовчилигини йўқотишга ҳаракат қилиш керак.

Маҳаллий даволашда оғриқсизлантирувчи препаратлар, антисептик эритмалар ва кератопластиклар қўлланилади. Беморга парҳезли овқатлар истеъмол қилиш тавсия этилади.

Хафақонлик ва атеросклерозда оғиз бўшлиғи шиллик қаватида геморрагик пуфаклар ҳосил бўлади. Геморрагик пуфаклар юмшоқ танглайда, тилнинг ён юзаларида пайдо бўлиб, улар лунжда майда қон-томир ёрилиши натижасида ҳосил бўлади. Пуфаклар тез катта бўлиб, сўнг ёрилади ва гиперемияланган шиллик пардада оқиш қараш билан қопланган эрозив юза очилиб қолади. Эрозиянинг эпителизацияси 3-5-7 кундан сўнг бошланади.

Суртмада периферик қон элементлари йўқ бўлиб, акантолитик хужайралар аниқланмайди. Никольский симптоми манфий бўлади.

А.Л.Машкиллейсон (1970) геморрагик пуфакларни генезини қон томирларни ўтказувчанлиги, юрак қон-томир хасталикларида ёки ёрилишлари ҳисобига бўлади, деб тушунтиради.

Қиёсий ташхисни пўрсилдоқ, ангиома, кўп шаклли экссудатив эритема билан ўтказиш керак.

**Даволаш.** Юрак қон-томир хасталикларини даволаш билан бирга, витаминлар – С, РР, аскорутин, компаламин ва бошқалар буюрилади.

Оғиз бўшлиғини санацияси, протезлаш жуда муҳим тадбирлар ҳисобланади.

Маҳаллий даволашда антисептик моддалар (хлоргексидин, хлорамин эритмалари) иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида қўлланилади.

Кератопластиклар (каротоллин, цитраль, аекол, аевит, солкосерил дентал адгетив паста, наъматак ва бошқа мойлар) эпителизация жараёнини кучайтиради.

### **Эндокрин касалликларида оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ўзгаришлари**

Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришларга ички секреция безларининг гипофункция, гиперфункция ёки дисфункцияси сабаб бўлади.

Кўпинча оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ўзгариши жинсий безларни дисфункцияси натижасида рўй беради.

**Қандли диабет.** Касаллик негизида углеводлар, оксиллар алмашинувининг бузилиши ётади.

Ксеростомия – оғиз бўшлиғини қуриши – беморларни касаллик

бошланишидан далолат беради. Кечиши ҳаммада ҳар хил бўлади. Бунда чанқоқлик, иштаҳанинг очилиши юқори бўлади. Оғиз бўшлиғи кўрилганда, шиллиқ қават намланган ёки қуруқ, ялтираган, гиперемияланган бўлади. Ушбу белги дегидратация натижасида ривожланади. Ксеростомия аниқланганда, шуни назарда тутиш керакки, бу ҳолатлар Микулич касаллигида, сиалоденитда, Шегрен синдромида, сиалодохитда кузатилиши мумкин.

**Катарал стоматит, глоссит.** Қанди диабетда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини яллиғланиши ёки алоҳида соҳаларининг инфицирланиши натижасида шиллиқ қаватнинг барьер функцияси пасаяди, дисбактериоз ҳолатлари ривожланади. Бунга сўлак микдорини камайиши ҳам сабаб бўлади. Беморлар овқат еганда оғриққа шикоят қилиб, асосан қаттиқ, иссиқ овқат еганда оғриқлар кучли бўлади. Шиллиқ қават қуруқ, гиперемияланган, эрозия ва қон қуйилишлар кузатилади.

**Замбуруғли стоматит.** У оғиз бурчакларидаги оғриқлар, оқиш-кулранг пўстлоқ пайдо бўлиши билан тавсифланади. Дисбактериоз организмнинг пасайиши натижасида ривожланади.

**Парестезия.** Шиллиқ қаватнинг қуруқлашиши билан бирга кечади. Клиник кўриниши бўйича парестезия, ошқозон-ичак ва асаб системаси касалликларига ўхшаш бўлади. Диабетда шиллиқ қаватнинг ачишиши ташқи жинсий аъзолар ва тананинг бошқа қисмларининг терисида қичишиш кузатилади. Асаб системаси бузилиши беморларда неврит, невралгия билан намоён бўлади. Қандли диабетли беморларда таъм билиш сезгиси бузилади. Беморларни ширин, шўр, нордонни сезиш қобилияти пасаяди.

**Трофик бузилишлар.** Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини турли бўлимларида трофик яралар пайдо бўлиши мумкин. Улар узоқ вақт давом этувчи, қайта тикланиш (регенерация) қобилияти секинлашган бўлади. Беморларда оёқ бармоқларининг, қўл бармоқлари гангреналари ривожланиши мумкин.

Диагностикада асосан анамнезга, лаборатор текширувларга ва беморни текширишга асосланади. Қандли диабетда қонда глюкоза микдорини ошиши, сийдикда қанд аниқланиши кузатилади. Беморни даволаш стоматолог ва эндокринолог билан бирга олиб борилади. Яққол ўзгаришларда симптоматик даво ўтказилади: фунгистатик препаратлар (декамин карамели, 0,2% ли сангвиритринни спиртли эритмаси ёки 1% ли линименти, лютенурин эмульсияси), В гуруҳ витаминлари, бошқа углевод алмашинувини яхшилайдиган препаратлар буюрилади.

**Иценго-Кушинг касаллиги.** Касаллик асосида ёғ алмашинувини бузилиши ётади, лекин касаллик ривожланишида модда алмашину-

вини бошқа турлари (оксил, сув, углевод ва х.к.) ҳам ахамиятли ҳисобланади. Глюкокортикоидлар гиперпродукцияси келиб чиқади:

а) буйрак усти безини пўстлоқ қисмини бирламчи бузилишларидан;

б) АКТГ гиперпродукциясидан;

в) гипоталамус ва гипофиз функциясини бузилишидан. Бунда оғиз бўшлиғида қандли диабет каби ўзгаришлар ривожланади, тилда, лунж шиллиқ қаватида трофик яралар ҳосил бўлади. Кандидоз кузатилади. Даволаш эндокринолог билан олиб борилади. Оғиз бўшлиғи соғломлаштирилади ва симптоматик даволаш ўтказилади.

**Аддисон касаллиги.** Асосида буйрак усти беги пўстлогини фаолиятининг сурункали етишмовчилиги ётади. Унга хос белгилари бўлиб, терини специфик пигментацияси ва шиллиқ қават пигментацияси ҳисобланади. Оғиз бўшлиғида, лабда, тилда, милқда, лунж шиллиқ қаватида кўкиш ёки оқ-кулранг чизиклар ёки доғлар пайдо бўлади. Беморда субъектив сезгилар кузатилмайди. Касаллик ривожланишида тери оч жигарранг, ялтироқ бўлади. Умумий аломатларидан астения, ошқозон-ичак аъзоларининг бузилишлари ривожланиб, озиб кетиш кузатилади. Оғиздаги ўзгаришлар ҳамда теридаги ўзгаришлар кўп микдорда меланин ажралиши сабабли ривожланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини туғма пигментациясидан ажратиб олиш керак. Асосий касаллик даволанади. Маҳаллий даво кўрсатилмаган.

**Микседема.** Қалқонсимон безнинг фаолияти етишмовчилигидан келиб чиқади. Кўпчилик ҳолларда аёлларда кузатилади. Бошланғич даражаларида оғизда ўзгаришлар бўлмайди. Яққол ифодаланган даражаларида беморлар нутки бузилганига, тили катталашганига шикоят қиладилар. Беморларнинг юзи ўзгаради: лаблари, бурни қалинлашади, юқори қовоқлар шишган, тили катталашган (макроглоссия) бўлиб, унинг четларида тишлар излари кўринади. Терининг шиши қуришиш билан бирга кузатилади.

Маҳаллий даво ўтказилмайди. Кўрсатмалар бўйича оғиз бўшлиғи санация қилинади. Эндокринолог қалқонсимон без гормонини буюради.

### **Бириктирувчи тўқиманинг тарқоқ касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ўзгаришлари**

Асосида бириктирувчи тўқимасининг тарқалган жароҳати - склероз, гиалиноз, дегенерацияси ётади.

Склеродермияда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ўзгаришлари тўлиқ ўрганган. Теридаги, шиллиқ қаватдаги ўзгаришлар 3 та босқич билан тавсифланади: шиш, зичлашиш, атрофия. Шиш кўпроқ тил ва лунжда бўлади. Шиллиқ қават оқиш ёки оч қизил рангда

бўлади. Атрофияда янги симптомлар пайдо бўлади: шиллиқ қават атрофияга учраган, юпқалашган ва жароҳатланишга бўлган мойиллиги ошади. Тилдаги ўзгаришлар қуйидагича: оқиш қараш кузатилади, тилни хажми қисқарган, ҳаракатлари чегараланган. Тил сўргичларида атрофия ва секин битувчи эрозия ва яралар пайдо бўлади. Лаблар юпқалашган, буруннинг учли бўлиб ингичкаланиши кузатилади. Юз териси атрофияланган, ялтироқ, чакка пастки жағ бўғими соҳасида оғриқ бўлади, оғиз очилиши чегараланган.

Касалликларнинг яққол ифодаланган шаклларида оғизнинг қуриши юқори даражада бўлади, бу ҳолат ҳаттоки нутқни, овқат ичишни ҳам қийинлаштиради.

### **Қон ҳосил қилувчи аъзоларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ўзгариши**

Бу беморларга алоҳида махсус усуллар ёрдамида даволаш талаб қилинади. Психологик ва деонтологик саволлар асосий ўринни тутати.

**Лейкозлар.** Хавфли касаллик ҳисобланади. қон ҳосил бўлишини бузиши билан тавсифланади. Патоморфологик субстрат бўлиб лейкозли бласт хужайралари ҳисобланади.

Ҳозиргача ушбу касаллик этиологияси охиригача аниқланмаган. Унга оид бир неча назариялар мавжуд: инфекция (вирусли), ўсмали, системали - пролифератив.

Лейкозоген агент (вирус, мутация ва бошқ.) лейкопозни дастлабки хужайраларидан бирини зарарлаши мумкин. Бунда лейкоз хужайраларининг клони ҳосил бўлиб, ҳаракат механизмнинг юрғазади.

Лейкозлар ўткир ва сурункали кечади. Клиник-морфологик ва цитохимик кўриниши бўйича ўткир лейкозларни қуйидаги шакллари кузатилади: миелобластли, лимфобластли, монобластли, промиелоцитар, дифференциацияланмаган турларга бўлинади.

**Ўткир лейкоз.** Касаллик бошланиши грипп, ангина, диспептик бузилишлар, тана ҳарорати кўтарилиши каби белгилар билан кечади.

Ўткир лейкознинг бошланғич босқичларида суякларда оғриқ пайдо бўлади. Бу беморлар бошқа соҳа шифокорларида ревматизм, неврит, полиартрит белгилари билан даволанишда бўлади. Баъзи беморларнинг қони текширилганда касаллик тасодифан аниқланиши мумкин. Клиник кўриниши бўйича бу касалликни 4 та асосий синдроми кузатилади: гиперпластик, геморрагик, анемик, интоксикацион.

Гиперпластик синдромнинг келиб чиқиши турлича. Беморларнинг 50 фоизда лимфатик тугунларнинг оғриқсиз катталаниши, 5 фоиз беморларда милкиннинг гиперплазияси кузатилади. Бу ҳолат оғир кечувчи прогностик белги бўлиши гематологлар томонидан исботланган.

Гиперплазия кўпинча ярали-некротик ўзгаришлар билан оғизда кечади. Бунда шиллиқ ости қаватида лейкоцитлар инфильтрацияси

ривожланиб, бунинг натижасида тўқималар озикланиши, парчаланиши, яралар ва некрозлар ҳосил бўлиши кузатилади.

Оғиз бўшлиғида лейкозлардаги гиперпластик жараёнда милкнинг тез катталаниши, қон кетишининг кучайиши, беморнинг умумий аҳволининг ёмонлашиши бўлади.

Геморрагик синдромнинг асоси бўлиб, тромбоцитопения ҳисобланади. Унинг клиникаси турлича намоён бўлади: терида ва шиллиқ қаватларда йирик ёки майда тошмалар тошиши, қон қуйилиш ўчоқларининг пайдо бўлиши, кўп миқдорда қон кетишлар кузатилади.

Оғиз бўшлиғида касаллик учун хос симптом бўлиб, милкларга тегилганда қон оқиши ҳисобланади. Баъзида гематома ва геморрагиялар аниқланади. Ташхис қон таҳлили ёки суяк кўмигидан пунктатини текшируви натижаларига асосан қўйилади.

Лейкозда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини зарарланиши жароҳатлар, оғир дистрофик ўзгаришлар, организмнинг умумий реактивлигини ва маҳаллий химоя механизмларининг пасайиши, лейкоцитар химояни бўшашиши, маҳаллий қон айланишининг бузилиши ҳисобланади.

Ўткир лейкозли беморларда таъм билиш функцияси бузилганлиги аниқланади.

Интакт тишлар ва жағларда, бошқа суякларда оғриқлар кузатилади. Суяк устунчалари лейкомик хужайраларнинг босими остида бузилади. Оғриқлар суяк ички босимининг ошиши натижасида лейкомик инфильтратлар ҳосил бўлади.

Беморда организмнинг қаршилиги ва химоя кучлари пасайганда кандидоз ривожланиши мумкин.

**Даволаш.** Махсус гематологик бўлимларда ёки терапия бўлимларда ўтказилади.

Маҳаллий терапия (тиш тошларини олиш, тишларни даволаш ва гематолог билан келишилган ҳолда стационарда олиб борилади. Даволашда антисептик моддалар, оғриқ қолдирувчи (ромазулан, йодинол, лизоцим, тримеканн, прополис) препаратлари, турли кератопластик мойлар буюрилади.

**Сурункали лейкоз.** Икки турга бўлинади: миелолейкоз ва лимфолейкозга. Сурункали миелолейкоз кўп учрайди, секин-аста ривожланади.

Дастлабки босқичларда қонда лейкомик ўзгаришлар бўлмайди, бу ташхис қўйишда қийинчилик туғдиради. Бу ҳолда касаллик диспансеризация пайтида аниқланади. Сурункали миелолейкоз асосан 30-60 ёшлиларда кўп учрайди.

Касаллик авж олган даврида беморнинг умумий толиқиши, ҳолсизлик белгилари безовта қилади. Суякларда, бўғимда оғриқлар пайдо бўлади, невралгик оғриқлар кузатилади. Терида папулез тошмалар, лейкомик инфильтратлар аниқланади. Милкдан қон кетиши жароҳат етказилгандан кейин, яъни тиш тошлари олингандан сўнг бошланади. Қон кетиши тромбоцитопения билан бирга кузатилади.



Чукур ўзгаришлар касалликнинг терминал босқичида намоён бўлади. Сурункали миелолойкозни терминал босқичи анемия, озиш, организмнинг захарланиши ва юрак-қон томир фаолиятини сусайиши билан бирга кечади.

Касалликнинг авжига чиққанда лейкоцитлар сони кўпаяди, эозинофил ва базофиллар миқдори ҳам ошади. Етилган гранулоцитлар камайиб, анемия ривожланади. Ташхис қўйилган пайтидан беморлар ўртача 3-4 йил яшайди. Сурункали лимфолейкоз 40 ёшдан ошганларда кўпроқ учрайди. Касаллик аста-секин бошланиб, узоқ латент давом этади. Касалликни бошланғич босқичларида лимфатик тугунлар катталашади, лекин ҳеч қандай шикоятсиз 8-10 йил давом этиши мумкин. Лимфолейкознинг ривожланган босқичида лимфатик тугунларнинг генераллашган холдаги, катталашгани, тана харорати ошиши, холсизлик аломатлари, терини қичиши ва анемия ривожланиши кузатилади.

Беморни кўриқдан ўтказганда лимфа тугунлари катталашгани, тери ва шиллик қават рангини оқиш тусга кирганлиги, носпецифик тошмалар (буллёз хосилалар, эшакем) тошганлигини кузатиш мумкин. Лимфолейкозни тери вариантыда специфик инфилтрат (лимфома)лар кузатилади.

Касалликни терминал босқичида ички аъзоларнинг дистрофик ўзгаришлари, некрозлар, иккиламчи инфекция қўшилиши натижасида ангина, фурункулез, микозлар намоён бўлади, геморрагик симптомлар ва кахексия ривожланади. Сурункали лимфолейкозда лейкоцитлар сони етилган ва етилмаган лимфоцитлар хисобига кўпаяди, кўп миқдорда лейколиз хужайралари – Боткин-Гумпрехт таначалари аниқланади. Оғиз бўшлиғида қон қуюлишлар, ярали-некротик жараёнлар кузатилиши мумкин.

**Эритремия (полицитемия, Вакез касаллиги).** Касаллик кўпинча 40-60 ёшли инсонларда учрайди. Гематологларнинг фикрича, эритремия миелопротрофиератив, лейкозларга яқин касаллик хисобланади.

Эритремияда айланиб юрувчи қонда эритроцитларни ҳажми ва вази кўпаяди, қон қуйилади ва қон айланиши секинлашади. Тромбоцитлар кўпаяди, бош оғриғи кузатилади, касаллик авжига чиққанда 95% беморларда тери ва шиллик қаватнинг ранги ўзгаради, юмшоқ танглай кўқариши, қаттиқ танглай оқиш рангда бўлиши (Куперман симптоми) кузатилади. Беморларда тери қичиши, оғиз шиллик қаватида парестезия учоқлари кузатилади.

Беморларнинг 1/3 қисмида суяклар оғриғи бўлиши мумкин. Периферик қонда эритроцитлар сони кўпаяди ( $6-8 \cdot 10^{12}/г$ ), гемоглобин ошади (160-240 г/л), ЭЧТ пасаяди (1-2 мм/с). Беморлар гематологда даволанадилар.

**Агранулоцитоз.** Сенсбилизациялашган организмда ҳар хил омил-

лар таъсирида қон ишлаб чиқувчи аппаратнинг аллергик-анафилактик турдаги реакцияси хисобланади.

Агранулоцитознинг 4 та тури фарқланади: инфекцион, токсик, нурланиш оқибатида ва қон ишлаб чиқариш аъзоларининг тизимли ўзгаришларида учрайдиган турлари. Касалликнинг бошланишида тана харорати ошади, ютишда оғриқлар кузатилади, муртақларда яралар пайдо бўлади, лаб, лунж, милкларда ярали-некротик жараён ривожланади. Некроз ўчоғини атрофияда яллиғланиш реакцияси бўлмайди.

Қон тахлилида лейкоцитлар сони камайгани ( $0,5-1,0 \cdot 10^9/л$ ) аниқланади. Ярали-некротик жараён нафақат оғизнинг шиллик қаватида, балки суякка ҳам тарқалиши мумкин.

Ташхис анамнестик маълумотлар суяк тўқимасининг пунктати, периферик қон текшируви натижаларига асосланиб қўйилади. Агранулоцитозни қиёсий ташхиси Венсаннинг ярали-некротик стоматити ва қон касалликлари билан ўтказилади.

**Даволаш.** Агранулоцитозни умумий даволаш учун пентоксил, натрий нуклеинати, витаминлар, қон қуйиш қўлланилади. Маҳаллий даволаш учун оғриқсизлантириш, антисептик ишлов бериш, регенерацияни рағбатлантирувчи воситалар (солкосерил дентал адгезив пастаси, каротолон) қўлланилади.

**Аддисон-Бирмер анемияси.** В<sub>12</sub> витамининг танқислигида ёки ушбу витаминнинг сўрилишини ички омил - гастромукопротеин етишмовчилиги натижасида ривожланади.

Бунинг ҳисобига мегабластик турдаги эритропоэз вужудга келади. Маълумки, В<sub>12</sub> витамини коферментнинг асосий қисми бўлиб, фолат кислотанинг фаол шакли фолин кислотага айлантиради. Фолин кислота эса меъдрий қон ишлаб чиқаришда қатнашади.

Касаллик кўпинча 50-60 ёшли аёлларда учрайди. Касалликнинг асосий симптомлари асаб тизими зарарланиши хисобига (овқатланишнинг бузилиши ва камқонлик) намоён бўлади.

Клиник белгилари - холсизлик, парестезия, қўл ва оёқ увишиши, чуқур сезгининг бузилиши (фуникуляр миелоз) 50% беморларда учрайди. Беморлар тиллари ачишишига шикоят қиладилар. Тилнинг усти силлик бўлиб, ипсимон ва замбруғсимон сурғичлар атрофияси кузатилади. Тилнинг эпителий қатлами юпқалашган, мушаклар эса атрофияга учраган бўлади (расм 47). Тилнинг ушбу клиник кўриниши Гентер глоссити ёки Меллер глоссити деб аталади. Атрофия тарновсимон сурғичларга тарқалганда таъм билиш функцияси бузилади. Қон тахлилида ранг кўрсаткичи баланд, мегалоцитли, мегабластли микроанизоцитоз, пойкилоцитоз кузатилади. Лейкопения, нейтропения аниқланади. Ташхис қўйишда асаб ва ошқозон-ичак тизими ўзгаришлари, мегалоцитоз ва анемиянинг гиперхром хусусияти катта аҳамиятга эга. Ташхислаш қийинлашганда стернл пункт-тат олинади.

Қиёсий ташхис симптоматик пернициоз анемиялар, узоқ давом этувчи энтероколитлар, хомиладорликда ривожланадиган холатлар билан ўтказилади.

**Даволаш.** В<sub>12</sub> витамини 100-500 мкг фолат кислотаси (0,001 г) ва С витамини билан бирга инъекция қилинади. Темир препаратлари, қон қуйиш усуллари буюрилади. Маҳаллий даволаш симптоматик равишда оғриқ-сизлантйрувчи моддалар билан чайкаш ва оғиз санациясини ўтказиш билан олиб борилади.

**Гипохромли темир танқислиги анемияси.** Анацид гастрит, кечки хлороз натижасида темир моддасининг етишмовчилиги ривожланади. Бунда тишларнинг табиий ялтироқлиги йўқолади, тишлар мўрт бўлиб, тезда емирилиб кетади, қариезга учраган тишлар кўпаяди. Беморлар тилдаги ачишиш ва оғриққа, оғзи қуришига шикоят қиладилар.

Объектив кўрувда оғиз бўшлиғи шиллик қавати оч-пушти рагда, тил шишган, катталашган, тилни учида жойлашган сўрғичлари атрофиялашган бўлади. Тилнинг устки қисми қизил рангда, лаб бурчагида бичилишлар кузатилади. Кечки хлорозда таъм бузилиши ривожланади. Тирноқ синишлари, терининг трофик ўзгаришлари гипохром анемиянинг симптомлари ҳисобланади.

Ташхислаш учун батафсил анамнез йиғиш, клиник ва лаборатор текширув усуллари ўтказиш муҳим аҳамиятга эга.

**Даволаш.** Умумий давони гематолог ўтказиши (қон қуйиш усули қўлланилади, темир препаратлари буюрилади ва қон таркибида темирнинг миқдори аниқланади).

Маҳаллий даволаш симптоматик равишда олиб борилади.

**Идиопатик тромбоцитопения (Верльгоф касаллиги).** Бу касалликда тромбоцитларнинг сони камаёди. Клиник белгилари бўлиб, оғиз бўшлиғидан, бурун бўшлиғидан қон кетиши, тери ва шиллик қаватга қон қуйилиши ҳисобланади.

Ташхислашда беморнинг анамнези, клиник кўриниши ва лаборатор текширувлар натижалари катта аҳамиятга эга. Қон таҳлилида тромбоцитлар сони камайган бўлиб, уларнинг ўрнига патологик ўзгарган гигант шакли тромбоцитлар кузатилади. Эритроцитлар, гемоглобин ва лейкоцитлар сони ўзгармайди.

Верльгоф касаллиги бошқа геморрагик диатезлар-геморрагик васкулит, гемофилия, скорбутдан фарқланиши керак.

**Даволаш.** Қон, плазма, тромбоцитлар массасини қуйиш тавсия қилинади. Кортикостероид препаратлар буюрилади.

### **Асаб тизими касалликларида оғиз бўшлиғининг ўзгаришлари**

Асаб тизими касалликларида кўпинча оғизнинг шиллик қаватида ўзгаришлар кузатилмайди, беморларни субъектив ҳислар безовта қи-

лади. Шунинг учун глоссалгия, таъм бузилиш ҳисси ушбу бўлимга шартли равишда киритилган, чунки оғиз шиллик қаватида ўзгаришлар кузатилмайди.

### **Глоссалгия, стомалгия (glossalgia, stomalgia)**

Глоссалгия (glossalgia), глоссодиния, тилнинг парестезияси, глоссопироз оғиз бўшлиғининг хар хил жойларида, асосан тилда ачишиш, оғриқлар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Ушбу шикоятлар лабда, қаттиқ танглайда ёки бошқа жойларда мужассам бўлса, оғиз бўшлиғининг парестезияси ёки стомалгияси (stomalgia) деб аталади.

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

Беморлар касалликнинг пайдо бўлишини шикастланиш (тишнинг ўткир қирралари, нотўғри ўрнатилган тиш протезлари таъсири, аччиқ овқатлар истеъмол қилгандан сўнг) билан боғлашади. Бундан ташқари, касалликнинг келиб чиқишида рухий изтироблар, оғиз бўшлиғи ёки бошқа жойнинг операцияси ва ҳакозолар сабабчи бўлиши мумкин.

**Этиологияси ва патогенези.** Замонавий нуқтаи назарларга кўра, глоссалгия полиэтиологик касаллик ҳисобланади. Патогенезининг асосида вегетатив асаб тизимининг кўпроқ функционал, камроқ органик ўзгаришлари ётади.

Глоссалгия ошқозон-ичак касалликлари фониди, қон томирлар ўзгаришида, марказий ва периферик асаб тизими касалликларида, эндокрин касалликларда кўп учрайди. Глоссалгия вегетатив асаб тизимини, айниқса айрим сабабларнинг (атеросклероз ва гипертония касаллиги, гипертиреоз, климакс, гипосидероз ва эндоген гиповитаминозлар) таъсирида ривожланади ва ниҳоят бу касалликни неврозлар туркумига киритиш мумкин.

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

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

Беморларнинг 30 фоизида оғизни қуришига, айниқса, хаяжонланиши натижасида безовталанишига шикоят қиладилар. Овқатланиш вақтида, ушбу шикоятлар йўқолади. Касаллик ойлар, йиллар давом этади, узоқ муддат ичида безовта қилмасдан, яна қайталаниши мумкин.

Глоссалгияда объектив кўрувда саливация камайишидан ташқари ўзгаришлар бўлмайди. Беморларнинг айримларида тилнинг сўрғичла-

ри гипертрофияси, тил веналарининг варикоз кенгайишлари, тилни шишиши, карашлар кузатилади.

Глоссалгия билан касалланганларнинг кўпчилигида рухий ҳолати тушкунлик белгилари билан намоён булади, бу беморлар касаллик тўғрисида куп гапиришади (астенодепрессив ва астеноипохондрик синдромлар) ва доимий уйлашади. Уларда канцерофобия яхши ривожланган. Шифокорларнинг купол гапидан сунг беморларда рухий азоблари янада кучаяди, улар соатлар билан оғзини, тишини ойнада куришади ва ёмон хулосаларга келишади.

**Қиёсий ташхис.** Глоссалгия тилнинг органик касалликлари, шикастланиш натижасидаги оғриқлар, невралгия, неврит, тиш касалликларидаги (одонтоген) оғриқлар билан қиёсланади. Глоссалгияни Костен синдромидан (патологик тиш жипслашуви синдроми), айниқса умуртқанинг бўйин соҳасида жойлашган остеохондроз, спондилездан ҳам фарқлаш лозим. Ўткир ва сурункали шикастланишларда оғриқ ва ачишишлар ҳар доим бир жойда кузатилади, шикастловчи омил барараф қилингандан сўнг оғриқлар ўтиб кетади.

Невралгияда глоссалгиядан фаркли ўлароқ оғриқ хуружсимон бўлади, зарарланиш бир томонлама кузатилади ва уч-шоҳлик нервнинг иннервацияси соҳасига тўғри келади. Оғриқлардан аввал вазомотор ўзгаришлар ва юз нервнинг тортилишлари кузатилади, юзга беҳосдан тегиб кетганда невралгик хуружлар бошланади.

Тил нервнинг невритида оғриқ 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 ҳар хил металлдан тайёрланган тиш протезлари, қопламалари алмаштирилади, чунки галванизм юзага келиши мумкин. Бемор рационал протезланади.

Организмнинг умумий касалликларини аниқлаш учун бемор бошқа соҳа мутахассислари (терапевт, невропатолог, рухшунос, гинеколог, эндокринолог) томонидан текширилади.

Патогенетик даволашда гомеостаз ҳолатини меъёрлаштириш, беморнинг асаб-рухий ҳолатини периферик ва марказий механизмларига таъсир ўтказишдан иборат. Ушбу мақсадда беморга бром препаратлари, валериана, кичик транквилизаторлар (элениум, тазепам, феназепам ва бошқ.), В гуруҳ витаминлари (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>,) РР витамини буюрилади. Феназепам 0,25 - 0,5 мг дан 2-3 марта кунга, тазепам (суткалик дозаси 30-90 мг), мезапам (суткалик дозаси 10-30 мг), галоперидол - нейрорептик (суткалик дозаси 3,6 - 15 мг) буюрилади.

Стомалгиянинг ўткир даврида мушак ичига реланиум инъекция

қилинади. Оғриқни камайтириш имаксадида этодин форте 400 мг дан кунга 2 маҳал буюрилади

Бўйин соҳасида микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида пентоксифиллин (суткалик дозаси - 300-600 мг), никотин кислота, никошпан, но-шпа, стугерон, кавинтон буюрилади. Витаминлардан тиамин бромиди, рибофлавин, пиридоксин, цианкобаламин, аскорбин кислота-си, инъекция йўли билан, токоферол ацетат ва ретинол - ичиш йўли билан қўлланилади.

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

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

Маҳаллий оғриқсизлантиришда анестезиннинг глицериндаги эритмаси, 2% ли тримекаин, 2% ли лидокоин эритмалари аппликация ва оғиз ванночки учун, 10% лидокоин аэрозоли - пуркаш учун қўлланилади.

Сўлак безларини фаолиятини яхшилаш мақсадида пилокарпин 5 мг кунда бир марта тил остига (сублингвал) томизилади. А витамини, калий йодиди ҳам сулак ҳажмига ижобий таъсир курсатади. Сўлак таркибини эса бромгексин, саленум қўллаш билан ўзгартириш тавсия қилинади.

Комплекс даволаш мақсадида игнарефлексодаволаш, электронейростимуляция усуллари яхши натижа беради.

Физикавий усуллардан бошини ва бўйини ёқа соҳасини уқалаш, юқори бўйин симпатик тугун соҳасини галванизация қилиш, новокаин билан бажариладиган эндоназал электрофорези тавсия қилинади. Лазер нури билан даволаш, электруйқу, гипербарик оксигенация, кислород, аутогентренинг ва рухий терапиялар ҳам организмга шифобахш таъсир кўрсатади.

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

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

Темир препаратлари (гемостимулин, ферроплекс, феррокал ва бошқалар) буюрилади, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини парестезиясида яхши натижа беради.

Симптоматик даволашда маҳаллий анестетиклар, кератопластиклар (каротоллин, аекол, солкосерил дентал адгезив паста витамин А ва бошқ.) ларни қўллаш пайтида даволовчи стоматолог бошқа соҳа мутахассиси билан маслаҳатлашиб комплекс режа асосида иш олиб боради.

### **Таъм бузилиши (dysgeusia)**

Таъм бузилиши (dysgeusia) қисман, тўла ёки ўзгарган бўлиши мумкин.

Таъм бузилиши оғиз шиллиқ қаватини шикастланишида, авитаминозда, ошқозон-ичак касалликларида, периферик ёки марказий асаб тизими касалликларида, неврозларда, юз нервнинг жароҳатланишида пайдо бўлиши мумкин.

Таъм пиёзчалари тилнинг шиллиқ қаватида жойлашади.

Тилнинг шиллиқ қавати узгаришлари (вирусли касалликлар, аллергик глосситлар, кўп шаклли экссудатив эритема, нурланиш, А ва В витаминларини танқислигида, Шегрен синдроми) ҳисобига таъм билиш бузилади ёки пасаяди. Бу ҳолларда тилнинг сўрғичларини тикланиши билан таъм билиш қобилияти ҳам тикланади.

Тилни 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-ютқин неврини шикастланишидан далолат беради.

Марказий нерв системасининг органик бузилишларида (мия ўсмаси, нейрозахм) кўпроқ икки томонлама, камроқ бир томонлама ўзгаради.

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

### **Сўлак ажралишни бузилиши**

Сўлак ажралишнинг бузилишларини икки тури тафовут қилинади:

- 1) гиперсаливация (сўлак ажралишни кўпайиши)
- 2) гипосаливация (сўлак ажралишни камайиши)

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

Гиперсаливацияни (hypersalivatio) келиб чиқишида кўпинча ўткир яллиғланиш жараёни асосий сабаби бўлиб, сўлак ажралишнинг рефлектор кўпайишига олиб келади, бу организмни ҳар хил таъсирларидан химояланишидан далолат беради. Узоқ вақт давом этувчи гипосаливация вегетатив марказларни органик зарарланишида - паркинсонизм, сохтабульбар фалаж, инсультдан сўнг ривожланган гемиплегияда кузатилади.

Баъзи ҳолатларда сохта гиперсаливация кузатилади, бунда беморлар куп миқдорда сўлак ажариллишига 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 вужуд-

га келган гиперсаливацияни даволашга ҳожат йўқ, чунки сўлакнинг кўп ажрилиши организмнинг ҳимоя функцияларидан бири бўлиб ҳисобланади. Сўлак ажаралишини вақтинча пасайишида атропин препаратларидан фойдаланиш мумкин.

**Гипосаливацияда** (hyposalivatio) - беморлар оғзи қуришига, овқатланганда ва гаплашганда қийинчилик бўлишига, аччиқ, шўр ва қаттиқ овқат истеъмол қилганда оғриқ пайдо бўлишига шикоят қиладилар.

Объектив кўрувда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати озгина хиралашган ва қуруқ, сўлак кам ёки бутунлай бўлмайди. Гипосаливация узоқ вақт давом этганда беморда тиш карашлари кўпаяди, кўп тишлари кариесга учрайди.

Сўлак ажралиши коллагенозда, диабетда, нурланишда, А, В, Е витаминлар танқислигида, катта сўлак безлари олиб ташлагандан кейин, икки томонлама сурункали тепкида, гипосидерозда (Пламмер - Винсон синдроми) ва Шегрен синдромида камаяди. Оғиз кўпинча очик бўлган ҳолларда, бурун билан нафас олиш қийинлашганда (полип, бурун тўсиғининг қийшайиши сабабли) ҳам оғиз бўшлиғи қуруқ бўлади, лекин бунда сўлак ажралиши, балки оғиз очик бўлгани учун тез қуриб қолади. Сўлак ажралиши кексаларда, гипотиреозда, патологик тиш жипслашувида, невротик ҳолатларда, климакс даврида, ўткир юкумли касалликларда (ботулизм), атропин истеъмол қилганда оғиз қуриши мумкин.

**Даволаш.** Сўлак ажралишни камайишига олиб келувчи сабабчиларни бартараф қилиш керак.

Оғиз бўшлиғи соғломлаштирилади. А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, С, Е витаминлари буюрилади, катта сўлак безларни гальванизация қилиш яхши натижа беради. 0,5-1% ли галантамин гидробромид тери остига, ичишга ёки электрофорез йўли билан симпатик восита сифатида буюрилади. 1% ли пилокарпин гидрохлорид (4 томчидан 1-2 марта кунига), А витамини ва йод препаратлари ичиш учун буюрилади.

Маҳаллий даволашда яллиғланишга қарши ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ҳимоя вазифасини кучайтирувчи препаратлар (глицериндаги бура, лизоцим, шафтоли ва писта мойлари ва бошқ.) қўлланади.

### **Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватинини дерматозлардаги ўзгаришлари**

Дерматозлар пўрсилдоқ, пемфигоид, қизил ясси темиртки, қизил югуруқ, Дюрингни герпетик шакли дерматити, псориаз, пигментли - папиллар дистрофия ва бошқа лабнинг қизил ҳошиясида ва оғзининг шиллиқ қаватида жойлашади.



**Пўрсилдок (pemphigus)** ёки хақиқий акантолитик пўрсилдок – оғир буллезли дерматоз бўлиб эпидермиснинг мальпигиев қавати ва шиллиқ қават ҳужайраларининг акантолизи билан кечиб, тери ва шиллиқ қаватларида пуфаклар ва эрозиялар пайдо бўлиши билан кечадиган касаллик ҳисобланади. Асосан пўрсилдок 35 ёшдан катта инсонларда учрайди.

Акантолитик (хақиқий) пўрсилдоқнинг 4-та клиник тури фарқланади:

- вульгар
- баргсимон
- вегетациялашган
- себоряли (эритематоз)

Тошмалар кўпинча оғиз бўшлиғидан тоша бошлайди, кейин эса терига ва бошқа жойларга тарқаб кетади.

Касалликни этиологияси номаълум. Ҳозирги кундаги вирусли ва аутоиммун табиатли пўрсилдоқ назариялари мавжуд.

**Гистологияси.** Шиш, акантолиз натижасида эпителий ичида пуфаклар ҳосил бўлади. Эпителий ҳужайралари, айниқса тиканаксимон ҳужайралари ўзига хос ўзгаради, ўзаро ва атроф тўқималардан ажралиб кетади. Яллиғланиш жараёни кам ривожланган бўлади.

**Клиник кўриниши.** Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида, айниқса лунжда, ретромоляр соҳада, танглайда, оғизни тубида, лаб ва халқумда ўзгаришлар бўлади. Дастлаб эпителий хиралашади, марказида эрозия пайдо бўлиб периферияга тарқайди. Хиралашган эпителийни устидан шпателни юргизиб кўрилса, унинг устки қисми тез олинади ва эрозив юза очилиб қолади (расм 48). Пўрсилдоқдаги эрозияларнинг ҳар хил ҳажмда майдадан каттагача бўлиб, уларнинг юзалари тўқ қизил ранггача бўлади. Тошмалар ҳисобига оғриқлар жуда кучли бўлади, айниқса овқат еганда ва нутқ сўзлаганда беморлар азобланишади. Сўлак кўпаяди - гиперсаливация кузатилади. Эрозив юзаларга микроблар тушиб, коккли флора, кандидоз, фузоспирохетоз қўшилгач, беморни ахволи оғирлашади, оғзидан нохуш чирган хид келади.

Вегетациялашган пўрсилдоқнинг клиник манзарасида эрозиялар тубидаги кўтарилиб турган вегетациялар характерлидир. Себоряли ва вульгар пўрсилдоқ шиллиқ қаватда бир - бирига ўхшайди, терида эса себоряли дерматит ёки себоряли экзема кўринишида бўлади. Баргсимон пўрсилдоқда оғизда ўзгариш бўлмайди.

Пўрсилдоқда Никольский симптоми мусбат бўлади (расм 49) ва 3 та белги билан тавсифланади:

1. Агар пуфакнинг томи ёки эпителийнинг юқори қатлами пинцет билан тортилса, соғлом тери ёки шиллиқ қаватининг эпителий қатлами ажралади.

2. Агар пуфакчалар орасидаги соғлом тери ёки шиллиқ қавати ишқаланса, пуфакча ва эрозиялар ҳосил бўлади.

3. Агар пуфакчаларни ораси бир - бирдан катта масофада бўлса ва ораликдаги тери ёки шиллиқ қавати ишқаланса пуфаклар ҳосил бўлади.

Иккинчи ва учинчи белгиларни намоён бўлиши акантолизни кучли даражасидан далолат беради.

Терида пуфакларни жойлашиши (қорин, орқа, табиий чуқурча ва бурмалар) уларни қийим билан шилинишига сабабчи бўлади, ёки пуфакни ўзи ёрилади, қаткалоқлар билан қопланади, йирингли инфекция кушилиши мумкин.

Теридаги тошмалар жуда оғриқли бўлади.

Пўрсилдоқдаги ўзгаришлар фақат оғизни шиллиқ қаватида ва терида булмасдан, бошқа жойларда, жумладан халқум, қизилўнгач, меъда ва ичакни шиллиқ қаватларида кузатилиши мумкин. Айрим ҳолларда ички аъзоларда, марказий ва периферик нерв системасида ҳам дистрофик хусусиятли ўзгаришлар бўлади.

Пўрсилдоқнинг кечиши сурункали, ўткир ости ва ўткир бўлиши мумкин. Кечиши тўлқинсимон бўлгани учун ўткирланиши ремиссия даври билан алмашиб туради.

Пўрсилдоқни кечиш даврида учта босқич фарқланади:

Биринчи босқич - шиллиқ қаватда яқка ёки кўпгина пуфакчалар учрайди. Улар тезда ёрилиб эрозиялар ҳосил қилади, атрофида эритема бўлмайди. Никольский симптоми кўпинча манфий бўлади. Терисида ва умумий ахволда ўзгаришлар кузатилмайди.

Иккинчи босқич - катта ва тез ёриладиган пуфакчалар ҳажми кенг, оғриқли эрозив юзалар ҳосил бўлади. Гиперсаливация кузатилади, оғиздан ёқимсиз хид келади. Никольский симптоми мусбат бўлади. Беморнинг умумий ахволи оғир бўлиб, кахексия кузатилади.

Учинчи босқичда - акантолитик ҳужайралар кам учрайди. Янги пуфакларнинг ҳосил бўлиши тўхтабди, эрозия ва яраларни эпителизацияси бошланади.

Ташхис қўйишда клиник манзара мусбат Никольский симптоми, цитологик текширув, иммунофлюоценциянинг бевосита натижалари инобатга олинади.

**Цитологик текширув.** Акантолитик вульгар пўрсилдоқда цитологик текширувда ўзгарган куринишдаги эпителиал ҳужайралар топилди. (Т-ҳужайралари). Акантолитик ҳужайралар одатдаги ҳужайралардан кичикроқ, юмалок шакли билан фарқланади. Ядролари йирик, деярли ҳужайранинг барча бўшлиғини эгаллаб туради. Ядрони зангори рангдаги цитоплазма ўраб туради. Ҳужайра цитоплазмаси бир хилда бўлмайди. Ядро атрофи зангори, периферик қисми эса тўқ кўк рангда бўлади. Яна кўп ядролу гигант ҳужайралар учрайди.

**Киёсий ташхис.** Акантолитик (хакикий) пўрсилдоқ буллёз пемфигоид, куп шаклли экссудатив эритема, дорили аллергия, кизил ясси темираткининг буллёз шакли, герпетик шаклли дерматит, пуфакли эпидермолиздан фаркланади.

Буллёз пемфигоид сифатли кечиши билан тавсифланади. Асосан 60 ёшдан катталарда учрайди. Пуфаклар эпителий остида жойлашади, усти қаттиқ бўлиб, акантолитик хужайралар аникланмайди. Никольский симптоми манфий бўлади.

Дорили аллергияни аниклаш мақсадида анамнез йиғилиб, сабабчи дори препарати аникланади.

Ушбу дорини қабул қилиш тўхтатилгандан сўнг тошмалар тезда эпителизацияга учраб, битиб кетади. Дорили аллергияда пуфаклар эпителий остида жойлашади. Акантолиз кузатилмайди. Никольский симптоми манфий бўлади. Акантолитик хужайралар аникланмайди. Ташхисни аниклаш мақсадида аллергик синамаларни ўтказиш мумкин.

Қизил ясси темираткининг буллёз шаклида пуфаклар эпителий остида жойлашади, акантолиз кузатилмайди. Пуфаклар орасида ёки шиллик қаватнинг бошқа жойларида қизил ясси темираткининг типик папулалари жойлашади.

Герпетик шакли дерматитда тошмалар дастлаб терида пайдо бўлади. Пуфаклар эпителий остида жойлашади, тўқималар ва пуфаклар таркибида эозинофиллар кўп бўлади. Никольский синдроми манфий бўлиб, акантолитик хужайралар аникланмайди. Беморда йодга бўлган сезувчанлик ошади.

Пуфакли эпидермолиз - наслий касаллик булиб, белгилари ёшлиқда намён булади. Касаллик 12-15 ёшгача фаоллашади, акантолиз кузатилади.

Эпителий остида жойлашган пуфаклар ёки эрозиялар атрофидаги эпителий қатлами яллиғланган асосда жойлашгани учун осон кўчади.

Бу ҳолатни сохта Никольский симптоми ёки периферик эпителий ости кўчиш деб аташган. У қизил ясси темиратки, пемфигоид ва бошқа касалликларда кузатилиши мумкин.

**Даволаш.** Кортикостероидлар (50-80 мг преднизолон, 40-80 мг триамцинолон, 8-10 мг дексаметазон) ва цитостатиклар буюрилади. Кортикостероидли препаратларнинг клиник белгилари тугагандан кейин ҳам қўлланилишини тўхтатиш керак эмас. Лекин узоқ давом эттирилган гормонал даволаш ўз навбатида асоратларга олиб келиши мумкин. Шунинг учун беморлар сувни ва ош тузини кам истеъмол қилишлари зарур. Беморга С, В гурухи витаминлари, калий хлориди, панангин, ёки калий оротати буюрилади.

Цитостатиклардан метотрексат бир ҳафтада бир марта 35-50 мг қўлланилади. Махаллий даволаш эса оғиз бўшлиғида оғриқларини ка-

майтириш, иккиламчи инфекцияни олдини олишга қаратилади. Оғиз бўшлиғини санацияси амалга оширилади. Махаллий шиллик қаватга кортикостероидли суртмалар суртилади. Замбуруғли инфекцияда замбуруғга қарши даво ўтказилади. Лабларнинг шикастланишида антибиотикли суртмалар, А витаминининг мойли эритмасидан, солкосерилни дентал адгезив пастасидан фойдаланиш тавсия қилинади.

### **Пемфигоид (pemphigoid)**

Бу гурух касалликларига Леверни буллёз пемфигоиди (Н.Д. Шеклаков буйича ноакантолитик пўрсилдоқ), атрофияли шиллик-синехиал буллёзли дерматит (чандикли пемфигоид, кўз пемфигуси), оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг хавфсиз ноакантолитик пўрсилдоғи (Б.М. Пашков буйича) киради.

Пемфигоид этиологияси номаълум барча пемфигоидлар акантолитик пўрсилдоқдан акантолиз йўқлиги билан, яллиғланишнинг кучли ривожланиши билан, пуфаклар эпителий остида жойлашиши билан, суртмада акантолитик хужайралар йўқлиги билан, Никольский симптомини манфийлиги билан ажралиб туради.

Пемфигоид билан кўпроқ қариялар касалланишади, у организм учун хавфсиз кечади.

Буллёзли пемфигоид терини, оғиз, бурун, таносил аъзоларининг шиллик қаватини зарарлайди. Шиш ва гиперемияланган юзада серозли ёки геморрагик суюқликга эга 5-20 мм диаметрли пуфаклар тошади. Улар тез ёрилиб оғриқли эрозиялар очилиб қолади. Эрозияларни эпителизацияси чандиксиз ва атрофиясиз битади. Худди шу ёки бошқа жойларда пуфаклар қайта тошади. Касаллик шу тарзда ойлар ва йиллар давом этади.

**Даволаш.** Комплекс холда кортикостероидлар (суткасига 20-30 мг), кенг кўламли антибиотиклар ва безгакка қарши препаратлар, поливитаминлар буюрилади.

Атрофияли шиллик - синехиал буллёзли дерматит (кўз пемфигуси) - тери ва асосан кузни зарарлайди. Тузалишдан сўнг чандик ва атрофия ҳосил қилади.

**Даволаш.** Кортикостероидлар, антибиотиклар, поливитаминлар буюрилади. Бундан ташқари алоэ, лидаза каби тўқималарда чандик ҳосил бўлишига йўл қўймайдиган препаратлар қўлланилади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг хавфсиз ноакантолитик пўрсилдоғи - биринчи бор Б.М.Пашков ва Н.Д.Шеклаков томонидан 1959 йилда таърифланган. Оғиз бўшлиғида эпителий остида 3-10 мм диаметрли пуфаклар бир неча йил давомида ривожланади. Пуфаклар ёрилиши билан эрозиялар ҳосил бўлади. Улар эпителизациялангандан сўнг ҳеч қандай чандик ва атрофиясиз битиб кетади.

Қиёсий ташхис акантолитик пўрсилдоқ билан, Дюрингнинг герпетик шаклли дерматити билан ўтқазилади.

**Даволаш.** Антигистамин препаратлар, С ва В витаминлари, кортикостероидли ва безгакка қарши препаратлари буюрилади.

### **Қизил ясси темиратки (lichen giber planus)**

Тери ва шиллик қаватининг яллиғланиши ва майда мугузланувчи папулалар тошиши билан кечадиган касаллик ҳисобланади.

Этиологияси номаълум. Невроген, вирусли ва токсик-аллергик назариялар мавжуд, лекин исботланмаган. Кўпинча қизил ясси темиратки ошқозон-ичак касаллигида, невроз ва бошқа касалликларда учраши мумкин.

**Клиник кўриниши.** Асосий морфологик элемент булиб 0,2 - 5 мм ҳажмидаги думалоқ шаклли мугузланувчи папула ҳисобланади. Теридаги тошмалар билакнинг ички юзасида, бўғимлар соҳасида, болдир, чаноқ соҳаларида таносил аъзоларида кузатилади. Теридаги папулалар пушти-рангда, усти ялтироқ бўлиб, яллиғланиш жараёни деярли кузатилмайди.

Оғиз бўшлиғини шиллик қаватидаги папулалар соғлом тўқимадан оқиш-пушти ранги билан ва бироз кўтарилиб туриши билан ажралиб туради.

Папулалар қўшилиш хусусиятига эга ва бунинг натижасида кўриниши нафис тўрга ўхшайди. Тилдаги папулалар лейкоплакия кўринишини эслатади.

Қизил ясси темиратки кўпинча лунжда молярлар соҳасида жойлашади, тилнинг ён ва пастки юзаларида камроқ учрайди (расм 50). Лаб, милк, танглай соҳалари, оғизни тубида асосан учрамайди. Лабнинг қизил хошияси ва шиллик қаватидаги папулалар иккиламчи гландуляр хейлитнинг ривожланишига олиб келади.

Қизил ясси темираткининг 5 та клиник шакллари фарқланади:

1. Типик шакли - кўп учрайди. Асосан ўзгармаган шиллик қаватда жойлашади. Беморлар тортилиш сезгисига, ачишишига, ғадир-будурликка ва шиллик қаватни қуришига шикоят қиладилар. Касаллик симптомсиз кечади ва тасодифан аниқланади.

2. Экссудатив-гиперемик шакли - қизғиш рангдаги яллиғланган шиллик қаватда ҳосил бўлади. Беморлар сўзлаганда ва ўткир овқат еганда оғриқларга шикоят қиладилар.

3. Эрозив-яралли шакли - оғир касаллик. Бунда эрозия ва яралар пайдо бўлиб, улар фибриноз караш билан қопланади. Яллиғланиш жараёни кучли ривожланган бўлади. Эрозия ва яралар йиллаб кузатилиши мумкин, улар шикастланиш ҳисобига тез-тез қонайди. Натижада атрофия ва чандиқлар ҳосил бўлиши мумкин.

4. Буллез шакли - жуда кам учрайди. Қизил ясси темиратки ўчо-

гида 1-10 мм диаметрли пуфак ва пуфакчалар ҳосил бўлади. Пуфакларда серозли ёки гемаррагик суюқлик бўлади, улар тезда ёрилади, эпителизацияси эрозив-яралли шаклига нисбатан тезроқ кечади.

5. Гиперкератотик шакли - ҳам кам учрайди. Шиллик қаватидан кўтарилиб турган папулалар катта пилакчаларга қўшилади. Гиперкератоз кузатилади. Пилакчалар чегараси аниқ, усти мугузланган қатлам билан қопланади. Кўпинча лунж, тилнинг шиллик қаватида жойлашади. Гиперкератотик ўчоқлар атрофида типик папулезли тошмалар кузатилади.

Қизил ясси темираткининг юқоридаги шакллarga бўлиниши шартли, чунки битта шакли иккинчисига ўтиши мумкин. Касалликнинг клиник кечиши умумий ва маҳаллий омилларга боғлиқ. Жумладан, тишлар ва тиш протезларининг ўткир қирралари, амальгамали пломбалар, турли металлдан тайёрланган тиш қопламлари, тиш ва пародонт касалликлари, тонзиллит, тиш-жағ аномалияси ва деформациялари қизил ясси темираткининг типик шаклини оғир шаклига ўтишига олиб келади.

Касалликнинг эрозив-яралли ва гиперкератотик шакллари хавфли ярага ўтиш эҳтимоли 1% ни ташкил қилади.

**Гистологик кўриниши.** Эпителий қаватида акантоз, гиперкератоз ва паракератоз жараёнлари кузатилади. Кам холларда гранулез аниқланади. Строматада шиш булгани учун бириктирувчи тўқима ва базал қаватнинг чегараси аниқ бўлмайди. Гиперкератотик шаклида гиперкератоз ривожланади. Эрозив-яралли шаклига сурункали носпецифик яллиғланиш жараёнлари ҳосил. Буллез шаклида пуфаклар эпителий остида жойлашади, думалоқ хужайрали инфилтрат аниқланади.

Айрим холларда қизил ясси темиратки кандидоз билан асоратланиши мумкин. Микроскопик текширув ташхисни аниқлаб беради.

**Қиёсий ташхис.** Қизил ясси темиратки лейкоплакия, қизил югурук, папулез сифилид, кандидоз, аллергия тошмалар, сурункали шикастланишга хос яллиғланиш жараёни, Боуэн касаллиги билан қиёсланади.

Лейкоплакияда шикастланиш элементи бўлиб доғ ёки бляшка бўлса, қизил ясси темираткида - тўрга ўхшаш майда папулалар ҳисобланади.

Лейкоплакияга яллиғланиш хос эмас, қизил ясси темираткининг ҳамма шаклида (типик шакли бундан мустасно) кучли яллиғланиш ривожланган бўлади.

Лейкоплакия оғиз бўшлиғини олдинги қисмида (пастки лаб, қаттиқ танглай, лунжни олдинги қисмида) намоён бўлади. Қизил ясси темиратки оғиз бўшлиғининг орқа қисмлари (тилнинг ўрта ва орқа қисмлари, ён юзалари, лунжни орқа қисмлари)да жойлашади. Лейкоплакияда терида ўзгаришлар бўлмайди.

Сурункали қизил югурук кўпинча лабнинг қизил хошиясида, оғиз

бўшлиғини шиллик каватида ва терида оқиш рангдаги нукталар ва чизиклар пайдо бўлиши билан тавсифланади.

Папулез сифилидда папулалар катта ҳажмда юмалок ёки овал шаклда бўлади. Папулаларнинг устки қисмини қирганда осон кўчади ва остида эрозив юза очилиб қолади. Ташхис лаборатор ва клиник текширув усуллари ёрдамида аниқланади.

Кандидозда караш қирилганда қисман олинади. Ташхис микроскопияда аниқланади.

Аллергик ҳолатда анамнез, аллергологик синамалар аллергенни аниқлашга ёрдам беради.

Қизил ясси темирлаткининг буллез ва эрозив шакллари кўп шаклли экссудатив эритема, аллергик тошмалар, пўрсилдок, пемфигиод, қизил югурукни эрозив-яралли шакли, эрозив лейкоплакия, оддий герпес билан қиёсий ташхисланади.

Гиперкератотик шакли веррукоз лейкоплакия ва хавfli ўсма-саратон билан қиёсланади.

**Даволаш.** Умумий даволаш соҳа мутахассиси томонидан умумий касалликни даволашдан иборат бўлади.

Стоматолог касалликни сабабчисини аниқлаш ва уни бартараф қилиш йулларини излаши лозим, ҳамда оғиз бўшлиғини санация қилиши керак.

Тинчлантирувчи воситалар (бром препаратлари, валериана, новокаин, транквилизаторлар), поливитамиинлар ичиш учун буюрилади. Ретинол ацетатни 3,44% мойли эритмаси кунига 3 марта 10 томчидан буюрилади.

Никотин кислотасининг 1% ли эритмаси 1 мл дан шикастланган ўчоққа 1% ли новокаин ёки тримекаин билан кунора (курсга 15-20 та инъекция) инъекция қилинади. Никотин кислотаси 0,05-0,1 дан овқатдан кейин 1 кунда 3 марта ичиш учун буюрилади 10-20 кун.

Яра ва эрозияларда оғиз бўшлиғи 2-5% бура билан чайқалади, каротин, кортикостероидли суртмалар суртилади. Хонсурид 0,1г дан аппликация учун 10 мл 0,5% ли новокаин ёки физиологик эритма билан кўшиб элементлар остига инъекция қилинади. Хонсурид эпителизация жараёнини тезлаштиради.

Оғриқ қолдирувчи моддалар аппликация йўли билан қўлланилади. Эрозив-яралли ва буллез шаклида комбинация усули билан преднизолон 20-25 мг дан суткада ёки триамцинолон 16-20 мг дан, дексаметазон 3-3,5 мг дан, хингамин ёки делагил 0,25 г дан бир кунда 1-2 марта 4-6 ҳафта мобайнида қўлланилади. Никотин кислота 0,05г овқатдан сўнг кунда 3 марта қабул қилинади, ксантинол никотинат (компаламин, теоникол) ҳам кунига 3 марта таблеткани ичиш ёки мушак орасига инъекция йўли билан қўлланилади. Агар эрозия ва яралар чегараланган ҳолларда гидрокортизон ёки преднизолон ва 5-

10% гингамин эритмаси уларни атрофига инъекция қилинади. Инъекция 3 кунда 1 марта 1-1,5 мл ҳажмда ўтказилади, курс 8-12 тадан иборат, ҳар 3-4 ойда қайтариш мумкин. Кортикостероидларга қарши кўрсатма бўлганда, 2 мл гистоглобулин ҳафтага 2 марта тери остига инъекция қилинади. Кортикостероидларни қўллашда қон таҳлилларини ва артериал қон босимни назорат қилиш керак бўлади. Шу вақтнинг ўзида поливитамиинлар, калий препаратларини ҳам буюриш лозим. Ош тузи камроқ истеъмол қилинади. Оғриқ қолдириш ва эпителизацияни кучайтириш масадида солкосерил дентал адгезив пастаси яхши натижа беради.

Кортикостероидларни қўллаш учун қарши кўрсатмалар бўлса гипосенсибилизация усулини қўллаш керак. Гистоглобулин (2 мл тери остига ҳафтада 2 марта, курсга 8-10 та инъекция) буюрилади. Тигазон 10 мг кунда 3 марта овқатланиш вақтида сут билан қабул қилинади. 2-4 ҳафтадан сўнг дозани 25 мг гача кўпайтириш мумкин. Жами 6-8 ҳафта тигазон қабул қилинади. Қайталанишда препаратни яна қўллаш мумкин.

Узоқ вақт даволаш натижасиз бўлган ҳолларда чегараланган эрозия ва яралар жаррохлик усул билан даволанади.

### **Қизил югурук ((lupus erythematoses)**

Қизил югурукнинг 2 шакли фарқланади.

Ўткир ва сурункали қизил югурук (lupus erythematoses). Касаллик купинча 20-40 ёшли аёлларда учрайди.

**Этиология ва патогенези.** Қизил югурук коллагенос ва аутоиммун касалликлар туркумига киради. Ушбу касалликларда юқумли ва бошқа омилларга организмнинг сенсбилизацияси ошади. Сабабчи омиллар бўлиб, қуёш нурига, инфекцияга, травмага, совуқ таъсиротларга ва ҳакозога бўлган аллергик реакция ҳисобланади.

**Сурункали қизил югурук.** Клиник кўринишида кўпроқ пешона, бурун, лунж териси, кулок, бошнинг сочли қисми, лабнинг қизил хошияси ва бошқа жойлар териси зарарланади. Оғиз бўшлиғини шиллик кавати камроқ шикастланади. Асосий клиник белгилари булиб эритема, гиперкератоз ва атрофия ҳисобланади.

Дастлаб эритема пайдо бўлади, кейин - гиперкератоз, ундан сўнг - атрофия. Гиперкератотик ўчоқда инфилтратсия, телеангиэктазия ва пигментация ривожланиши мумкин. Лабнинг қизил хошиясидаги ўчоқда ачишиш ва айниқса овқат еганда оғриқлар бўлади. Лабнинг қизил хошиясида қизил югурукнинг 4 та клиник турлари тавофут қилинади:

- типик
- атрофия клиник намоён бўлмаган
- эрозив-яралли
- чуқур

Шиллик каватда эса 3 та:



- типик
- экссудатив-гиперемик
- эрозив-ярали

Типик турида лабнинг қизил хошияси инфильтрланган тўқ қизил рангли овал ёки лентасимон гиперкератотик ўчоқ зич жойлашган қаткалоқ билан копланган. Қаткалоқ олиниши билан қонайди ва оғриқ пайдо бўлади. Шикастланиш марказида атрофия кузатилади (расм 51).

**Эрозив-ярали** турида яллиғланиш авжига олади, эрозия, яра, ёри-лишлар атрофида гиперкератоз кузатилади ва у жуда оғриқли кечади.

Чуқур турида (Капоши-Ирганга қизил югуруги) лабнинг қизил хошиясидан кўтарилиб турган тугунли ҳосила бўлиб, устки юза-сида эритема ва гиперкератоз кузатилади.

Қизил югурук лаблардан ташқари лунж, танглай, тилда учрайди.

**Экссудатив-гиперемик** турида атрофия ва гиперкератоз кам кузатилади, чунки кучли яллиғланиш бўлади

**Патогистологик текширув.** Эпителийда паракератоз ва гиперкератоз, акантоз ва атрофия кузатилади. Тиканаксимон қават хужайралари оч рангда, стромадан эпителийга инфильтрат хужайраларни утиши натижасида базал мембрана чегараси ноаниқ бўлади. Стромата лимфоид ва плазматик хужайраларни инфильтрати, кон томиларининг кескин кенгайишлари, эпителий ва бириктирувчи туқима оралиғида “Лимфатик қўл”нинг ҳосил бўлиши, коллаген ва эластик толаларни бузилишлари кузатилади. Эрозив - ярали турида шиш ва яллиғланиш ривожланган, эпителий узилишлари аниқланади.

**Қиёсий ташхис.** Сурункали қизил югурукни қизил ясси темиратки, лейкоплакия билан таққослаш лозим. Лабнинг қизил хошиясида жойлашган қизил югурукни актиник хейлитдан ва Манганоттининг абразив преанкроз хейлитидан фарқлаш керак. Тери ва лаблар бир вақтда зарарланса ташхислаш осонроқ бўлади. Лекин лаб мустақил зарарланса, қўшимча текширув усулларини қўллаш керак бўлади (гистологик, люменесцент диагностика).

Вуд нурларида лабнинг қизил хошиясидаги гиперкератоз оқ-хаворанг ранга қиради. Оғизнинг шиллиқ қаватида нукта ва чизик кўри-нишли хиралашган оқ нурланиш сезилади.

**Даволаш.** Қизил югурук билан касалланган бемор ҳар томонлама текширилади, сурункали инфекция ўчоқлари бартараф қилинади ва беморни офтоб нурларига реакцияси аниқланади. Организми даволаш билан бирга маҳаллий даволанади ва оғиз бўшлиғи санация қилинади. Сабабчилар йўқотилгандан сунг зарарланган ўчоқлар иссиқ, совуқ, шамол таъсиридан, жароҳатлардан махсус сурт-малар ёрдамида химояланади.

Хингамин (делагил, резохин) 0,25 г кунда 2 марта ичиш учун қўлланилади. (1 курсга ўртача 20 г) ёки ўчоқ ичра инъекция учун

5 -10% ли эритмасини 1-3 мл ўткир яллиғланиш белгилари сўнггандан 1-2 кундан кейин буюрилади. Преднизолон 10-15 мг дан суткага (8-12 мг дан триамцинолон, 1,5-2,0 мг дексаметазон), В гурухи витаминлари, айниқса никотин кислотаси буюрилади.

Маҳаллий антисептик ва оғриқсизлантирувчи воситалар, “Флюцинар”, “Синалар”, “Оксикорт” “Локакортен” суртмалари суртиш учун қўллаш лозим. Кератопластиклардан каротолон, А ва Е витамини ва солкосерил дентал адгезив пастаси буюрилади. Сурункали қизил югурукли беморлар диспансер рўйхатига қўйилади.

**Ўткир қизил югурук.** Оғир тизимли касаллик бўлиб, унинг ўткир ва ўткир ости кечиши фарқланади. Беморни умумий ахволи оғир, тана ҳарорати кўтарилган, ички аъзолари зарарланади (гломерулонефрит, эндокардит, полисерозит, полиартрит, ошқозон-ичак йўлидаги ўзгаришлари ва бошқалар), лейкопения, ЭЧТ кескин ошиши кузатилади. Теридаги ўзгаришлар доғ кўринишида бўлиши мумкин ёки тошмаларни полиморфизми доғли гиперемия, шиш, пуфак, пуфакчалар бўлиши мумкин. Оғиз бушлиғидаги ўзгаришлар шишли гиперемияли доғлар, қон қуйилишлар, пуфак ва пуфакчалар тошиши ва уларнинг ёрилиши натижасида фибриноз караш билан копланган эрозиялар пайдо бўлиши билан тавсифланади.

**Даволаш.** Стационарда коллагенозли касалликлар мутахассиси томонидан даволаш ўтказилади. Беморга С ва В гурухи витаминлар буюрилади.

### **Тил аномалиялари ва мустақил касалликлари**

Ушбу бобда бурмасимон тил ва тилнинг шиллиқ қавати касалликлари тўғрисида маълумот берилган. Булар мустақил тил касалликлари, мустақил глосситлар деб аталади. Буларга десквматив глоссит, қора “сочли” тил, ромбсимон глоссит қиради.

### **Бурмасимон тил (*lingua plicata*)**

Тил аномалияси бўлиб, болалик пайтидан аниқланади. Тилни усти ва ён томонларида турли йўналишдаги бурмалар жойлашади. Чуқур марказий бурма ёки эгатдан тармоқланган гўё дарахт баргининг тuzилишидай майда бурмалар ажаралади. Бурмаларнинг туби ва ён деворларида ипсимон сўргичлар бўлади (расм 52). Тил юмшоқ, катталашган бўлади. Тилни катталашиши ва бурмалар пайдо бўлиши ривожланиш аномалияси бўлиб ҳисобланади ва фақат тилни олдинги қисмида кузатилади. Бурмасимон тил 30-50% холларда десквматив глоссит билан бирга кечади.

Бурмасимон тил Мелькерсон-Розенталь синдромининг бир симптоми бўлиб ҳисобланади. Катталашган ва бурмали тил, лунждаги бурма-

лар акромегалиянинг белгиси булса, Даун касаллигида эса катталашган бурмали тил кузатилади.

Айрим инсонларда лунжни ва тилнинг шиллиқ қаватида бурмалар ҳосил бўлади. Лекин бу ҳол туғма касаллик эмас.

Бурмасимон тилнинг клиникасида шикоятлар ва субъектив сезгилар асосан бўлмайди. Лекин бурмалар кўриниши ёрилмаларга ўхшагани учун, бундай ўзгаришларга эга шахслар шифокорга мурожаат қилишади. Бурмалар орасида овқат қолдиқлари йиғилганда микроорганизмлар тушиши натижасида чириш жараёни ривожланади, шундагина беморлар оғриққа ва ачишишга шикоят қиладилар.

Даволашни хожати йўқ, фақат оғизнинг гигиенасига риоя қилиш тавсия қилинади.

### **Иккига ажралган тил**

Эмбрионал ривожланиш жараёнида кечадиган ирсий бузилишлари билан боғланган, кам учрайдиган аномалия. Тилнинг ён қисмлари ўрта чизикда бутунлай бирлашмаслиги натижасида келиб чиқади. Тилнинг учи тирқиш билан икки ёки кўп бўлақларга бўлинади.

**Даволаш:** жаррохлик йўли билан бажарилади.

### **Глоссит**

Глоссит - тилни яллиғланиши бўлиб, фақат тилда намоён бўлади. Тилнинг шиллиқ қаватини яллиғланиши одатда оғиз бўшлиғини шиллиқ қаватини яллиғланиши каби худди ўша сабаблар, шикастланишлар, юқумли инфекциялар, аллергия касалликлар, дерматозлар ва х.к.) таъсирида ривожланади, лекин фақат ўзида намоён бўлиши билан тавсифланади.

Тилнинг шиллиқ қаватини яллиғланиши регенерация пасайиши билан кечадиган касалликларда - гиповитаминозлар, ошқозон-ичак касалликлари, қон ишлаб чиқариш тизими бузилишлари, қандли диабет, Шегрен синдромида учрайди.

### **Десквматив глоссит (glossitis desquamativa)**

Этиологияси номаълум. Касалликни кўзгатувчиси аниқланмаган.

Коллагенос касалликлар, себореяли дерматоз ва бошқа системали касалликларга чалинган беморларда десквматив глоссит (жўғрофик тил, эксфолиатив глоссит, миграцияланувчи глоссит) соғлом инсонларга нисбатан кўпроқ учрайди. Десквматив глоссит туғма хусусиятга эга бўлган касаллик бўлиб, оилавий учраб бир умр мобайнида йўқолмасдан кузатилади.

**Клиникаси.** Тилни эпителиясида бир неча миллиметр диаметри хиралашган ва оқиш-қулранг бироз кўтарилиб турган ўчоқ ҳосил бўлиши билан десквматив жараён бошланади. Ўчоқнинг ўртасида мугузланган ипсимон сўргичлар кучади, натижада тўқ пушти ранг-

ли силлиқ юза кўриниб қолади. Ушбу юзанинг периферик қисми катталашади, чегараси думалоқ ёки овал шаклида сақланади, лекин секин аста десквмация жараёни сўниб боради ва ўчоқнинг ўртасида ипсимон сўргичларининг меъёрий мугузланиши кузатилади (расм 53). Ушбу десквмация ўчоқлари тез-тез, навбатма-навбат алмашади, манзара кун сайин ўзгариб боради. Бугун кўринган манзара, эртага ўзгаради. Шу боисдан бу манзарани жўғрофик харитага ўхшатиш мумкин. Ўчоқлар яқка ёки кўпчилик бўлиб, тилни устки ва ён юзаларида жойлашади, пастки юзада ҳеч қачон учрамайди. Кўпинча (40%) ҳолларда десквматив глоссит бурмасимон тил кўриниши билан бирга кечади. Десквматив ўчоқлар жуда кам ҳолларда оғиз шиллиқ қаватининг бошқа жойларида (лаб, лунж, утувчи бурмаларда) учраса, унда десквматив стоматит дейилади. Десквматив глоссит узоқ вақт давом этади, анча вақт йўқ бўлиб кейин яна пайдо бўлади. Десквмация бир жойдан бошланиш ҳоллари кузатилган. Эмоционал ҳолатлар касалликни кўзгалишига олиб келади. Беморлар аччиқ, шўр таомлар истеъмол қилганларида тил ачишади. Тилнинг кўриниши ўзгача бўлиши беморларни кўрқувга солади, канцерофобия кузатилади.

Оғиз бўшлиғининг гигиенаси ёмонлиги, микрофлоранинг кўп микродорда учраши, шикастланишлар яллиғланишни кучайтиради ва оғриқлар пайдо бўлишига сабабчи бўлади. Кексалар десквматик глосситда оғриқлардан азобланишади, чунки бу ёшда регенерация суст кечади.

**Гистологик текширув.** Эпителый ингичкалашади, десквмация ўчоқларида ипсимон сўргичларнинг яссиланиши кузатилади. Бириктирувчи тўқимада яллиғланиш инфильтрати ва шиш паракератоз, спонгиоз каби патологик жараёнлар аниқланади.

**Қиёсий ташхис.** Десквматив глоссит В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, витаминлар танқислиги, аллергия ҳолатлар, вирусли инфекциялар, қизил ясси темирлатки, ромбсимон тил билан қиёсланади.

**Даволаш.** Касаллик аломатлари бўлмаганда даволаш ўтказилмайди. Агар беморларда оғриқ ва ачишиш шикоятлари бўлса, унда оғиз бўшлиғини санацияси ўтказилади, антисептик эритмалар билан чайишлар ва кератопластик воситалар (А витаминининг мойли эритмаси, наъматак мойи, 1% цитральни 25-30 томчи солинган 1/2 стакан сувдаги эритмаси), ичиш учун поливитаминлар, кальций пантотенати (0,1-0,2 г) буюрилади. Кучли оғриқларда тил нервини новокаинли блокадаси ўтказилади. Касалликнинг оқибати яхши.

### **Қора “сочли” тил (lingua villosa nigra).**

Кам учрайдиган касаллик, асосан катта ёшдаги эркак чекувчиларда учрайди. Шикоят бўлмаслиги мумкин, айрим ҳолларда тилда бир нарса бордек туюлади, қусиш рефлекс кучаяди, танглай қичиши мумкин.

Объектив курилганда тилнинг устида тарновсимон сўрғичларнинг олди қисмида ипсимон сўрғичлар мугузланиши хисобига йўғонлашади ва узунлашади. Сўрғичлар узунлиги 2 см гача ва диаметри 2 мм гача ранги оч-жигаранг, ташки кўриниши сочга ўхшайди. Сўрғичлар бўялиши хроматоген микробларнинг фаолияти билан боғлиқдир (расм 54).

Шикастланиш ўчоғи тилни ўртасида, шакли овал ёки учбурчак бўлади, тилнинг учига ва четларига ҳеч қачон тарқалмайди, узок вақт ўзгаришсиз холда сақланади.

**Қиёсий ташхис.** Қора сочли тил пигментли - папилляр дистрофиядан ва тилнинг дорилар ва озиқли бўёқлар билан бўялиш холатлари қиёсланади.

**Даволаш.** Оғиз бўшлиғи санацияси ўтказилади. Кератолитик моддалардан 3-5% ли резорцин эритмаси қулланилади, лекин унинг самараси қисқа бўлади. Шикастланиш ўчоғини асосига кальций хлоридни 0,25% ли эритмасини 0,5-1 мл, 1-2% ли новокоин эритмасини 0,5 мл билан ҳафтасига 2 марта инъекция қилинади. Криодеструкция усули (суюк азот билан) ўсиб кетган сўрғичларга 15-30 сония мобайнидаги таъсири натижасида ўсиб кетган сўрғичлар қуяди ва қуриб тушиб кетади. Чекиш ман этилади.

### **Ромбсимон глоссит (glossitis rhombica)**

Сурункали яллиғланиш жараёни. Этиологияси номаълум. Айрим муаллифлар эмбрионал назария тарафдорлари, бу касалликнинг ривожланишини аномалия деб хисоблайдилар. Бошқа муаллифларнинг фикрича, ромбсимон глоссит - бу сурункали кандидоздир, чунки микробиологик текширувда *Candida* замбуруғлари топилган. Замбуруғларга қарши даво ўтказилганда яхши натижа бўлган. Ромбсимон глоссит кўпроқ чекувчи эркакларда учрайди.

**Клиникаси.** Тилнинг ўрта чизигида тарновсимон сўрғичларнинг олдида ромбсимон ёки овал шаклидаги пушти ёки қизғиш рангдаги ясси бўлган ўчоқ кузатилади. (ясси шакли). Ўчоқнинг узунлиги 1,5-5 см ни, кенлиги эса 0,5-2 см ни ташкил қилади (расм 55).

Бошқа ҳолларда шикастланиш ўчоғи вадир-будур, тилнинг устидан ўсмасимон кўринишга эга бўлади, пайпаслаганда қаттиқлик (папилломатоз шакли) кузатилади. Иккала шаклида ҳам ўчоқнинг марказида мугузланиш жараёни ривожланиши ёки эрозия пайдо бўлиши мумкин.

Беморнинг умумий аҳволи ўзгармаган, лекин 25-30% ҳолларда шундай беморларда оғиз бўшлиғи ва бошқа шиллик пардаларида, терини сурункали кандидозининг бошқа аломатлари кузатилади.

Ромбсимон глоссит йиллаб кечади ва тасодифан аниқланади. Ай-

рим беморларда овқатланганда айниқса, ўткир, шўр овқатлар истеъмол қилганда ачишиш пайдо бўлади.

**Қиёсий ташхис.** Ромбсимон глосситнинг ясси шакли бошқа этиологияли дескватив глоссит, авитаминозлар билан таққосланади. Папилломатоз шаклини ўсма ва специфик яллиғланиш жараёнларидан, кандидоздан фарқлаш лозим.

**Даволаш.** Маҳаллий даволашда тилни устига кератолитиклардан 3-5% резорцин, 5-10% салицил спирти бир кунда 2-3 марта суртилади. Ундан ташқари ўчоқ остига 0,25% кальций хлорид эритмасини 0,5-1 мл инъекция қилинади, 1-2% новокаини 0,5 мл билан ҳам қўллаш мумкин. Оғиз бўшлиғи соғломлаштирилади, чекиш маън қилинади. *Candida* замбуруғлари аниқланганда кандидозга қарши даволаш яхши натижа беради. Касалликнинг папилломатоз шаклида криодеструкция ёки жаррохлик усули қўлланилади. Беморлар узок вақт даволанишади.

### **Хейлит (cheilitis)**

Лабнинг яллиғланиши бўлиб, оғиз бўшлиғи шиллик қавати, терининг модда алмашуви бузилишларининг симптоми ёки мустақил лаб касаллиги бўлиши мумкин.

Хейлитлар турли клиник кўриниши, этиологик омиллар, кечиш хусусиятлари билан бир-бирдан фарқ қилади.

А.Л. Машкиллейсон, С.А. Кутин қуйидагича хейлитлар таснифни яратишган:

I. Хусусий хейлитлар:

- эксфолиатив;
- гландуляр;
- контактли;
- метеорологик;
- актиник;

II. Симптоматик хейлитлар

- атопик;
- экзематоз;
- плазматик ҳужайрали;
- макрохейлит (Мелькерсон-Розенталь синдромида, авитаминозларида)

Д. Савкина бўйича хейлитлар таснифи:

I. Экссудатив хейлит:

- а) қуруқ шакли
- б) экссудатив шакли

II. Гландуляр хейлит:

- а) бирламчи
- б) иккиламчи
- в) йирингли

III. Экзематоз хейлит:

- а) умумий экзематада лабнинг жароҳатланиши
- б) контактли экзематоз хейлит
- в) микробли экзематоз хейлит

IV. Актиник хейлит:

- а) экзематоз шакли
- б) ксероз шакли

V. Сурункали қайталанувчи лаб ёриғи:

- а) лабнинг ўрта қисмини стрептококкли ёриғи
- б) лабнинг бурчагини стрептококкли, микотик, аллергик бичи-лишлари

VI. Абразив приканцероз, Манганотти хейлити.

VII. Макрохейлит

- а) гранулематоз шакли
- б) Мелькерсон - Розенталь синдроми.

### **Эксфолиатив хейлит (cheilitis exfoliativa)**

Лабнинг қизил хошиясини сурункали кипикланиш билан кечадиган касаллиги. Биринчи бор 1900 йилда Stelwagen, кейин эса Miculicz ва Kummel бу касалликни таърифлаб беришган. Бу касаллик кўпроқ аёлларда учрайди.

Этиологик омилларга асаб тизими бузилишлари, психопатологик ҳолатлар киради. Қалқонсимон безнинг гиперфункциясида эксфолиатив хейлит ривожланганиши аниқланган. Патогенезида генетик ва иммуноаллергик ўзгаришлар аҳамиятли ҳисобланади.

Клиник кечиши бўйича эксфолиатив хейлитнинг қуруқ ва экссудатив шакллари фарқланади. Айрим муаллифларнинг фикрича қуруқ шакли кўпроқ ўсмирлар ва ёшларда учраса, экссудатив шакли катталарда учрайди. Лекин текширувлар натижаси шуни кўрсатдики, қуруқ шакли 3-7 ёшгача учрайди. Текширилганларни ярмисида 20-40 ёшгача учраган бўлса, экссудатив шакли 16-63 ёшгача учрагани аниқланган. Иккала шаклда ҳам патологик жараён лабнинг қизил хошиясида (Клейн чизигининг ўртасигача) намоён бўлади. Жараён тери ёки шиллик қаватга тарқалмайди.

Эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шаклида беморларнинг лаби қурийди, ачишади, кипиклар пайдо бўлади (расм 56). Бу кипикларни бемор узиб ташлайверади. Лекин 5-7 кунда қилиқлар яна ҳосил бўлади. Объектив шаклида лабларда қуруқ кипиклар қузатилади, улар олингандан сўнг қип-қизил рангли ўчоқ қузатилади. Эрозия аниқланмайди.

Касаллик узоқ кечади. Қуруқ шакли экссудатив шаклига ўтиш эҳтимоли бор.

Экссудатив шаклида беморлар оғриққа, лаблар шишишига, қаткалоққа, овқатланиш қийинлигига шикоят қиладилар. Объектив кўрувда

Клейн зонасининг гиперемияси, шишиши, сарик кулранг рангли қаткалоқлар қузатилади (расм 57).

Гистологик текширувда эпителий ўзгариши қузатилади: эпителиоцитларнинг шакли ўзгариши, акантоз пара- ва гиперкератоз. Эпителий қаватини говакланиши, эпителий ичра лизиси натижасида ораликлар пайдо бўлади ва экссудация кучаяди. “Бўш” хужайралар пайдо бўлади, улар энергиясини сарфланган. Стромада фиброз, лимфоцитлар инфльтрацияси, плазматик хужайралар қузатилади.

**Қиёсий ташхис.** Эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шакли метеорологик, контактли, аллергик хейлитдан ва атопик хейлитдан фарқланади. Экссудатив шакли актиник хейлитнинг экссудатив шаклидан, экзематоз, хейлитдан, Манганотти хейлитидан ва қизил югурукнинг эрозив-яралли шакллари билан таққосланади.

**Эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шаклини қиёсий ташхис.** Метеорологик хейлитда лабнинг қизил хошиясини бутун юзаси шикастланади ва унинг кечиши метеорологик омилларга боғлиқдир. Атопик хейлитда лабнинг бурчаклари, қизил хошиясининг терига ўтиш қисми шикастланади, шиллик пардага ўтиш қисмида эса ўзгариш бўлмайди. Атопик хейлитда мавсумийлик ва лихенизация ўткирлашув даври ремиссия билан алмашилади.

Контактли аллергик хейлитда аллерген билан контакт жойида эритема пайдо бўлиши, аллерген бартараф қилингандан сўнг тезда йўқолиши билан тавсифланади.

Эксфолиатив хейлитнинг экссудатив шакли актиник хейлитнинг экссудатив шаклидан экзематоз хейлитдан, қизил югурукнинг эрозив-яралли шаклидан фарқлаш лозим.

Актиник хейлитнинг экссудатив шакли йилнинг мавсуми билан боғлиқ. Бунда лабнинг қизил хошияси шикастланади, шиш ва эрозиялар қузатилади.

Экзематоз хейлитда тошмаларнинг полимофизми: эрозия, қат-қалок, пуфаклар, ёрилмалар қузатилади. Морфологик элементлар тезда алмашади, ўткирлашуви, ремиссия даври билан алмашилади. Тошмалар лабнинг қизил хошиясида жойлашади, юз терисига ҳам ўтади.

Қизил югурукнинг эрозив-яралли шакли ривожланган эритема, гиперкератоз билан кечади, эрозия ва яралар, чандиқли атрофия ўчоқлари пайдо бўлади.

**Даволаш.** Комплекс бажарилади.

Рухий-эмоционал даволаш мақсадида транквилизаторлар: феназепам 0,0005 г дан кунда 3 марта, сибазон (седуксен, реланиум) 0,005 г кунда 3 марта, нейролептиклар: тиоридазин (меллерил, сонапакс) 0,01 г дан кунга 3 марта буюрилади.

Депрессив ҳолатларда касалликнинг қуруқ шаклида антидепрессантлар (амитриптилин, мелипрамин 0,025 г дан кунда 2 марта), триоксазин 0,03 г дан кунда 3 марта, хлосепид (элениум) 0,01 дан ку-



нига 3 марта буюрилади. Махаллий даволашда куруқ шаклида лабларга гигиеник лаб буюклар, суртмалар суртилади. Тиреотоксикозда бемор эндокринослогга юборилади.

Эксфолиатив хейлитнинг экссудатив шаклида Букки чегара нурлари 2 гр ҳафтада 2 марта ўтказилади, суммар дозаси 16 дан 30 г гача. Сеансдан олдин лабдан қаткалоқлар 2% ли борат кислота билан ивителиб, тозаланади.

Пирогенал 50 МПД дан бошлаб бир маротабали дозаси 1000-1500 МПД гача қўлланилади. Шиш, оғриқларни бартараф қилиш мақсадида рефлексотерапия ва рухий терапия яхши самара беради.

### **Оддий гландуляр хейлит (Cheilitis glandularis simplex)**

Лаблар, айниқса пастки лаб касаллиги булиб майда сулак безларининг туғма гетеротопия ва гипертрофияси, инфилтрланиши билан боғлиқдир.

Маълумки кўпчилик аралаш сўлак безлари меъёрда лабнинг шиллик қаватида жойлашади. Пастки лаб аномалиясида майда сулак безлари чегарадош Клейн зонаси билан лабнинг қизил хошиясида жойлашади. Биринчи бор оддий гландуляр хейлитни Puente ва Acevedo (1927) таърифлашган.

Оддий гландуляр хейлитнинг иккита шакли фаркланади: бирламчи ва иккиламчи. Бирламчи шакли лабнинг бошқа касалликлари билан алоқаси йўқ. Иккиламчи гландуляр хейлит лабларда намоён бўладиган касалликлар (қизил ясси темиртки, лейкоплакия ва х.к.) ва майда сўлак безларида туғма аномалияси йўқ беморларда учрайди.

**Этиологияси.** Оддий гландуляр хейлитнинг келиб чиқишида пастки лабнинг майда сулак безларини гетеротопияси ва гиперплазияси ахамиятли. Қўзғатувчи омилларга тиш тошлари, пародонтнинг яллиғланиши, тиш қариеси ва бошқа касалликлар киради.

Иккиламчи оддий гландуляр хейлитнинг келиб чиқишида лабнинг сулак безлари ва йўлларига яллиғланувчи инфилтратларни таъсири хисобланади. Бундай инфилтратлар қизил югурук ва лейкоплакияда учраши мумкин.

**Клиникаси.** Оддий гландуляр хейлит юқори лабга нисбатан пастки лабда купрок учрайди. Асосан 50 ёшдан ошган одамларда кузатилади. Беморлар лаблари қуришига, оғришига, кейинчалик эса ёрилишларига шикоят қиладилар.

Объектив кўриқда лабнинг шиллик қаватида шудринга ўхшаган томчилар майда сўлак безларини чиқиш йўлларида кузатилади (шудринг томчиси) (расм 58). Лаблар сўлак билан тез-тез намланиши натижасида қурийд, ёрилади. Иккиламчи гландуляр хейлитнинг шикоятлари сабабчи булган асосий касаллик ва бирламчи гландуляр хейлитнинг шикоят ва симптомлари билан кечади.

Гистологик текширувда эпителийда акантоз, паракератоз кузатилади. Шох қават хужайраларини қипиқланиши, бириктирувчи тўкимада шиш, гипертрофияга учраган сўлак безларининг чиқиш йўллари атрофида инфилтрация аниқланади.

Гиперкератоз ўчоқлари, доимий ёрилишлар сурункали яллиғланиш жараёни кечишини оғирлаштиради, ўсмасимон ўзгаришларга олиб келади.

**Даволаш.** Оддий гландуляр хейлитни даволашда преднизолон, нафталанли суртмалар қўлланилади. Гипертрофияга учраган сўлак безлари электрокоагуляция қилинади ёки жаррохлик йўли билан олиб ташланади.

Профилактика мақсадида оғиз бўшлиғи санация қилинади, лабларни шилинишидан ва қуришидан саклаш лозим.

### **Контактли аллергия хейлит (Cheilitis allergica contactilis)**

Турли таъсирловчиларнинг қизил хошияга таъсири натижасида секинлашган аллергия реакцияси вужудга келиб, контактли аллергия хейлитнинг асосини, заминини яратади.

Биринчи бор Miller ва Taussig 1924 йилда контактли аллергия хейлитни клиник белгиларини тасвирлаб беришган.

Этиологик омиллар булиб лаб буюклар, тиш пасталари, тиш протезлари таркибига кирувчи кимёвий махсулотлар хисобланади. Касбий зарарликлар, металл буюмлар билан лабнинг контактли (айниқса чекувчиларда) аллергия хейлитни ривожланишига олиб келиши мумкин.

**Клиник кўриниши.** Беморлар лаби кизаришига, шишишига, қичишига ва ачишига шикоят қиладилар. Анамнездан беморда зарарли омил таъсири бўлгани маълум булади.

Объектив кўриқда лабнинг қизил хошияси гиперемияланган, тери ва шиллик қаватга асосан тарқалмайди. Яллиғланиш авжига чиққанда лабда майда пуфакчалар ҳосил бўлиши кузатилади. Улар ёрилгандан сўнг эрозия, ёрилиқлар пайдо булади.

Контактли аллергия стоматитни эксфолиатив хейлитдан, актиник хейлитни қуруқ шакли ва атопик хейлитдан фарқлаш лозим.

**Даволаш.** Контактли аллергия хейлитни даволашни сабабчисини аниқлаш ва бартараф қилишдан бошлаш лозим. Махаллий даволашда флуцинар, преднизолонли, фторокорт ва бошқа яллиғланишга қарши мўлжалланган суртмалар қўлланилади.

Албатта организмни сенсбилизациясини пасайтирувчи препаратлар (супрастин, диазолин, димедрол, тавегил, кларитин, гистоглобулин ва бошқалар) буюрилади.

### **Актиник ва метеорологик хейлитлар**

Актиник хейлит (cheilitis actinica) қуёш нурига сезувчанлиги ошган беморларда лабнинг қизил хошиясида намоён бўлади.

Аурес 1923 йилда актиник хейлитни клиник кечишини тасвирлаб берган. Кўпроқ 20-60 ёшлик инсонларда, асосан эркакларда учрайди.

**Этиологияси.** Куёш нурига сезувчанлик ошиш натижасида ультрабинафша нурларни таъсири хисобланади.

Клиник кечиши бўйича актиник хейлитнинг икки шакли -экссудатив ва қуруқ шакллари фаркланади.

Касалликни экссудатив шаклида беморлар лаби қичишига, ачишига, эрозия ва яралар ҳосил бўлганига ва оғриққа шикоят қилишади. Объектив кўрувда лабнинг қизил ҳошияси бироз шишган, гиперемияланган, майда пуфакчалар ва эрозиялар пайдо бўлганлиги аниқланади. Улар қуриши натижасида қаткалоқ ҳосил бўлиши кузатилади. Клиник манзара хейлитни эслатади, лекин актиник хейлитни сабабчи омили бўлиб қуёш инсоляцияси хисобланади.

Актиник хейлитнинг қуруқ шаклида лаблар қуруқ бўлади, оғриқ, ачишиш каби шикоятлар бўлади. Объектив кўриқда лаб эритемаси ва майда оқиш-қулранг қипиқлар кузатилади. Эрозия билан асоратланади.

Актиник хейлит бошқа салбий таъсирлар (чанг, чекиш) натижасида хавфлига айланиши мумкин.

Актиник хейлитнинг қуруқ шаклини эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шаклидан фарқлаш лозим. Экссудатив шаклини контактли аллергик хейлитдан ва атопик хейлитдан таққослаш керак.

**Даволаш.** Куёш инсоляцияси билан боғлиқ касбни алмаштириш тавсия қилинади.

Махаллий кортикостероидли суртмалар буюрилади. Ичиш учун В гуруҳи витаминлари (В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>) қўлланилади.

Никотин кислотаси, делагил 0,25 г дан кунига 2 марта 2-3 ҳафта мобайнида буюрилади, кунига 10 мг преднизолон қўллаш мумкин.

Профилактика мақсадида фотохимияловчи суртмалар “Луч”, “Антилюкс”, 10% салол малҳами, “Щит” лабга суртилади. Лоринден, локакортен, флуцинар каби суртмалар буюрилади.

**Метеорологик хейлит (cheilitis meteorologica).** Метеорологик хейлитнинг келиб чиқишида турли метеорологик сабаблар: намлик, шамол, паст харорат, қуёш билан нурланиш каби омиллар ва баъзи касалликлар (себорея, нейродермит) бўлиши мумкин.

Метеорологик хейлитнинг клиник қуриниши актиник хейлитнинг қуруқ шаклини, контактли аллергик ва эксфолиатив хейлитни эслатади (расм 59). Беморлар купинча лаби қуруқлигига, кипикланишига шикоят қиладилар. Объектив кўриқда лабнинг қизил ҳошияси гиперемияланган, инфилтрланган, майда кипиқлар билан қопланган бўлади.

Гистологик текширувда эпителий гиперплазияси, ўчоқли мугузланишлар кузатилади.

Метеорологик хейлитда актиник хейлитдан фарқли равишда баҳор-қуз фаслларида беморлар енгиллик сезмайдилар. Анамнез муҳим ахамиятга эга. Беморлар узоқ вақт очик хавода бўлганларини эслашади. Метеорологик хейлит облигат усма олди касалликларни (чега-

раланган гиперкератоз, Манганотти абразив преканкрот хейлити) келиб чиқиши учун хавф туғдиради.

Даволаш - актиник хейлит каби ўтказилади.

### **Атопик хейлит (cheilitis atopicalis)**

Лабларни симптоматик касаллиги хисобланади, асосан нейродермит ва атопик дерматитда учрайди. Одатда диффуз нейродермитнинг типик клиник симптоми булиб теридаги эритема, қичишиш, экскориация ва лихенизация ўчоқлари бўлиб хисобланади. Патологик жараённинг билак ва юз териси, бўйинда жойлашиши касаллик учун хосдир.

Атопик хейлитни этиологиясида ирсий омиллар ахамиятли хисобланади, чунки улар аллергик реакцияларни ривожланиши учун кенгли шарт-шароит яратади.

Аллергенлар бўлиб озик-овқат махсулотлари, спирт, упа ва бошқа косметик воситалари, бактериал ва физикавий омиллар хисобланади.

**Клиник кўриниши.** Беморлар лаби қичишига, қизаришига, лабнинг қизил ҳошияси кипикланишига шикоят қиладилар.

Объектив кўрувда лабларнинг қизил ҳошияси бироз шишганлиги аниқланади. Лаб бурчаклари зарарланади. Ўткир жараён сўнгандан кейин кипикланиши ва лихенизация кузатилади. Лаб бурчакларининг қуруқлиги ёрилма ва бичилишларга олиб келади.

Патоморфологик узгаришлар эпителийда (акантоз, паракератоз) ва бириктирувчи тўқимада (периваскуляр инфилтрация) кузатилади. Қиёсий ташхис актиник хейлит, аллергик хейлит, контактли хейлит, стрептококкли бичилишлар билан ўтказилади.

**Даволаш.** Атопик хейлитни даволашда гипосенсибилизацияловчи препаратлар (супрастин, кларитил, димедрол ва бошқалар), В гуруҳ витаминлари (рибофлавин, пиридоксин) қўлланилади. Вена ичига 30% ли натрий тиосульфатни 5-10 мл дан ҳар куни қуйилади. Гистоглобулин, седуксен, тазепам ҳам инъекция қилинади.

Аллергияга қарши суртмалар (преднизолонли, гидрокортизонли) махаллий суртилади. Консерватив даволаш яхши натижа бермаган ҳолларда Букки нурлари буюрилади. Беморларга аччик, шўр овқатлар ва сенсibiliзация чақирувчи озиклардан шоколад, қулупнай, цитрусли мевалар ва бошқалар ейиш ман қилинади.

### **Экзематозли хейлит (cheilitis eczematosa)**

Лабларни симптоматик касаллиги хисобланади. Касалликнинг асосида терининг юза қаватларини асаб-аллергик табиатли шикастланиши ётади ва бу ҳолатни экземанинг симптоми дейиш мумкин.

Аллерген бўлиб турли таъсирловчилар - микроорганизмлар, до-ри-дармонлар ва тиш пасталарининг қўшимчалари хисобланади.

**Клиник кўриниши.** Касаллик ўткир ва сурункали холатда кечади. Зарарланиш белгилари полиморф бўлиши мумкин: везикула, намлиниш, қаткалоқ учрайди.

Касалликнинг ўткир даврида беморлар лаби қичишишига, ачишишига, шишганлигига ва қизаришига шикоят қиладилар. Яллиғланиш белгилари сусайиши натижасида, тугун ва тангачалар, қаттикланишлар пайдо бўлади ва касаллик сурункали шаклига ўтади. Кейинчалик лабнинг қизил хошияси кия жойлашган бурмалар, ёриқлари билан, нам юза эса пўстлоқлар билан қопланади.

**Қиёсий ташхис.** Экзематоз хейлит атопик хейлит, контактли аллергик хейлит ва актиник хейлитнинг экссудатив шакли билан қиёсланади.

**Даволаш.** Седатив ва гипосенсибилизацияловчи воситалар қўлланилади. Махаллий кортикостероидли суртмалари “Лоринден С”, “Синалар-Н” ва “Дексон”, “Дексокорт” аэрозолларини қўллаш тавсия қилинади.

### **Макрохейлит (Macrocheilitis)**

Лабларнинг шиши билан кечадиган касаллик хисобланади (расм 60). Юз нервини неврити ва макрохейлитнинг бирга учрашини 1901 йилда Россолимо, кейин эса Melkerson биринчи бор тасвирлаб беришган. Ушбу симптомларга бурмали тил кўринишини қўшган олим Rosental бўлган. Юқоридаги симптомлар учлик синдроми, ёки Мелькерсон-Розенталь синдроми деб адабиётларда номланади.

Касалликни этиологиясида инфекцион-аллергик омиллар ва наслий ўзгаришлар муҳим аҳамиятга эгадир. Айрим муаллифларни фикрича, бу касаллик ангионеврознинг кўриниши бўлиши мумкин.

**Клиник куриниши.** Бемор лабнинг шишганига, қичишига шикоят қилади. Шиш узоқ вақт сақланиб туради. Қанчадир вақт ўтгач беморнинг аҳволи биров яхши бўлади, кейин яна қайталади. Лабларни ранги узгармайди. Шиш юзни бошка соҳаларида учраши мумкин. Юз нервини неврити туфайли юз мушаклари соғлом томонга қийшаяди. Бурмали тил ривожланиш аномалияси хисобланади.

Мелькерсон-Розенталь синдроми ташхислаш ҳар доим осон кечмайди, чунки учта симптомдан иккитаси бўлади холос.

Гистологияда гистиолимфоцитлар ва плазматик хужайраларнинг инфилтрати кузатилади. қон ва лимфа айланиши бузилади, томирлар кенгаяди, васкулит, фибриноидли некроз, лейкоцитлар ва гранулемалар шаклланиши аниқланади.

**Қиёсий ташхис.** Квинке шиши, лимфангиома, гемангиома, рожали яллиғланиш билан ўтказилади.

**Даволаш.** Кортикостероидлардан дексаметазон 3-5 мг/сут дан (курсга 125 мг), олететрин 750000-100000 ТБ кунига 4-5 марта, безгакка қарши препаратлардан далагил 0,25 г дан кунига 2 марта (кур-

сга 20-25 мг) антигистамин препаратлари, С ва В гуруҳ витаминлари буюрилади.

Касалликни турғун шаклларида пирогенал, продигиозан қўлланилади. Невритда физиотерапевтик муолажаларидан Бернар тоқлари, ультратовуш, электрофорез буюрилади.

### **Саратон ва саратон олди касалликлари**

Хавфлилик даражасига қараб облигат ва факультатив саратон олди жараёнлари тавофут қилинади.

Облигат (юқори даражадаги хавфлигисига айланадиган) саратон олди касалликлари даволанмаса, улар турли муддатдан сўнг ўсмага олиб келади. Кўпчилик холларда у cancer in situнинг бошланиши бўлиб хисобланади.

Факультатив (кам даражада хавфлигисига айланадиган) саратон олди касалликлари ҳар доим ўсмага олиб келмайди.

Машкиллейсон А.Л. томонидан 1970 йилда саратон олди касалликлари таснифланган ва онкологларни Бутуниттифок тиббиёт жамиятининг бош ва бўйин ўсмаларини ўрганиш буйича Комитети томонидан 1976 йилда тузатишлар киритилган холда тасдиқланди. “Ўсма олди” атамаси умумий дипластик ўзгаришларни ифодалашда, шунингдек асосида ўсма келиб чиқиши мумкин бўлган мустақил нозологик бирликларни ифодалашда қўлланилади.

### **Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ўсма олди касалликларининг таснифи:**

- А. Юқори даражада хавфлига айланадиган (облигат):
  - Боуэн касаллиги
  - Б. Кам даражада хавфлига айланадиган (факультатив):
    - Веррукоз ва эрозив лейкоплакия
    - Папилломатоз
    - Қизил ясси темиртки ва қизил югурукнинг эрозив-яралли хамда гиперкератотик шакллари.
      - Нурланишдан кейинги стоматит
- Лаб кизил хошияси ўсма олди жараёнининг таснифи:
  - А. Юқори даражада хавфлига айланадиган (облигат):
    - Сўгалсимон саратон олди касаллиги
    - Чегараланган саратон олди гиперкератози
    - Манганотти хейлити
    - Абразив преканкроз
  - Б. Кам даражада хавфлига айланадиган (факультатив):
    - Лейкоплакия
    - Кератоакантома
    - Тери шохланиши
    - Мугузланишли папиллома

- Кизил ясси темиртки ва кизил югурукнинг эрозив-яралли ҳамда гиперкератотик шакллари.

- Нурланишдан кейинги хейлит

### **Облигат саратон олди касалликлари Боуэн касаллиги (morbus Bowen)**

1912 йилда Bowen томонидан шархланган.

**Клиникаси.** Зарарланиш ўчоғи одатда якка бўлади, кўпинча гиперемияланган, оч кизил доғлар, силлиқ ёки майда сўрғичсимон ўсимталар орасида бахмал юзали кўринишда бўлади. Марказий қисми майда думбоқли юзаси билан лейкоплакияга, ёки кизгиш рангли шохланиш ўчоқлари бўлиши билан кизил ясси темирткига ўхшайди. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати атрофияланиш натижасида бошқа атроф тўқималарга нисбатан бирмунча пасайиб қолади. Турли жойларда майда осон қонайдиган эрозиялар ҳосил бўлади. Зарарланиш ўчоғини ўлчами 1-2 мм дан 5-6 см гача бўлади, уни атрофлари нотекис, лекин аниқ бўлади. Асоси қаттиқлашмаган. Тилда жойлашганда шу зарарланган жойда сўрғичлар йўқолади. Худудий лимфа тугунлар катталашмайди (расм 61).

Субъектив сезгилар унча билинмайди, лекин эрозиялар оғриқли бўлиши мумкин. Касаллик кичик гиперемия соҳалари кўринишида бўлиши, ёки ҳеч қандай яллиғланишсиз лейкоплакияга ўхшаш бўлиши мумкин. Касаллик номаълум вақтгача давом этади, шикастланишлар жараёни тезлаштиради. Бошқа ҳолларда касаллик йиллаб давом этади ва in situ босқичида тўхтаб қолади. Шу сабабдан ташхисни қўйиш учун гистологик текширув бажарилади.

Гистологик текширувда БОУЭН касаллигида ички эпителий спиноцеллюляр саратон манзараси намоён бўлади. Тиканаксимон қават ҳужайраларнинг полиморфизми кузатилиб, то атипиягача боради. Митозлар сони ошади, бузилади, гигант ҳужайралар ва кўп ядроли ҳужайралар сони кўпаяди, акантоз, баъзи ҳолларда гиперкератоз ва паракератоз кузатилади. Базал парда ва базал қават сақланган бўлади. Строманинг юқори қисмида лимфоцит ва плазмоцитлардан иборат унча катта бўлмаган инфилтрат жойлашади.

**Қиёсий ташхис.** Лейкоплакия, кизил ясси темиртки, сурункали шикастланишлар билан ўтказилади.

### **Сўгалсимон саратон олди касаллиги (precancer verrucosus)**

Бу касаллик А.Л. Машкеллейсон томонидан 1965 йилда аниқланган бўлиб, у фақат пастки лабда жойлашади, кўриниши ярим-шарсимон, юзаси сўгалли эслатади, оғриқсиз, диаметри 4-10 мм-ли, тугунча бўлиб аниқланади. ўчоқ ранги - кизил хошиянинг меъёрий рангидан, то тўқ кизилгача бўлади. Тугунчани усти кул рангли қийин олинадиган тангачалар билан қопланган бўлади.

Гистологик текширилганда тиканаксимон қаватни кенгайтириши ҳисобига эпителийнинг чегараланган пролиферацияси, баъзи ҳолларда гиперкератоз ва паракератоз, тиканаксимон қават ҳужайраларнинг турли даражадаги полиморфизми кузатилади. Базал мембрана сақланган. ўсманинг хавфли шаклига тез 1-2 ойдан сўнг ўтиши мумкин. қиёсий ташхис папиллома ва сўгал билан ўтказилади.

### **Лаб қизил хошиясининг чегараланган саратон олди гиперкератози (hyperkeratosis praecancerosa circumscripta)**

Касаллик 2 мм ўлчамли полигонал шакли шохланиш соҳалари бўлиши билан ифодланади. Куп беморларда зарарланиш ўчоғи шиллиқ қават билан қоплангандек бўлади, бироз чўкиб туради, баъзан бўртиб туриши мумкин. Юзаси текис бўлиб, юпка зич тангачалар билан қопланган. Қирилганда тангачалар олинмайди. Пайпаслаганда пластинкасимон зичланиш аниқланади. Ранги ўзгаришсиз, кўпинча бу касаллик неспецифик яллиғланиш кўринишида пайдо бўлади (расм 62).

Гистологик текширилганда чегараланган акантоз соҳалар, кўпинча ҳужайралар дисконплентацияси ва полиморфизми, гиперкератоз аниқланади.

**Қиёсий ташхис.** Лейкоплакия, кизил ясси темиртки билан ўтказилади. Бир неча йил ёки ойлardan кейин хавфлига ўтиши мумкин.

### **Абразив преанкроз Манганотти хейлити (cheilitis abrasiva praecancerosa Manganotti)**

Бу касаллик 1933 йилда Manganotti томонидан аниқланган. Касаллик 50 ёшдан ошган эркакларда кўпроқ учрайди. Хейлитнинг бу тури келиб чиқишда шикастланишлар, инсоляция, герпес сабабчи бўлиши мумкин.

**Клиникаси.** Пастки лабда чегараланган ёки тарқалган сурункали катарал яллиғланиш асосида битта, баъзан кўп кизил рангли силлиқ юзали эрозиялар пайдо бўлади, устидан зич ёпишиб турувчи қонли ёки серозли пўстлоқ билан қопланган (расм 63). Уни кўчириб олиш қийин кечади, олинганда қонайди. Агар эрозия пўстлоқ билан қопланмаган бўлса, у қонамайди. Асосида қаттиқлашиш бўлмайди. Эрозиялар секин кечиши, турли суртмалар билан даволанганда ҳам чидамлиги билан фарқланади. Узок вақт туриб, улар эпителизацияланади, сўнг бошқа жойдан ёки шу ердан яна чиқади. Гистологик текширувда эпителий нуқсонли, уни тагидаги бириктирувчи тўқимада эса яллиғланиш инфилтратцияси бўлади. Эрозия қирғоғидаги эпителий акантоз ҳолатида бўлади ёки атрофия учрайди. Ундан стромага томон эпителий тортмалари кетади. Тиканаксимон ҳужайралар ҳар жой-ҳар жойда турли даражадаги дисконплентация ва атипик жойлашган бўлади.



Жараён 1-2 ойдан кўп йилларгача давом этади, даволанмаса хавфлига айланади. Клиник жихатидан унинг асосида қаттиқлик бўлиши ва атрофидаги эрозиялар юзаларида сўрғичсимон ўсимталар ҳосил бўлиши мумкин. Эрозиялар атрофида мугузланиш пайдо бўлади. Ўчоқдан олинган қирмалар атипик ҳужайралар бўлишига ёки гистологик текшириш натижаларига асосланиб ташхис қўйилади.

**Қиёсий ташхис.** Лейкоплакиянинг қизил ясси темиртки, қизил югурукнинг эрозив шакллари билан, пуфакча, кўп шаклли экссудатив эритема, актиник хейлит ва герпетик эрозиялар билан ўтқазилади.

**Даволаш.** Биринчи навбатда маҳаллий таъсирловчи омилларни йўқотиш керак, сўнг оғиз бўшлиғи санація қилинади, тишлар тўлиқ протезланади, чекиш ман қилинади, инсоляцияни йўқотиш тавсия қилинади. Аъзо ва системаларнинг касалликларини аниқлаш ва даволаш керак. Ичишга А витамин (ретинол ацетатнинг 3,4% ли ёғдаги эритмаси ёки ретинол пальмитатнинг 5,5% эритмаси) кунига 2-3 марта 10 томчидан берилади. Поливитаминлар ҳам тайинланади.

Маҳаллий: шу жойга А витаминининг ёғли эритмасидан аппликация қилинади. Фонли яллиғланишда кортикостероидли ва антибиотикли суртмалар қўйилади. Консерватив даво 1 ойгача ўтқазилади. Ўчоқни соғ тўқималаргача жаррохлик йўли билан олиш яхши натижа беради.

Фақатгина Манганотти хейлитда консерватив даво қўллаш мумкин. Облигат саратон олди касалликларининг барча турларини даволаш жаррохлик усулда олиб борилиб, зарарланиш ўчоғи соғ тўқималаргача кесилиб, зудлик билан гистологик текширувга юборилади. Кесилган тўқимадан серияли кесмалар тайёрлаб текширилади. Агар операция қилишнинг иложи булмаса, бемор нурланиш билан даволанади.

### **Факультатив саратон олди касалликлари.**

#### **Тери шохланиши (cornu cutaneum)**

Терининг шохланиши - кучли гиперкератоз билан эпителийнинг гиперплазияси бўлиб, ташқи кўриниши ва қаттиқлиги жихатидан шохга ўхшайди. Лаб қизил хошиясида, кўпинча пастки лабда ёши 60 ёшдан каттароқ кишиларда учрайди. Оғриқсиз бўлади. Унинг ранги кулранг ёки қўнғир бўлиб, диаметри 1 см гача, узунлиги 1 см гача этади. Тери шохланиши узоқ йиллаб давом этувчи касалликдир. Яллиғланиш ва шох атрофида қаттиқланиш пайдо бўлиши, шохланишнинг кучайиши уни хавфли ўсмага ўтганлигини билдиради (расм 64).

Ташхис шу ўчоқдан олиниб, гистологик текширилгандан сўнг қўйилади.

**Даволаш.** Жаррохлик усули - тери шохланиши соғ тўқима билан бирга олиб ташланади.

### **Кератоакантома (keratoacanthoma)**

Кератоакантома - эпидермал хавфсиз ўсма булиб, тез ривожланади. Касаллик лабнинг қизил хошиясида, кам ҳолларда тилда жойлашади. Кератоакантома кул ранг қизғиш зич тугунча кўринишида пайдо бўлади. Марказида воронкасимон чуқурлашган, ичида осон олинувчи мугузли масса билан тўлган бўлади. Ўсма тез ўсади ва бир неча ой ичида катта (2,5-1,0 см) ўлчамга эга бўлади. Кератоакантома оғриқсиз, ҳаракатчан, атроф тўқималар билан қўшилмаган бўлади. Ўсма 6-8 ойдан сўнг ўзи йўқолади, ўрнида чандиқ қолади ёки у хавфли ўсмага айланади. Кератоакантомани сўғалсимон саратон олди касаллиги ва саратондан фарқлаш керак. Саратонни консистенцияси анча қаттиқ бўлади, асоси зич, мугузли массалар билан тўлдирилган бўлиб, улар олингандан сўнг қонайди. Даволаш жаррохлик усули ёрдамида олиб борилади.

**Папиллома** - хавфсиз ўсма бўлиб оғиз бўшлиғи шиллик қаватини қопловчи эпителийдан ва бириктирувчи тўқимали стомадан тузилган. Кўриниши сўғални ёки гуллаган карамни эслатади. Папиллома ингичка оёкчали, баъзан кенг асосли ҳам бўлади. Ўлчамлари ҳар хил 1-2 мм дан 1-2 см гача бўлиб, якка ва кўп сонли папилломалар кузатилади. Оғиз бўшлиғида папилломалар кўпинча тил ва танглайда, кам ҳолларда лаб ва лунжда жойлашади (расм 65). Агар кўп сонли папилломалар бўлса, у холда папилломатоз дейилади. Мугузланган папиллома кул ранг - оқиш тусда бўлади, асоси қаттиқлашганлиги, уни малигнизацияланганлигини билдиради.

Папиллома ва папилломатознинг малигнизацияси тахминан 7-10% ҳолларда учрайди. Патогистологик текширилганда папиллома кўп қаватли ясси эпителийдан ва жуда кўп қон томирларни тутувчи сийрак бириктирувчи тўқимадан тузилган бўлади. Папилломани даволашда жаррохлик усули қўлланилади.

**Лейкоплакия** - шиллик қаватнинг сурункали яллиғланиши бўлиб, хусусий шиллик қаватнинг яллиғлиниши ва эпителийнинг мугузланиши билан тавсифланади.

**Қизил ясси темиртки** - эрозив-яралли шакли тери ва шиллик қаватнинг яллиғланиши касаллиги бўлиб, майда папулалар тошиши билан тавсифланади. Кўпинча 30 ёшдан ошган аёлларда учрайди. Этиологияси номаълум: вирус, невроген ва токсик алергик теориялар мавжуд. Бу оғир шакли бўлиб, эрозиялар фибриноз караш билан қопланган. Улар атрофида қизил ясси темирткининг ўзига хос манзараси сақланади. Бундай эрозиялар узоқ вақт давом этиб, тўлиқ даволанмаса қайталади. Қизил ясси темирткининг гиперкератотик шакли кучли гиперкератозли бўлиб, папулалар қўшилиб пиллакча ҳосил қилади ва шиллик қават юзасидан кўтарилиб туради. Пиллакчалар чегараси аниқ, бурмали шохланган масса билан қопланган.

Гиперкератоз ўчоғи атрофида папуллез тошмалар учрайди. Касаллик 1% холларда кексаларда малигнизацияга учрайди.

**Гистологик текширувда:** гиперкератоз шаклида кучли гиперкератоз, эрозив-яралада нуқсон жойида сурункали яллиглианиш жараёни аниқланади.

**Қиёсий ташхис:** лейкоплакия, қизил югурук, папуллез захм, кандидоз, аллергик тошмалар ва Боуэн касаллиги билан ўтказилади.

**Даволаш.** Шикастловчи омилларни бартараф этиш, оғиз бўшлиғи санацияси, чекишни тухтатиш, седатив воситалар билан даволаш, поливитаминлар(асосан А ва Е витаминлари), никотин кислотаси, оғриқсизлантирувчи воситалар гиёҳлар дамламаси билан чайқаш, кера-топластик воситалар, гистоглобулинни буюриш керак. Консерватив да-волаш ёрдам бермаса, унда бемор гистологик текширувга юборилади.

### **Қизил югурукнинг эрозив-ярала шакли (lupies erytematodes)**

Ўткир ва сурункали системали қизил югурук тавофут қилинади. У билан кўпинча 20-40 ёшдаги аёллар касалланади. Бу касаллик коллагенозларга мансубдир. Юзда капалак шаклида эритема пайдо бўлиб, пешона, бурун, лунж, лабнинг қизил хошияси шикастланади. Беморнинг шикоятлари овқат еганда оғриққа бўлади. Касалликнинг асосий клиник белгилари: эритема, гиперкератоз ва атрофия.

Касалликнинг эрозив-ярала шаклида яллиғланган эрозия, яра, ёриқлар пайдо бўлиб, улар атрофида гиперкератоз кузатилади. Бу лабнинг қизил хошиясидаги жараён кейинчалик қизил югурукнинг 6% ўсмага айланади.

**Гистологик текширувда:** паракератоз, гиперкератоз, акантоз кузатилади. Касалликнинг эрозив-ярала шаклида кучли шиш ва яллиғ-ланиш, айрим жойларда эпителийнинг нуқсонлари аниқланади.

**Қиёсий ташхис.** Қизил ясси темиртки, лейкоплакия, актиник хейлит, абразив преанцероз Манганотти хейлити билан ўтказилади.

**Даволаш.** Оғиз бўшлиғини санацияси касалликни яллиғлантир-маслик учун муҳим ҳисобланади. Салбий омиллар бартараф қилиш, совуқ ҳаво ва қуёш нурларидан сақланиш, фото-ҳимоя қилувчи сур-тмалар “Щит”, “Луч”, кортикостероидли суртмаларни қўллаш тавсия қилинади.

Преднизолон, дексаметазон, “В” гуруҳи витаминлари, никотин кис-лотаси, далагил буюрилади. Бемор диспансер рўйхатига олинади.

### **Янги технологиялар Қор уюми.**

Бу усулни мазмуни – талабалар мавзудаги маълумотларни кайтаргаларида кўпроқ хотираларида қолишига асосланган.

Биринчи талаба мавзу бўйича дастлабки маълумотлани айта-ди. Масалан: «Захм – юқумли касаллик». Иккинчи талаба унга қўшимча қилади: «Захм – юқумли касаллик, оқиш трепонема билан чақирилади». Учинчиси яна қўшимча маълумот бериб, аввалгисини қайтаради: « Захм – юқумли касаллик, оқиш трепонема билан чақирилади. Юқиш йўллари – жинсий, периентал, маиший» ва х.к. Охирги талаба эса аввалги талабаларни маълумотларни қайтариб, ўзиникини қўшиб яқун-лайди.

### **Мия хужуми**

Мия хужуми ижодий фикрлашни амалий фикрлашдан устун қўйишни назарда тутаяди. Ўқувчилар муҳокама давомида юзага кел-ган фикрларни тавсия этадилар. Тавсия этилган ҳеч қайси фикр инкор этилмайди ва танқид қилинмайди, ҳамма фикрлар (доскага) ёзиб борилади. Бу усулни қўллашдан асосий мақсад – ўқувчиларни иложи борица кўпроқ янги фикрларни ишлаб чиқишга раҳбатланти-ришдир. Ҳамма фикрлар ёзиб бўлингач, гуруҳ уларни таҳлил қила-ди, таснифлайди ва вақтдан келиб чиққан ҳолда ҳамма ҳулосаларни ёки керак бўлган сегментни муҳокама қилади. Мия хужуми ўқувчи-ларни имкон қадар кўпроқ фикрлашга давъат этади.

*Мия хужуми самарали бўлиши учун қуйидаги шартларга амал қилиш керак:*

- қисқа сўзлаш, ўқувчиларни кўпроқ фикрлашга раҳбатлан-тириш;
- эркин муҳит яратиш, ўқувчилар ўзини озод сезиши ва барча ўйлаган фикрларини айтишига қўйиб бериш;
- Иш бошлашдан олдин уни ҳамма қоидаларини айтиб ўтиш;
- Фақат танланган мавзу бўйича шуҳулланиш
- Мия хужуми давомида фикрларни комбинациялаш, аниқлаш-тириш;
- Танқид қилишни тақиқлаш;
- Машқдан мақсад – фикрларни сифати эмас, сони муҳимли-гини тушунтириш.

Ҳамма ўқувчиларнинг фикрлари жамлангач, гуруҳ уларни муҳо-кама қилади, аниқлаштиради, бирлаштиради ва ортиқчасини чиқариб ташлайди. Энг қимматли фикрлар алоҳида ажратилади ва ривожлан-тирилади.

### **Муайян мисолларни муҳокама қилиш**

Бунда ўқувчилар ҳаётда ҳақиқатдан дуч келиши мумкин турли вазиятлар муҳокама қилинади. Маълум вазият таҳлил қилинади ва

мухокама этилади, сўнг ўқувчилар шу вазиятга яраша кўриладиган чора-тадбирлар режасини ишлаб чиқади. Бундай мухокама гуруҳ қатнашчиларига муаммони ечишда альтернатив йўллари излаш, тахлил қилиш ва хал қилишни ўргатади.

Муайян мисолларни хал қилиш қўйидаги тарзда олиб борилиши мумкин:

- Доскага мухокаманинг умумий мақсади ёзилади. Масалан: «Ахоли орасида ялпи диспансеризация ўтказиш»
- Ўқувчилар 3-4 кишидан иборат гуруҳларга бўлинади
- Хар бир гуруҳга улар қайси гуруҳ ахоли орасида диспансеризация ўтказиши кераклиги қайд этилган карточка берилади.
- Карточкага асосланган холда ўқувчилар ахоли орасида қандай тарзда, диспансеризация ўтказишини, унга қайси контингентни жалб этишини, вужудга келиши мумкин бўлган муаммоларни хал қилиш йўллари режаланди.
- Хар бир гуруҳ белгиланган вақт давомида, ўқитувчи назорати остида ишлайди.
- Хар бир гуруҳ ўз ишини намойиш этади.
- Ўқувчилар ўз фикрлари билан атрофдагилар билан бўлишади, ишга изош беришади.

### **Гуруҳ дискуссия (мухокама)си**

Муайян мавзудаги мухокама икки ёки ундан ортиқ кишидан иборат гуруҳларда олиб борилади. Мухокама бошида уни фаоллаштириш мақсадида бир қатор савол ёки машқлар тавсия этилади. Бунда мухокама бутун бир гуруҳни ёки мухокама якунида ўз фикрини бутун аудиторияга намойиш этувчи алоҳида кичик гуруҳчаларни қамраб олиши мумкин.

*Гуруҳ мухокамасининг мақсади:*

- Гуруҳнинг ҳамма аъзоларини фаол ишлашга жалб қилиш;
- Ўқитиш жараёнини хилма-хиллаштириш ва уни зерикарли бўлиб қолишини олдини олиш.
- Ўқувчиларни ўз билим ва малакалари билан ўртоқлашишларини рахбатланатириш;
- Муаммони хал қилишда хар бир қатнашчининг турли хилдаги малакаси, тажрибаси ва фикрини ҳисобга олган холда ижодий ёндошиш;
- Фикрлар ва ёндошишларни умумий бир йўлга йўналтириш;

Гуруҳ мухокамасининг самарали бўлиши гуруҳ сардорининг нақадар тажрибали ва малакали бўлишига боғлиқ - у пассив қатнашчиларни жалб қилишни билиши ва мухокамани тор доирадаги қатнашчилар қўлига ўтиб кетишини олдини ола билиши керак. Мухокамани самарали бўлишининг шартлари:

1. Фақат жавоб бериш мумкин бўлган саволларни бериш;
2. Саволларни аниқ ва тушунарли тарзда шакллантириш;
3. Аввал бутун аудиторияга, сўнг алоҳида қатнашчиларга йўналтирилган саволлар берилади;
4. Муаммо кўринишига эга бўлган, мухокамани жонлантирадиган саволлар берилади.
5. Бир вақтнинг ўзида фақат битта савол берилади.
6. Мухокама керакли мавзуга йўналтирилиб турилади;
7. Савол аниқ бўлиши билан бирга «Ха» ёки «Йўқ» деб жавоб бериш мумкин бўлмаслиги керак.

### **Гуруҳ ижоди**

Ўқувчилар гуруҳларга ажратилиб, хар бир гуруҳга шер, шиор, давъат тарзида ижод қилиш тавсия этилади. Масалан шер тарзида қариезни профилактикаси мавзусини ифодалаш. Ёки стоматологлар учун энг маъқул эмблемани ифода этиш. Энг яхши ижод махсули мухокама қилинади.

### **Рол ўйини**

Рол ўйинида маълум муаммо ифодаланган сахна ва уни ечиш йўли акс эттирилади. Рол ўйини келажак, кузатилиши мумкин бўлган воқеага тайёргарлик, ёки бўлиб ўтган воқеага баҳо бериш мақсадида ўтказилиши мумкин. Рол ўйини амалда мавжуд бўлган муаммога фалсафий нуқтаи-назардан ёндошиб, ўқувчиларнинг воқеага нисбатан эмоционал ва жисмоний жавобини кузатишга имкон беради. Ўйин қатнашчиларига воқеани хавфсиз шароитда тахлил қилиш ва унга нисбатан қандай чора кўриш тавсия этилади. Бу ўйин ўқувчиларни бошқа одамларни ва уларни шу вазиятдаги ўрнини тўғри тушуниб етишига ёрдам беради. Ўйин орқали ўқувчилар кузатилиши мумкин муаммоларни башорат қилиш ва аниқлаши, воқеага нисбатан муносабатини билишга чорлайди.

Ўзингиз маълум вазиятни танланг ёки ўқувчилардан қандай муаммони вужудга келишидан хавфсирашини сўранг. Қулайлик тукдиринг учун аудиторияни уч кишилик гуруҳларга бўлиб чиқинг ва уларни қандай муаммо қизиқтираётганини мухокама учун 5 минут вақт беринг. Муаммо аниқлангач, хар бир гуруҳда ролларни тақсимлаб чиқинг. Рол мақсади ноаниқликларга эга бўлса, ёрдам беринг, лекин вақтни иложи борица чегараланг. Ўқувчилар тайёр бўлгач, ўйинни бошлашга белги беринг. Ўйин вазият яхши ёритилиб, вазият табиий тарзда якунига етганда тўхтатилади. Сўнг мухокама бошланади. Бу ўқувчиларга кўрилган воқеани тахлил қилишга ва шу билан уни ўзлаштиришга ёрдам беради.

## ТЕСТЛАР

- Оғиз дахлизига кирмайди:  
а) тил юганчаси                      б) тепа лабнинг юганчаси  
в) пастки лабнинг юганчаси        г) Стенон чиқарув йули  
д) Фордайс безлари
- Тилда сўрғичлар бўлмайди.  
а) ромбсимон                      б) тарновсимон                      в) баргсимон  
г) ипсимон                      д) замбуруғсимон
- Тилнинг энг йирик сўрғичлари:  
а) тарновсимон                      б) ипсимон                      в) замбуруғсимон  
г) баргсимон                      д) баргсимон ва замбуруғсимон
- Хусусий қаватда бўлмайди:  
А) остеобластлар                      б) фибробластлар                      в) гистиоцитлар  
г) макрофаглар                      д) семиз хужайралар
- ОБШҚ касалликларини текширишда қўшимча усул:  
а) цитологик                      б) кўрик                      в) сўров  
г) пайпаслаш                      д) кўрик ва сўров
- ОБШҚ касалликларини асосий текшириш усуллари:  
а) пайпаслаш                      б) цитологик                      в) бактериологик  
г) функционал                      д) иммунологик
- Цитологик текшириш усули:  
а) суртма                      б) Шиллер-Писарев синамаси                      в) Олдрич синамаси  
г) Роттер синамаси                      д) Кавецкий-Базарнова синамаси
- Аскорбин кислотани тўқимада аниқлайдиган синама:  
а) Роттер                      б) Олдрич                      в) Ясиновский  
г) Шиллер-Писарев                      д) Кавецкий-Базарнова
- Тўқималарни гидрофиллигини аниқлайдиган синама:  
а) Олдрич                      б) Роттер                      в) Шиллер-Писарев  
г) Ясиновский                      д) Кавецкий-Базарнова
- Люминесцент усул аниқлайди:  
а) гиперкератозни                      б) специфик зарарланишни  
в) замбуруғли зарарланишни                      г) вирусли зарарланишни  
д) аллергияни
- Яллиғланишни аниқлайдиган синама:  
А) Шиллер-Писарев                      Б) Роттер                      В) Олдрич  
Г) Ясиновский                      д) Кавецкий-Базарнова
- Аллергияни аниқлайдиган синама:  
а) гистаминли                      б) Роттер                      в) Пирке  
г) Олдрич                      д) Ясиновский
- ОБШҚ да бирламчи элемент:  
а) папула                      б) эрозия                      в) яра                      г) ёриғ                      д) пўстлок
- ОБШҚ да бирламчи элемент:  
а) пуфак                      б) яра                      в) эрозия                      г) чандик                      д) ёрик
- ОБШҚ да иккиламчи элемент:  
а) эрозия                      б) папула                      в) дўмбоқча  
г) пуфакча                      д) йирингча
- Тери ва шиллиқ қаватни чегараланган рангини ўзгариши:  
а) доғ                      б) тангача                      в) пустила  
г) папула                      д) думбоқча
- Лейкоплакияда морфологик элемент:  
а) доғ                      б) папула                      в) пустила                      г) абсцесс                      д) чандик
- Лейкоплакия кўпроқ учрайди:  
а) чекувчи эркаларда                      б) чақалоқларда  
в) ёш қизларда                      г) қарияларда                      д) хаммасида
- Лейкоплакияни умумий даволашига кирмайди:  
а) яллиғланишга қарши терапия  
б) поливитаминология ичиш  
в) вит. А еғли эритмасини ичиш  
г) вит. Е еғли эритмасини ичиш  
д) хамма жавоблар тўғри
- Лейкоплакияда кузатиладиган симптом:  
а) тамаки қоғози                      б) олма желеси                      в) шудринг  
г) вазопарез                      д) бармоқ қалтираш
- «Тош йўли симптоми» кузатилади:  
а) лейкоплакияда                      б) қизил ясси темираткида  
в) пўрсилдоқда                      г) кандидозда  
д) сурункали қайталавчи афтали стоматитда.
- Ясси лейкоплакияни махаллий даволаш бошланади:  
а) травматик факторларини бартарафидан  
б) яллиғланишга қарши малхамлар аппликациясидан  
в) куйдирадиган воситаларни қўллашдан  
г) ферментларни аппликациясидан  
д) кортикостероид малхамларни аппликациясидан
- Вирусли касалликларга киради:  
а) оддий герпес                      б) лейкоплакия  
в) қизил ясси темиратки  
г) пўрсилдоқ                      д) қизил югурук
- Ўткир герпетик стоматит даволанади:  
а) флоренал                      б) преднизолон                      в) линкомицин  
г) нистатин                      д) солкосерил дентал адгезив паста
- Ўраб олувчи темираткида ОБШҚ га ишлов берилади:  
а) вирусга қарши малхамлар  
б) сульфаниламидлар  
в) нитрофуран препаратлари  
г) антигистамин воситалар  
д) антибиотиклар



26. Ўраб олувчи темирлаткида морфологик элемент:  
 а) пуфакча б) папула в) тангача  
 г) дўбокча д) доғ
27. Гигант кўп ядроли хужайралар кузатилади:  
 а) оддий герпесда б) лейкоплакияда  
 в) қизил ясси темирлаткида  
 г) кандидозда д) хейлитда
28. Ўраб олувчи темирлаткини кўзгатувчиси:  
 а) вирус б) замбуруғ в) фузобактериялар  
 г) спирохеталар д) коккли флора
29. Ўраб олувчи темирлатки бошланади:  
 а) бир томонлама периферик нервлар бўйлаб оғриқлардан  
 б) периферик нервлар бўйлаб симметрик оғриқлардан  
 в) бош оғриши ва айланиши билан  
 г) мушак ва бўғимларда оғри қлардан  
 д) тана харорати кўтарилиши билан.
30. Ўткир герпетик стоматитда этиологик омил:  
 а) вирус б) стафилококк в) замбуруғ  
 г) Лефлер таёқчаси д) спирилла
31. Оқсим юқиш йўллари:  
 а) хамма жавоблар тўғри  
 б) сут махсулотлари  
 в) гўшт  
 г) молни парвариш қилганда  
 д) хаво томчи
32. Оқсим таққосий ташхис қилинади:  
 а) хамма жавоблар тўғри  
 б) ўткир герпетик стоматит  
 в) сув чечак  
 г) дорили аллергия  
 д) кўп шакли эксудатив эритема
33. Оқсимда морфологик элемент:  
 а) пуфакча б) папула в) тангача  
 г) чандик д) доғ
34. Оқсимни кўзгатувчиси:  
 а) вирус б) замбуруғ в) фузобактериялар  
 г) спирохетталар д) стафилококк
35. Оқсимни махаллий даволашда ишлатиладиган малхам:  
 а) оксолин б) линкомицин в) нистатин  
 г) канестен д) тетрациклин
36. Ўткир респиратор вирус инфекциясини махаллий даволашда қўлланадиган малхам:

- а) теброфен б) канестен в) тетрациклин  
 г) лоринден д) гепарин
37. Оқсимни олдини олиш:  
 а) хамма жавоблар тўғри  
 б) касалланган хайвонлардан эҳтиёт бўлиш  
 в) сутни яхши қайнатиш  
 г) гўштни яхши пишириш  
 д) махсус кийимларда касал хайвонларни парвариш қилиш.
38. ОИТСни кўпроқ юқиш йўли:  
 а) касал донор қони б) хаво-томчи йўл  
 в) уй буюмлари г) сўлак д) хашаротлар
39. ОИТС оғиз бўшлиғида кечадиган тури:  
 а) хамма жавоблар тўғри б) кандидоз  
 в) лейкоплакия г) герпетик стоматит д) Капоши саркомиси
40. ОИТСли беморларда вирусни кўп миқдори аниқланади:  
 а) конда б) сўлакда в) шиллик ажралмасида  
 г) онани кўкрак сутида д) кўз ешда
41. ОИТСда биринчи навбатда зарарланади:  
 а) лимфоцитлар б) эритроцитлар в) моноцитлар  
 г) тромбоцитлар д) ретикулоцитлар
42. ОИТС ни кўзгатувчиси чидамли:  
 а) ультрабинафша нурларга б) инфрақизил нурларга  
 в) этил спиртига г) ацетонга  
 д) натрий гипосульфид эритмасига
43. ОИТСни даволашда асосан қўлланиладиган воситалар:  
 а) иммуномодуляторлар б) яллиғланишга қарши  
 в) стимуловчи г) гипотензив д) безгакка қарши
44. Ярали-некротик стоматит кўпроқ холсизланган одамларда куйидаги ешда учрайди:  
 а) ешларда б) 40-50 ешларда в) кексаларда  
 г) чақалоқларда д) хаммасида
45. Ярали-некротик Венсан стоматитида бемор шикоят қилмайди:  
 а) теридаги тошмаларга б) оғиз бўшлиғида оғриққа  
 в) оғиздан нохуш хидга г) кескин милк қонашига  
 д) умумий холсизликка
46. Бактериологик текширувда ярали-некротик стоматитда асосан аниқланадиган микрофлора:  
 а) анаэроблар б) аэроблар в) замбуруғлар  
 г) кокклар д) вируслар
47. Ярали-некротик стоматитни умумий даволашда асосан тавсия этилади:  
 а) метронидазол, витаминлар, антигистамин препаратлар  
 б) кортикостероид, витаминлар

- в) антибиотик, сульфаниламидлар  
г) цитостатиклар, витаминлар  
д) салицилатлар, анальгетиклар, витаминлар
48. Ярали-некротик стоматитда махаллий даволашда самарадор восита:  
а) трихопол б) декамин в) оксолин  
г) нистатин д) бонафтон
49. Бактериологик текширувда спирохета ва фузобактериялар кўплиги хос:  
а) ярали-некротик стоматитга  
б) лейкоплакияга  
в) қизил ясси темираткига  
г) кўп шаклли экссудатив эритемага  
д) сурункали афтали стоматитга
50. Ярали-некротик Венсан стоматитида морфологик элемент:  
а) яра б) пуфакча в) папула г) пуфак д) доғ
51. «Ўра-оғизли» стоматит деб номланади:  
а) ярали-некротик Венсан б) протезли  
в) медикаментоз г) аллергия д) микотик
52. Силни нима чақиради  
а) Кох таёқчаси б) Candida в) Стрептококклар  
г) Стафилококклар д) Вируслар
53. Сил югуругидаги бирламчи элемент:  
а) дўмбоқча б) тангача в) қипиқча  
г) ёрик д) Пуфакча
54. Трель дончалари қачон ани қланади:  
а) силда б) захмда в) герпесда  
г) СКАСда д) кандидозда
55. Кандидозни нима чақиради?  
а) Замбруғ б) Венсан спирохетаси  
в) Кох таёқчалари г) Вирус д) Стрептококклар билан
56. Микотик бичилиш жойлашади:  
а) лаб бурчакларида  
б) лаб қизил хошиясида  
в) оғиз бўшлиғининг шиллик қаватида  
г) тилда  
д) халқумда
57. Анафилактик шокда биринчи навбатда нима қилиш керак.  
а) Аллерген тушишини тўхтатиш  
б) Беморни ётқизиб иситиш  
в) Антигистамин моддалар бериш  
г) Оғриқсизлантирувчи моддалар тавсия этиш  
д) Витаминлар ичириш
58. ОБШҚ даги контакт аллергия Узгаришлар бу:  
а) секин турдаги аллергия реакциялар

- б) тез турдаги аллергия реакциялар  
в) токсинлардан захарланиш  
г) микроорганизмларга сенсбилизация  
д) вирусларга сенсбилизация
59. Контакт аллергияни даволаш усули:  
а) десенсбилизацияловчи воситалари  
б) витаминлар в) антибиотиклар  
г) фитотерапия д) физиотерапия
60. Секин турдаги аллергия реакцияларда қондаги узгариш:  
а) эозинофилия б) лейкопения в) лейкоцитоз  
г) тромбоцитопения д) гемоглабин кутарилиши
61. «Кокарда» симптоми қузатилади:  
а) кўп шаклли экссудатив эритемада  
б) лейкоплакияда  
в) пўрсилдоқда  
г) қизил ясси темираткида  
д) сурункали қайталанувчи афтали стоматитда
62. Яллиғланишга қарши ва эрозияларни эпителизациясида самарадор препарат:  
а) кортикостероидли малхам б) вирусга қарши восита  
в) антибиотик г) сульфаниламид д) витамин
63. Инфекцион-аллергия синдромларда организмни гипосенсибилизациясига эришиш мумкин:  
а) 30% тиосульфат натрийни вена орқали юбориш  
б) «В» гурухи витаминларини инъекцияси  
в) антибиотиклар инъекцияси  
г) глюкокортикостероидлар аппликацияси  
д) антисептиклар билан ювиш
64. Кўп шаклли экссудатив эритемани токсико-аллергия турини аниқлайдиган синама:  
а) гистаминли б) Ясиновский в) Роттер  
г) Пирке д) Шиллер-Писарев
65. Кўп шаклли экссудатив эритемани кўз шикастланиши билан кечадиган шакли бу синдром:  
а) Стивенс-Джонсон б) Бехчет в) Шегрен  
г) Иценго-Кушинга д) Мелькерсон-Розентал
66. Кўп шаклли экссудатив эритемадаги зарарланиш элементлари:  
а) эритема, папула, пуфак. б) афта, тангача, чандик  
в) афта, яра, чандик г) волдир, пуфак, доғ  
д) дўмбоқча, яра, чандик
67. Кўп шаклли экссудатив эритема фақат оғиз шиллик қаватида кечганда таққосланмайди:  
а) лейкоплакиядан б) пўрсилдоқдан

- в) пемфигоиддан г) герпетик стоматитдан  
д) сифилитик папуладан
68. Қайталанишлари фаслга боғлиқлиги хос:  
а) Кўп шаклли экссудатив эритемага  
б) сурункали афтали стоматитга  
в) қизил ясси темираткига  
г) оксимга  
д) ўраб олувчи темираткига
69. Пестицидлардан захарланишда қўлланади:  
а) унитиол б) антибиотик в) аналгетиклар  
г) хина препарати д) бўёвчи воситалар
70. Витамин В<sub>1</sub> номланади:  
а) тиамин б) рибофлавин в) никотин кислотаси  
г) пиридоксин д) цианкоболамин
71. Витамин В<sub>2</sub> номланади  
а) рибофлавин б) тиамин в) никотин кислотаси  
г) пиридоксин д) цианкоболамин
72. Витамин РР номланади:  
а) никотин кислотаси б) тиамин  
в) рибофлавин г) пиридоксин д) цианкоболамин
73. Витамин В<sub>6</sub> номланади:  
а) пиридоксин б) тиамин в) рибофлавин  
г) никотин кислотаси д) цианкоболамин
74. Витамин В<sub>12</sub> номланади:  
а) цианкоболамин б) тиамин в) рибофлавин  
г) никотин кислотаси д) пиридоксин
75. Витамин В<sub>12</sub> етишмовчилигида кузатилади:  
а) Аддисон-Бирмер анемияси б) цинга  
в) пеллагра г) бери-бери д) Венсан стоматити
76. Витамин С етишмовчилигида кузатилади:  
а) цинга б) Аддисон-Бирмер анемияси  
в) пеллагра г) бери-бери д) кандли диабет
77. Витамин В<sub>1</sub> етишмовчилигида кузатилади:  
а) бери-бери б) цинга в) Аддисон-Бирмер анемияси  
г) пеллагра д) кандли диабет
78. Эндокрин касаллигига кирмайди:  
а) Вакез касаллиги б) Кандли диабет  
в) Иценко-Кушинга касаллиги  
г) Аддисон касаллиги д) Микседема
79. Аддисон касаллиги синоними:  
а) Бронза касаллиги б) Иценко-Кушинга касаллиги  
в) Кандли диабет г) Венсан касаллиги д) Цинга

80. Аддисон касаллигини келиб чиқиши қайси гормонлар фаолиятига боғлиқ:  
а) Буйрак усти безлари б) Гипофиз в) Қалқонсимон без  
г) Жинсий безлар д) Қалқонсимон без олди
81. Аддисон касаллигининг характерли белгиси:  
а) Тери ва шиллик қаватлар пигментацияси  
б) Харорат кўтарилиши  
в) Қонда қанд миқдори ортиши  
г) Қон босими ортиши  
д) Харакат координацияси бузилиши
82. Кандли диабетда текшириш усули булиб хисобланади:  
а) қондаги қанд миқдорини тахлили  
б) жигар ферментлари тахлили  
в) ошқозон шираси тахлили  
г) ичак микрофлораси тахлили  
д) дуоденал текшириш
83. Кандли диабетда врач стоматолог тактикаси:  
а) эндокринолог маслахати б) инсулинтерапия  
в) манинил билан даволаш г) қувват оширувчи даво  
д) витаминтерапия
84. Қизил ясси темираткида асосий морфологик элемент:  
а) мугузланувчи папула б) доғ в) пуфакча  
г) эрозия д) дўмбоқча
85. Қизил ясси темиратки типик шакли фарқланмайди:  
а) пўрсилдоқ б) лейкоплакия в) А гиповитаминози  
г) захм д) қизил югурук
86. Қизил ясси темираткининг кўп учрайдиган шакли:  
а) типик б) экссудатив-гиперемик в) эрозив-яралли  
г) буллез д) гиперкератотик
87. Қизил ясси темираткини пуфак хосил бўладиган шакли:  
а) буллез б) типик в) гиперкератотик  
г) эрозив-яралли д) экссудатив-гиперемик
88. Яллиғланиш кучли қизил ясси темиратки шаклида:  
а) экссудатив-гиперемик б) типик в) гиперкератотик  
г) буллез д) эрозив-яралли
89. Қизил ясси темираткини оғир ва қийин даволанадиган шакли:  
а) эрозив-яралли б) типик в) гиперкератотик  
г) экссудатив-гиперемик д) буллез
90. Қизил ясси темираткини типик шакли таққосланмайди:  
а) кўп шаклли экссудатив эритема  
б) лейкоплакия в) қизил югурук  
г) захм папуласи д) кандидоз
91. Қизил ясси темираткини махаллий даволашда ишлатилади:  
а) хамма жавоблар тўғри б) атисептиклар

- в) оғриқсизлантирувчилар г) кератопластиклар  
д) кортикостероидлар
92. Дескваматив глоссит таққосланмайди:  
а) химик жароҳатдан б) гиповитаминоздан  
в) ромбсимон глосситдан г) вирусли зарарланишдан  
д) аллергик холатдаги ўзгаришлардан
93. Бурмали тилга хос:  
а) эгатлар ва бурмалар б) сўрғичларни гипертрофияси  
в) сўрғичларнинг дистрофияси  
г) силлиқ ялтироқ юза д) папилломатоз ўсмалар
94. Дескваматив глоссит кўпинча учрайди:  
а) болалик даврида ва аёлларда б) кекса эркак ва аёлларда  
в) ўсмирларда г) чекувчиларда д) антибиотик қабул қилганда
95. «Сочли тил» кўпинча учрайди:  
а) катта ёшларда б) чақалоқларда в) ёш эркакларда  
г) хомилдорларда д) ўсмирларда
96. Бурмали тил қайси синдромда кузатилади:  
а) Мелькерсон-Розенталь б) Бехчет  
в) Стивенсон-Джонсон г) Иценго-Кушинга д) Лайл
97. Ромбсимон глосситни шакллари:  
а) ясси, папилломатоз б) ясси, эрозив-яралли  
в) буллез, гиперкератоз г) экссудатив-гиперемик  
д) буллез, атипик
98. Ромбсимон глоссит кечиши мумкин:  
а) субъектив сезгиларсиз б) овқатланганда оғриқ  
в) ачишиш сезгиси билан г) қуриш сезгиси билан  
д) гапирганда оғриқ билан
99. Қора сочли тил даволанади:  
а) кератолитиклар б) кератопластиклар  
в) антибиотиклар г) сульфаниламидлар  
д) кортикостероидлар
100. Эксфолиатив хейлитни келиб чиқиш сабаблари:  
а) хамма жавоблар тўғри б) нейроген омиллар  
в) психоэмоционал ўзгаришлар  
г) қалқонсимон без касаликлари д) иммунологик омиллар
101. Эксфолиатив хейлитни даволашда ишлатилмайдиган малхам:  
а) нистатин б) флюцинар в) лоринден  
г) метилурацил д) аекол
102. Хейлитларни бирида қуёш нури этиологик омил хисобланади:  
а) актиник б) эксфолиатив в) гландуляр  
г) экзематоз д) атопик
103. Актиник хейлитни қайси шаклида қуриш, қичишиш ва пўстла-  
ниш бўлади:  
а) қуруқ б) экссудатив в) бирламчи  
г) иккиламчи д) йирингли
104. Совуқ шамол, кучли намланиш хейлитга сабаб бўлади:  
а) метеорологик б) гландуляр в) экзематоз  
г) атопик д) контакт-аллергик
105. Метеорологик хейлит қиёсий ташхисланади:  
а) актиник. б) гландуляр в) экзематоз  
г) макрохейлит д) сурункали лаб ёрилиши билан
106. Актиник хейлитни олдини олиш учун қўлланиладиган малхам:  
а) «Луч», «Щит» б) канестен в) клотримазол  
г) оксалин д) линкомицин
107. Эксфолиатив хейлитни умумий даволашда муҳим:  
а) транквилизаторлар б) антибиотиклар  
в) сульфаниламидлар г) десенсибиловчилар  
д) анальгетиклар
108. Қизил югурукда морфологик элементлар:  
а) хаммаси тўғри б) эритема в) гиперкератоз  
г) атрофия д) эрозия
109. Қизил югурукни лаб қизил хошиясида клиник шакллари:  
а) хаммаси тўғри б) оддий  
в) клиник атрофия намоён бўлмаган  
г) эрозив-яралли д) чуқур
110. Патогистологик қизил югурукда кузатилади :  
а) хаммаси тўғри б) гиперкератоз в) акантоз  
г) атрофия д) паракератоз
111. Қизил югурукдаги гиперкератоз ўчоқлари Вуд нурларида товланади:  
а) оқ -хаворанг б) тўқ жигарранг  
в) сарғиш жигарранг г) бинафша ранг д) пушти ранг
112. Қизил югурукни ОБШҚ да кечиш шакли:  
а) оддий б) буллез в) гиперкератотик  
г) веррукоз д) ясси
113. Қизил югурукни ОБШҚда кечиш шакли:  
а) экссудатив гиперемик б) буллез  
в) гиперкератотик г) веррукоз д) ясси
114. Сурункали қизил югурук қиёсий ташхисланмайди:  
а) герпетик стоматит б) қизил ясси темиртки  
в) лейкоплакия г) актиник хейлит д) Манганотти хейлити
115. Қизил югурукни даволашда қўлланилмайдиган малхам:  
а) оксалин б) флюцинар в) синалар  
г) оксикорт д) локакортен

тестлар “А” жавоблари тўғри



## ВАЗИЯТ МАСАЛАЛАРИ

### Масала № 1.

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

1. Морфологик элементни аниқланг:  
А) дўмбоқча      Б) доғ      В) пустила  
Г) абсцесс      Д) чандиқ
2. Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:  
А) Шиллер-Писарев      Б) Кулаженко  
В) люминисцент      Г) қон тахлили      Д) бактериологик
3. Ташхис қўйинг  
А) лейкоплакия      Б) кандидоз      В) қизил ясси темирлатки  
Г) иккиламчи захм      Д) қизил югурук
4. Такқосий ташхис ўтказинг  
А) кандидоз      Б) қизил ясси темирлатки  
В) иккиламчи захм      Г) қизил югурук  
Д) ҳамма жавоблар тўғри
5. Даволаш  
А) чекишни ман қилиш  
Б) ОБШҚни соғломлаштириш  
В) антисептиклар билан ишлов бериш  
Г) А витаминини аппликацияси  
Д) ҳамма жавоблар тўғри.

### Масала № 2.

37 ёшли эркак 16 йил мобайнида чекади. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватида оқиш хосилалар пайдо бўлганига шикоят қилади. Кўриқда: оғиз бурчаги соҳасида шиллик қаватдан бўртиб турган оқ тошмалар аниқланди, пайпаслаганда зич, оғриқсиз, атроф-тўқималар билан бирикмаган.

1. Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:  
А) цитологик      Б) гистологик      В) рН аниқлаш  
Г) қавариқ синамаси      Д) Роттер синамаси
2. Патогистологик аниқланди:  
А) спонгиоз      Б) атрофия      В) гиперкератоз  
Г) вакуол дегенерация      Д) акантолиз
3. Ташхис қўйинг  
А) юмшоқ лейкоплакия      Б) веррукоз лейкоплакия

- В) эрозив лейкоплакия      Г) ясси лейкоплакия  
Д) кандидоз
4. Даволанг:  
А) вит. А ва солкосерил дентал адгезив пастасини  
аппликацияси  
Б) криодеструкция      В) электрокоагуляция  
Г) а, б, в      Д) ҳамма жавоблар тўғри.
5. Олдини олиш:  
А) чекишни ман қилиш  
Б) ўткир ва қайноқ овқатни истеъмол қилмаслик  
В) тишларни ўткир қирраларини текислаш  
Г) сифатсиз тиш қопламаларини тўғрилаш  
Д) ҳамма жавоблар тўғри.

### Масала №3

Бемор Н. Овқатланганда ва гапирганда оғриққа, умумий холсизликка, тана харорати 37,5°C шикоят қилади.

Анамнездан: кўп шамоллайди ва ундан сўнг тошмалар қайталади.

Объектив: лаб қизил хошиясида ва атрофдаги терида майда тошмалар: пустилалар, йирингли калоклар, лабни шиллик қаватида куп оғриқли оқиш-сарғиш карашли эрозиялар мавжуд.

1. Қўшимча усул ўтказинг:  
А) цитологик      Б) рентгенологик      В) функционал  
Г) люминисцент      Д) биопсия
2. Такқосий ташхис ўтказинг  
А) лейкоплакия      Б) қизил ясси темирлатки  
В) ўраб олувчи темирлатки      Г) қизил югурук      Д) макрохейлит
3. Ташхис қўйинг  
А) ўткир герпетик стоматит      Б) сурункали қайталовчи герпес  
В) ўраб олувчи темирлатки      Г) герпангина      Д) оқсим
4. Умумий даволашни ўтказинг  
А) аналгетиклар      Б) харорат туширувчилар  
В) вирусга қарши воситалар  
Г) витаминлар      Д) ҳамма жавоблар тўғри
5. Махаллий даволашда қўлланиладиган малхам  
А) нистатинли      Б) гепаринли      В) оксолинли  
Г) линкомицинли      Д) преднизалон.

### Масала № 4.

40 ёшли бемор қишлоқдан келган, қора моли бор, қайнатилмаган сутни ичишни яхши кўради. Умумий холсизлик, бош оғриғи, мушаклардаги оғриққа, тана харорати 38°C кўтарилишига, оғиз шил-

лик қаватида ачишишига, овқатланганда ва гапирганда оғриққа шикоят қилади.

Объектив: ОБШК шишган, қизарган. Милкда, тилда, лабларда кўп оғриқли ва тез ёрилувчи пуфакчалар, эрозиялар мавжуд.

1. Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:  
А) вирусни ажратиш      Б) люминисцент  
В) биопсия      Г) рентгенологик      Д) бактериологик
2. Такқосий ташхис ўтказинг  
А) лейкоплакия      Б) уткир герпетик стоматит  
В) сурункали қайталовчи афтали стоматит  
Г) кандидоз      Д) қизил югурук
3. Ташхис қўйинг:  
А) уткир герпетик стоматит      Б) оксим  
В) сувчечак      Г) дорили аллергия  
Д) куп шаклли экссудатив эритема
4. Умумий даволаш  
А) пенталгин      Б) цитрамон      В) тавегил  
Г) бонафтон      Д) хамма жавоблар тўғри
5. Махаллий даволаш:  
А) оғриқсизлантириш (лидокаин 10%)  
Б) антисептик билан ювиш (димексид)  
В) фермент билан аппликация (карипазим)  
Г) вирусга қарши малхам аппликацияси (флоренал)  
Д) хамма жавоблар тўғри

#### Масала № 5.

Бемор 50 ёшда, оғиз шиллиқ қавати кичишига, тортилишига ва нотекислигига шикоят қилади.

Кўриқда: лунж шиллиқ қаватида ва тилни ен томонида чайнов тишлар рупарасида оқишрок сохалар борлиги аниқланди, шиллиқ қаватдан кутарилиб туриб, кишда дераза музлаганда хосил буладиган гулларни эслатади. Тишларни уткир кирралари бор.

1. Қўшимча текшириш усулини утказин:  
А) люминисцент      Б) рентгенологик      В) ЭОД  
Г) Шиллер-Писарев      Д) Кулаженко
2. Такқосий ташхис ўтказинг:  
А) кўп шаклли экссудатив эритема      Б) пўрсилдоқ  
В) лейкоплакия      Г) сурункали қайталовчи афтали стоматит  
Д) ўткир герпетик стоматит
3. Ташхис қўйинг  
А) кўп шаклли экссудатив эритема      Б) пўрсилдоқ  
В) сурункали қайталовчи афтали стоматит

Г) қизил ясси темирткини оддий шакли

Д) ўткир герпетик стоматит

4. Махаллий даволашни ўтказинг  
А) махаллий шикастловчи омилларни бартараф қилиш  
Б) вит. А аппликацияси      В) а, б  
Г) хирургик усулни қўллаш      Д) криодеструкция
5. Умумий даволаш  
А) натрий бром1 ош қошиқдан 3 махал  
Б) вит. А 10 томчидан х 3маҳал  
В) делагил 0,25х3м  
Г) а, б, в  
Д) хамма жавоблар тўғри

#### Масал № 6.

40 ёшли аёл оғизда нохуш сезгига (металл таъми) шикоят қилади.

Кўриқда: турли металл протезлар мавжуд ва тишлар жипслашиш чизиги бўйлаб лунж шиллиқ қаватида турсимон қараш билан қопланган папулалар аниқланади, асосидаги шиллиқ қават ўзгармаган.

1. Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:  
А) гальванозни аниқлаш      Б) рентгенография  
В) ЭОД      Г) бактериологик      Д) цитологик
2. Такқосий ташхис ўтказинг  
А) кўп шаклли экссудатив эритема      Б) пўрсилдоқ  
В) қизил югурук      Г) сурункали афтали стоматит  
Д) ўткир герпетик стоматит
3. Ташхис қўйинг  
А) кўп шаклли экссудатив эритема  
Б) пўрсилдоқ  
В) сурункали қайталовчи афтали стоматит  
Г) қизил ясси темиртки типик шакли  
Д) ўткир герпетик стоматит
4. Умумий даволаш  
А) оғриқсизлантирувчилар      Б) тана хароратини пасайтирувчилар  
В) витамин А, Е ичишга      Г) кортикостероидлар  
Д) антибиотиклар
5. Махаллий даволаш  
А) махаллий шикастловчи омилларни бартараф этиш  
Б) А солкоссерил дентал адгезив пастани аппликацияси  
В) а, б  
Г) кортикостероид малхам аппликацияси  
Д) линкомицин малхам аппликацияси

### Масала № 7

40 ёшдаги бемор (бесоколвоз) сурункали холсизликка, чарчовга, тана харорати 37°C дан пасаймаслигига, узоқ кечувчи пневмонияга, милк қонашига, оғиздан нохуш хидга, ярачалар борлигига шикоят қилади.

Объектив кўрганда: милклар қизарган, шишган, пайпаслаганда қонайди. Лунж, лаб шиллиқ қаватида ва тилда турли хажмдаги фибрин қараш билан қопланган оғриқли афталар мавжуд. Жағ ости, қулоқ олди лимфа тугунлари катталашган, эластик, қўзғалувчан, оғриқсиз.

1. Қўшимча усул ўтказинг:  
А) рентгенологик                      Б) вирусни ажратиш    В) ЭОД  
Г) цитологик                              Д) биологик
2. Ташхис қўйинг  
А) захм                                      Б) кандидоз                      В) ОИТС  
Г) СКАС                                      Д) пўрсилдок
3. Солиштирма ташхис  
А) қизил ясси темирлатки    Б) кандидоз    В) бирламчи захм  
Г) сурункали афтали стоматит    Д) қизил югурук
4. Беморга нисбатан ҳаракатингиз  
А) маҳаллий даволаш              Б) махсус тиббий муассасага юбориш  
В) умумий даволаш                      Г) беморни қабул қилмаслик  
Д) умумий ва маҳаллий даволаш
5. Стоматолог ўзини химоялаш учун ишлаши керак  
А) кўзойнак                      Б) маскада                      В) қўлқопларда  
Г) бир маротаба ишлатиладиган асбоблар билан  
Д) ҳамма жавоблар тўғри

### Масала № 8

36 ёшли аёл оғиз бўшлиғида ачишиш, овқатланганда, гапирганда оғриққа шикоят қилади.

Анамнездан: сурункали бронхитни ўткирлашуви сабабли бемор ампициллин қабул қилган.

Маҳаллий: ОБШК тўқ қизил тусда, бир оз шишган, тил усти тўқ қизил рангда, сўрғичлар атрофияси. Умумий ҳолат ўрта оғирликда, тана харорати 37,5°C.

1. Қўшимча усулни ўтказинг:  
А) цитологик                      Б) бактериологик    В) аллергологик синама  
Г) биопсия                              Д) люминисцент
2. Ташхис қўйинг:  
А) гиповитаминоз    Б) анемия                      В) дорили аллергия  
Г) кандидоз                      Д) лейкоплакия

3. Такқосий ташхис ўтказинг:

- А) гиповитаминоз В              Б) кандидоз              В) лейкоплакия  
Г) қўп шаклли экссудатив эритема  
Д) сурункали афтали стоматит

4. Умумий даволаш:

- А) антибиотиклар                      Б) сульфаниламидлар  
В) антигистамин воситалар              Г) кортикостероидлар  
Д) безгакка қарши воситалар.

5. Маҳаллий даволаш:

- А) оғриқсизлантириш              Б) антисептик ишлов  
В) кератопластиклар аппликацияси  
Г) а, б, в                                      Д) кератолитиклар аппликацияси

### Масала № 9

50 ёшли бемор тилида ўсимталар ва ёт модда ҳиссиёти пайдо бўлганига шикоят қилади.

Объектив: тил танасида ўрта чизик бўйлаб ипсимон сўрғичларни 2см гача ўсгани ва жигарранг тус олгани кузатилади.

1. Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:  
А) бактериоскопик                      Б) рентгенологик                      В) ЭОД  
Г) гальванизмни аниқлаш              Д) гистамин синамаси
2. Солиштирма ташхис ўтказинг  
А) дескваматик глоссит              Б) озиқ овқатлардан пигментация  
В) ромбсимон глоссит                      Г) гиповитаминоз              Д) бурмали тил
3. Ташхис қўйинг:  
А) қора «сочли» тил                      Б) бурмали тил              В) ромбсимон тил  
Г) гиповитаминоз                      Д) дескваматив глоссит
4. Даволашда ишлатасиз:  
А) кератопластиклар                      Б) кератолитиклар  
В) антибиотиклар                      Г) сульфаниламидлар  
Д) кортикостероидлар
5. Маҳаллий даволаш:  
А) кератопластик аппликация              Б) ферментлар аппликацияси  
В) 3%ли резорцин инъекцияси  
Г) 0,25% кальций хлор инъекцияси              Д) в, г

### Масала № 10.

27 ёшли бемор тилида оғриқ пайдо бўлганига овқатиланганда оғриқ кучайишига шикоят қилади.

Анамнездан: узоқ вақтдан бери ошқозон-ичак касаллиги борлиги аниқланди.

Кўриқда: тилнинг юзасида 0,5 см қизил рангли доғлар, чегарасида эса оқиш-сарик мугузланган чизиклар аниқланади.

- Кўшимча усул ўтказинг:  
А) рентгенологик            Б) люминесцент            В) биопсия  
Г) аллергологик            Д) цитологик
- Солиштирма ташхис ўтказинг:  
А) кўп шаклли экссудатив эритема  
Б) қизил ясси темирлатки  
В) пўрсилдоқ  
Г) сурункали афтали стоматит  
Д) ўткир герпетик стоматит
- Ташхис қўйинг:  
А) пўрсилдоқ                    Б) кўп шаклли экссудатив эритема  
В) сурункали афтали стоматит  
Г) дескваматив глоссит    Д) пемфигоид
- Касалликни синонимларини айтинг  
А) географик            Б) эксфолиатив            В) миграцияловчи  
Г) дескваматив    Д) хамма жавоблар тўғри
- Умумий даволаш хамкорликда утказилади:  
А) терапевт            Б) хирург            В) дерматолог  
Г) инфекционист    Д) невропатолог
- Махаллий даволаш  
А) оғриксизлантириш            Б) антисептиклар билан ювиш  
В) кератопластиклар            Г) оғизни санацияси  
Д) хамма жавоблар тўғри

### АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР

#### Амалий кўникма №1.

##### Люминесцент усул.

- Люминесцент усулда қўлланилади:  
А- Вуд лампаси    Б- УВЧ            В- Минин лампаси  
Г- соллюкс            Д- УФО
- Люминесцент усул аниқлайди:  
А- акантолизни    Б- гиперкератозни    В- спонгиозни  
Д- атрофияни    Г- вакуол дегенерацияни
- Текшириладиган юзани Ёритиш масофаси  
А- 5-10см            Б- 10-15см            В- 20-30см  
Г- 35-40см            Д- 45-50см
- Люминесцент усул қуйидаги касалликларни ташхислашда қўлланилади  
А- лейкоплакия    Б- қизил ясси темирлатки  
В- қизил югурук    Г- а, б, в            Д- пўрсилдоқни

### Амалий кўникма № 2 Тошма элементларини аниқлаш.

- Морфологик элементлар аниқланади:  
А- бирламчи            Б- иккиламчи            В- а, б
- Морфологик элементлар кечади  
А- шиллиқ қаватни рангини ўзгариши билан  
Б- рельефини ўзгариши билан  
В- чегараланган суюқлик ёғилиши билан  
Г- эпителий жарохати билан  
Д- хамма жавоблар тўғри
- Шиллиқ қаватда жойлашиши  
А- милкда            Б- танглайда    В- лунж, лабда  
Г- тилда            Д- хамма жавоблар тўғри
- Элементни аниқлашда ахамиятли  
А- хажми, сони            Б- харакатчанлиги, зичлиги  
В- карашни характери    Г- оғрикли, оғриксиз  
Д- хамма жавоблар тўғри
- Асосий текшириш усулига киради:  
А- кўрик    Б- пайпаслаш    В- зондлаш (тугмасимон зонд билан)  
Г- а, б, в    Д- хамма жавоблар нотўғри

### Амалий кўникма №3

#### Роттер синамаси

- Роттер синамаси аниқлайди:  
А- тўқималарни аскорбин кислотасига тўйинганлиги  
Б- гликоген борлигини  
В- қон айланишини бузилганлигини  
Г- микрофлорани  
Д- рНни
- Роттер синамаси учун қўлланиладиган суюқлик  
А- метилен кўки    Б- Тильманс буёғи    В- йод  
Г- фуксин            Д- йодиол
- Эритмани концентрацияси:  
А- 0,1%    Б- 0,2%    В- 0,06%    Г- 1%    Д- 2%
- Эритма томизиладиган юза  
А- тил    Б- танглай    В- лунж    Г- лаб    Д- милк
- Меёрда доғ йўқолади  
А- 5-6 сек            Б- 10-15 сек    В- 16-20 сек  
Г- 25-30 сек            Д- 30-35 сек



**Амалий кўникма №4**  
**Антисептиклар билан ишлов:**

1. Антисептиклар билан ишлов усуллари:  
А- чайиш    Б- ванночкалар    В- аппликация  
Г- инстиляция    Д- хамма жавоблар тўғри
2. Аппликация ўтказилади:  
А- пахта тампонлар билан    Б- докали салфеткалар билан  
В- а, б    Г- лакмус қоғозчалари билан  
Д-хамма жавоблар нотўғри
3. Қўлланиладиган антисептиклар  
А- 1% водород пероксиди    Б- 0,25% хлорамин  
В- 1% димексид    Г- 0, 06% хлоргексидин  
Д- хамма жавоблар тўғри.

**Амалий кўникма № 5**  
**Антисептиклар билан ишлов**

1. Чайиш учун ишлатиладиган эритма:  
А- 3% резорцин    Б- 0,1% калий перманганати  
В- 5% хлорамин    Г- 20% натрий бикарбонат  
Д- хамма жавоблар тўғри
2. Чайиш учун антисептиклар ишлатилади:  
А- илиқ холда    Б- қайноқ    В- совуқ  
Г- б, в    Д- хамма жавоблар тўғри
3. Чайиш тавсия этилади:  
А- 1 маротаба кунига    Б- 3-4 марта  
В- 2 марта    Г- 9-10 марта    Д- хамма жавоблар нотўғри

**Амалий кўникма №6**  
**Антисептиклар билан ишлов**

1. Оғиз ванночкалари учун ишлатилади  
А- 3% резорцин эритмаси    Б- 1:5000 фурациллин  
В- 5% формалин    Г- 20% натрий бикарбонат  
Д- хамма жавоблар тўғри
2. Оғиз ванночкалари тавсия этилади:  
А- 3-4 маротаба кунига    Б- 1марта    В- 2 марта  
Г- 9-10 марта    Д- хамма жавоблар тўғри
3. Оғиз ванночкаларида антисептик патологик ўчоққа таъсир қилиш вақти:  
А- 2-3/    Б- 10/    В- 15/    Г- 20/    Д- 30/

**Амалий кўникма №7**  
**Ферментларни аппликацияси**

1. Аппликация учун қўлланиладиган ферментлар:  
А- кукумазин    Б- трипсин    В- террилитин  
Г- карипазим    Д- хамма жавоблар тўғри
2. Ферментлар эритилади:  
А- спиртда    Б- фурациллинда  
В- натрий хлоридни изотоник эритмасида  
Г-анестетикда    Д-витамин эритмасида
3. Аппликация қилиш тартиби:  
А-фермент эритилади    Б-докага шимдирилади  
В-ярани туби қуритилади    Г-юзасига қўйилади    Д- А ,Б ,В, Г
4. Ферментни аппликациясини давомийлиги  
А-1-2 мин    Б-3-5 мин    В-10-15 мин  
Г-15-20 мин    Д-30 мин

**Амалий кўникма № 8**  
**Элементлар асосига инъекция қилиш**

1. Инъекция учун ишлатиладиган воситалар :  
А-эпителизацияни кучайтирувчи    Б-оғриқлансизлантирувчи  
В-безгакка қарши    Г-А ,Б, В    Д-хамма жавоблар нотўғри
2. Тартиби:  
А-1-2 мл восита шприцга тортилади  
Б-1-2 мл анестетик қўшилади  
В-шиллик қават анестетик билан ювилади  
Г-хар бир элемент асосига қисман-қисман юборилади  
Д-А,Б,В,Г

**Амалий кўникма № 9**  
**Кератопластик аппликацияси.**

1. Аппликация учун қўлланилади:  
А-витамин А ,Е    Б-чеканда мойи    В-каратолин  
Г-актовегин    Д-хамма жавоблар тўғри
2. Эрозиялар ва яралардаги некротик қараш олинади :  
А-антисептик    Б-фермент    В-кератолитик  
Г-антибиотик    Д-сульфаниламид
3. Аппликация тартиби:  
А-қарашдан тозаланади, қуритилади кератопластик шимдирилган стерил дока яра устига қўйилади  
Б-кератопластик қўйилади,қараш тозаланади,қуритилади  
В-қуритлади,қараш тозаланади,кератопластик қўйилади

- Г-А,Б            Д-Б,В
4. Аппликация ўтказилади:  
 А-1 мартаба кунига            Б-2 марта            В-3-4 марта  
 Г-кун ора                            Д-хамма жавоблар тўғри

**Амалий кўникма № 10**  
**Махаллий шикастловчи омилларни бартараф этиш**

1. Назарда тугилади:  
 А-чекишни ман қилиш            Б- алкаголни ман қилиш  
 В- оғизни соғломлаштириш  
 Г-ўткир ва қайнок овқат емаслик    Д-хамма жавоблар тўғри
2. Санацияга қиради :  
 А-хамма жавоблар тўғри    Б-кариес ва асоратларни даволаш  
 В- амальгама пломбаларни цементга алмаштириш  
 Г-тиш тошларини олиш    Д-тиш қирраларини чархлаш
3. Аниқлаш ва бартараф қилиш:  
 А-гальванозни            Б-протезларни пластмасасини таъсири  
 В-протезлар сифатини    Г- хамма жавоблар тўғри  
 Д-хамма жавоблар нотўғри

**Масалаларнинг тўғри жавоблари:**

- №1 (1б, 2в, 3а, 4д, 5д)  
 №2 (1б, 2в, 3а, 4г, 5д)  
 №3 (1а, 2в, 3б, 4д, 5в)  
 №4 (1а, 2б, 3б, 4д, 5д)  
 №5 (1а, 2в, 3г, 4в, 5г)  
 №6 (1а, 2в, 3г, 4в, 5в)  
 №7 (1б, 2в, 3г, 4б, 5д)  
 №8 (1в, 2в, 3а, 4в, 5г)  
 №9 (1а, 2б, 3а, 4б, 5д)  
 №10 (1в, 2б, 3г, 4г, 5а, 6д)

**Амалий куникмаларнинг тўғри жавоблари:**

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| №1 (1а, 2б, 3в, 4г)     | №2 (1в, 2д, 3д, 4д, 5г) |
| №3 (1а, 2б, 3в, 4а, 5в) | №4 (1д, 2в, 3д)         |
| №5 (1б, 2а, 3б)         | №6 (1б, 2а, 3а)         |
| №7 (1д, 2в, 3д, 4б)     | №8 (1д, 2г)             |
| №9 (1д, 2в, 3а, 4в)     | №10 (1д, 2а, 3г)        |

**ТАВСИЯ ЭТИЛАДИГАН АДАБИЁТЛАР**

1. Балин В.Н., Гук А.С. «Симптомы и синдромы в стоматологической практике». 2000 й.
2. Банченко Г.В. «Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. М-1979 й.
3. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М. Язык «зеркало» организма. Москва, Изд. Бизнес-цент «Стоматология» 2000г, 407с.
4. Боровский Е.В. и др. «Терапевтическая стоматология». - М.,1998. (736б)
5. Боровский Е.В. Барышева Ю.Д. Максимовский Ю.М. «Терапевтическая стоматология» М-1999
6. Боровский Е.В. Данилевский Н.Ф. Атлас. Заболевания слизистой оболочки полости рта. - М.,1991, 320 с
7. Боровский Е.В. Леонтев В.К. «Биология полости рта» М-1991, 304 б
8. Боровский Е.В. Машкиллейсон А.Л. «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ» Медпресс-2001.
9. Боровский Е.В. и др «Терапевтическая стоматология» М. 2001., 736б
10. «Заболевания слизистой оболочки полости рта» под ред. Л.М.Лукиных Новгород – 2001
11. Данилевский Н.Ф. Зинченко Т.В. Кодола Н.А. Фитотерапия в стоматологии Киев- 1984
12. Данилевский М.И. «Заболевания пародонта» Атлас – 1990
13. Епишев В.А. Мамедова Ф.М. «Наиболее частые стоматиты в Узбекистане» Т-1970 172 б
14. Епишев В.А. «Состояние полости рта при хронических гастритах» Т-1980
15. Ефанов О.Н. Дзанагова Г.Д. «Физиотерапия стоматологических заболеваний М- 1980
16. Зуфаров О.О. Мирахмедова Д.У. Бекташев С.И. Жуматов У.Ж. «Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг касалликлари» Т-2001 106б
17. Каримов А. Мирахмедов У. «Тери-таносил касалликлари» Т-1995 207б
18. Курянина Н.В. Кутепова Г.Ф. «Заболевания пародонта» Изд НГМА-2002
19. Кулмагамбетов И.Р., Нурпеисов Т.Т. Лекарственная аллергия как основное осложнение медикаментозной терапии //Мед.журнал Казахстана.-1998.-№2.-С.69-74.
20. Комилов Х.П.ва б. «Даволаш стоматологиясидан рецептура справочники» Т. 1996й.
21. Луцкая И.К. Практическая стоматология.-Минск.: Беларуская наука.-1999.-360 с.
22. Леус Г.А. Горегланд Ф.Ф. «Заболевания зубов и полости рта» М-1998 286 б
23. Мамедова Ф.М.и др. «Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликларида цитологик таъхис» Т-1995
24. Марченко А.И. Руденко М.М. «Кандидозы в слизистой оболочке полости рта» Киев-1978

25. Машкиллейсон А.Л. «Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта» М-1990
26. Машкиллейсон А.Л. и др «Кожные и венерические болезни» М. 1986. 256 б.
27. Московский стоматологический институт «Клинические ситуации в терапевтической стоматологии» Учебные пособия с заданиями в тестовой форме. Под ред. Проф Барера Г.М. М-1999
28. Московский стоматологический институт «Заболевания слизистой оболочки полости рта» Учебное пособие М-1996
29. Пашков Б.М. Стоянов Б.Г. Машкиллейсон А.Л. «Поражения слизистой оболочки рта и губ при некоторых дерматозах и сифилисе» М-1970
30. Пузин М.Ш. «Нейростоматологические заболевания» Доклад комитета экспертов ВОЗ М- 1994
31. Покровский В.В. «Эпидемиология и профилактика ВИЧ – инфекции и СПИДа». М. Медицина, 1996. 248 б.
32. Рабинович И.М., Банченко Г.В. «СПИД. Проявление ВИЧ – инфекции в полости рта.» Международный стоматологический сайт. 2003й.
33. Руководство по эпидемиологическим исследованиям проявлений ВИЧ инфекции, локализованной в полости рта М-1995
34. Рыбаков А.И. Иванов В.С. «Клиника терапевтической стоматологии» М-1980
35. Селютина О.В. «К диагностике сифилиса». М. Ж. Стоматология 2000, № 2, 50б.
36. Третьякович А.Г. Глинник А.В. «Справочник клинических симптомов и синдромов в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» НГМА-2000
37. Хаитов Р.М., Игнатиева Г.А. «СПИД» М. Культура, 1992. 352б
38. Шахнес И.Е., Акимов В.А.. «Черный волосатый» язык // Вест. дерматол 1984. 9, 61-62 б.
39. Яковлева В.И. и соавт. «Диагностика , лечение и профилактика стоматологических заболеваний» Минск-1995
40. Brown D. European Study of the epidemiology and seroprevalens of HSV-2/Serological assays for Herpes simplex virus infections: new developments. European congress on STDs, 1996, p.19.
41. Overall I.C/ Herpes simplex virus infectaton of the fetus and newborn. Pediatr. Ann. 1994, vol. 73. ;№2, p. 194-198.
42. Gitz M. Pseudoallergien sind Histamin toleranzen // A Vien.med/ Wolhensehr.-1996.-146,№15.-S.426-430.
43. Peter Martin I.Diagnostico de aleggia a medicamentos //Rev. Alergia Mex.-1997.-44,№1.-P.1-3.
44. Torricelli R., Wthrich B. Anaphylaktischer Schok bei epicutaner Applikation von Chlorhexidin //Allrgologie.-1976.-19,№11.-P.512-514.
45. Waran Kobsit D., Munsick Robert A. Anaphylaxis from povidone – iodine//Laneet.-1995.-№8963.-P.1506.

## МУНДАРИЖА

Сўз боши .....	3
Кириш .....	3
1. Оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарининг тузилиши. ....	4
1.1. Оғизнинг турли қисмлари шиллиқ қаватининг тузилиши. ....	5
1.2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг вазифалари .....	7
2. Сўлак безлари, сўлак ва оғиз суюқлиги. ....	8
2.1. Сўлак безлари. ....	8
2.2. Сўлак ва оғиз суюқлиги .....	9
2.3. Сўлак вазифалари .....	11
3. Оғиз бўшлиғи микрофлораси .....	13
4. Оғиз бўшлиғининг химоя механизмлари .....	15
5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг касалликлариди беморни текшириш усуллари .....	16
6. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини кўриш. ....	18
6.1. Асл оғиз бўшлиғини кўриш .....	18
6.2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги патологик жараёнлар .....	19
6.3. Қўшимча текширув усуллари .....	22
6.3.1. Рентгенологик текширув .....	22
6.3.2. Функционал синамалар .....	22
6.3.3. Функционал текшириш усуллари .....	23
6.3.4. Лаборатор текширув усуллари .....	25
7. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари таснифи .....	29
8. Механик шикастланишлар .....	31
9. Кимёвий шикастланишлар .....	34
10. Физик шикастланишлар .....	35
10.1. Гальванизация .....	35
10.2. Нур касаллиги .....	36
10.3. Юз-жағ соҳаси ўсмаларини нур билан даволашдаги ўзгаришлар ....	38
11. Лейкоплакия .....	39
12. Пашковнинг юмшоқ лейкоплакияси .....	43
13. Кеннони говакли оқ небуси .....	44
14. Юқумли касалликлар .....	44
14.1. Вирусли касалликлар. ....	45
14.1.1. Оддий герпес. ....	45
14.1.2. Ўраб олувчи темиртки .....	46
14.1.3. Герпангина .....	51
14.1.4. Ўткир респиратор касалликлар .....	52
14.1.5. Оқсим. ....	52
14.1.6. Оғиз бўшлиғида инсонда иммунтанқислигини чақирувчи вирус (ВИЧ) билан зарарланишни кўриниши. ....	54

14.2. Венсанни ярали-некротик стоматити. ....	55
14.3. Бактериал инфекциялар .....	58
14.4. Сил. ....	60
14.5. Захм. ....	62
14.6. Гонококкли (сўзакли) стоматит. ....	66
14.7. Микозлар .....	66
15. Аллергик касалликлар .....	70
15.1. Аллергик касалликларнинг клиник кўриниши. ....	72
15.1.1. Анафилактик шок. ....	72
15.1.2. Квинкенинг ангионевротик шиши. ....	74
15.1.3. Дорили аллергия. ....	75
15.2. Кўп шаклли экссудатив эритема. ....	78
15.3. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит. ....	80
15.4. Бехчет синдроми. ....	84
15.5. Шегрен синдроми. ....	85
16. Экзоген захарланишда оғиз бўшлиғи шиллик қаватини ўзгариши. ...	86
17. Модда алмашинуви ва тизимли касалликларида оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ўзгаришлар .....	89
17.1. Гипо ва авитаминозларда оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ўзгаришлар. ....	90
17.2. Ошқозон-ичак тизими касалликларида оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ўзгаришлар .....	95
17.3. Юрак-томир касалликларида оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ўзгаришлари .....	98
17.4. Эндокрин касалликларида оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ўзгаришлари. ....	99
17.5. Бириктирувчи тўқиманинг тарқоқ касалликларида оғиз бўшлиғи шиллик қаватини ўзгаришлари. ....	101
17.6. Қон хосил қилувчи аъзолари касалликларида оғиз бўшлиғи шиллик қаватини ўзгаришлари. ....	102
17.7. Асаб тизими касалликларида оғиз бўшлиғининг ўзгаришлари. ...	106
17.7.1. Глоссалгия, стомалгия. ....	107
17.7.2. Таъм бузилиши. ....	110
17.7.3. Сўлак ажралишини бузилиши. ....	110
18. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини дерматозларда ўзгаришлари. ....	111
18.1. Пўрсилдоқ. ....	112
18.2. Пемфигоид. ....	115
18.3. Қизил ясси темирлатки. ....	116
18.4. Қизил югурук .....	119
19. Тил аномалиялари ва мустақил касалликлари. ....	121
19.1. Бурмасимон тил. ....	121
19.2. Иккига ажралган тил. ....	122

19.3. Глоссит. ....	122
19.4. Дескваматив глоссит .....	122
19.5. Қора «сочли» тил. ....	123
19.6. Ромбсимон глоссит. ....	124
20. Хейлит. ....	125
20.1. Эксфолиатив хейлит. ....	126
20.2. Оддий glandуляр хейлит. ....	128
20.3. Контактли аллергик хейлит. ....	129
20.4. Актиник ва метеорологик хейлит. ....	129
20.5. Атопик хейлит. ....	129
20.6. Экзематозли хейлит. ....	131
20.7. Макрохейлит. ....	132
21. Саратон ва саратон олди касалликлари. ....	133
21.1. Облигат саратон олди касалликлари. ....	134
21.1.1. Боуэн касаллиги .....	134
21.1.2. Сўгалсимон саратон олди касаллиги. ....	134
21.1.3. Лаб қизил хошиясининг чегараланган саратон олди гиперкератози .....	135
21.1.4. Абразив преанкроз Манганотти хейлити. ....	135
21.2. Факультатив саратон олди касалликлари. ....	136
21.2.1. Тери шохланиши. ....	136
21.2.2. Кератоакантома. ....	137
21.2.3. Папиллома. ....	137
21.2.4. Лейкоплакия. ....	137
21.2.5. Қизил ясси темирлатки. ....	137
21.2.6. Қизил югурукни эрозив ярали шакли. ....	138
<b>Илова-расм</b>	
22. Ўқитишдаги янги технологиялар. ....	138
23. Тестлар. ....	142
24. Вазият масалалари. ....	152
25. Амалий кўникмалар .....	158
26. Тавсия этиладиган адабиётлар. ....	163



