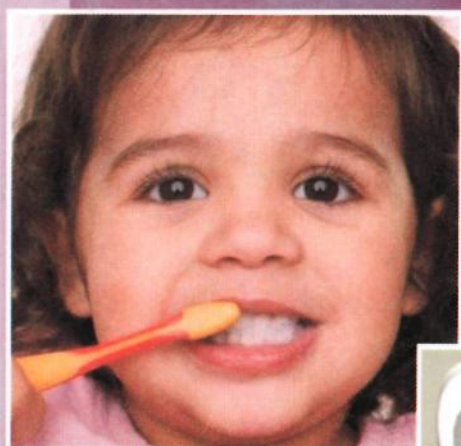


616-053.2
А-355

М. АЗИМОВ

БОЛАЛАРДА ЮЗ-ЖАҒ СОҲАЛАРИНИНГ ОДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ



М. АЗИМОВ

**БОЛАЛАРДА ЮЗ-ЖАҒ
СОҲАЛАРИНИНГ ОДОНТОГЕН
ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Услубий қўлланма

Тошкент — «ILM ZIYO» — 2013

УЎК 616-053.2
КЎК 56.6
А-37

Ушбу қўлланмада адабиётларда келтирилган маълумотлар ва муаллифнинг клиник кузатувлари таҳлили асосида болаларда учрайдиган одонтоген яллиғланиш жараёнларининг таснифи, клиник манзараси, болалар ўсиши ва ривожланишига боғлиқ бўлган ўзига хос хусусиятлари келтирилган. Жағлар ўткир ва сурункали остеомиелитининг клиникаси, кечиши ва даволаш усулларини баён этишда яллиғланиш жараёнининг жағ суяқлари ва атроф юмшоқ тўқималардаги қўлами ҳисобга олинган.

Боланинг умумий ҳолати ва жараённинг оғирлик даражаларини ҳисобга олган ҳолда йирингли яллиғланиш касалликларини комплекс даволаш алгоритми келтирилган.

Ушбу қўлланмадан юз-жағ жарроҳлари, стоматологлар, бакалавриатура ва магистратура талабалари фойдаланишлари мумкин.

Масъул муҳаррир:

Х.К. Дустмухамедова — тиббиёт фанлари номзоди,
олий тоифали шифокор

Тақризчилар: **О.Е. БЕКЖАНОВА** — Тошкент тиббиёт академиясининг терапевтик стоматология кафедраси профессори, т.ф.д.; **А.С. АЛИМОВ** — Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институти стоматология кафедраси мудир, т.ф.д., профессор.

ISBN 978-9943-16-145-0

© М. Азимов, 2013 й.
© «ILM ZIYO» нашриёт уйи, 2013 й.

КИРИШ

Болаларда учрайдиган одонтоген яллиғланиш касалликларига қатор монографиялар, диссертациялар ва илмий мақолалар бағишланган. Бу касалликлар, одатда, ўз вақтида самарали даволанмаган тиш кариеси асоратлари туфайли юзага келади. Тошкент тиббиёт академияси 3-клиникасининг болалар жарроҳлик стоматологияси бўлими ҳисоботларига кўра, охириги 10 йил ичида одонтоген яллиғланиш касалликлари билан даволанганлар сони 2 мартага ортган, улар бўлимда даволанганларнинг 50% ини ташкил қилган. Одонтоген яллиғланиш касалликларининг кескин кўпайиши эътиборга лойиқ ҳолат. Чунки беморлар орасида ўткир периостит ва остеомиелит билан оғриганлар кўпчиликни ташкил қилади, охириги йилларда бу касалликлар нафақат кўп учрамоқда, балки жағ суякларининг катта қисми зарарланиши, атрофдаги юмшоқ тўқималарда кенг тарқалиб, бола ҳаётига хавф соладиган асоратлар – одонтоген сепсис, ДТТ синдроми, полиорган етишмовчиликка ҳам сабаб бўлмоқда. Бундай оғир касалликларнинг ривожланишига сабаб бўлувчи периодонтитнинг клиник манзараси ва уни даволаш қўлланмада жарроҳ-стоматолог нуқтаи назаридан ёритилган.

Сут ва доимий тишлар периодонтити болаларда кўп учрайди. Бу касаллик, одатда, консерватив усуллар билан даволанади. Аммо, даволаш ҳамма вақт ҳам самара беравермайди. Қўлланмада ана шундай ҳолатларни аниқлаш ва ўз вақтида илдиз атрофида кечаётган яллиғланиш ўчоғини радикал тарзда даволаш усуллари баён этилган. Одатда сурункали периодонтитнинг ўткирлашуви ўткир йирингли периостит, остеомиелит, абсцесс ва флегмоналарга сабаб бўлади. Қўлланмада биринчи бор узоқ вақт безовта қилмаган илдиз учидан кечаётган сурункали инфекцион ўчоқнинг ўткирлашувида макроорганизм реактивлиги, инфекция хусусиятлари ва сенсбилизациянинг аҳамияти ёритилган.

Бир тиш пародонти чегарасида кечаётган яллиғланиш суякдан ўтиб периостда тарқалган яллиғланиш (периостит)ни юзага келтиради. Қўлланмада касалликнинг болаларда кечишидаги хусусиятлар ёритилган.

Алоҳида эътибор одонтоген остеомиелитга берилган.

Остеомиелит деганда биз суяк тўқимасида тарқалган, юмшоқ тўқималарда асоратланиб кечаётган инфекцион-аллергик йирингли жараённи тушунамиз. Остеомиелитик жараённи қатор муаллиф-

лар чегараланган, ўчоқли ва тарқалган даражаларга бўладилар (В.И. Лукьяненко, В.М. Уваров, М.М. Соловьев, И. Худояров). Аммо болаларда бундай тасниф кечаётган жараённинг хилма-хиллигини, ўсиш зоналарининг шикастланишини, жағ суяги атрофидаги юмшоқ тўқималар билан боғлиқлигини акс эттира олмайди.

Бизнинг кузатувларимизда одонтоген остеомиелит 4—7 ёшдаги болаларда сут тишлам ва тишлар алмашиш даврида кўп учрайди. Маълумки, бу даврда болаларда жағ суяклари, доимий тишлар жадал ривожланаётган бўлади. Йирингли жараённинг суяқда кечиш ҳажми ва жойлашиши, жағлар ва доимий тишлар куртагига таъсири турлича бўлади. Даволаш режасини тўғри тузиш ва асоратларнинг олдини олиш учун шифокор суяқда кечаётган йирингли ўчоқ кўламани ва соҳасини аниқлаши керак. Кўп йиллик кузатувлардан келиб чиқиб қўлланмада пастки, юқори жағлар ва юмшоқ тўқималарда йирингли яллиғланиш жараёнларининг тарқалиш даражалари келтирилган.

Ўткир одонтоген остеомиелитнинг ривожланиши ва кечишига таъсир этувчи омиллар қўлланмада батафсил ёритилган. Текширув усуллари, шошилиш комплекс даволаш чораларига алоҳида эътибор берилган. Болаларда ўткир одонтоген остеомиелитнинг ўткир ости даври ва сурункали шаклига ўтиши тафсилоти изоҳлаб берилган. Маълумки, сурункали одонтоген остеомиелит болаларда узоқ муддатли кечади. Касаллик секвестр олиб ташланганидан сўнг тугайди. Китобда секвестрэктомиягача ва секвестрэктомиядан олдин жарроҳ-стоматолог ва ортодонт олдидаги вазифалар ёритилган.

Одатда ўткир одонтоген остеомиелит жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарда абсцесс ва флегмоналар билан асоратланиб кечади. Юмшоқ тўқималарда яллиғланиш жараёни бир ёки бир неча анатомик соҳаларни эгаллайди ва касалликнинг оғир шаклда кечиши кузатилади. Юз-жағ соҳалари одонтоген абсцесс ва флегмоналари остеомиелитсиз ҳам ривожланиши ва кечиши мумкин. Шунини эътиборга олган ҳолда, барча соҳалар абсцесс ва флегмоналарини жарроҳлик йўли билан даволаш усули китобда алоҳида ёритилган. Ўткир одонтоген остеомиелит ва юз-жағ соҳалари абсцесс ва флегмоналарини комплекс даволашни режалаштириш принциплари келтирилган.

Ушбу қўлланма биринчи бор ўзбек тилида чоп этилмоқда, шу боис камчилик ва хатолардан холи эмаслиги табиий. Китобхонлар билдирган эътироз ва таклифларни муаллиф мамнуният билан қабул қилади ва кейинги нашрларда китобнинг мазмунини бойитиш мақсадида фойдаланади.

БОЛАЛАРДА ПЕРИОДОНТНИНГ ЯЛЛИЕЛЛАНИШИ

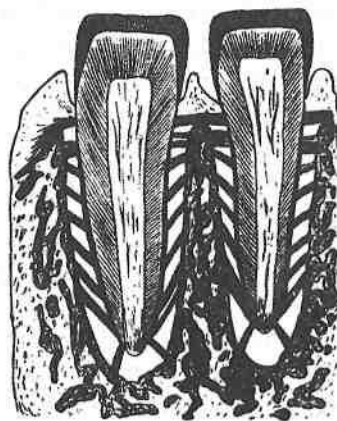
Периодонт — тиш илдизи ва катакчаси оралиғини тўлдирувчи бириктирувчи тўқимадан иборат тузилма. Периодонтнинг коллаген толали тутамлари тўрт (айлана, қия, радиар, тангенциал) йўналишда бўлиб, бир учи илдиз цементига, иккинчиси тиш катакчасининг ички контакт пластинкасига бирикади (1-расм).

Периодонт ёки тишни унинг катакчасида ушлаб турувчи боғлам мураккаб таркибга эга бўлиб, ҳужайра ва ҳужайралараро коллаген тутамлар (60%), эластик толалар, асосий аморф модда ва зич толали бириктирувчи тўқимадан тузилган.

Коллаген толалар тутамлари оралиғидаги сийрак бириктирувчи тўқима қатламида қон ва лимфа томирлари ҳамда нерв толалари жойлашган. Периодонтнинг қон томирлари милк-суяк қон томирлари билан анастомозлар ҳосил қилади.

Тиш ривожланишининг барча босқичларида, периодонт тиш бўйинчасидан илдизнинг шаклланиб бўлган қисмигача жойлашиб, ўсиш зонаси тўқимаси билан қўшилиб кетади ва илдиз канали пульпаси билан боғланган бўлади. Сут тишлар илдизларининг сўрилиш даврида периодонтнинг тузилиши бирмунча ўзгаради. Тиш илдизлари сўрилган сайин, периодонтал оралиқ қисқариб периодонт ўрнини грануляция тўқима эгаллаб боради. Кариес туфайли оғиз бўшлиғидаги микроблар дентин каналлари орқали пульпа тўқимасига тушади ва унда ўткир ёки сурункали яллиелланиш касаллигини юзага келтиради.

Этиологияси. Охириги маълумотларга кўра оғиз бўшлиғида 300 дан 500 гача микроблар мавжудлиги аниқланган. Уларнинг 50% ини грам-мусбат кокклар, 20—25% ини грам-



1-расм. Периодонт толаларининг йўналиши.

манфий таёқчалар ва 20—25% ини грамманфий анаэроб кокклар ва 10% ини анаэроб таёқчалар ташкил қилади.

Пульпада кечаётган яллиғланиш ўчоғидаги инфекция, унинг токсинлари, тўқима парчалари илдиз учи тешигидан периодонтга тарқалади. Периодонтит ва пульпитдаги микроблар ўрганилганда иккала касалликда бир хил микроблар аниқланган. Охирги йилларда чоп этилган маълумотларга кўра, илдиз чўққиси атрофидаги яллиғланиш ўчоқларининг 100% ида микроблар борлиги аниқланган. Периодонтга тушганда уларнинг тарқалишини чегаралашга қаратилган яллиғланиш реакцияси юзага келади. Бу жараённинг асосий компоненти ҳужайралар инфильтрацияси ҳисобланади. Яллиғланиш ўчоғига лимфоид ҳужайралар билан бирга антителолар ҳам тўпланади. Полиморфядроли лейкоцитлар, макрофаглар, иммун комплекслар, бактериялар ва нобуд бўлган ҳужайравий элементлар фагоцитозни таъминлайди. Зарарланган ўчоқ атрофидаги тўқималаро оралиқларга фибриннинг тушиши туфайли ҳужайравий элементлар пролиферацияси ҳисобига бириктирувчи тўқимадан капсула ҳосил бўлиб, у бактериялар, токсинлари ва шикастланган тўқима парчалари сўрилишини камайтиради ҳамда микроорганизмларнинг тарқалишига тўсқинлик қилади.

Аллергия механизмларининг қўшилиши пародонт тўқималарининг микробни тутиб қолиш (тўсиқлик) хусусиятини кучайтиради. Организмнинг санаб ўтилган иммунологик механизмлари микрофлоранинг тўлиқ йўқотилишини таъминлай олса, нобуд бўлган тўқималар ўрни бириктирувчи тўқимадан иборат чандиқ билан алмашади, яъни ўткир патологик жараён баргараф этилади.

Сут (вақтинчалик) тишлар пульпит ва периодонтит касалликлари терапевтик стоматология дарслигида батафсил ёритилган. Жарроҳлик стоматологияси нуқтан назаридан периодонтит остеомиелит, периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит, аденофлегмона сингари касалликларга сабабчи бўлади, шунингдек, периодонтит нафақат эндодонтик, балки жарроҳлик усуллари билан ҳам даволанади. Болалар стоматологиясида ҳам катталар учун қабул қилинган периодонтит таснифидан фойдаланилади.

Периодонтитлар таснифи

Болаларда периодонт яллиғланиши катта ёшдаги кишилардагидек қуйидагича тасниф қилинади:

I. Касалликни юзага келтирувчи сабабларга кўра:

- механик шикастланиш таъсирида;
- кимёвий шикастланиш натижасида;
- инфекция таъсирида.

II. Яллиғланиш жараёнининг ўрнига нисбатан:

- чўққи периодонтити;
- қирғоқ периодонтити.

III. Клиник кечишига нисбатан:

- 1) периодонтнинг ўткир яллиғланиши:
 - а) ўткир чўққи периодонтити (*periodontitis apicalis*);
 - б) ўткир қирғоқ периодонтити (*periodontitis marginalis*);
- 2) периодонтнинг сурункали яллиғланиши:
 - а) сурункали фиброз периодонтит (*periodontitis chronics fibrosa*);
 - б) сурункали грануляцияланувчи периодонтит (*periodontitis chronica granulans*);
 - в) сурункали гранулёматоз периодонтит (*periodontitis chronica granulomatosa*).
- 3) ўткирлашган (қайталанган) сурункали периодонтит.

Сут тишларнинг ўткир периодонтити

Шикоятлар. Бола ва ота-оналар қаваги бўлган тишдаги оғриққа ҳамда чайнаш ва тишлаш вақтида оғриқ кучайишига шикоят қиладилар.

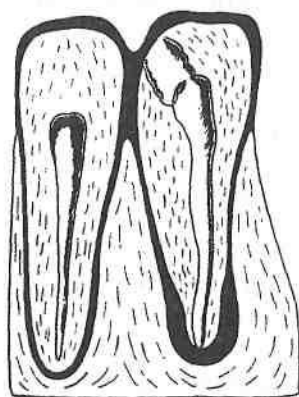
Клиник манзараси. Болаларда вақтинчалик тишларда ўткир периодонтитнинг кечиши уларнинг анатомик тузилишидаги ўзига хос хусусиятлар билан боғлиқ: сут тишларнинг илдизлари доимий тишларга нисбатан калта, илдиз учи (периодонтит ривожланганда) резорбцияга учраган бўлади, илдиз найчаси (канали) кенг ва калта; периодонтал ёриқ кенг; периодонт тўқимаси говак (бўш). Шу сабабли, яллиғланиш экссудати қисқа вақт ичида суякка тарқалади ва оғриқ пасаяди. Шу билан бир вақтда, юзда юмшоқ шиш, оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, организмнинг заҳарланиш белгилари намоён бўлади. Зарарланган тиш қимирлайди, тегилганда, чайнаш вақтида оғриқ пайдо бўлади. Сабабчи тиш атрофидаги милкда шиш ва қизариш кузатилиб, тишдаги оғриқ тишлаганда кучаяди; перкуссия қилинганда ўткир оғриқ юзага келади; лимфа тугунлари катталашган бўлади.

Рентген тасвирида пульпа бўшлиғи кариоз ковак билан туташганлиги, илдиз учи соҳасида периодонтал ёриқ кенгайганлиги тўғри ташхис қўйиш учун асос бўлади.

Қиёсий ташхис. Ўткир йирингли периодонтитни ўткир йирингли диффуз пульпитдан фарқлаш керак: периодонтит касаллигида оғриқ доимий, пульпитда эса, ўз-ўзидан хуруж билан бошланувчи бўлади. Бу белгилар, одатда, узоқ давом этмайди. Ўткир йирингли пульпит қисқа вақт ичида ўткир периодонтитга ўтади. Периодонт зарарланганда, пульпитдан фарқли равишда, перкуссия қилинганда кучли оғриқ юзага келади.

Даволаш. Сут тишни даволашга кўрсатма унинг анатомик ва функционал ҳолатидан келиб чиққан ҳолда ҳал қилинади. Тиш илдизи сўрилмаган ва у тиш қаторида сақланиши шарт бўлса, терапевтик усул билан даволаш тавсия этилади. Илдизи ярмигача сўрилган ёки тож қисми тўлиқ емирилган бўлиб, суяк тўқимасига инфекция тушиш эҳтимоли бўлса, тиш олиб ташланади.

Сут тишларнинг сурункали периодонтити



2-расм. Сурункали фиброз периодонтит.

В.В. Рогинский (1998)нинг ёзишича, сурункали периодонтитларнинг 30% тўғри ва яхши даволанмаган пульпитдан, 38% даволанмаган кариесдан ва 30% тишлар жароҳатларидан сўнг ривожланади. Ўткир периодонтитлар тамомила даволанилмаса, сурункали шаклларга ўтади. Сурункали пульпитлар ҳам бирламчи сурункали периодонтитларни келтириб чиқариши мумкин.

Фиброз периодонтит. Бу турдаги периодонтит фақат илдизи шакланган (сут ва доимий) тишлардагина юзага келади. Илдиз шакланмаган ёки сўрилаётган (резорбцияланаётган) бўлса, фиброз периодонтит ривожланмайди.

Фиброз периодонтит субъектив белгиларсиз кечади. Болалар чайнаётганларида оғриқ сезмайдилар.

Рентген тасвирида периодонтал ёриқ шакли бир оз ўзгарган (кенгайган)лигини кўриш мумкин (2-расм).

Гранулёма ҳосил қилувчи сурункали периодонтит сурункали фиброз периодонтитга ўхшаш белгиларсиз кечади. Вақтинчалик (сут) тишларда жуда кам учрайди. Одатда, бу касаллик доимий тишларда учрайди. Беморларда шикоятлар деярли бўлмайди. Тиш даволаш мақсадида шифокорга мурожаат қилинганида, рентгенологик текширув вақтида тасодифан аниқланади (3-расм).

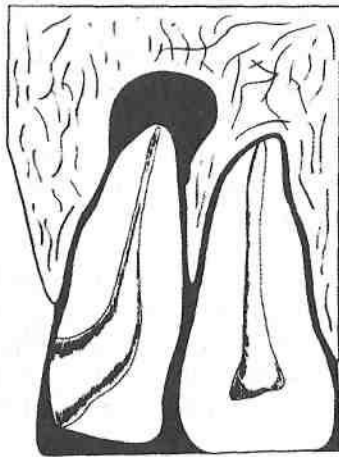
Рентген тасвирида илдиз учи соҳасида думалоқ ёки овал шаклдаги аниқ чегарали, диаметри 5 мм ва ундан катта бўлган деструкция ўчоғи кўринади. Гранулёма атрофидаги суяк ўзгармаган, деструкция ўчоғидан зич ва склерозланганлиги билан ажралиб кўринади. Периодонтал ёриқ илдиз бўйлаб бир текисда кузатилмайди, гранулёма ичидаги илдиз учи, одатда, резорбцияга учрамайди.

Қиёсий таъхис. Сурункали гранулёмали периодонтитни периодонтитнинг бошқа шакллари, кистогранулёма, киста, тишнинг

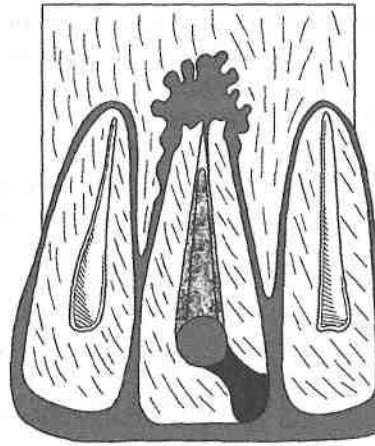
нотўлиқ чиқиши (рентген тасвирида тиш окклюзион текисликдан силжиб альвеоласининг туби бўш қолиб гранулёмага ўхшаб кўринади) билан қийёсий ташхисланади.

Жағ суягининг табиий (кесув тишлар тешиги, ментал) тешиклари гранулёмага ўхшаб кўринади. Илдиз шаклланиши тугалланмаган тишлардаги гранулёмани шаклланаётган тиш фолликули билан таққослаш лозим, бунда ўсиш соҳасига эътибор қаратиш керак. Ўсиш соҳаси узлуксиз кортикал пластинка билан ажралган бўлади. Гранулёмали периодонтитда периодонтал ёриқ бир хил кенгликда бўлмай, илдиз учи соҳасида кенгайган бўлади.

Грануляциялар ҳосил қилиб кечувчи сурункали периодонтит кичик ёшдаги болалар сут тишларида учрайди (4-расм).



3-расм. Гранулёмали периодонтит.



4-расм. Грануляциялар ҳосил қилувчи периодонтит.

Шикоятлар. Айрим болалар чайнаш вақтида тиш атрофида нохушлик (босимдан тиш атрофидаги тўқималарда эзилиш, сиқилиш пайдо бўлишига), шунингдек, милк, жағ ости, лунж соҳаларида оқма йўл ҳосил бўлиб, ажралма чиқишига шикоят қилдилар.

Клиник манзараси. Зарарланган тишда чуқур кариес қаваги бўлиб, тиш тожининг ранги ўзгарган, қавак ичида грануляцияли тўқима бўлиши мумкин. Милкдаги оқма йўлидан ажралма чиқади, айрим ҳолларда оқма ичидан грануляцияли тўқима бўртиб чиқиб туради. Оқма йўл терига очилганида, унинг атрофидаги тўқималар яллиғланади, тери қизариб, кўкимтир-тўқ қизил тус олади, гоҳида юпқалашиб, бичилади. Оқма вақти-вақти билан бекилиб, ажралма чиқмай қолади. Оқма атрофида кечган пролифератив яллиғланиш ҳисобига бириктирувчи тўқимадан пилик шаклланади.

Пайпасланганда тиш илдизидан ташқаридаги оқмага йўналган қалин пилик тўқима аниқланади. Оқма ичидан грануляцияли тўқима бўртиб чиққанлиги учун «миграцияловчи гранулёма» деб аталган. Аслида, у грануляциялар ҳосил қилиб кечувчи периодонтитнинг бир белгиси ҳисобланади.

Патологик анатомияси: 1) периодонтда кечаётган йирингли яллиғланиш суякни емириб, милкда оқма ҳосил қилади; 2) емирилган соҳада суяк илиги ўрнини грануляцион тўқима эгаллайди; 3) одатда суяк тиш қаваги остидан емирилади (резорбцияга учрайди) ва шу соҳада ҳосил бўлган грануляциялар ўсиб, тиш ва кариес қавагини тўлдиради; 4) тиш канали кенг бўлса, грануляцияли тўқима унинг ичига ўсиб киради, сурункали гангреноз пульпитга хос оғриқ ва қонаш кузатилади. Оқманинг қаерда очилиши илдизнинг ҳолатига боғлиқ. Милк четига яқин очилса, илдиз сўрилиб (калта) кичиклашганлиги ёки шакланмаганлигидан далолат беради. Шундай ҳолат грануляциялар тиш бифуркациясидан чиққанда ҳам кузатилади. Кечаётган патологик жараён сут тиш илдизининг сўрилиши секинлашишига ёки тўхтаб қолишига сабаб бўлади. Илдиз сўрилиб, калта бўлиб қолган бўлса, грануляциялар милкни тешиб чиқади ёки лунж ҳамда лаб соҳаларида ҳам оқма йўли очилиши мумкин (5-расм).

Рентгенологик текширувда сут тишнинг сурункали грануляциялар ҳосил қилувчи периодонтитида деструкция ўчоғи кўпроқ бифуркация атрофида аниқланади. Бундай ҳолатни Н.М. Чуприна (1985) пульпа чириндиси ва инфекциянинг тиш қаваги тубида жойлашган қўшимча каналлар орқали бифуркацияга чиқиши би-



5-расм. Жағ остида очилган оқма йўл.

лан изоҳлайди. Деструкция кенг ва чуқур тарқалиб, илдизлар атрофи ҳамда улар орасидаги ораликни қамраб олиши ва доимий тиш куртагигача ўтиши мумкин. Жараён суякда кечганлиги боис Т.Ф. Виноградова бундай ҳолатни «сурункали остит» деб атаган. Сут тишларда сурункали грануляциялар ҳосил қилиб кечувчи периодонтитнинг доимий тиш куртагига таъсири унинг ривожланиш даражасига боғлиқ:

1) сут тиш атрофида кечаётган сурункали периодонтит доимий тиш куртаги шаклланишининг дастлабки босқичида (минералланишдан аввал) бошланса, куртак нобуд бўлади. Рентген тасвирида куртак кўринмайди, унинг атрофидаги кортикал пластинка эса узилиб кўринади;

2) куртақда минералланиш бошланган бўлса, периодонтдан тушган инфекция уни нобуд қилмаса ҳам, минералланиш жараёнига салбий таъсир этади. Клиник жиҳатдан у маҳаллий гипоплазия ёки Турнер тишлари шаклида кўринади. Бундай тишнинг тожи яхши ривожланмаган, эзилган, сарғиш рангда, гоҳида эмаль аплазияга учраган бўлади;

3) доимий тиш тож қисми шакллангандан сўнг, сут тишнинг илдизи атрофида кечаётган деструктив жараён давом этаверса, куртак атрофидаги кортикал пластинкани емириб, ўсиш соҳасини нобуд қилади, натижада тиш куртаги ўсишдан тўхтади ва ёт моддага ёки секвестрга айланади;

4) сут ва доимий тишлар орасидаги суяк емирилса, илдизи шаклланмаган доимий тиш ёриб чиқади. Илдиз шаклланмай қолганлиги учун тиш қимирлаб қолиши ёки бутунлай чиқиб кетиши мумкин;

5) сут тишда кечаётган яллиғланиш жараёни ривожланаётган доимий тишнинг ретенцияси ёки кистасига сабабчи бўлиши мумкин.

Қиёсий тапхис. Ўрта, чуқур кариес, сурункали гангреноз пульпит билан ўтказилади.

Ўткирлашган сурункали периодонтит

Сурункали периодонтит ўткирлашишининг сабаблари. Сурункали одонтоген инфекцион ўчоқ (периодонтит) ва макроорганизм орасидаги мувозанат ўзгарувчандир. Мувозанат инфекциянинг вирулентлиги кучайиши, умумий ва хусусий иммунологик реактивликнинг ўзгариши ёки инфекция ўчоғини ўраб турувчи капсуланинг шикастланиши натижасида бузилиши мумкин.

Грануляцияланувчи периодонтитда илдиз канали, периодонтал ёриқ ёки оқма йўл орқали экссудат чиқиб туриши бу мувозанатнинг сақланиб туришига шароит яратади. Тасодифан тиш бўшлиғидаги овқат қолдиқлари илдиз каналини обтурацияласа (тўлиб қолиб) ёки тиш канали яллиғланиш тугамасдан пломба-

ланса экссудат тўпланиб қолади. Яллиғланиш ўчоғидаги микроблар концентрацияси, уларнинг токсинлари ва тўқималар парчаланиши маҳсулотлари ортади. Улар капсула атрофидаги тўқималарда яллиғланиш жараёнини юзага келтиради. Одатда бу ҳолат сурункали периодонтитнинг ўткирлашиши кўринишида намоён бўлади ёки ўткир одонтоген яллиғланиш жараёнининг бошқа шаклини юзага келтиради. Илдиз чўққисидаги капсуланинг шикастланишига тишни олиши ёки тишга юқори босим билан таъсир этиш (чайнаш, тишлаш) ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Одонтоген инфекция ўчоғини ўраб турувчи ҳимоя чизигининг заифлашишига организм умумий иммунологик реактивлиги пасайиши сабаб бўлиши мумкин. Бу ҳолатни юқори нафас йўллари-нинг респиратор вирусли касалликлари, ангина, қизилча, сувчечак, ичакларнинг ўткир юқумли касалликлари ва ҳ.к. юзага келтириши мумкин. Бундай ҳолатда, инфекция ўчоқ фаоллашиб, микроблар ва уларнинг токсинлари атроф тўқималарга тарқалиб, уларни зарарлайди.

Бизнинг илмий изланишлар ва клиник кузатувларимиз ҳулосаларига кўра, болаларда сурункали одонтоген периодонтитнинг ўткирлашуви ва ўткир одонтоген яллиғланиш касалликлари ривожланишида преморбид фоннинг аҳамияти катта. Ўткир одонтоген яллиғланиш билан мурожаат қилган болаларда анемия (68,3% гача), ўткир респиратор касалликлар (56,6%) ва дисбактериоз (91,6%) аниқланган. Шунингдек, сурункали одонтоген инфекция ўчоқларининг ўткирлашувида паст ҳароратнинг умумий ва маҳаллий таъсири деярли барча беморларда қайд этилган.

Паст ҳарорат (совуқ) таъсирида иммунитет ҳужайравий ва гуморал омиллари заифлашиши ҳисобига инфекциянинг кўпайишига қулай шароит юзага келади. Натижада иммун жараёнлар фаоллашиб, сурункали яллиғланиш ўткирлашув билан намоён бўлади (М.М. Соловьев).

Организм иммунологик реактивлигида марказий нерв тизимининг (МНТ) роли ҳаммага маълум. Клиник ва экспериментал тажрибалар натижалари яллиғланиш жараёнларининг ривожланиши ва оғир кечишида МНТ фаолияти кўзғалиш ва тормозланиши узилишларининг аҳамияти катта эканлигидан далолат беради. Стресслар таъсирида иммун тизими айрим звеноларининг фаолияти ўзгаради. Баъзи беморларда лейкоцитлар фагоцитар фаоллиги ортиши, бошқа беморларда эса пасайиши мумкин. Биринчи ҳолатда, сурункали одонтоген инфекция ўчоғида иммунологик жараёнларнинг фаоллашуви — ҳужайравий ва гуморал омилларнинг кўп миқдорда тўпланиши, иккинчи ҳолатда иммунологик тизимнинг заифлашиши боис одонтоген инфекция ўчоқнинг кучайиб

атроф тўқималарга тарқалиши кузатилади ва сурункали периодонтитнинг ўткирлашуви (хуружи) клиникаси юзага келади.

Юқорида келтирилган омиллар таъсирида периодонтитдаги сурункали яллиғланиш ўткирлашади. И.Х. Халилов ва бошқалар маълумотига кўра, ўткирлашган сурункали периодонтит ўткир чўққи периодонтитга нисбатан кўп учрайди.

Шикоятлар: узоқ вақт қаваги бўлиб безовта қилмаган тишда тўсатдан оғриқ бошланганига, оғриқ сабабсиз бошланиб, кучайиб бораётганига, бола тана ҳарорати 38—39 °С гача кўтарилиши, ҳолсизланиши, овқатдан бош тортишига.

Клиник манзараси. Сабабчи тишда кариес қаваги мавжуд ёки тиш тожининг катта қисми емирилган, ранги хиралашган. Зонд билан ковак туби текширилганда у илдиз найига оғриқсиз киради. Перкуссияда оғриқ туради. Сабабчи тиш қимирлайди. Атрофдаги шиллиқ парда қизарган, тиш-милк чўнтагидан йирингли ажралма чиқади. Оғизда бадбўй ҳид бўлади, тишнинг ўзи қимирлайди. Болада умумий ҳолсизланиш, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Боланинг боши оғрийди, у инжиқланиб, ётоқчилайди, овқатдан бош тортади. Кейинроқ юзида юмшоқ шиш пайдо бўлади. Шиш устидаги тери ранги ўзгармайди. Пайпаслаганда катталашган лимфа безлари аниқланади.

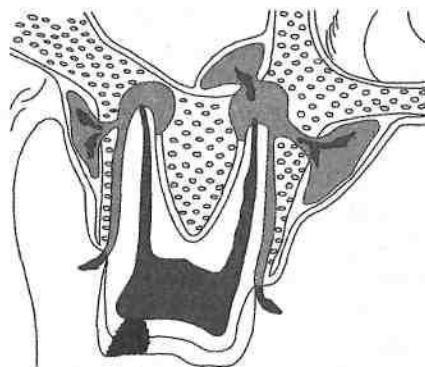
Рентген тасвирида периодонтал оралиқ четлари нотекис, илдиз учуда емирилиш белгилари, айрим ҳолларда тиш каналида пломба ашёларини аниқлаш мумкин.

Қиёсий таъхис. Ўткирлашган сурункали периодонтитни ўткир йирингли периостит, остеомиелит, лимфаденитдан фарқлаш керак. Клиник жиҳатдан бу касалликларнинг бир-биридан фарқи бор. *Ўткир йирингли периоститда* нафақат сабабчи, балки икки ёндаги тишлар (2—3 тиш) соҳасида ҳам шиллиқ парда қизаради. Ўтув бурмада нейтрофиллар, плазматик ҳужайралар, лимфоцитлар тўпланиб экссудат ҳосил қилади. Шунинг ҳисобига ўтув бурма саязлашади. *Ўткирлашган периодонтитда* ўтув бурма шиллиқ пардаси қизаргани билан зардоб тўпланишини пайпаслаб аниқлаб бўлмайди. *Ўткир лимфаденитда* жағ ости, даҳан остида шиш аниқланади. Устидаги терининг ранги ўзгармаган бўлади. Пайпасланганда шиш орасида оғриқсиз, юмшоқ, катталашган, ҳаракатчан, атрофдаги тўқималарга боғланмаган лимфа тутуни аниқланади. *Ўткир одонтоген остеомиелит* ва ўткирлашган сурункали периодонтит касалликларида болада ҳолсизланиш, уйқусираш, овқатдан воз кечиш, тана ҳароратининг кескин кўтарилиши бир хил кечади. Аммо маҳаллий белгиларда фарқ қилади. Остеомиелитда ўткирлашган периодонтитга хос бўлган белгилар билан бир қаторда альвеоляр ўсиқ ва жағ танасида шиш аниқланади, сабабчи тиш

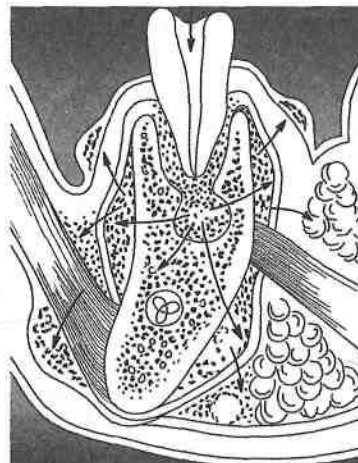
ёнидаги интакт тишлар ҳам қимирлайди. Тиш-милк чўнтақларидан йиринг ажралиб, оғиздан бадбўй ҳид келади.

Юқори жағ тишлар чўққиси атрофидаги йирингли экссудат оғиз даҳлизи, танглай, ёноқ ости, лунж, юқори жағ бўшлиғи, жағнинг говак моддасига тарқалиб шу соҳаларда, абсцесс, флегмоналар, периостит ва остеомиелит чақириши мумкин (6-расм).

Пастки жағ чайнов тишлардан йирингли экссудат оғиз даҳлизи, оғиз ичи, тил ости, жағ-тил тарнови оралиқларига тарқалиб, абсцесс, флегмоналарни, жағ говак моддасига тарқалиб остеомиелитни, суяк қобиғи остига ўтиб периоститни чақириши мумкин (7-расм).



6-расм. Юқори жағ тишлар атрофидан йирингли экссудат тарқалиши.



7-расм. Пастки жағ тишлар атрофидан йирингли экссудат тарқалиши.

ПЕРИОДОНТИТЛАРНИ ДАВОЛАШ

Сут тишларни олишга кўрсатмалар. Сут ва доимий тишлар сункали периодонтитларини даволаш дейилганда, одонтоген ўчоқни баргараф этиб, тишни сақлаб қолиш назарда тутилади. Аммо консерватив даволаш усуллари билан инфекция тамомила баргараф этилиб тишларни сақлаб қолиш эҳтимоли жуда кам.

Клиник-экспериментал кузатувларимиз ва адабиётлардаги маълумотлардан келиб чиқиб, тишларни олишга кўрсатма уларнинг ривожланишидаги уч давр ёки тишламлар (сут, аралаш, доимий окклюзия) хусусиятларини эътиборга олиб белгиланади.

Сут тишлами даврида (6 ёшгача) тишларни олишга оид кўрсатмалар:

– тиш ўткир йирингли одонтоген касалликлар (йирингли периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит)га сабабчи бўлганда. Агар тишлар алмашишига 2–3 йил қолган бўлса, сабабчи тишни сақлаб қолиш учун барча имкониятлар ишга солинади;

– сурункали периодонтитни бир неча марта даволаш самарасиз бўлса;

– яллиғланиш жараёнининг доимий тиш куртагига тарқалиш хавфи бўлса.

Тишлар алмашуви — аралаш тишлам (6–10 ёш) даврида тишларни олишга кўрсатмалар:

– ўткир одонтоген касалликлар (йирингли периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит)га сабабчи бўлган тишлар;

– илдизларининг ярмидан кўпи сўрилган сут тишлар, қайта-қайта даволаш самара бермаган сут ва доимий тишлар;

– 9–10 ёшдаги болаларнинг ўткир пульпит ёки периодонтит билан касалланган сут тишлари (доимий тиш куртаги борлиги аниқ бўлган ҳолларда);

– сут ва доимий тишлар илдизлари орасидаги тўсиқда яллиғланиш аломатлари аниқланганда.

Доимий тишлам даврида (11–15 ёш) тишларни олишга кўрсатмалар:

– одонтоген остеомиелитга сабабчи бўлган тишлар;

– сурункали грануляциялари ва гранулёмаси бўлган, консерватив ва жарроҳлик усуллари билан даволаш самара бермаган, даволаш жараёнида тиш бўшлигининг туби очилиб қолган, тиш каналининг девори тешилган (*perforatio*) тишлар олиб ташланади.

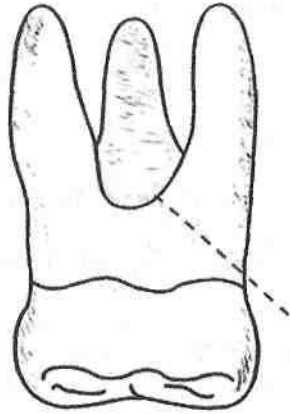
Болаларда доимий тишлар периодонтитларини консерватив-жарроҳлик усуллари билан даволаш

Болалар стоматологияси амалиётида периодонтитларни консерватив-жарроҳлик усуллари билан даволаш С.Д. Лапишкина ва ҳаммуаллифлар (1993), М.С. Иванова (1992) изланишлари асосида йўлга қўйилган. Ҳозирги вақтда қуйида келтирилган бир неча усуллардан кенг фойдаланиб келинмоқда:

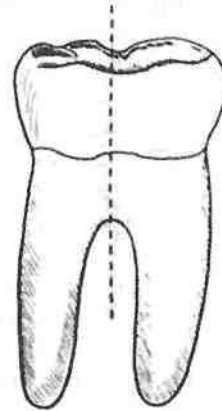
1. Илдиз ампутацияси — тиш тож қисмини тўлиқ сақлаб қолган ҳолда шикастланган илдизни кесиб олиб ташлаш (8-расм).

2. Тиш гемисекциясида пастки жағдаги катта озиқ тишлар ва юқори жағдаги кичик озиқ тишлар шикастланган илдизини тожи билан қўшиб кесиб олиб ташлаш (9-расм).

3. Коронорадикуляр сепарация катта озиқ тишлар илдизлари соғлом бўлиб, бифуркацияси соҳасида патологик жараён бўлганда ўтказилади. Пастки моляр тиш ўртасидан бўлинади, бўлақларга алоҳида иккита премоляр шакли берилади ва даволанади. Юқоридаги моляр тиш учга бўлиниб, ҳар бири алоҳида даволанади.



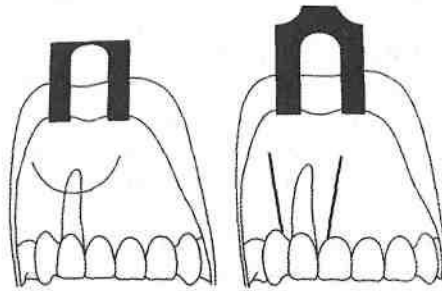
8-расм. Илдиз ампутацияси.



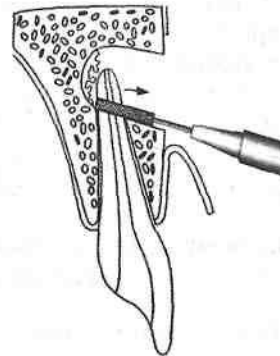
9-расм. Тиш гемисекцияси.

4. Илдизларо гранулёмэктомия — тиш илдизлари катакчалари орасидаги тўсиқни борлар ёрдамида кесиб силлиқлаш.

5. Тиш илдизи учини резекция қилиш (10, 11-расмлар).



10-расм. Илдиз учи резекциясида кесмаларнинг ўтказилиши.



11-расм. Илдиз учи резекцияси.

Болаларда доимий тишларни олишга кўрсатмалар

Соматик кўрсатмалар. Болалар ва ўспиринларнинг соматик ҳолатини комплекс равишда баҳоланиб, сурункали одонтоген ўчоқлари консерватив даволаш, саломатликни тиклаш учун етарли бўлмаса, тишни олиш (*extirpacio*)га кўрсатма бўлади.

Консерватив даволаш усуллари самарасиз бўлган ҳолларда (эндодонтик даволаш чораларидаги камчиликлар ёки организм реактивлигининг пасайиб кетиши; пломба ашёларига ўта сезувчанлик; эндодонтик даволашдан кейин 1—2 ой муддат ўтишига қарамай, суякда регенерация белгилари кузатилмаса) ҳам тиш олиб ташланади.

Консерватив даволашни ўтказиш қийинлиги ёки бажариб бўлмаслиги: бифуркацияда патологик жараён кечиши; пульпа бўшлиғи ва илдиз канали девори даволанаётганда тешилиши; каналнинг қотувчи пломба ашёлари (цемент) билан яхши тўлдирилмаганлиги; канал битиб қолган (облитерацияга учраган)лиги; канал ичида дентикл бўлиши; эндодонтик асбоб синиб қолиб кетиши; қўшимча илдиз ёки илдиз 50° га қийшайганлиги; пломбалаш имконияти мутлақо бўлмаслиги; пломба ашё илдиз учидан кўп миқдорда чиқариб юборилиши; катта озиқ тишларнинг илдизи кариес билан зарарланганлиги; илдиз учи атрофидаги суякда кенг кўламдаги резорбция ўчоқлари бўлиши; тишни пломба ёки протез ёрдамида тиклаш имконияти йўқлиги.

Сут тишларни олиш техникаси

Сут тишларни олишнинг бир қанча ўзига хос хусусиятлари бор: 1) сут тишларни олаётганда омбурнинг қисувчи қисми илдиз ўқи бўйлаб чуқур киритилмайди; 2) олингандан сўнг тиш катакчасида (туби ва деворлари) кюретаж (қириб тозалаш) ўтказилмайди.

Сут тишни олишга қарор қилингандан сўнг: а) вазиятдан келиб чиқиб оғриқсизлантириш усули танланади; б) беморнинг тинчлантирувчи дори воситаларига эҳтиёжи аниқланади; в) керакли асбоблар танлаб олинади.

Сут тишларни олиш операцияси қуйидаги босқичларга бўлинади:

- тиш илдизидан атрофидаги айланма боғлам ажратилади;
- омбур қирғоқлари сут тиш экваторидан ўтказилиб солинади;
- тиш сиқиб ушланади;
- ярим айланма ва тебранувчи ҳаракатлар ёрдамида тиш катакчада қўзғатилади;
- тишни оғиз даҳлизи томон силжитиб катакчадан чиқариб олинади;
- тиш чиқариб олингандан сўнг, катакча устига тампон қўйилади, ён қирғоқлари (четлари) аста сиқиб яқинлаштирилади;
- катакчада қон қуйқаси шакллангунча (10–15 дақиқа) кузатилади. Шу вақт ичида бола тампонни чайнамаслиги ёки ютиб юбормаслиги, нафас йўлига кетиб (аспирация) қолмаслиги назорат қилинади;
- ота-оналарга тавсиялар берилади.

Тиш олиниши билан боғлиқ асоратлар

Тиш олинаётганда:

- илдиз синиб қолса, у элеватор ёки омбур ёрдамида олиб ташланади;

**TOSHKENT DAVLAT
TOMATOLOGIYA INSTITUTI**

8/11
17

**ILMIY-TIBBIY
ADABIYOTLAR**

— альвеоляр ўсиқ четлари синса, кюретаж қошиқчаси билан бўлақлар аста олиб ташланади;

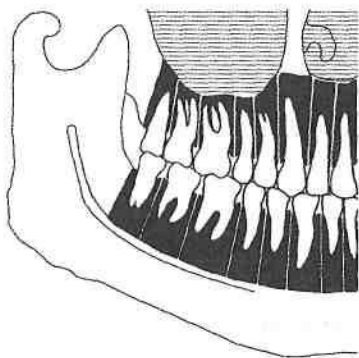
— юқори жағ бўшлиғининг туби тешилиб қолса, катакча четларига чок қўйилади ёки катакча чуқурлиғининг 1/3 қисмига тампон киритилиб, ҳимоя пластинкаси тайёрланиб тақилади, сўнг яллиғланишга қарши даво таъминланади.

Олинган тиш катакчасидан қон кетганда: а) қон ивиш ва оқиш вақти аниқланади; б) оғриқсизлантириб, катакчада тафтиш ўтказилади ва зич қилиб тампон жойланади, милк қонаётган бўлса, чок қўйилади, яллиғланишга қарши даволаш буюрилади; в) ўтказилган чоралар натижа бермаса, стационар шароитида даволанишга йўлланма берилади.

Тиш олинганидан сўнг катакчада оғриқ бўлса, оғриқсизлантирилади ва босим остида антисептик эритмалар билан ювилади, катакчада енгил кюретаж ўтказилиб, унда антисептиклар, антибактериал ва оғриқсизлантирувчи препаратлар қолдирилади ҳамда физиотерапевтик муолажалар буюрилади.

ЖАҒ ПЕРИОСТИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Жағ суяклари ташқи томондан суяк усти пардаси билан ўралган. Унда икки қават: ички толали ва ташқи адвентициал қаватлар фарқланади. Ички қисми нозик толали бириктирувчи тўқимадан ташкил топган бўлиб, коллаген толалардан ташқари ўзида эластик толаларни ҳам тутати. Бу ерда майда қон томирлар ва остеобласт ҳужайралари жойлашади. Эндост жуда нозик парда бўлиб, суякни ички томондан қоплайди. У остеобласт ҳужайраларини ушловчи бириктирувчи тўқимадан тузилган, унинг коллаген толалари суяк кўмигининг строма тузилмаларига ўтиб кетади. Остеобласт — суяк тўқимасини ҳосил қилувчи ҳужайра. Суяк пардасидан кўплаб қон ва нерв толалари суяк ичига кириб боради ва улар орқали озикланиш, ўсиш, ривожланиш ва регенерация таъминланади.



12-расм. Бир тиш пародонти-
нинг шартли чегаралари
(М.М. Соловьев).

дан кўплаб қон ва нерв толалари суяк ичига кириб боради ва улар орқали озикланиш, ўсиш, ривожланиш ва регенерация таъминланади.

Периостит — суяк усти пардасининг бир-икки тиш пародонти чегарасидаги яллиғланиш касаллигидир.

Бир тиш пародонти чегараси деганда, тиш катакчалари орасидаги тўсиқ ўртасидан ўтказилган шартли чизик тушунилади (12-расм). Пастки жағда пастки чегара — пастки жағ канали, юқори жағда юқори чегара бурун ва юқори жағ бўшлиқлари туби ҳисобланади.

Периостит касаллик кечишига кўра таснифланади (1-чизма).



1-чизма. Периоститлар таснифи.

Ўткир зардобли периостит

Жағлар зардобли периостити билан, одатда, камдан-кам беморлар муружаат қиладилар.

Шикоятлар. Бола (ота-она) тишлаганда, чайнаганда касалланган тишда оғриқ борлиги, жағ атрофида (лимфа тугунларда) шиш пайдо бўлганига шикоят қилади.

Клиник манзараси. Касаллик ўткир ёки сурункали периодонтит хуружига хос белгилар билан кечади. Зардобли периостит бўлган болаларда ланжлик, беҳузурлик кузатилади, уйқу, иштаҳа бузилади, тана ҳарорати субфебрил бўлади, шу билан бир вақтда, жағ атрофидаги тўқималарда юмшоқ шиш пайдо бўлади, сабабчи тишда чуқур кавак мавжуд бўлиб, ранги ўзгарган, перкуссия оғриқли. Альвеоляр ўсиқнинг вестибуляр юзасида сабабчи ва қўшни тишлар соҳасида ўтув бурма шишиб, саёзланади, устидаги шиллик парда қизарган, пайпаслаганда оғрийд.

Патологик анатомияси. Зардобли яллиғланиш босқичининг морфологик текширувида периостда қон томирлар кенгайганлиги (қизариш), шиш, ҳужайралар тўпланиб (инфильтрация) периостнинг қалинлашганлиги, толалари титилиб, бир-биридан зардоб туфайли ажралганлигини кузатиш мумкин.

Даволаш. Дастлаб бирламчи инфекция ўчоғи (пульпит, периодонтит)ни бартараф қилиш билан чегараланиш мумкин.

Бирламчи инфекция ўчоғини даволаш (олиш) билан бир вақтда, боланинг ёшини ҳисобга олган ҳолда, сульфаниламид препаратлар, яллиғланишга қарши кальций глюконат, шунингдек, сенсибилизацияни бартараф этувчи препаратлар ичиш буюрилади. Кўп суюқлик ичиш ва физиотерапевтик муолажалар тавсия қилинади.

Вақтинчалик тиш иллизининг ҳолати эътиборга олинади, сўрилиш жараёни кетаётган бўлса, бу ҳолатда тиш олиб ташланади. Даволаш чоралари самара бермаган ҳолатларда ҳам тиш олиб ташланади. Сабабчи тиш даволангандан сўнг ўткир яллиғланиш белгилари камаяди, шиш бир неча кун сақланиб туради. Боланинг аҳволи яхшиланмаса, сабабчи тишни олиш ва периостотомия операциялари бир вақтда ўтказилиши мақсадга мувофиқдир. Сўнг медицина томонидан даво давом эттирилади.

Зардобли периоститнинг асорати. Зардобли периостит дарҳол даволанмаса, қисқа вақт ичида йирингли яллиғланишга ўтади. Вақт ўтказиб юборилса, ҳосил бўлган йиринг периост остида тўпланиб, абсцесс ҳосил қилади.

Ўткир йирингли периостит

Шикоятлар. Бола (ота-она)лар юз шишганлигига, зарарланган томонда чайнаш вақтида оғриқ бўлишига, тана ҳарорати кўтарилиб, иштаҳа пасайиши ва уйқу бузилишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси умумий ва маҳаллий белгилар билан намоён бўлади. Кўпчилик бемор ва ота-оналар юздаги шишни тишдаги оғриқ билан боғламайдилар, чунки йирингли ўчоқ периодонтдан периостга кўчади. Шу сабабли, анамнез йиғаётганда касаллик қандай бошланганлиги ва қайси тиш сабабчи бўлганлигини синчковлик билан суриштириш керак.

Боланинг умумий аҳволи периостит ривожланишидан аввалги соматик ҳолати ва ёшига боғлиқ. Бола нечоғлик кичик бўлса, ўткир йирингли периостит шунчалик оғир кечади. Тана ҳарорати 38—38,8 °C га кўтарилиб, захарланиш белгилари намоён бўлади. Сабабчи тиш қимирлаб қолган, тож қисми емирилган бўлади. Периодонтдаги яллиғланиш периост остига ўтгандан сўнг сабабчи тиш перкуссияси оғриқсиз бўлиши мумкин.

Юқори жағ периоститида юқори лаб, бурун-лаб бурмаси, кўз ости соҳаси ва лунжда юмшоқ (коллатерал) шиш пайдо бўлади, кўз ёриғи тораяди ёки умуман ёпилиб қолади. Одатда жараён жағнинг вестибуляр юзасида кечади, сабабчи ва икки ёнидаги кўшни тишлар соҳасида ўтув бурма шиш ҳисобига саёз (текис)ланганлигини ва шиллик парда қизарганлигини кўриш мумкин. Агарда абсцесс танглайда кечаётган бўлса бола юзининг симметрияси бузилмайди, оғиз эркин очилади. Танглай ва альвеоляр ўсиқ яқини-

да шиллик парда қизариб, бўртиб чиққанлигини кўриш мумкин. Шишни пайпаслаганда оғриқли, ўртаси юмшаб қолган бўлади.

Пастки жағ периоститида шиш лунж, пастки лаб, жағ остига (айрим ҳолларда шикастланган томон), кўз ости, пастки қовоққа тарқалади. Жараён жағнинг вестибуляр юзасида кечгани учун ўтув бурма инфилтрат ҳисобига саёзлашади, устидаги шиллик парда шишиб, қизаради, йирингли экссудат кўп миқдорда тўпланган бўлса, пайпаслаганда флюктуация белгиси аниқланади.

Жағ ости соҳасидаги лимфа тугунлари катталашиб, бир-бири билан қўшилиб периаденит белгилари ҳам юзага келади.

Эслатма! Сут тишлар илдизлари ярмигача сўрилган бўлса, периостит касаллиги юқорида келтирилган клиник манзара билан намоён бўлмайди. Бундай ҳолларда периостит милк абсцесси шаклида кечади.

Қонда ЭЧТ 30—40 мм/с га етганлиги, лейкоцитлар кўпайганлиги ($20\text{--}25 \cdot 10^9/\text{л}$), оқ қон таначаларида яллиғланишга хос ўзгаришлар аниқланади.

Ўткир йирингли периоститнинг патологик анатомияси. Ўткир йирингли периостит касаллигида периост эриб кетади, унинг титилиб емирилган жойидан йиринг шиллик парда остига чиқади. Натижада, иккита йирингли ўчоқ ҳосил бўлади, периост остида (жағ билан периост орасида) ва устида (периост ва шиллик парда орасида) суякнинг кортикал пластинкаси ҳам емирилади. Сақланган периост тўқимада йиринг ўчоғини чегаралашга қаратилган янги иккиламчи суяк жадал равишда ҳосил бўлади.

Қиёсий ташхис. Периостит ташхисини қўйишда 15—20% гача хатоликлар кузатилади. Поликлиника шифокорлари периостити бўлган беморларни сурункали периодонтитнинг ўткирлашуви, лимфаденит, остеомиелит, йиринглаган фолликуляр ёки илдиз (радикуляр кистаси) учи кистаси ташхислари билан стационарга юборадилар. Аслида айнан шу касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказилиши керак. Юқорида келтирилган касалликлар боланинг умумий аҳволидаги деярли бир хил ўзгаришлар билан намоён бўлади, шу сабабли, қиёсий ташхис ўтказиладиганда, улар орасидаги маҳаллий белгиларнинг фарқларини эътиборга олиш лозим.

Периоститдан фарқли равишда, остеомиелит касаллигида альвеоляр ўсиқ (жағ танаси) икки (вестибуляр ҳам орал) тарафлама шишади, бир гуруҳ (3 ва ундан кўп) тишлар қимирлаб қолади, тиш-милк чўнтақларидан йиринг ажралади. Жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарда абсцесс ва флегмоналар шаклланади.

Жағ танасида кечаётган ўткир периоститни ўткир лимфаденитдан фарқлаш керак. Маълумки, айрим ҳолларда жағ танаси қирраси (чети)га яқин жойлашган лимфа тугун (без)лари яллиғ-

ланиши мумкин. Периоститдан фарқлаш учун анамнезга аҳамият бериш лозим. Лимфаденит дастлаб думалоқ ёки овал (нўхатсимон) тугун шаклида пайдо бўлади ва секин-аста катталаниб боради.

Ўткир йирингли периоститни яллиғланган илдиз учи кистасидан фарқлаш керак. Бу икки касалликда оғиз ичидаги манзара ўхшаш бўлиши мумкин. Рентгенологик текширувда киста чегаралари текис бўшлиқ шаклида намоён бўлади, сабабчи тиш илдизи бўшлиқ ичига кирган бўлади.

Ўткир йирингли периоститни даволаш принципи – шошилиш равишида йирингли ўчоқни очиш, сабабчи тишни олиш, медикаментоз даво, физиотерапевтик ва умумқувватловчи воситалар билан саломатликни тиклаш. Кичик ёшдаги болаларга периостит ташхиси қўйилса, йирингли ўчоқни умумий оғриқсизлантириш остида кесиб очиш ва жадал медикаментоз даво тадбирларини ўтказиш учун бемор стационарда ётқизирилиши шарт.

Ўткир зардобли периоститга сабабчи бўлган сут тишнинг алмашишига 1–1,5 йил қолган бўлса, у олиб ташланади ва периостотомия ўтказилади, бу яллиғланиш бартараф этилишини тезлаштиради. Ўткир йирингли периоститга сабабчи бўлган сут тишлар, одатда, олиб ташланади.

Сабабчи (одатда, доимий биринчи моляр) бўлган доимий тиш, илдишлари атрофи ва илдизлар орасидаги суяк сезиларли даражада сўрилган бўлса, олиб ташланади.

Доимий тишни сақлашга қарор қилинса, қисқа вақт мобайнида илдиз канали тозаланиб, даво ўтказилиши шарт. Периоститда йирингли ажралма яхши чиқиши ва тез тозаланиши учун периост кенг қўламда кесилиши лозим.

Окклюзия (тишлам) алмашинуви даврида пастки жағда периостотомия (кесма) ўтув бурмадан пастроқда, юқори жағда – юқори роқ ва параллел равишда ўтказилади.

Пастки сут моляр тишлардан ривожланган периоститни очатганда, ментал тешик илдизлар орасида жойлашганлиги боис, кесма ўтув бурмадан пастроқда ўтказилади.

Танглайдаги абсцессда кесма тўғри чизиқли ўтказилса, четлари қисқа вақт ичида бир-бири билан ёпишиб, операцион яра бекилиб қолади ва ажралма чиқа олмайди. Яра чуқур бўлмаганлиги туфайли ичига киритилган резина чиқаргич ярадан тезда чиқиб кетади. Шу сабабдан, тиш устидаги шишлиқ пардани учбурчак ёки овал шаклда кесиб олиб ташлаш керак. Бундай ўтказилган операциядан сўнг ярага чиқаргич қўйишга ҳожат қолмайди. Яра иккиламчи тортилиш билан битади.

Болаларда жарроҳлик амалиёти қўполлик билан бажарилса, скальпель билан кесаётганда доимий тиш куртакларини, юқори

жағ бұшлиғининг олд деворини кесиб, очиб күйиш, ментал ва кўз ости қон томир-нерв тутамларини жароҳатлаш мумкин.

Амбулатор шароитда даволанаётганда, антибактериал (сульфаниламидлар, антибиотиклар) ва яллиғланишга қарши (аскорутин, кальций глюконат), десенсибилизацияловчи дорилар боланинг ёши ва вазни эътиборга олинган ҳолда буюрилади.

Жағлар ўткир периостити яллиғланиш инфилтрати, лимфаденит, периаденит каби хасталиклар билан асоратланиб кечган ҳолатларда физиотерапевтик муолажалардан: гелий-неон лазер, ЮЧТ буюрилади ҳамда яллиғланишга қарши ва сўрилиш жараёнини таъминловчи гидрофил асосдаги малҳамлар (левомекол, левомизол ва бошқалар) билан боғламлар кўйилади. Агар периостотомия ўтказилгандан бир сутка ўтганидан сўнг ҳам боланинг умумий аҳволи яхшиланмаса ва интоксикация белгилари ҳамда ярадан ажралма чиқиши камаймаган бўлса, жағ суягида ўткир одонтоген остеомиелит ривожланаётганлиги, касаллик абсцесс ёки флегмона билан асоратланганлигидан далолат беради.

Сурункали периостит

Болаларда жағ суяклари сурункали периостити кам учрайдиган касаллик. Одатда, периодонтдаги ўткир яллиғланиш жараёни тўлиқ бартараф этилмаса, 10—14 кундан сўнг сурункали одонтоген периостит ривожлана бошлайди. Болаларда сурункали периостит сурункали периодонтит, сурункали остеомиелит, ўткир периостит ва жароҳатдан сўнг (инфекцион ва механик омиллар таъсирида) юзага келиши мумкин.

Ўткир яллиғланиш жараёнидан сўнг ривожланган сурункали периоститнинг гиперпластик (оддий) ва суякланувчи шакллари фарқланади.

Гиперпластик (оддий) периоститда адекват, яъни айнан тўғри даволаш ўтказилса, ҳосил бўлган янги суяк сўрилиб, жағ суягининг шакли ўз ҳолига қайтади, *суякланувчи* периоститда эса, касалликнинг дастлабки кунлари ҳосил бўлган суяк сўрилмай, гиперостоз ҳолатида қолади.

Булардан ташқари, **периоститнинг бирламчи сурункали шакли** ҳам фарқланади. Бирламчи сурункали периостит, одатда, сурункали периодонтит ва суякнинг лат ейиши оқибатида ривожланади. Касалликка сут ва доимий тишлар сабабчи бўлганда, суяқда чегараси аниқ, думалок, бўртиб турган (радикуляр кистага ўхшаш) шиш сифатида намоён бўлади. Суяк лат ейиши туфайли ривожланган периостит жароҳат соҳаси (даҳан, ёноқ, бурун)да ривожланади.

Шиқоятлар. Бола ёки унинг ота-онаси жағ соҳасида оғриқсиз шиш ҳосил бўлиб, юзнинг шакли ўзгарганлигини айтади.

Клиник манзараси. Гиперпластик (оддий) периоститда жағ маълум даражада катталашганлиги сабабли юзнинг шакли ўзгаради. Суриштирилганда, сабабчи тишда бир неча марта оғриқ хуружи бўлганлиги ва жағ атрофида шиш пайдо бўлганлиги ёки жағ суяги жароҳатланганлиги аниқланиб, қайд этилади.

Пайпаслаганда шиш бироз оғриқли, регионар лимфа тугунлари катталашган бўлади. Оғиз очилиши эркин, ўтув бурма саёзлашган, шиллиқ пардаси кўкимтир, шишган, пайпаслаганда альвеоляр ўсиқ қалинлашганлиги аниқланади. Сабабчи тиш тожининг ранги ўзгарган, емирилган, чуқур кариоз қаваги мавжуд бўлади.

Рентген тасвири (ортопантомограмма)да гиперпластик периоститда жағ қиррасида суяк периостал қалинлашганлигини, суякланувчи периоститда эса суякнинг ҳосил бўлган янги қатламини кўриш мумкин. Юқори жағ сурункали периоститини рентгенологик текширув ёрдамида аниқлаш қийин.

Жағлар сурункали периостит ташҳиси, одатда, йиғилган анамнез, клиник, рентгенологик ва КТ текширувлари асосида қўйилади. Айрим ҳолларда анъанавий текширувлар кифоя қилмаса, биопсия олинади.

Қийсий ташҳис жағларнинг фиброз остеодисплазияси, остеобластокластома, продуктив ва деструктив-продуктив шаклдаги сурункали остеомиелит, шунингдек, жағ суякларининг сил касаллиги билан ўтказилади.

Жағлар сурункали периоститини даволаш принципи. Касаллик сабаби бўлган инфекцион ўчоқни бартараф қилиш, антибактериал даволаш чораларини кўриш ва жараён сўрилиб кетишини таъминловчи физиотерапевтик муолажалар (гидрокортизон фонофорези, ДМСО ёки калий йодид электрофорези, гелий-неон нурланиш) тавсия этилади. Суякланувчи периоститда суяк шаклини тиклаш мақсадида оператив даволаш (қалинлашган суякни олиб ташлаш) ўтказилади.

БОЛАЛАРДА ЖАҒЛАРНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ОДОНТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТ)

Одонтоген остеомиелит — бу жағ суякларида кечадиган инфекцион-аллергик йирингли-некротик жараён.

Этиологияси. Йирингли инфекция суякка, одатда, ўткир ёки ўткирлашган сурункали периодонтит ўчоғидан ўтади. Остеомиелитик ўчоқда хилма-хил, кўпроқ тилларанг ва оқ стафилококklar, стрептококklar ва бошқа патоген хусусиятли спорасиз анаэроб микрофлора аниқланган.

Бизнинг кузатувларимиз ҳам стафилококкларнинг одонтоген яллиғланиш касалликлари қўзғатувчиси сифатидаги роли ортиб бораётганидан далолат бермоқда. Бу эса, стафилококкларнинг йирингли яллиғланиш касалликлари келиб чиқишидаги роли ортиши умумий тенденцияси (майли)нинг хусусий кўринишидир. Одонтоген ўчоқдан олинган йирингда яллиғланиш жараёнининг турли шаклларида патоген стафилококкларнинг миқдори турлича: абсцесс ва флегмоналарда — 21,7%, периоститларда — 23,5%, остеомиелитларда 56% эканлиги аниқланган.

Остеомиелит патогенези. Жағ суякларидаги одонтоген яллиғланиш ривожланиши ва жараёни қўламини қуйидаги омиллар белгилайди:

— инфекция сифати ва миқдори; организм умумий ва хусусий (аллергик) иммунологик реактивлик даражаси;

— организм ва оғиз бўшлиғи аъзолари иммунологик тизимининг функционал ҳолати;

— болалар жағ суякларининг топографик-анатомик хусусиятлари.

Инфекция сифати ва миқдори. Остеомиелит ривожланишида одонтоген микрофлоранинг ўрни катта. Касаллик ривожланишини ўрганиш мақсадида олимлар ҳайвонларда тажрибалар ўтказган. Э. Лексер (1884), А.А. Бобров (1889) гематоген ва травматик остеомиелит чақириш мақсадида қуёнларнинг узун найсимон суяклар ичи каналларига патоген микроблар культурасини юборишган, аксарият ҳайвонлар қисқа муддат ичида септикопиемия туфайли нобуд бўлган. Фақат ёш, ўсаётган ҳайвонларда остеомиелит ривожланган. Ўсаётган суякда капиллярлар учи берк бўлиб, улар ичида тромблар аниқланган. Бу маълумотлар асосида тромбоземблик назария юзага келган.

Дарҳақиқат, суяк атрофига кам миқдорда микроблар юборилганда касаллик чақирмаган, кўп миқдорда юборилганда улар қонга сўрилиб септикопиемиядан нобуд бўлган.

Организмнинг умумий ва хусусий (аллергик) иммунологик реактивлик даражаси. Юқорида келтирилган тажрибадан қилинган хулосалардан бири — организмда шундай ўзгаришлар юзага келиши керакки, улар оқибатида кам миқдордаги микроб тўқимадан қонга сўрилмасдан инфекция ўчоқни юзага келтириши керак.

Бу борада С.М. Дерижановнинг (1940) тажрибалари эътиборга лойиқ. С.М. Дерижанов организмда сенсбилизация чақириш учун қуёнлар қулоқ венасига бир неча марта от зардобини юборган. Тажриба охирида от зардобини кам миқдордаги микроблар билан биргаликда юборган. Ҳайвонларга жароҳат етказилган соҳада ўткир

Йирингли остеомиелит юзага келган. Тажрибалар асосида С.М. Деррижанов инфекцион-аллергик назарияни яратган. Бу назарияга кўра, сурункали инфекцион ўчоқлардан одам организмида сенсibiliзация ҳолати юзага келади ва нospецифик таъсир (жароҳат, совуқда қолиш ва бошқ.) туфайли ўткир остеомиелит ривожланиши мумкинлиги исботланган. М.М. Соловьев (1979) каламушлар жағ суягида инфекцион остеомиелит патогенезида яллиғланишда аллергиянинг ролини ўрганиш мақсадида С.Н. Деррижанов услуби бўйича тажрибалар ўтказди.

У от зардобини микроблар билан бирга каламушларга юбориб сенсibiliзация чақирган. Каламушлар жағи атрофига микроблар юборган. Шу соҳада қисқа вақтда тарқалган яллиғланиш реакцияси ривожланиб инфекция қонга сўрилиб кетишига қаршилиқ қилган. Сенсibiliзация чақирилган ҳайвонларда ўлим нисбатан кам учраган, аммо суякдаги деструкция ўчоғининг ҳажми ортган. Бу ҳолатни М.М. Соловьев сенсibiliзация таъсирида яллиғланиш ўчоғида микроорганизмлар юқори концентрациясида аллергеннинг ҳосил бўлиши ва от зардоби таъсирининг ортиши билан тушунтиради.

М.М. Соловьев ва И. Худояровларнинг (1979) фикрига кўра, одонтоген яллиғланиш ўчоқларидаги микрофлоранинг културал хусусиятлари пировард оқибатда касаллик кечишининг барча ўзига хосликларини белгиловчи ва ҳал қилувчи омил эмас. Масалан, каламушларда инфекцион жараён юзага келиши учун тери ичига $7,5 \cdot 10^6$ стафилококк култураси микроблари таначаларини юбориш зарур. Ваҳоланки, организмнинг иммунологик реактивлиги ўзгарган ҳолатларда худди шундай натижага эришиш учун 100 та микроб таначаларини юборишнинг ўзи кифоя қилган.

Бола организми нospецифик реактивлигининг сусайиши совуқда қолиш, чарчаб толиқиш, ўткир респиратор ва аденовирусли касалликлар, ҳамроҳ касалликлар ва бошқа сабаблар таъсирида юзага келиши мумкин.

Одатда одонтоген инфекцион ўчоқ (сурункали периодонтитлар) ва макроорганизм орасида динамик мувозанат юзага келади. Пульпаси нобуд бўлган тиш илдизи атрофида ҳосил бўлган фиброз тўқима (фиброз периодонтит), илдиз учигаги гранулёма ёки оғиз даҳлизига очилган оқма йўл ҳисобига болани безовта қилмайди. Узоқ вақт инфекция ўчоғидан сўрилаётган микроблар токсинлари, уларнинг парчаланиш қолдиқлари ва бошқа биологик актив моддалар организмда сенсibiliзация ҳолатини юзага келтиради.

Кўпгина муаллифлар инфекцион жараённинг механизмини йиринг тарқалиши билан тенглаштиради. Яъни йиринг пародонт

тўқималарни (суякни) емириб периост остига ёриб чиқади. Аммо бу механизм билан одонтоген яллиғланиш жараёнининг турли клиник шаклларда ривожланишини тушунтириб бериш қийин. М.М. Соловьев, жағ атрофи юмшоқ тўқималарида йирингли ўчоқларнинг шаклланишини йиринг ёриб чиқиши билан эмас, балки бу соҳаларда микроблар, бактериал токсинлар, тўқималар парчаланиши маҳсулотларининг пародонтдан компакт модда томирлари бўйлаб (периваскуляр) тушиши ва йиринг ҳосил қилиши билан боғлайди.

Одонтоген инфекция ўчоғига ёндош бўлмаган соҳаларда яллиғланиш жараёни (лимфаденит, абсцесс, флегмона)нинг ривожланиши, аксарият сенсibiliзацияланган организм аллергияни ва реактин билан бирикиши натижасида ҳосил бўлган эндоген биологик фаол моддалар таъсири билан боғлиқ. Бундай одонтоген яллиғланиш жараёнлари суст типда кечувчи аллергия реакцияларнинг намоён бўлиши, яъни инфекцион-аллергик касаллик сифатида кўрилиши керак.

Болаларда ўткир одонтоген яллиғланиш касалликларининг клиник кечиши тишлар, жағлар ва юмшоқ тўқималарнинг анатомик-физиологик хусусиятлари билан боғлиқдир.

Е.Н. Логановская (1970) болаларда остеомиелит кечишига таъсир этувчи омилларни икки тоифага ажратади.

Болалар организмига хос бўлган хусусиятлар:

а) аъзо ва тизимларнинг, айниқса, олий нерв тизимининг шаклланиб тугалланмаганлиги;

б) йирингли инфекцияга нисбатан организм сезувчанлигининг баландлиги;

в) нерв тизимининг йирингли инфекцияга жавобан ноадекват реакцияси;

г) болалар аъзолари тўқималарининг яшовчанлиги ва юқори даражада тикланувчанлиги.

Суяк тўқимасининг ўсиш даврига хос хусусиятлари:

а) суякда Гаверс ва Фолькман каналлари кўп миқдорда ва кенг;

б) қон билан таъминланиши яхши;

в) 6 ёшгача пастки жағ канали суякнинг говак қисмидан тўлиқ ажралмаган ҳолатда бўлади;

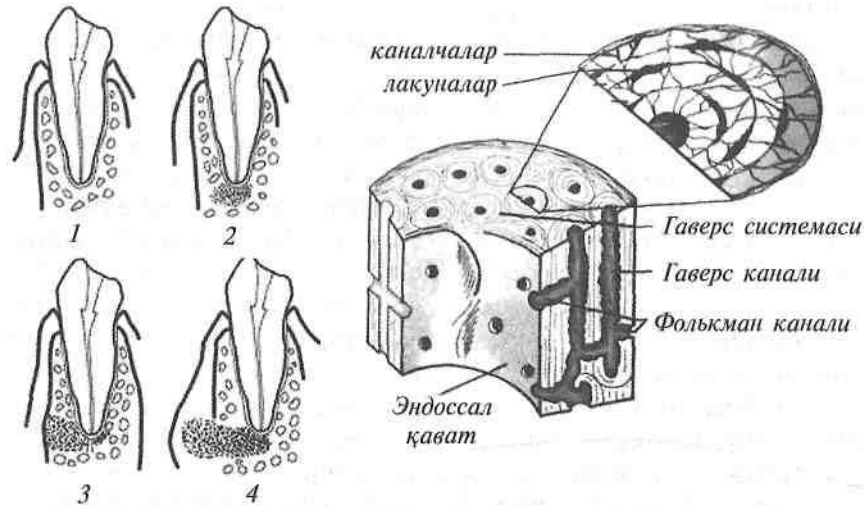
г) 9 ёшгача бўлган болаларда альвеоляр ўсиқнинг говаксимон қисми бўлмаслиги;

д) жағнинг тана қисмида говак суякнинг компакт суякка нисбатан 2—3 барабар кўплиги;

е) жағ суяклари турли қисмларининг бир маромда ўсмаслиги, олд (фронтал) соҳада — секин, сут молярлар ортида — жадал;

ё) жағ суякларыда тиш куртакларининг мавжудлиги.

Сут тишларнинг каналчалари ва апикал тешиги кенг бўлгани учун тиш бўшлигидаги инфекция суякка тўсиқсиз ўтади. Болалар жағ суяклари органик моддаларга бой, қаттиқлик берувчи минерал моддалар кам, суяк трабекулалари нозик тузилган, Гаверс ва Фолькман каналлари кенг (13-расм), суяк тўқимаси инфекцияга чидамсиз, асосан, ёш миелоид тўқима ва қизил илик билан тўлган.



13-расм. Йирингли ўчоқдан инфекцияни суякнинг Гаверс ва Фолькман каналларидан тарқалиши.

Болаларда жағ суяклари жуда яхши ривожланган экстраоссал ва интраоссал қон томирлар тармоғи билан таъминланган, шунинг учун болаларда остеокластик ва остеобластик жараёнлар тез кечади.

Юқорида келтирилган тишлар ва жағлар тузилишидаги хусусиятлар илдиз учи соҳасидаги яллиғланиш жараёнининг суяк ва атрофдаги юмшоқ тўқималарга қисқа муддат орасида кенг тарқалишига шароит туғдиради. Шу ўринда таъкидлаб ўтиш жоизки, суякда яллиғланиш жараёни ривожланиши учун унга инфекция тушишининг ўзигина кифоя эмас.

Остеомиелит ривожланишида макроорганизмнинг микроблар ва уларнинг токсинларига нисбатан сезувчанлигининг ортиши катта аҳамият касб этади. Одатда, инфекция вирулентлигининг ортиши ёки организм қаршилик кучининг заифлашиши, шунингдек, ҳар иккала омилнинг бир вақтда ўрин тутиши кузатилиши мумкин.

Уч ёшгача бўлган болаларда яллиғланиш жараёнининг ривожланиши ва кечишига, асосан, умумий ҳимоя кучларининг пастлиги, маҳаллий тўқималар иммунитетининг шаклланмаганлиги, нерв эндокрин ва лимфа тизимларининг яхши етилмаганлиги салмоқли таъсир қилади. Макроорганизм ва микроорганизм орасидаги мувозанатнинг бузилишига совуқ олиш, чарчаш, юкумли ва вирусли касалликлар билан касалланиш (қизамиқ, сувчечак, қизилча, ичкетар, айниқса, грипп ва бошқалар) таъсир қилади.

Бола қанча кичик ёшда бўлса, деб ёзади Н.Н. Каспарова, одонтоген остеомиелит юқори жағда шунча оғир кечади. Юқори жағ остеомиелити клиникаси (кечиши)нинг оғирлик даражаси боланинг ёшига тескари пропорционалдир.

Ёши каттароқ болаларда юқори жағдаги ўткир остеомиелит бирмунча енгилроқ кечади ва касалликнинг катталарда намён бўлишига монанд бўлади.

Пастки жағ ўткир остеомиелити, аксинча, кичик ёшдаги болаларда енгилроқ кечади. Боланинг ёши катталашган сайин, пастки жағ остеомиелити оғирроқ кечади. Пастки жағ ўткир остеомиелити кечишининг оғирлик даражаси боланинг ёшига тўғри пропорционалдир.

Н.Н. Каспарова бу ҳолатни суякда кечаётган морфологик ўзгаришлар билан изоҳлайди, жумладан, жағ суягининг говак моддаси кўпайиб, уни ўраб турган компакт қисм қалинлашиб, зичлашади ва шу йўсинда суякнинг қон билан таъминланиши ўзгаради.

Одонтоген остеомиелитнинг таснифи ва клиник манзараси

Жағлар одонтоген остеомиелити хилма-хил кўринишда болаларда кўп учрайди, оғир кечади, ўткир даврида ҳаётга хавф солувчи асоратлар беради, сурункали даврида жағнинг катта қисми некрозга учраб, ўрнида нуқсон ҳосил бўлиб, иккиламчи шакл бузилишларига сабаб бўлади. Касалликнинг кечиши инфекцион яллиғланиш кўламига, организмнинг умумий ва маҳаллий реактивлигига ҳамда яллиғланиш босқичларига боғлиқ.

Шу кунгача жағлар остеомиелитининг бир қанча таснифлари мавжуд. Ўтиборга лойиқ тасниф А.С. Григорян (1973) томонидан таклиф қилинган. Тажрибалар ва морфологик текширувлар асосида муаллиф суякда гиперемия (қизариш) ва экссудация устунлиги билан кечаётган жараённи *реактив ёки транзитор* (орқага қайтувчи) *остит* деб ажратган. Бу шаклдаги яллиғланиш зўрайиб

бориб, *ўткир остеомиелитга*, кейинчалик *сурункали остеомиелитга* ўтади. Ўз навбатида, *сурункали остеомиелит* суякда кечувчи резорбция ва суяк ҳосил бўлишига қараб, *деструктив* ҳамда *гиперпластик* турларга бўлинган.

А.А. Колесов (1978), В.И. Лукьяненко (1986) ва бошқалар ўткир ва сурункали остеомиелитни фарқлашади. М.М. Соловьев, И. Худояровлар (1979) ўткир ва сурункали остеомиелитнинг кечишида ўткир ва ўткир ости фазалари (давралари)ни фарқлайдилар.

М.М. Соловьев ва И. Худояров (1979) юзага келадиган клиник ва рентгенологик ўзгаришларни эътиборга олиб одонтоген остеомиелитнинг қуйидаги таснифини таклиф қилганлар:

1. Йирингли.
2. Деструктив (литик, секвестранувчи).
3. Деструктив-гиперостоз.
4. Сурункали деструктив.
5. Сурункали деструктив-гиперостоз ва қайталанувчи (рецидив берувчи).

Таснифда инфекцияцион яллиғланиш жараённинг ҳажмига кўра чегараланган, ўчоқли ва тарқалган остеомиелит фарқланган. Биз юқорида келтирган таснифни тўлиқ қўллаган ҳолда, унга ўзгаришлар киритишни лозим топдик.

Хусусан чегараланган остеомиелит деганда, кўпчилик муаллифлар альвеоляр ўсиқда 2—3 тиш оралиғида кечаётган жараённи назарда тутадилар, ўчоқли остеомиелитда жағнинг бир анатомик қисми — тана ёки бурчаги ёки шохи зарарланиши, диффуз ёки тарқалган остеомиелитда икки ва ундан кўп анатомик қисмлар, масалан, тана, бурчак ҳамда шох зарарланиши назарда тутилади.

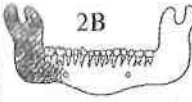



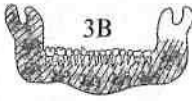

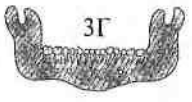

Бизнинг фикримизча, остеомиелитнинг жағ суягидаги тарқалишини бундай даражаларга бўлиш касаллик кечишидаги хилма-хилликни акс эттира олмайди.

ТГА болалар стоматология кафедрасида (М. Азимов, 1991) суякда кечадиган инфекцияцион яллиғланишнинг ҳажми ва жойлашини даражаларга ажратиш таклиф қилинган (пастки жағда — уч, юқори жағда — икки). Ҳар бир даража, ўз навбатида, тўрт поғонага бўлинган, улар кирилл алифбосидаги А, Б, В, Г ҳарфлари билан белгиланган.



Жағ суягида кечаётган йирингли яллиғланиш жараёни атрофидаги юмшоқ тўқималарга ўтади. Юмшоқ тўқималардаги яллиғланишнинг қўлами жағдаги зарарланган соҳа ва унинг ҳажмига тўғридан-тўғри боғлиқ. Шу ҳолат қуйидаги жадвалда ўз ифодасини топган.

Пастки жағ ва юмшоқ тўқималарда йирингли яллиғланиш жараёнларининг тарқалиш даражаси (М. Азимов, 1991)

Тарқалиш даражаси	Йирингли яллиғланиш жараёнининг жойлашиши		Беморларнинг расми
	Жағ суягида	Юмшоқ тўқимада	
1А 	Бир тишнинг парадонти чегарасида: периодонтитлар, илдиз учи кистогранулёмаси, перикоронарит, тиш қагаи остеомиелити, альвеолит	Жағнинг вестибуляр томонидаги суяк усти пардаси, регионар лимфа тугунлари (периаостит, лимфаденит)	
1Б 	Жағнинг альвеоляр ўсиғи (икки ва ундан зиёд тишлар парадонти соҳасида)	Альвеоляр ўсиғининг иккала (юзаси) томони, суяк усти пардаси, регионар лимфа тугунлари бўйлаб (периаостит, лимфаденит)	
1В 	Пастки жағнинг бир томонида альвеоляр ўсиғи ва танаси	Жағ ости соҳасининг жағ-тил тарнови, лунж соҳасининг пастки қисми	
1Г 	Пастки жағнинг бутун танаси ва альвеоляр ўсиғи	Жағ ости соҳасининг учбурчаклари, жағ-тил тарнови, даҳан ва оғиз туби соҳалари	
2А 	Пастки жағ танаси альвеоляр ўсиғи билан, бурчаги ва шох қисмининг ярми	Жағ ости соҳаси, қанот-жағ ва чайнов мушаги ости бўшлиқлари	
2Б 	Пастки жағнинг бир томони (бўғим ва тож ўсиқларисиз)	Жағ ости, жағ-тил тарнови, даҳан ости соҳалари, қанот-жағ ва чайнов мушаги ости бўшлиқлари	

 <p>2B</p>	<p>Пастки жағ бир томонининг тўлиқ шох қисми, танаси ва альвеоляр ўсиғи</p>	<p>Жағ ости, чакка ости, жағ орти, кулоқ олди чайнов ва лунж соҳалари, қанот-жағ ва чайнов мушаги ости бўшлиқлари</p>	
 <p>2Г</p>	<p>Пастки жағнинг бир томони (бўғим ўсиғидан марказий чизиқ-қача)</p>	<p>Бўйин соҳасига тарқалиш хавфи бўлган юз-жағ бўшлиқларига кўплаб тарқалган флегмоналар</p>	
 <p>3A</p>	<p>Пастки жағнинг тўлиқ бир томони – қарши томоннинг қисман тана ва альвеоляр ўсиғи</p>	<p>Бўйин соҳасига тарқалиш хавфи бўлган юз-жағ бўшлиқларига кўплаб тарқалган флегмоналар</p>	
 <p>3Б</p>	<p>Пастки жағнинг тўлиқ бир томони ва қарши томонида жағнинг танаси ва альвеоляр ўсиғи (бўғим ва тож ўсиқларисиз)</p>	<p>Бўйин соҳасига тарқалиш хавфи бўлган юз-жағ бўшлиқларига кўплаб тарқалган флегмоналар</p>	
 <p>3В</p>	<p>Пастки жағнинг тўлиқ бир томони ва қарши томоннинг тана ва қисман шох (бўғим ва тож ўсимталарисиз) қисми</p>	<p>Бўйин-кўкс соҳаларига тарқалиш хавфи бўлган юз-жағ бўшлиқларига тарқалган флегмоналар</p>	
 <p>3Г</p>	<p>Пастки жағнинг тўлиқ танаси ва шохлари</p>	<p>Бўйин-кўкс соҳаларига тарқалиш хавфи бўлган юз-жағ бўшлиқларига тарқалган флегмоналар</p>	

Юқори жағ ва юмшоқ тўқималарда йирингли яллиғланиш жараёнларининг тарқалиш даражаси (М. Азимов, 1991)

Тарқалиш даражаси	Йирингли яллиғланиш жараёнининг жойлашиши	
	Юқори жағда	Юмшоқ тўқимада
1А 	Бир тишнинг пародонти чегараси: периодонтитлар, илдиз учи кистогранулёмаси, перикоронарит, тиш катаги остеомиелити, альвеолит	Жағнинг вестибуляр юзаси ва лимфа тугунлари (периостит, лимфаденит)
1Б 	Альвеоляр ўсиқ (икки ва ундан зиёд тишлар пародонти)	Альвеоляр ўсиқнинг икки томонлама суяк усти пардаси, регионар лимфа тугунлари (периостит, лимфаденит)
1В 	Альвеоляр ва танглай ўсиқлари	Периостит, танглай абсцесси
1Г 	Альвеоляр, танглай ўсиқлари, юқори жағ танасининг олд юзаси	Кўз ости, лунж соҳалари абсцесс ва флегмоналари, периостит
2А 	Альвеоляр, танглай ўсиқлари, юқори жағ танасининг олд юзаси, ёноқ ўсиғи, ёноқ суяги	Кўз ости, лунж соҳалари абсцесс ва флегмоналари, танглай абсцесси
2Б 	Юқори жағ ўсиқлари олд ва кўз косаси юзаси, пешона ўсиғи	Кўз ости, бурун-лаб лунж соҳалари флегмоналари
2В 	Юқори жағ ўсиқлари олд ва чакка ости юзаси	Кўз ости, лунж ва чакка ости флегмоналари, танглай абсцесси
2Г 	Юқори жағ танасининг 4 та ўсиғи, 4 та юзаси ва ёноқ суяги	Кўз ости, кўз косаси, лунж, ёноқ, чакка ости флегмоналари, танглай абсцесси

Юқори жағнинг ўткир одонтоген остеомиелити

Шикоятлар. Бола ёки унинг ота-онаси емирилган тишда ўткир оғриқ бўлиб, сўнг юзда шиш пайдо бўлганлигига ҳамда қисқа муддатдан сўнг тана ҳарорати кескин кўтарилганига ($38-39^{\circ}\text{C}$), бола ҳолсизланиб, ётоқчилаб қолгани ва иштаҳаси йўқолгани, шунингдек, эти увушиб титраб, бутун аъзои бадани оғришига шикоят қилади.

Клиник манзараси жағда кечаётган яллиғланиш жараёнининг даври ва кўлами (тарқалганлиги) билан боғлиқ. Касаллик ривожланишининг дастлабки давридаёқ, бош мия қобиғи зарарланишига, айрим ҳолларда эса менингитга хос белгилар намоён бўлади. Бундай ҳолда болада безовталиқ ўрнига ланжлик, бекфарқлик, уйқусираш (тормозланиш) пайдо бўлади.

Ўткир даврда ҳасталанган томонда кўз ости соҳаси, қовоқлар, лунжда шиш мавжудлиги боис юз асимметрияси кўзга ташланади. Оғиз ичида: альвеоляр ўсиқнинг иккала юзасида шиш, ўтув бурма 2—3 та тиш соҳасида саёзлашган (текисланган), шу соҳадаги интакт тишлар ҳам қимирлаб қолганлиги, тиш-милк чўнтагида йирингли ажралма мавжудлигини кўриш мумкин (1Б).

Айрим беморларда қаттиқ танглайда 2—3 та тиш соҳасида абсцесс кузатилади (1В). Касаллик барвақт ташхисланиб, адекват даво ўтказилмаса, кўз ости соҳасида абсцесс ёки флегмона (1Г) шаклланади (шиш устидаги тери қизаради, қовоқлар шишиб кўз ёпилиб қолади). Тана ҳарорати 39°C дан юқори, бола оғир аҳволда, безгак тутиб, ҳушдан кетиши мумкин. Жараён юқори жағ танаси ва ёноқ суягида жойлашганда (2А) кўз ости, ёноқ ва лунж соҳаларида кенг тарқалган флегмоналарни, айримларда йирингли гайморит белгиларини кузатиш мумкин.

Альвеоляр, танглай ўсиқлари ва кўз косаси деворларида йирингли яллиғланиш кечганда (2Б), кўз ости ва кўз косаси, айрим ҳолларда лунж флегмоналарига хос клиник манзарани кузатиш мумкин. Бунда тана ҳарорати 40°C ва ундан ҳам юқори бўлади, безгак тутиб бола қалтирайди, саволларга базўр жавоб беради, гаплари ноаниқ, ҳушдан кетиб қолиш ҳоллари ҳам кузатилиши мумкин.

Яллиғланиш жараёни юқори жағ танаси, альвеоляр, танглай ўсиқлари билан бир вақтда чакка ости юзасида кечса (2В), юқорида баён қилинган умумий оғир аҳвол, кўз ости, чакка ости соҳалари абсцесс ва флегмоналари, юқори жағ 3—5 та тиш соҳасида йирингли периостит белгиларини кузатиш мумкин. Остеомиелитик жараён юқори жағ танаси, ўсиқлари ва барча (олд, кўз чакка ости) юзаларида кечганда (2Г), кўз косаси, кўз ости, чакка ости, чакка

соҳалари флегмонаси ва ўткир гайморит туфайли боланинг аҳволи жуда оғир бўлади. Оғиз ичида альвеоляр ва танглай ўсиқлари остеомиелитига хос ўзгаришлар кузатилади.

Пастки жағнинг ўткир одонтоген остеомиелити

Шикоятлар: юзда шиш борлиги, тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик, тишларнинг қимирлаб қолганига, жағда оғриқ борлиги, оғиздан бадбўй ҳид келишига.

Клиник манзараси. Пастки жағ ўткир остеомиелитининг клиник манзараси бола касаллик бошланганидан шифокорга мурожаат қилгунига қадар ўтган вақтга, ёши, жараёнининг кечиши ва қай даражада тарқалганлиги (кўлами)га боғлиқ. Дастлабки кунларда мурожаат қилган бола юзининг касалланган томонида юмшоқ шиш сабабли асимметрияни кўриш мумкин. Пастки жағ чайнов тишлари соҳасида кечувчи жараёнда шиш лунжга, фронтал тишлардан пастки лаб, гоҳида лунжгача тарқалган, аксарият ҳолларда, умумий аҳвол қониқарли бўлади. Айримларда тана ҳарорати кўтарилиб, ҳолсизлик, иштаҳа йўқлиги, уйқунинг бузилиши каби ҳолатлар кузатилади. Альвеоляр ўсиқ 2—4 ёки ундан кўпроқ тишлар соҳасида муфта шаклида шишган, ўтув бурмаси саёзлашган, устидаги шиллиқ парда қизарган, сабабчи ва ёнидаги тишлар қимирлаб қолган, тиш-милк чўнтақларидан йиринг ажралади (1Б).

Пастки жағ сут озиқ тишлари туфайли ривожланган остеомиелит яллиғланиш жараёни жағнинг альвеоляр ўсиқ ва тана қисмига тарқалганлиги (1В) сабабли жағ ости соҳаси, айримларда жағ-тил тарнови абсцесси ёки флегмонаси билан кечади. Фронтал тишлар сабабчи бўлган ҳолларда, флегмона даҳан остида юзага келади. Йирингли яллиғланиш пастки жағ танаси ва альвеоляр ўсиғида (1Г) кечганда оғиз туби (иккала томон жағ ости учбурчаги ва даҳан ости) флегмонасига хос белгилар намоён бўлади. Бунда оғиз ичида альвеоляр ўсиқ шишганлиги, устидаги милк ва ўтув бурмасининг шиллиқ пардаси қизарганлиги, барча тишлар қимирлаб қолганлиги ҳамда тиш-милк чўнтақларидан йиринг ажралишини кўриш мумкин.

Мактабгача ёшдаги болаларда чайнов тишлар сабабчи бўлган остеомиелитик жараён жағ танаси, бурчаги ва шохига (2А) тарқалиши кузатилади. Бундай ҳолатда жағ ости бурчагидан ташқари, қанот-жағ оралиғи флегмонасига, айримларда чайнов ости соҳалари флегмонасига хос белгилар намоён бўлади. Оғиз ичида чайнов тишлар атрофида альвеоляр ўсиқ шишганлиги, милк ва ўтув бурма қизарганлиги, сабабчи ва ёнидаги тишлар қимирлаши аниқланади.

Пастки жағ бир томони (ярми)нинг (жағ ўсиқлари жалб этилманган) остеомиелитида (2Б) жағ ости, даҳан ости, қанот-жағ оралиқларига тарқалган флегмоналар юзага келади. Агар бир томонда — пастки жағ шохи, бурчаги ва қисман танада кечаётган бўлса (2В), юмшоқ тўқималарда жағ ости, қанот-жағ ва чайнов соҳалари флегмоналари билан кечади, айрим (ўтказиб юборган)ларда жағ орти, қулоқ олди, чайнов ва лунж соҳаларида ҳам флегмоналар ривожланади.

Остеомиелит жағнинг бир томонида бошланиб (2Г), иккинчи томонига (3А, 3Б, 3В, 3Г) ўтган бўлса, бўйин соҳаси ва қўқсга тарқалиш хавфи бўлган, кўплаб юз-жағ оралиқларига тарқалган флегмоналар билан кечади. Юмшоқ тўқималарда кечган йирингли жараён суякдан унинг қобигини тўлиқ ажратади. Суяк ичида йиринг тўпланиб, ички босим ошади, жағнинг қон билан таъминланиши бузилади, натижада жағ суяги некрозга учрайди. Интакт тишлар тўкилиб, тиш катакчаларидан ҳамда юмшоқ тўқималарнинг жағдан кўчган жойларидан кўп миқдорда йиринг ажралади. Бундай беморларнинг умумий аҳволи жуда оғир бўлади, уларда сепсис белгилари намоён бўлади.

Ўткир одонтоген остеомиелити бўлган болаларни текшириш усуллари

Болаларда юз-жағ аъзоларининг яллиғланиш касалликларига клиник ташхис қўйиш маълум қийинчиликлар туғдиради. Биринчидан, бу боланинг руҳий-эмоционал барқарорлиги билан боғлиқ. Болалар организмида содир бўлаётган ўзгаришларни аниқ баҳолаб ва тўғри таърифлаб бера олмайдилар. Шу сабабли, анамнез йиғилаётганда ота-она ва болани парвариш қилувчи кимса (энага, тарбиячи, мураббий)лар жалб этилади. Сўров ўтказганда касаллик қандай, қачон бошланган ва шу давргача нима ёрдам кўрсатилганлиги аниқланади. Шунингдек, боланинг касаллик бошланганидан сўнг ўзини тутиши, уйқуси, иштаҳаси, ичи келиши, пешоб ажратиши, тана ҳарорати кўтарилганлиги, кўтарилган бўлса неча марта, неча градусгача, қанча вақт кўтарилиб тургани, даво ўтказилган бўлса, кимнинг тавсияси билан, қандай дори-дармон қабул қилгани, уларни ишлатган дозаси, давомийлиги (ва бошқалар)ни хронологик тартибда ўрганиб чиқилади, сўнг хулоса қилинади. Шундан сўнг, беморни кўриқдан ўтказилади. Дастлаб ташқи кўриқ ўтказилади. Бунда, асосан, юз шаклига, шиш бор соҳага: шиш ўлчами ва устидаги тери рангига аҳамият берилади. Пастки жағнинг ҳаракатларига баҳо берилади, оғизнинг очилиб-ёпилишида чегараланиш борлиги жиддий эътиборга молик ҳолатдир. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда, емирилган тишлар, уларнинг ҳолати

асосий жараёнга боғлиқлиги, оғиз даҳлизи, қизарган ва шишган шиллиқ парда, альвеоляр ўсиқнинг иккала тарафидаги периоститга хос бўлган белгилар, сабабчи ва унинг атрофидаги тишларнинг қимирлаши ва бошқа белгилар аниқланади. Бола оғзи яхши очилмаса 1% ли новокаин эритмаси билан блокада қилиб, оғиз очилгандан сўнг кўрикни давом эттириш мумкин.

Кўрикни тугатиб, текшириш пайпаслаш усулида давом эттирилади. Пайпаслашни болада жуда оҳиста, оғриқсиз ўтказиш зарур. Бунда инфилтратнинг тарқалиши, жойлашиши, чегаралари, юмшаган соҳаси, атрофдаги тўқималарга муносабатини аниқлаш керак. Алоҳида эътибор сўлак чиқиши, унинг миқдорига қаратилиб, шикастланган тишларни зонд билан текшириб, оғриқ ҳамда қимирлаш белгилари аниқланади.

Боланинг гемодинамика кўрсаткичлари муҳим аҳамиятга эга бўлганлиги сабаб (пульс, қон босими), қон текширув натижалари — гемоглобин, лейкоцитар формула, ЭЧТ, оқсил ва унинг фракциялари, сийдик кўрсаткичлари ўрганилади.

Касалликнинг юқорида келтирилган умумий ва маҳаллий белгиларини эътиборга олган ҳолда ташхис қўйилади, ўткир одонтоген остеомиелит билан касалланган бола шошилишч тиббий ёрдамга муҳтож бўлади, чунки унинг ҳаёти хавф остида деб ҳисоб қилинади.

Бола танаси ҳароратининг юқорилиги (38 °С дан баланд) умумий аҳволининг оғирлиги, яллиғланиш кўлами кенглиги, оғирлаштирувчи ва ҳамроҳ касалликлар кўшилиши, шошилишч жарроҳлик амалиётининг умумий оғриқсизлантиришда ўтказилиши, уй шароитида лозим бўлган парваришни ташкил қилиб бўлмаслиги — буларнинг ҳаммаси болани стационарга ётқизишга кўрсатма бўлади.

Болаларда одонтоген яллиғланиш жараёнларини топик жиҳатдан ташхислашда ультратовуш (эхостеометрия ва эхотомография) ҳамда тана иссиқлик нурланишларини қайд этиш (термовизиография) усуллари аниқ қўшимча маълумотлар беради.

Термограммалардаги иссиқлик радиациясининг майдони ва даражаси бўйича юза жойлашган яллиғланиш жараёнининг кўламини аниқлаш мумкин. Динамик равишда олиб борилган текширувлар касалликнинг кечиши ҳақида фикр юритишга имконият яратади. **Термография** усулидан чуқур жойлашган яллиғланиш жараёнларида фойдаланиш аниқ маълумот бермайди. Шунингдек, бундай текширувни кичик ёшдаги болаларда амалга ошириш қийин.

Ультратовушли остеометрия суяк тўқимасидаги патологик ўзгаришларни ташхислашда муваффақият билан ишлатилади. Одонтоген флегмоналарда ультратовушнинг тўқималарда тарқалиши тезлиги (УТТТ) 15,8—19,1% га, остеомиелитда 20—25% га камаяди.

Динамик текширувларда УТТТ нинг тикланмаслиги суякдаги деструктив ўзгаришлар белгисидир.

Ультратовушли томография юмшоқ тўқималар ва жағ суякларидоги яллиғланиш жараёнларининг локализацияси, кўлами ва ривожланиши фазасини аниқлаш имкониятини беради.

Болаларда ўткир одонтоген остеомиелитни даволаш

Болаларда яллиғланиш касалликларини даволаш жараёнини ривожланиш босқичи ва беморнинг ҳолати билан боғлиқ. Яллиғланиш жараёни шаклланаётган даврда сабабчи тишни олиб ташлаш ва комплекс медикаментоз даво билан чегараланиш мумкин. Болада тарқалган йирингли жараён мавжуд бўлиб, эндоген захарланиш оқибатида ҳаёт учун зарур тизимлар (нафас, юрак-қон томир, МНТ) ва аъзолар – жигар ва буйраклар фаолияти издан чиққан, бемор оғир аҳволда бўлса, биринчи навбатда, улар фаолиятини тиклашга қаратилган чора-тадбирлар ўтказилади. Шошилиш жарроҳлик амалиётини ўтказишдан олдин болани педиатр ва анестезиолог кўриши зарур. Улар билан биргаликда оғриқсизлантириш ва операция ҳажми муҳокама қилинади.

Операцияни бошлашдан аввал оғриқсизлантириш усулини танлаб олиш керак. Болалар организми оғриққа ўта сезгир, оғриқ натижасида кўп аъзо ва тизимларда функционал ўзгаришлар келиб чиқиши мумкин. Шу боисдан, операция умумий оғриқсизлантириш (маскали, вена ичига юбориш, нейролептаналгезия) остида бажарилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Одонтоген остеомиелитда шошилиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш принциплари. Ўткир остеомиелитни даволашда, биринчи навбатда, йирингли ўчоқни жарроҳлик усули билан очиш талаб этилади. Кесма оғиз ичидан ёки ташқарисидан ўтказилишидан қатъи назар, унинг узунлиги йирингли бўшлиқ диаметри билан тенг бўлиши лозим. Альвеоляр ўсиқ соҳасида ўтказиладиган кесма суяккача ўтказилиши керак, скальпель учини суякка қаттиқ босиш мумкин эмас, чунки юмшоқ кортикал пластинка тагида ётган доимий тишлар куртаклари шикастланиши ёки юқори жағ бўшлиғи олд девори перфорацияси юз бериш эҳтимоли бор.

Кесма ўтказишдан аввал ультратовуш текшируви ёрдамида яллиғланиш жараёнининг топик диагностикасини ўтказиб, бўшлиқнинг шакли ва ҳажми ҳақида имкон қадар, батафсил маълумотга эга бўлиш лозим. Бу эса яллиғланиш жараёнининг жойлашуви ва кўламини аниқ билган ҳолда оптимал жарроҳлик амалиётини ўтказишни тақозо қилади. Юқорида келтирилган инфекцион яллиғланиш жараёнининг тарқалганлик даражаларини ҳисобга олган ҳолда, тезкор ўтказиладиган жарроҳлик амалиётларининг куйидаги тамойилларини баён қиламиз.

Юқори ва пастки жағларнинг 1А ва 1Б даражалардаги йирингли яллиғланиш жараёнларида сабабчи тиш олиб ташланади ва оғиз

дахлизиди ўтув бурма бўйлаб яллиғланиш жараёни узунлигида суякча кесма ўтказилади. Кесма ўтказганда йирингли бўшлиқ икки қават, яъни шиллиқ парда ва суяк қобиғи ҳамда суяк қобиғи билан жағ суяғи орасида жойлашиши мумкинлигини ёдда тутиш лозим.

Эхотомография текширувида шиллиқ парда остидаги йирингли ўчоқ доимо суяк қобиғи тағидаги йирингли жараёндан катта бўлади. Шу сабабли, узун кесма ўтказилиши шарт, аммо яллиғланган суяк қобиғи ажратилишига йўл қўйиб бўлмайди.

1В даражали ўткир йирингли ва деструктив остеомиелитда жағ ости ва энгак остидаги йирингли ўчоқлар ташқи кесмалар орқали эвакуация қилинади.

Ўткир йирингли ва деструктив остеомиелитнинг 1Г даражасида эхотомография ёрдамида жағ суяғи ичида бўш зоналар мавжудлиги аниқланса, бу ҳолат йиринг тўпланганлигини билдиради. Бундай ҳолда сабабчи тишни олиш, юмшоқ тўқималарни ташқаридан кесиб, йирингни чиқариб ташлашнинг ўзигина кифоя қилмайди. Суяк ичида тўпланган йирингни чиқариш учун остеоперфорация (суякда тешиклар очиш) ўтказилади. Тешиклар борлар ёрдамида жағ суягининг қиррасидан ўтказилиб, улар орқали суяк ювилади (лаваж). Бу муолажани ўтказётганда доимий тиш куртаклари кортикал қатламга яқин жойлашганлигини назарда тутиш керак.

Йирингли ва деструктив остеомиелитнинг 2А даражасида йирингли ўчоқни очиш учун жағ бурчаги остида қия кесма ўтказилиб, чайнов ва қанот-жағ оралиқларига ўтиб ярада тафтиш ўтказилади, ичида дренаж қолдирилади ва сабабчи тиш олинади.

2Б даражали остеомиелитда кесма ташқаридан, пастки жағнинг бурчагидан энгак остигача ўтказилади ва жағ ости, ияк ости, қанот-жағ оралиқларига кирилиб, шу соҳаларда тафтиш ўтказилади.

2В ва 2Г даражали остеомиелитда яллиғланиш, қанот-жағ, ҳалқум атрофи, чайнов мушак ости, қулоқ олди соҳаларига тарқалади. Бемор кеч мурожаат қилган ёки дастлабки жарроҳлик амалиёти тўлиқ ўтказилмаган бўлса, жараён чакка ости ва қанот-танглай оралиқларига ўтади. Бундай ҳолларда, кесма кенг ўтказилиб, ҳамма бўшлиқларда бармоқ билан тафтиш ўтказиш лозим. Ультратовуш текширувида жағ суяғи ичида бўшлиқлар аниқланганда, остеоперфорация ўтказилиб, суяк ичидаги бўшлиқлар антисептиклар билан ювилади.

Пастки жағнинг 3-даражали остеомиелити бўлган болаларга алоҳида эътибор қаратилиши керак. Чунки дастлабки кўрсатиладиган шошилиш ёрдамнинг ҳажми касалликнинг пировард натижасига таъсир қилади.

Кузатувлар шунинг кўрсатдики, кўпчилик беморларда яллиғланиш жараёни кенг тарқалган бўлишига қарамай, жойларда кесма етарлича кенг ўтказилмаган — бир неча соҳадан йиринг чиқариш билан

чегараланилган, суяк ичидаги йирингнинг чиқиши учун шароит яратилмаган. Натижада, пастки жағ суяги тўлиқ некрозга учраган.

Бундай тарқалган (тотал) ўткир деструктив остеомиелитда юмшоқ тўқималардаги яллиғланиш ўчоқларини тўлиқ очиб, жағ суяги (чети) қиррасида остеоперфорация ўтказилади. Тешиклар дастлаб сабабчи тиш рўпарасида, кейингилари эса шу тешикдан 1,0—1,5 см ташлаб тоза қон чиққунича кетма-кет ўтказилади.

Шошилинич ўтказилган жарроҳлик амалиёти инфекцияни яллиғланиш ўчоғида камайтиради, аммо уни тўлиқ бартараф этмайди. Организмдаги эндоген заҳарланиш оқибатида бўлган ўзгаришларни меъёрлаштира олмайди.

Ўткир одонтоген яллиғланиш касалликлари бўлган болаларни даволаш режаси нафақат инфекцияга қарши йўналтирилган бўлиши, балки патогенетик ўзгаришларни коррекцияловчи чораларни ўз ичига олиши лозим.

Одонтоген яллиғланиш жараёнлари бўлган беморларда ва экспериментал ҳайвонларда гепатоцитлар монооксигеназ фермент тизимлари фаоллигининг пасайиши аниқланган. Бу ҳолат жигар детоксикацияловчи функциясининг яллиғланиш жараёни туфайли бузилишидан далолат беради. Шу боис медикаментоз даволаш таркибига гепатопротектор индукторлар — бензонал, фенобарбитал ва адаптогенлар — сапорал, элеутерококк, женьшень каби препаратларни киритиш мақсадга мувофиқдир. Ўткир остеомиелити бўлган болаларда дисбактериоз ҳолати, иммунитет ҳужайравий ва гуморал кўрсаткичларининг тушиб кетиши, гиперкоагуляция юзага келиши аниқланган.

Тор спекторли инфрақизил нурлар ва биофаол моддалар (фаол кальций)нинг ўткир одонтоген остеомиелитни комплекс даволашда ишлатилиши ичак дисбактериозини нормаллаштиради, иммунитет ҳужайравий ва гуморал кўрсаткичларини кўтаради, қоннинг яллиғланишига оид кўрсаткичларини ва кальций алмашинуви бузилишларини тиклайди, остеопороз ривожланишининг олдини олади. Гемостаз тизими кўрсаткичларини меъёрлаштириб ДВС синдроми ривожланишига тўсқинлик қилади (А.И. Ҳасанов, 2010).

Даволаш жараёнида ҳаёт учун зарур бўлган аъзо ва тизимларга, айниқса, паренхиматоз аъзолар фаолиятига диққат билан эътибор берилади. Уларда вужудга келиши мумкин бўлган метастатик йирингли ўчоқларнинг олдини олиш ва барвақт аниқлаш учун барча (рентгенологик, МРТ, ультратовуш ёрдамида текшириш ва бошқа) усуллардан кенг фойдаланилади.

Ўткир одонтоген остеомиелит жағ атрофи тўқималари абсцесс ва флегмоналари билан асоратланиб кечаётганда шифокор олдида патогенетик даво ўтказиш вазифалари туради (3-жадвал).

**Ўткир остеомиелит юз-жағ соҳаси абсцесс ва флегмоналари
билан асоратланиб кечаётганда комплекс даволашни
режалаштириш принциплари**

Даволашнинг вазифаси	Қўйилган вазифани ечиш йўллари	Тавсия қилинувчи тадбирлар
Касалликнинг ўткир босқичида		
I. Инфекцион яллигланиш жараёнининг тарқалиш зонасини чегаралаш ва инфекцион ўчоқ билан бемор организми орасидаги бузилган мувозанатни тиклаш.	I. Инфекциянинг вирус-лентлигини пасайтириш. А) бирламчи инфекцион ўчоқдан микроблар, уларнинг токсин (заҳар)-лари, тўқималар парчаланishi натижасида ҳосил бўлган маҳсулотларнинг атроф тўқима ва суюқликлар (қон, лимфа)га тушишини тўхтатиш.	Жағ суягидаги сабабчи типни олиш, бирламчи инфекцион ўчоқни эрта кесиш ва дренажлаш. Ноодонтоген тавсифдаги бирламчи инфекцион ўчоқ (яра ва эрозия)ларни анти-микроб препаратлар ва эпителизацияни тезлаштирувчи воситалар (этиопатогенетик даво) ёрдамида йўқотиш.
	Б) иккиламчи инфекцион ўчоқдан микроблар, уларнинг токсинлари ва тўқима парчаланishi маҳсулотларини чиқариб ташлаш (эвакуация).	Иккиламчи инфекцион ўчоқ (абсцесс, флегмона)-ларни кесиш, ярани мунтазам равишда диализ ва экссудатни фаол аспирация қилиш билан эрта дренажлаш, сорбентларни қўллаш, левомекол майҳами билан боғламлар қўйиш.
	В) касаллик қўзғатувчи микроорганизмларнинг ҳаёт фаолиятини тўхтатиш.	Микрофлоранинг сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда антибиотикларни умумий ва маҳаллий даволаш мақсадларида қўллаш, шунингдек, сульфаниламид ва микробларга қарши бошқа препаратлар, стафилококкли бактериофаг юбориш.
	Г) бактериялар заҳарларини нейтраллаш.	Гипериммунли гаммаглобулин, стафилококка қарши плазма, гангрена (анаэроб инфекция)га қарши зардоб, донор қонини қўйиш (гемотрансфузия) йўли билан пассив тарзда беморни иммунлаш.

2. Иммуно реакцияларнинг йўналишини коррекция қилиш.	А) гиперергик типдаги реакцияли беморларда гипосенсибилизацияловчи терапия ўтказиш.	Гистаминга қарши препаратлар: димедрол, дипразин, супрастин, диазолин ва бошқалар. Кальций препаратлари (кальций хлорид, кальций глюконат, кальций лактат); салицил кислотаси ва пирозолон ҳосилалари: ацетилсалицил кислотаси, антипирин, амидопирин, анальгин; нейрорепаратив воситалар: аминазин, пропазин, этаперазин ва бошқалар; буйрак усти беши қобиғи (кортикостероид) гормонлари ва унинг синтетик турдошлари: гидркортизон, преднизолон, дексаметазон юбориш.
	Б) гипоергик типдаги реакцияли беморларда инфекция ўчоқ зонасидаги иммунологик жараёнларни фаоллаштириш.	Айрисимон без препаратлари: тималин, тимоген, дезоксикортикостеронацетат. Физioterapia: илиқ суюқлик билан чайқаш, оғиз бўшлиғи ирригацияси, УЮЧ электр майдони билан таъсир қилиш, гелий-неон лазери ва УВ нурлантириш.
	В) организмнинг умумий иммунологик реактивлигини ошириш.	Сутли, ўсимликларга бой парҳез таомлар буюриш. Витаминлар (биринчи навбатда, В гуруҳи ва С витаминлари ҳамда адаптоген гуруҳ препаратлари: бидазол, женьшень, элеутерококк, пантокрин, хитой лимонниги тавсия этиш.
3. Тўқималарда микроциркуляциянинг бузилиши туфайли қайта тикланмайдиган ўзгаришлар (некроз) юзага келишининг олдини олиш.	1. Тўқималарнинг кўтарилган ички босимини ва вақтида тўқималар жароҳатланишини бартараф этиш.	Инфекцион ўчоқни эрта кесиш ва дренажлаш. Операция давомида тўқималарга нисбатан эҳтиёткорона муносабатда бўлиш.
	2. Қоннинг реологик хусусиятларини яхшилаш.	Вена орқали гемодез, реополиглокин, полиглокин, Рингер-Локк эритмаси, 5% ли глюкоза эритмаси юбориш.
	3. Гиперкоагуляциянинг коррекцияси.	Антикоагулянтлар: гепарин, ацетилсалицил кислотаси буюрилади.

4. Моддалар алмашинуви бузилишини меъёрга солиш, ҳаёт учун муҳим аъзолар ва тизимлар фаолиятини яхшилаш.	1. Сув-туз ва оқсил баланси бузилишини коррекциялаш.	Кўп миқдорда суюқлик ичиш, тузли ва оқсилли эритмаларни парентерал йўл билан юбориш.
	2. Юрак-томир тизимининг фаолиятини яхшилаш.	Аналептиклар: камфора, кордиамин; юрак гликозидлари: дигитоксин, дигоксин, строфантин, коргликон ва ҳоказо; юрак мушгада моддалар алмашинуви жараёнларини яхшиловчи воситалар: кокарбоксилаза, АТФ ва ҳоказолар тайинлаш.
	3. Нафас тизими фаолияти бузилишларини бартараф қилиш.	Шиш ва яллиғланишга қарши таъсирга эга препаратлар (венага кальций хлорид ва глюкозанинг гипертоник эритмаларини юбориш); гистаминга қарши препаратлар (димедрол, дипразин ва ҳоказо), буйрак усти беги қобиғи гормони ва унинг турдошлари (гидрокортизон, преднизолон); сийдик ажратишини кучайтирувчи воситалар (фуросемид, ланнитол ва ҳоказо) буюриш. Оксигенотерапия – намланган кислород билан нафас олишни таъминлаш. Метаболик ацидоз, венага 4% ли натрий гидрокарбонат эритмаси юбориб бартараф қилиш. Кўрсатма (асфиксия) мавжуд бўлса трахеостомия ўтказиш.
	4. Жигарнинг токсин (заҳар)ларни зарарсизлантириш фаолиятини ошириш.	Венага, инсулин ва витаминлар (B_1 , B_2 , C, PP), глюкоза эритмаси ҳамда эссенциале-форте юбориш. Ичишга бензонал, фенобарбитал бериш.
Касалликнинг ўткир ости босқичида		
1. Операцион яранинг битишини оптималлаштириш.	1. Некрозга учраган тўқималарнинг ажралиб чиқишини тезлатиш.	Маҳаллий даволашда протеолитик ферментлар: трипсин, химотсин, химотрипсин, рибонуклеаза, терримитин, сиртқи юзаларга фаол таъсир этувчи моддалар (роккал, хлоргексидин, биглюконат) қўлланилади. Некрэктомия ўтказиш. Ярага ультратовуш билан ишлов бериш.

2. Касаллик қайталанишининг олдини олиш мақсадида инфекциян ўчоқни бутунлай бартараф қилиш.	2. Репаратив жараёнларни жадаллаштириш.	Физиотерапия: УЮЧ электр майдони билан таъсир қилиш. Тўқималар тикланишини яхшиловчи моддалар: метилурацил, пентоксил, А ₁ , В ₁ , В ₂ , С, РР витаминларини буюриш.
	1. Касаллик қўзғатувчиларнинг ҳаёт фаолиятини батамом тўхтатиш. 2. Махсус ва махсус бўлмаган иммунитетни кучайтириш.	Антибиотиклар, сульфаниламидлар ва бошқа антибактериал препаратлар, стафилококк анатоксини, аутовакцина билан фаол тарзда иммунизация ўтказиш, иммунлаш. Биоген стимуляторлар: аутогемотерапия, алоэ, фибс, бактериал полисахаридлар (пирогенал, продигозан, родексман, зимозан) буюриш. Умумий УБ нурлантириш.
3. Доимий контрактуранинг олдини олиш ва бартараф қилиш.	1. Патологик рефлексларни бартараф қилиш.	Чакка ости соҳасида тригемино-симпатик ёки Берше-Дубов усули бўйича блокада ўтказиш.
	2. Чандиқ тўқималарнинг ҳаддан зиёд ривожланишини тўхтатиш.	Физиотерапия: калий йодидни ультратовуш, лидазани электрофорез ёрдамида киритиш.
	3. Механотерапия.	Даволовчи жисмоний тарбия машқларини мунтазам равишда бажариш.

Одонтоген остеомиелитнинг пастки жағдаги асоратлари

Ўткир остеомиелитнинг ривожланиши, кечиши ва уни даволаш давомида қатор асоратлар юзага келиши мумкин. IБ, IВ даража тарқалган остеомиелитда, сут тишлар тишлами даврида доимий тишларнинг куртаклари некроз (секвестрация)га учрайди, альвеоляр ўсиқда нуқсон пайдо бўлиб, сут тишлар илдизларининг физиологик резорбцияси кечикиши билан асоратланади. Суякда юзага келган яллиғланиш жараёнида майда секвестрлар пайдо бўлади, улар сўрилиб кетади ёки оқма йўл орқали ярани ювиш вақтида чиқиб кетади. Остеомиелит IГ даражада тарқалган бўлса, юқорида келтирилган асоратлардан ташқари, жағ суягининг патологик синишлари юзага келади, тишлар тўкилиб, альвеоляр ёй кичик ва калта бўлиб қолади, жағ танасида жойлашган доимий тишлар

куртакларининг бир қанчаси нобуд бўлади ва адентия вужудга келади. 2А, 2Б даражада тарқалган деструктив остеомиелитда суяк емирилиб, жағ патологик равишда синади, доимий тиш куртаклари нобуд бўлади, суяк ўлчами қисқаради ва унинг маркази шикастланган томонга силжийди. 2В, 2Г даражада тарқалган деструктив остеомиелит бўғим ўсиғининг дастлаб остеоартрити, кейинчалик иккиламчи деформацияловчи остеоартрозига олиб келади.

Юқорида келтирилган асоратларнинг олдини олиш учун ўткир остеомиелит билан даволанаётган ҳар бир бемор ортодонти назоратида бўлиши керак. Интакт тишларнинг тушиб кетиши, патологик синишларнинг олдини олиш учун ўткир ости даврда ортодонтик даво ўтказилиши зарур.

ЖАҒЛАРНИНГ СУРУНКАЛИ ОДОНТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТИ

Ўткир одонтоген йирингли остеомиелит, одатда, соғайиш билан тугайди. Аммо тарқалган деструктив остеомиелит сурункали шаклга ўтиши мумкин.

Адабиётларда остеомиелит бошланганидан сўнг 3—4 ҳафта ичида тузалиш билан яқунланмаса, сурункали турга ўтади деб таъкидлаб келинади. Масалан, А.А. Колесовнинг «Стоматология детского возраста» дарслигида, кичик ёшдаги болаларда 7—10 кундан сўнг остеомиелит сурункали турга ўтади деб ёзилган. Мантиқан 2 ҳафта давомида тузалмаган касалликни сурункали турга ўтди дейиш мумкин эмас. Касаллик камида 8 ҳафта давом этиб тузалмаса, уни сурункали турга ўтди деб ҳисоблаш мумкин. Шунинг назарда тутиб, ўткир остеомиелит икки ҳафта ичида тузалиш билан яқунланмаса, остеомиелит ўткир ости даврига ўтган деб ҳисоблаймиз (М. Азимов, 1991). Ўткир ости даври юқори жағда 8 ҳафта, пастки жағда 12 ҳафта давом этади. Шу давр орасида некрозга учраган суяк оқма йўлдан ажралиб чиқиб кетмаса ёки секвестрэктомия ўтказилмай, касаллик давом этса, у сурункали турга ўтди деймиз.

Ўткир остеомиелитнинг сурункали босқичга ўтишига қуйидагилар сабаб бўлади:

— иккиламчи иммунтанқислик (яқин вақт ичида ўтказилган инфекцион ўткир касалликлар, сурункали ҳамроҳ хасталиклар ва уларнинг ўткирлашуви);

— беморнинг шифокорга кеч мурожаат қилиши;

— ташхис ўз вақтида тўғри қўйилмаганлиги;

— даволаш чоралари адекват ўтказилмаган: сабабчи тиш вақтида олинмаган, йирингли ўчоқ тўлиқ очилмаган, медикаментоз даво етарли бўлмаган;

– парвариш ва овқатлантириш (миқдори ва таркиби) ўзаро мувофиқлаштирилган ҳолда олиб борилмаган.

Сурункали одонтоген остеомиелитда суякда кечган деструктив ўзгаришлар (суяк таркиби бузилиши) натижасида некроз ўчоқлари ҳосил бўлади, шикастланган соҳадаги доимий тиш куртаклари ҳам некрозга учраб, секвестр сингари яллиғланишни сақлаб туради.

Сурункали одонтоген остеомиелитнинг уч клиник шакли фарқланади:

– деструктив – жараён суякнинг зарарланган қисми емирилиб, нобуд бўлиши билан кечади;

– деструктив-продуктив – зарарланган соҳада бир вақтнинг ўзида шикастланган суяк емирилади, атрофида эндооссал ҳамда периоссал тикланиш жараёнлари ҳисобига иккиламчи суяк ҳосил бўлади;

– продуктив – яллиғланган соҳада эндооссал ва периоссал суяк тўқимасининг тикланиши суяк емирилиши жараёнидан устун кечади.

Сурункали деструктив остеомиелит, одатда, пастки жағда учрайди. Ўткир яллиғланиш босқичида ҳосил бўлган йиринг 3–4 ҳафта давомида жағ суягининг каттагина (тана, бурчак, шох ва ўсиқлари) қисмини ва атрофидаги периостни эритади, шунинг ҳисобига эндооссал ва периоссал ўсиш ўчоқлари нобуд бўлади. Суяк зарарланган соҳада тиш куртаклари ва тишлар некрозга учраб, секвестрга айланади.

Шикоятлар. Одатда беморлар кесилган яра битмай, оқма ҳосил бўлганлиги, ажралма чиқиши, оқма яра четлари суякка ёпишиб, битиб, тортилиб қолганлиги, олинган тиш катакларидан йиринг ажралишига ҳамда суяк (очишиб) яланғочланиб, атрофидан бадбўй (чиринди) ҳидли ажралма чиқишига шикоят қиладилар.



14-расм. Сурункали деструктив остеомиелитда оқма йўлнинг шаклланиши.

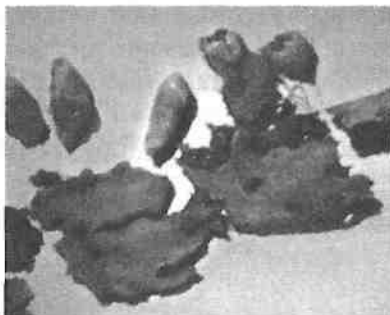
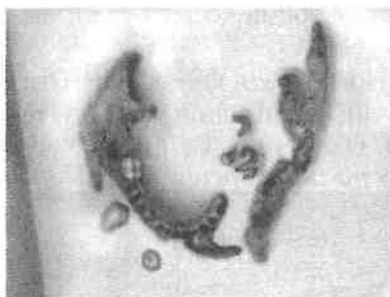
Клиник манзараси. Бемор кўздан кечирилганда юзининг касалланган томонида шиш борлиги аниқланади. Устидаги тери ранги ўзгармаган. Пайпаслаганда – оғриқсиз. Ўтказилган кесма битмай, унинг ўрнида ҳосил бўлган оқма йўлни кўриш мумкин (14-расм). Оқма йўл четлари яра ичига тортилиб, ўртасидан грануляцияли тўқима бўртиб чиққан бўлади.

Оқма йўлга зонд киритиб, унинг йўналиши, чуқурлиги, суяк усти емирилганлиги ва юмшоқ тўқималардан ажралганлигини аниқлаш, оғиз бўшлиғида олинган тиш катакчаси битмаганлиги ва йиринг ажралаётганлигини кўриш мумкин. Сурункали равишда кечаётган яллиеланиш жараёни негизда суяк тўқимасининг эриб, некрозга учраши ётади. Сурункали деструктив остеомиелитда суякнинг катта қисми тўқималардан ажралади. Тиш катаклари ва суяк атрофидан кўп миқдорда йиринг ажралади (15-расм).

Некрозга учраган жағ ёки унинг қисмлари (тана, бурчак, шох) катта (яхлит) ёки бир неча кичик секвестрни ҳосил қилади. Секвестрлар ҳар хил катталиқда ва турли шаклларда бўлиши мумкин (16-расм).



15-расм. Сурункали остеомиелитнинг деструктив шакли (секвестрлар юмшоқ тўқималардан ажралган).



16-расм. Деструктив остеомиелитда ҳосил бўлган турли шакллардаги секвестрлар.

Деструктив остеомиелит жағнинг альвеоляр ұсигини зарарланданда, бир неча тиш (1Б) соҳасидаги суяк ёки альвеоляр ұсиқ тўлиқ секвестрланиши мумкин. Секвестр жонсиз яланғочланган кўкимтир суяк бўлагидир. Тушиб кетган тишлар катакчаларидан йирингли ажралма чиқади. Секвестрга айланган суяк ўз атрофидаги юмшоқ тўқималардан ажралган бўлади. 1Г даражали сурункали деструктив остеомиелитда альвеоляр ұсиқнинг икки юзасида ҳам ажралма ва грануляцияли оқмаларни кўриш мумкин. Тушиб қолган (ёки олинган) тиш катакчасидан ҳам кўп миқдорда йиринг ажралади. Жағ остида ўтказилган кесма ўрнида бир-иккита оқма яра шаклланади. Оқма ичига зонд киритилса, у яланғочланган ғадир-будир суякка тақалади. Бизнинг кузатувларимизга кўра сурункали деструктив остеомиелит касалликнинг 1- ва 3- даражада тарқалган шаклларида учраган. Тарқалган йирингли жараён натижасида нафақат суяк, балки суяк қобиғи ҳам некрозга учрайди. Шу сабабли болаларда пастки жағ катта ҳажмдаги секвестрга айланган бўлиб, юмшоқ тўқималар орасида эркин ётган бўлади. Бундай вазиятда патологик синиш юзага келиб, уларни олиб ташлаш қийинчилик тугдирмайди.

Сурункали деструктив-продуктив остеомиелит. Ўткир деструктив одонтоген остеомиелит кўпроқ деструктив-продуктив (бир вақтда емирилиш ва тикланиш баробар кечувчи) сурункали остеомиелитга ўтиши мумкин.

Шикоятлар. Кўпинча, юзда шиш узоқ сақланиб туриши, кесилган яра ҳамда тиш катакчаси битмай, оқма ҳосил бўлиб, ажралма чиқиши безовта қилади.

Клиник манзараси. Боланинг умумий ҳолати қониқарли. Оғиз очилиши яхшиланган. Юздаги шиш сақланган, шиш устидаги териди қизариш камайган (17-расм, а). Олинган сабабчи тиш, ўтув



а



б

17-расм. Сурункали деструктив-продуктив остеомиелити бўлган боланинг кўриниши.

бурма ҳамда ташқаридаги кесма ўрнида оқма шаклланган, ичидан грануляцияли тўқима бўртиб чиққанлигини кўриш мумкин (б). Пайпаслаганда жағ суяги қалинлашганлиги, регионар лимфа тунгунлари катталашганлиги сезилади.

Бу шаклдаги сурункали остеомиелитда жағнинг катта қисмида кўплаб майда емирилиш ўчоқлари пайдо бўлади. Суякнинг емирилиши майда секвестрларнинг ҳосил бўлиши билан кечади. Емирилиш жараёни (сақланиб қолган соғлом суяк ҳисобига) иккиламчи суяк ҳосил бўлиши (пролиферацияси) билан баробар кечади. Болаларда майда секвестрлар сўрилиб ёки йиринг билан оқма йўл орқали чиқиб кетиши мумкин. Секвестр катта бўлиб (2А, 2В), оқма йўл орқали чиқа олмаса, унинг атрофида бириктирувчи тўқима ва янги ҳосил бўлаётган иккиламчи суякдан иборат секвестр «қутиси» шаклланади. Секвестр қутисида ҳосил бўлаётган ажралма оқма йўл орқали ташқарига чиқади. Периост ҳужайралари фаол кўпайиши ҳисобига янги, ёш суяк шакллана бошлайди.

Рентген тасвири. Бир неча ҳафтадан сўнг рентген тасвирида майда ва йирик секвестрларни кўриш, шунингдек, улар атрофида иккиламчи (янги ҳосил бўлган) суякдан шаклланаётган секвестрал қутини кузатиш мумкин.

Продуктив (гиперпластик) остеомиелит, одатда, болалар ва ўсмирларда юз скелетининг фаол ўсиш даврида, кўпроқ 12—15 ёшда учрайди. Касаллик, ўткир яллиғланиш белгиларисиз, бола сезмаган ҳолда, аста-секин ривожланади. Шу сабабли, бу касалликни бирламчи сурункали остеомиелит деб ҳам аташади.

Шикоятлар. Бола ёки унинг ота-онаси юзнинг бир томонида оғриқсиз шиш пайдо бўлганлиги ва бу шиш бир неча йил давомида катталашиб, аста-секин юз шаклининг ўзгарганлигига шикоят қиладилар, шунингдек, бу ҳолат овқат чайнашга халақит бермаслигини таъкидлайдилар.

Клиник манзараси. Юз соҳасида сезиларли даражадаги шиш кузатилади. Устидаги тери ранги ўзгармаган. Пайпаслаганда юмшоқ тўқималар ўзгаришсиз, оғриқсиз, тери бурмага йиғилади. Жағ суяги қалинлашган (18-расм).

Анамнези (*morbi*) синчиклаб суриштирилганда, тана ҳарорати гоҳида бесабаб кўтарилганлиги, жағда ўқтин-ўқтин ўз-ўзидан оғриқ пайдо бўлиши, тишларнинг бирида кариес қаваги бўлиб, вақти-вақти билан оғриб, хуруж берганлиги, айримлар тишни даволашни бошлаб, охирига етказмаганлигини аниқлаш мумкин. Болалар ва ота-оналар юзда кўзга ташланувчи асимметрия кузатилганидан сўнггина аҳамият берганликларини таъкидлайдилар. Касаллик ке-



18-расм. Сурункали гиперпластик остеомиелитда беморнинг кўришиши.

чишида даврийлик кузатилади. Маълум бир даврда шиш катталашади, вақт ўтиб яна кичраяди. Суяк ҳажми аста катталашади. Шиш устидаги тери ранги ўзгармайди, оқма йўл пайдо бўлмайди. Пайпаслаганда, юмалоқ, чегаралари аниқ бўлган, зич, бироз оғриқли шиш аниқланади. Регионар лимфа безлари катталашган, ҳаракатчан, оғриқли бўлади.

Рентген тасвири. Сурункали бирламчи гиперпластик остеомиелитда эндооссал ва периоссал тикланиш (пролиферация) ҳисобига суякнинг ҳажми ортиб қалинлашиш кузатилади. Бу шаклдаги остеомиелитда секвестрлар бўлмайди. Зарарланган соҳада суякнинг шаклсиз, чегаралари аниқ бўлмаган, емирилган ва остео-склерозга учраган ўчоқлари кузатилади. Жағнинг кортикал қатлами периоссал ривожланаётган суяк билан бирлашиб кетганлиги сабабли, алоҳида кўринмайди. Сабабчи тишда чуқур кариес қаваги, илдиз канали учигача пломбаланмаганлиги, периодонтал оралиқ (ёриқ) кенгайганлиги, илдиз атрофидаги суяк емирилганлигини кўриш мумкин.

Лаборатория текширувлари. Остеомиелитда сурункали қон ва сийдик таҳлиллари кўрсаткичлари меъёрга яқинлашганлигини таъкидлаш мумкин: лейкоцитоз камайган, таркибий қисмдаги чапга силжиш камайган. Гемоглобин кўрсаткичлари пасайган, яъни гипохром анемияга хос бўлади. Эритроцитлар сони камайиб, анизоцитоз (қонда турли ўлчамдаги эритроцитларнинг кўпайиб кетиши), пойкилоцитоз (қонда шакли ўзгарган эритроцитлар пайдо бўлиши) кузатилади. Эритроцитлар чўкиши тезлашади (10—15 мм/с). Тарқалган деструктив шаклдаги остеомиелит узоқ давом этганда, буйракда дегенератив ўзгаришлар содир бўлади: сийдикда оқсил,

цилиндрлар, эритроцитлар пайдо бўлади. Боланинг ёши нечоғли кичик бўлса, буйракдаги ўзгаришлар шунча барвақт намоён бўлади. Сурункали одонтоген остеомиелит болаларда жуда узоқ, баъзан бир неча йил давом этган ҳолатлар ҳам кузатилган, шу сабабли бу касаллик халқ орасида «оқма касал» номи билан ҳам юритилади.

Сурункали одонтоген остеомиелитни болаларда даволаш систематик ва комплекс равишда касалликнинг шакли, тарқалганлик даражаси, боланинг умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда ўтказилиши керак.

Секвестрэктомия ўтказиш муддати қуйидагиларга боғлиқ:

- зарарланган суяк ҳажми;
- патологик жараён кечаётган соҳа (локализацияси);
- суякда эндооссал ва периоссал кечаётган регенератор фаоллик;
- бемор бола ички аъзоларининг функционал ҳолати.

Болаларда остеомиелитнинг кечишига хос хусусиятлардан бири, секвестрларнинг катталарга нисбатан эрта ажралиши эканлиги ҳақида аввалроқ маълумот берган эдик. Секвестр болаларда ҳар хил ҳажмда бўлиши мумкин, айримларда мошдек бўлса, бошқаларда жағнинг ярми ёки жағ бутунлай некрозга учрайди. Шу сабабли, болаларда секвестрлар остеомиелитнинг ўткир ости (3—4 ҳафта) ёки сурункали даври (8—12 ҳафта), ҳатто бир йилдан кейин ҳам ажралиши мумкин.

Секвестрэктомия операциясига кўрсатмалар:

- 1) клиник ва рентгенологик эркин ётган секвестрлар;
- 2) сўрилиш ёки оқмадан мустақил ажралиб чиқиш эҳтимоли кам бўлган секвестрлар;
- 3) тез-тез хуруж бериб, организмда заҳарланиш ҳолатини юзага келтирувчи, паренхиматоз аъзолар зарарланишига сабаб бўлувчи секвестрлар;
- 4) секвестрэктомиядан сўнг қайталанувчи оқмалар юзага келишига сабаб бўлувчи некротик гўқималар;
- 5) яллиғланиш жараёнининг сурункали равишда кечишини кучайтирувчи, некрозга учраган сут ва доимий тишлар куртаклари.

Секвестрэктомия эрта ўтказилиши стационар ва амбулатор даволашнинг муддатини қисқартириб, асоратларнинг олди олинишини таъминлайди. Шу сабаб остеомиелитни ўткир ости давридан бошлаб жарроҳ-стоматолог ва ортодонт олдида секвестрэктомиягача ва секвестрэктомиядан сўнг бажариладиган қатор вазифалар туради (4-жадвал).

Болаларда сурункали одонтоген остеомиелитни даволаш алгоритми (секвестрэктомияга тайёрлаш ва операция хусусиятлари)

Остеомиелитнинг тарқалганлик даражалари	Остеомиелит касаллиги кечишидаги хусусиятлар	Секвестрэктомия операциясига тайёргарлик	Операция хусусиятлари
1А	1А даражадаги деструктив остеомиелитда тиш катакчаси девори ёки илдизлар аро тўсиқ 3—4 ҳафтада секвестрланиб ажралади. Рентген тасвирида ажралган секвестр эркин ёт жисм бўлиб кўринади. Уни зонд ёки пинцет ёрдамида қимирлатиб, ажралганлигини аниқлаш мумкин.	Операциядан аввалги кунларда қоннинг умумий таҳлили ва ивиш вақти аниқланади. Операциядан 30 дақиқа олдин 50% ли аналгин, 1% ли димедрол эритмалари бола ёшига мувофиқ дозада мушак орасига юборилади.	Амбулатория шаронтида 1—2% ли лидокаин эритмаси билан маҳаллий анестезия ўтказилиб, альвеоляр ўсиқ (оқма йўл) бўйлаб кесма ўтказилади. Секвестр ажратиб олинади ва грануляцияли тўқима қириб ташланади, операцион жароҳат йодоформли тампон билан зич қилиб тўлдирилади.
1Б	1Б даражада тарқалган деструктив остеомиелитда 2—3 ва ундан зиёд тишлар соҳасида альвеоляр ўсиқ ва ташқи кортикал пластинка суяги 3—4 ҳафта мобайнида ажралади, секвестр яхлит бўлиб, атрофида ҳосил бўлган грануляцияли тўқималар орасида эркин ётади.	Амбулатория шаронтида ўтказиладиган операция учун қоннинг умумий таҳлили ва ивиш вақти аниқланади. Операциядан 30 дақиқа олдин премедикация қилинади.	Альвеоляр ўсиқ қирраси бўйлаб асоси ўтув бурмага йўналган трапедия шаклида кесма ўтказилади. Шиллиқ парда суяк қобиғи билан биргаликда ажратилади. Секвестр олиниб, грануляциялар қириб ташланади. Ажратилган трансплантациясимон лахтақ ўрнига қайта жойлаштирилиб тикилади.

1В	<p>1В даражадаги деструктив остеомиелит ўткир ости даврининг 4—6-ҳафта-сида пастки жағнинг бир томонидаги альвеоляр ўсиқ ва тана қисми секвестрланади. Секвестр ажралганлигини рентген тасвири ёки пинцет ёрдамида аниқлаш мумкин. 1В деструктив-продуктив даражали остеомиелитда секвестрнинг ажралоши 10—12 ҳафта давом этади. Оғиз ичида кўришиб турган секвестр қимирламайди. Фақат рентген тасвиридагина катта секвестр проекциясини кўриш мумкин.</p>	<p>Секвестрэктомия умумий оғриқсизлантириш остида стационар шароитида ўтказилади. Операциядан олдин: 1) кариес ва унинг асоратлари бўлган тишлар даволанади; 2) тишмилк шинаси тайёрланади; 3) ажралма йирингдан суртма олиниб, микрофлора таркиби ва уларнинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқланади.</p>	<p>Жағ ости соҳасида оқма ярани ўз ичига олган кесма ўтказилади. Жағ танаси яланғочланиб, эркин ётган секвестрлар олиб ташланади. Секвестрлар атрофидаги грануляцияли тўқима қириб ташланади. Оғиз ичидаги оқма кесиб олинади, жароҳатга зич қилиб чоклар қўйилади, тишмилк шинаси тақилади. Касалликнинг деструктив-продуктив турида жағ танаси яланғочлангандан сўнг, эркин ётган секвестр аниқланмайди. Чунки иккиламчи суяк секвестр қутисини ҳосил қилганлиги учун жағ танаси қалинлашади. Шу боис оқма чиқадиган тешиқнигина кўриш мумкин. Секвестрни олиш учун қутипинг ташқи деворини синдириб, секвестр чиқариб олинади ва грануляцияли тўқима қириб ташланади, сўнг бўшлиқ ичида йодоформли дока (бинт) қолдирилади.</p>
1Г	<p>1Г даражада тарқалган деструктив остеомиелит кам учрайди. Пастки жағнинг альвеоляр ўсиғи яланғочланади, тўкилиб кетган тиш катакчаларидан йиринг ажралади. Деструктив жараён патологик синиш билан кечади, 8—12-ҳафтага келиб рентген тасвирида бир неча йирик секвестрларни кўриш мумкин. Улар жағ суяги-</p>	<p>1Г шаклдаги деструктив остеомиелит, одатда, ҳолдан тойган, реактивлиги тушиб кетган болаларда юзага келади. Суяк қобиғидан ҳосил бўладиган иккиламчи (периоссал) суяк секин (4—5 ой) ҳосил бўлади. Секвестрэктомиягача бир неча марта умумқувватловчи ва заҳарланишга</p>	<p>Секвестрэктомия эндотрахеал наркоз остида ўтказилади, бунинг учун ияк ости соҳасида жағ қиррасига параллел қилиб чандиқлар ва оқма ярани ўз ичига олган суяккача кесма ўтказилади. Жағ танаси соғ қисмигача икки (ички, ташқи) томонлама яланғочланади. Секвестр иккиламчи суяк орасида бўлса, секвестрал қутидаги йўл кенгайтирилади. Секвестрлар ажратиб олинади ва грануляция-</p>

	дан ажралганини оғиз бўшлиғи ёки оқма йўл орқали киритилган зонд (пинцет) ёрдамида қимирлатиб аниқлаш мумкин.	қарши даволаш ўтказилади. Ванкевич шинаси тайёрланади. Микробларнинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқланади.	ли тўқима қириб ташланади. Кесма альвеоляр қирра бўйлаб оғиз бўшлиғи билан туташади, яра четлари кесиб ташланади ва ярага икки қават қилиб, зич чоклар қўйилади. Секвестрал бўшлиқ йодоформли дока билан тўлдирилиб, учи ташқарига чиқариб қўйилади. Юмшоқ тўқималарга қаватма-қават чоклар қўйилади.
2А	2А даражада тарқалган деструктив остеомиелит, одатда, сут ва чиқиб келаётган доимий биринчи озиқ тишлар соҳасида, жағ танаси ва бурчагида кечади. Одатда, бу соҳада яллиғланиш узоқ (8–12 ҳафта) давом этиб, касаллик сурункали турга ўтади.	2А, 2Б даражада тарқалган деструктив остеомиелит патологик синиш билан асоратланиши мумкин ва шу сабабли, бола доим тиш-милк шинасини тақиб юриши лозим. 10–12-ҳафтага келиб, одатда, секвестрлар ажралиб қолади. Аммо, шу вақтда секвестрлар олиб ташланса, сақланиб қолган жағ бўлаклари бири-бирдан узилиб қолади. Шу сабабли, секвестр атрофида иккиламчи суяк ҳосил бўлишини кутиш керак. Ўрта ҳисобда бу жараён 5–6 ой давом этади. Шу вақт ичида бемор бир неча	Секвестрэктомия стационар шароитида умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Кесма ташқаридан жағ танаси ва бурчагининг остида ўтказилиб, оқма яра ва чандиқлар кесиб олинади. Кесманинг узунлиги патологик жараёни кўздан кечириш учун етарли бўлиши керак. Юмшоқ тўқималар ўтмас усулда суякдан ажратилгандан сўнг, мавжуд (ҳосил бўлган) секвестрал қути кўзга ташланади ва унинг пастки қиррасида ёки юзасида оқма йўл аниқланади, у суяк қисқичи ёки борлар ёрдамида кенгайтирилиб, бўшлиқ ичида ётган секвестрлар топилади. Кичик ёшдаги болаларда, сек-

2Б	<p>Деструктив 2Б даражада тарқалган остеомиелитда пастки жағ танасининг ярми альвеоляр ўсиқ билан шикастланади, яллиғланиш шохга, ўсиқлар (бўғим ва тожсимон) асосигача етади. 2А ва 2Б даражасидаги остеомиелитда суякнинг яллиғланган соҳаси юмшоқ тўқималар билан ўралганлиги ва суяк қобиғи сақланганлиги туфайли периостал тикланиш билан (деструктив-продуктив шаклда) кечади. Бунда агар секвестр барвақт олиб ташланса, жағ яхлитлиги сақланмай қолади.</p>	<p>марга захарланишга қарши дезинтоксикацион ва умумқувватловчи комплекс даволаш курсини қабул қилар экан, жағнинг соғ томонини окклюзия (прикус)да ушлаб туриш учун тишмилк шинасини тақиб юради.</p>	<p>вострал қути ичида доимий тиш куртаклари секвестр таркибида бўлса, улар бирга олиб ташланади. Баъзи ҳолатларда жағнинг ташқи кортикал пластинкаси секвестрланади, доимий тиш куртакларининг ранги ўзгармаган ва суяк ичида қониқарли ҳолатда сақланган бўлса, улар олинмайди. Оқма йўл огиз бўшлиғига очилган бўлса, унинг четлари тозаланиб, кесиб ташланади, сўнг зич қилиб чоклар қўйилади. 2Б даражадаги остеомиелитда эса операция ҳажми кенгайди. Жағ танасининг ярми альвеоляр ўсиқ билан бирга зарарланганлиги туфайли шу соҳадаги барча доимий тишларнинг куртаклари нобуд бўлади.</p>
2В 2Г	<p>2В ва 2Г даражасида тарқалган деструктив остеомиелитда жағнинг асосий ўсиғи, шохнинг орқа қирраси ва бурчагининг некрозга учраши сабабли касаллик оғир кечади. Ўткир ва ўткир ости даврларда бир неча соҳаларда патологик синиш юзага келиб йирик ҳамда кичик ҳажмдаги секвестрлар ҳосил бўлади, тушиб кетган тишлар ва ретромоляр соҳада</p>	<p>Ўткир ости ва сурункали даврларда ўтказиладиган даволаш усуллари секвестрларнинг ажралиши ва уларнинг атрофида иккиламчи суяк тўқимасидан секвестрал қутининг шаклланишини тезлатишга қаратилади. Бемор режали равишда стационарга ётқизилиб, умумқувватловчи ва</p>	<p>Секвестрэктомия стационар шароитида эндотрахеал наркоз остида ўтказилади. Операциянинг муваффақиятли ўтиши учун операция майдони етарли даражада кенг қилиб очилади. Ҳосил бўлган иккиламчи суяк тўқимаси жағ шаклини қайтаради. Кесма жағ танаси, бурчак ва шохининг орқа қиррасига параллел равишда суяккача қия қилиб</p>

<p>Ўтказилган кесма ўрнида оқма йўл шаклланади. Ўткир остеомиелит даврида суяк қобиғи некрозга учраган бўлса, секвестрлар атрофида иккиламчи суяк тўқимаси ҳосил бўлмайди. Оқмалардан кўп миқдорда суюқ йирингли ажралма чиқади. Ўткир ости даврда бир неча жойда патологик синишлар юзага келиб, даҳан шикастланган томонга силжийди. Оғир заҳарланиш белгилари намоен бўлади. Буйраклар ва жигар фаолияти бузилади. Суяк қобиғи сақланган беморларда остеомиелит деструктив-продуктив шаклда кечади. Секвестрлар атрофида иккиламчи суякдан секвестрал қути ҳосил бўлади. Оқмалардан доимий равишда оз миқдорда ажралма чиқади. Ҳосил бўлган иккиламчи суякни жағнинг рентген тасвирида кўриш мумкин.</p>	<p>организм заҳарланишининг олдини олишга қаратилган даво чоралари ўтказилади. Патологик синишларнинг олдини олиш, тишлар окклюзияси (тишлам)ни тўғри ҳолатда сақлаш учун тишмилк шинаси ёки Ванкевич шинасидан фойдаланилади. Заҳарланиш даражаси юқори бўлиб, паренхиматоз аъзолар (буйраклар ва жигар)нинг зарарланиш белгилари барқарор турса, иккиламчи суяк ҳосил бўлиш муддати етмасдан секвестрэктомия операцияси ўтказилади. Деструктив-продуктив шаклда кечувчи остеомиелит узоқ давом этади. Ҳосил бўлган иккиламчи суяк орасида қолган секвестрлар емирилади ва қисман сўрилиб, кичиклашади. Бўғим ўсиғида патологик синиш юзага келади ва бутунлай сўрилиб кетади. Натижада кичиклашиб, грануляцияли тўқима орасида эркин ётади. Ҳосил бўл-</p>	<p>кесилади. Секвестрал қути (атрофидаги юмшоқ тўқималар ажратилиб) яланғочланади. Секвестрларни чиқариб олиш ва секвестрал қути ичида тафтиш ўтказиш учун суякдаги оқма йўл етарли даражада кенгайтирилади. Секвестр қутиси ичида сут тишлар, доимий тишларнинг куртаклари, бўғим бошчаси ва кўплаб ўсиб кетган грануляцияли тўқима мавжуд бўлади. Буларнинг барчаси қириб олиб ташланади. Оғиз бўшлиғига очилган яра четлари кесилиб, зич қилиб чоклар қўйилади. Секвестрал бўшлиқ водород пероксида ва антисептиклар билан ювилади. Суяк ичидаги бўшлиқ йодоформли дока билан тўлдрилиб, яра четидан чиқариб қўйилади.</p>
---	--	---

		ган иккиламчи суяк жағ шаклини тиклайди ва шикастланган томонга силжишдан сақлайди. Жағнинг иккиламчи суяк воситасида тикланиши 6–8 ой давом этади.	
3А 3Б 3В 3Г	3-даражада тарқалган деструктив одонтоген остеомиелит оғир касаллик ҳисобланади. Бундай жараён ҳолсизланган болаларда агрессив (патоген) хусусиятли микроблар таъсирида ривожланади. Бизнинг кузатувларимизда бундай даражалардаги остеомиелит даволаш кеч бошланган, йирингли ўчоқлар етарли очилмаган (кенг кесма лозим бўлган йирингли ўчоқлар аксарият тешиб қўйилган; ташқи кесмага кўрсатма бўлса ҳам оғиз бўшлиғи ўтув бурмаси соҳаси тешиб қўйилган), антибактериал даволаш самарасиз бўлган ҳолатларда юзага келган. Бундай вазиятда йирингли яллиғланиш нафақат суяк ва тиш куртакларининг нобуд бўлиши, балки суяк қобиғи (периост)нинг ҳам емирилишига олиб келади ва оқибатда, периоссал суяк тикланиши тўхтайдди. Нобуд бўлган периост суякдан ажралганлиги	Секвестрэктомия 3А, 3Б, 3В даражадаги остеомиелитда рентгенологик демаркация чизиги аниқ кўринган ҳолатда, ўрта ҳисобда 15–16-ҳафтада ўтказилади. 3-даражада тарқалган сурункали деструктив остеомиелитда секвестрэктомия ўтказиш муддати боланинг умумий ҳолатига боғлиқ бўлади. Суяк ва атрофдаги тўқималарда кечаётган тарқалган йирингли яллиғланиш бола организмни заҳарлайди ва шу тариқа, сийдикда оқсил, эритроцитлар, лейкоцитларнинг кўп миқдорда пайдо бўлиши, демаркация чизиги ҳосил бўлишини кутмай секвестрэктомия операциясини ўтказиш учун кўрсатма бўлади. Операциядан олдинги даврда ўтказила-	Операция эндотрахеал огриқсизлантириш остида ўтказилади. Оғиз бўшлиғида жағ суягининг катта қисми яланғочланиб турганлигини ҳисобга олиб, секвестрларни оғиз ичидан чиқариб олингани маъқул. Шундай қилинганда жағнинг чети (асоси) ва ички юзасида ҳосил бўлаётган иккиламчи суяк шикастланмайди. Бўғим ўсиги кўп ҳолларда сўри-либ, ўрнида янги суякдан ҳосил бўлган регенератни топиш мумкин. Секвестрлар олингандан сўнг, грануляцияли тўқима қириб ташланади. Сақланиб қолган суяк ва ҳосил бўлган янги иккиламчи суяк ўчоқларини бир-бирига бирлаштириш учун улар орасидаги нуқсон консервация қилинган аллоген суяк ёки тоғай билан бартараф қилинади. Агар иккиламчи суяк бўлмаса, нуқсон (дефект) тоғайли (трансплантат) қовурга би-

	туфайли альвеоляр ўсиқ ва жағ танаси яланғочланади. 5—6 ҳафтадан сўнг сақланиб қолган периост янги суяк тўқимаси ҳосил қила бошлайди. Суяк тўлиқ некрозланганлиги сабабли эндооссал суяк тикланиши ҳам кузатилмайди. Рентген тасвирида некрозга учраган суякни сақланиб қолган (соғлом) суяқдан ажратувчи чизиқ (демаркация чизиғи) 12—14 ҳафтада сезилади.	диган тайёргарлик 2-даражада тарқалган остеомиелитда кўрсатилган тадбирлардан иборат.	лан бартараф қилинади. Тоғай қисми бўғим бошчаси вазифасини бажаради. Оғиз бўшлиғидаги ярага қаватма-қават қилиб, зич чоклар қўйилади.
--	---	---	--

Жағлар одонтоген остеомиелитини ортодонтик даволаш ва тиш-жағ тизими иккиламчи деформацияларининг профилактикаси

Пастки жағ остеомиелитидан сўнг юзага келадиган асоратлар:

1) жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг чандиқли шакл бузилишлари; 2) жағ суяғи (альвеоляр ўсиқ, тана, бурчак шохи) нуқсонлари туфайли унинг шакл бузилишлари; 3) тиш қаторининг қисман ёки тўлиқ адентияси, кеч чиққан доимий тишларнинг шакл бузилишлари (бочкасимон, эмаль гипоплазияси), тишлар дистопияси, окклюзия бузилиши; 4) чакка-пастки жағ бўғими касалликлари; 5) юқори жағ ва ёноқ суяқларининг иккиламчи шакл бузилишлари.

Одонтоген остеомиелитни ортодонтик даволашдаги асосий йўналиш — тиш ва жағ тизимидаги ўзгаришларни, хусусан, иккиламчи адентия ва патологик окклюзия (тишлам)нинг олдини олиш. Остеомиелит кечишининг ҳар бир даврида ўтказиладиган ортодонтик даволашнинг хусусий мақсади бор: а) касалликнинг ўткир ва ўткир ости даврида қимирлаб қолган интакт тишларнинг маҳкамланишини таъминлаш; б) жағ суяғи патологик синишларининг олдини олиш; в) тиш қаторлари нуқсонларини сунъий тишлар билан тўлдириш; г) тайёрланган аппарат ва мосламалардан фойдаланилаётганда, уларнинг салбий таъсири ва гигиеник ҳолатини назорат қилиш.

Пастки жағнинг ўткир остеомиелитида қимирлаб қолган тишларни маҳкамлаш учун силлиқ шина-скоба ҳамда индивидуал ра-

вишда пластмассадан тайёрланган тиш-милк шина-каппасидан фойдаланилади.

2–2,5 ёшдаги болаларда қимирлаб қолган тишларни маҳкамлаш учун силлиқ шинадан фойдаланилмайди. Бу ёшда тишлар тожи калта ва кичкина бўлганлиги сабабли сим билан боғлаб бўлмайди.

Пастки жағ ўсиш зоналарининг шикастланиши билан боғлиқ бўлган асоратлар аксариятни ташкил этади. Маълумки, бўғим ўсиғи, жағ бурчаги ва шох қисмининг орқа қирраси пастки жағдаги фаол ўсиш зоналари ҳисобланади. Шу соҳалар зарарланганида жағ суягининг ўсиши ортда қолади ёки тўхтади. Энгак касалланган томонга силжийди (19-расм). Жағнинг соғлом томонидаги тана ва бурчак қисми сўрилган ияк томонга узайиб, шакли бузилади (бир томонлама микрогения). Жағнинг касалланган ва калталанган томонида, юмшоқ тўқималар йиғилиб қолиши туфайли беморнинг юзи юмалоқлашиб, соғлом томон эса узайганлиги учун тўқималар кам (тортилиб қолган)дек кўринади, яъни жағ суягининг яхши ўсмаган томони бир оз кўтарилган, узун (соғлом) томони — пастга тушган.

Кичик ёшда касалликни бошдан кечирган болалар ўсмирлик даврида мурожаат қилганларида, айнан юз шаклининг бузилганлигига шикоят қиладилар. Уларда нафақат пастки жағ бир томони микрогениясини, балки шу томонда бош ва юз скелетининг ҳам



а



в



б

19-расм. Секвестрэктомиядан кейин жағнинг нуқсон томонга сурилишини ортодонтик даволаш:

а—даҳан чапга силжиган; *б*—пастки жағ марказий чизиги чапга силжиган; *в*—пластинка ёрдамида юқори ва пастки жағлар марказий чизиққа келтирилган.

ўсишдан қолганлигини кузатиш мумкин. Соғлом томоннинг ўсиб (чўзилиб) кетиши ҳисобига юз қисмлари пропорцияси сезиларли бузилади (юз гемиатрофиясига ўхшаш ҳолат юзага келади).

Бош ва юз скелетининг рентгенологик текширувларида пастки жағнинг бўғим ва бошқа ўсиқлари нуқсонлари ҳамда шакл бузилишлари, пастки жағнинг калталиги, юқори жағ, ёноқ ва чакка суяклари ўсишда ортда қолганлиги, натижада юз скелетининг горизонтал, сагиттал ва вертикал гипоплазияси ривожланганлиги аниқланади. Жағ суякларидаги мутаносиблик тиш ёйларининг шакли ва узунлигига салбий таъсир этади ва тишларни ўзгартириб юборади, яъни бунда (дистал, кесувчи, чуқур окклюзия) алоҳида тишлар аномалиялари, диастема ва тиш қатори нуқсонлари юзага келади. Оғиз етарли даражада очилган ҳолатларда пастки жағ альвеоляр ёйи шаклининг бузилиши юқори жағ ёйининг ён томонларига мослашиб олади. Шунинг учун чайнаш жараёни гўё қониқарли даражада бўлади. Юқори жағ ёйи ён томондан пастки жағ ёйини шаклан қайтаргани билан, фронтал тишлар олдинга сурилиб, елпигичсифат ёйилиб туради, турли сабаблар туфайли қимирлаб қолган сут тишларни текис сим шинага боғлаб, маҳкамлаш имконияти бўлмаса, тиш-милк шина-каппасидан фойдаланилади. Шина-каппанинг афзаллиги шундаки, тишларни ҳар томондан ўраб, иммобилизация қилинади ва шу аснода жағ ва тишларга босим камаяди. Тишлар ва жағни иммобилизация қилиш муддати 1Г, 1В даражасида тарқалган остеомиелитда 2–3 ҳафта, 1Г, 2 ва 3-даражада эса 4–6 ҳафтада ўтказилиши керак. Бу давр орасида ўткир яллиғланиш белгилари камаяди, қимирлаётган тишлар мустаҳкамланади. ЭОД ўтказилса, тиш пульпаси сезувчанлигининг тикланганлиги аниқланади. Тарқалган (диффуз 1Г–3Г) остеомиелитда ўтказилган комплекс даволаш чоралари самара бермаса, секвестрлар шаклланиб, жағнинг патологик синиши юзага келади, лекин остеомиелит жараёнида бўғим ўсиғи ва жағ бурчаги сурилиб кетади. Бундай вазиятда пастки жағ учун йўналтирувчи текислиги бўлган тиш-милк шинаси тайёрланади. Бундай шинадан фойдаланиш жағ синишининг олдини олади ва жағни касалланган томонга силжишдан сақлайди.

1Г–3Г даражада диффуз тарқалган остеомиелитда альвеоляр ўсиқ яланғочланиб қолади ва бундай ҳолатда Ванкевич таклиф қилган юқори жағ учун тайёрланадиган тиш-милк шинасидан фойдаланилади. Шина воситасида патологик синиш оқибатида силжиган жағ бўлақларини ўз ўрнига келтириш мумкин. Йўналтирувчи текислик бўлақларнинг ҳолатига қараб, бир томонда ёки иккала томонда бўлиши мумкин. Ортодонтик даволаш мутахассислар томонидан олиб борилади. Даволаш услуби ва унинг давомийлиги

боланинг ёши, касаллик даври ҳамда оғирлиги эътиборга олинган ҳолда белгиланади, бемор диспансер назоратига олинади. Жарроҳ ва ортодонт мутахассисларнинг ҳамкорликда тузган режалари асосида даволаш давом эттирилади.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ОДОНТОГЕН АБСЦЕСС ВА ФЛЕГМОНАЛАРИ

Болаларда кариес ва унинг асоратлари (пульпит, периодонтит) вақтида аниқланиб даволанмаса, хуруж олган сурункали периодонтит жағларнинг остеомиелити ёки жағлар атрофи юмшоқ тўқималари яллиғланиши (периостит, одонтоген, остеоген абсцесс ва флегмона)га сабаб бўлади. Тишлар сабаб бўлган касалликлар одонтоген деб юритилади.

Болаларда сут тишлар периодонтитида ўткир кечаётган яллиғланиш жараёни қисқа муддатда суяк ва атрофидаги юмшоқ тўқималарга ўтади.

Одатда ўткир периостит ўткир лимфаденит билан, ўткир остеомиелит периостит, абсцесс ва флегмона билан кечади (2-чизма). Ўқувчига бу динамик жараёни тушунарли етказиш мақсадида жағ атрофида кечадиган яллиғланиш касалликлари алоҳида мавзу қилиб ёзилган.

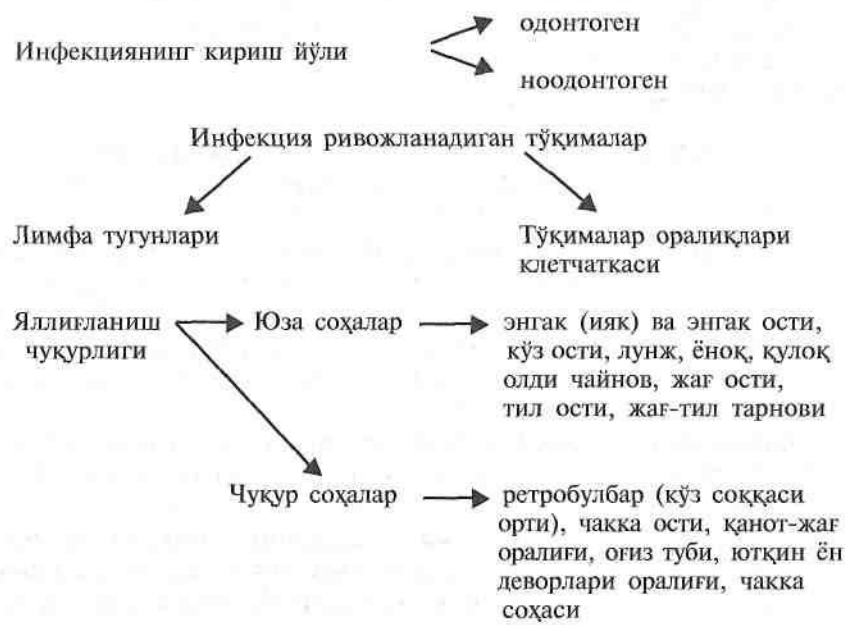
Болаларда одонтоген яллиғланиш касалликларининг ривожланиши ва кечишида ўзига хос хусусиятлар бўлиб, қуйида уларнинг қисқача таърифини келтирамыз.

— одонтоген яллиғланиш касалликлари ривожланишига тиш сабабчи бўлади. Сабабчи тиш тожи қисман ёки бутунлай емирилган, сақланиб қолган қисмининг ранги ўзгарган, перкуссия оғриқли, қимирлаб қолган, милкларда яллиғланиш аломатлари бўлади;

— болаларда жағ атрофи юмшоқ тўқималари ҳосил қилган анатомик оралиқлар бир-биридан юпқа ва зич бўлмаган нозик фасция ва апоневрозлар билан ажратилган, шу боис тўқималар инфекциянинг бир соҳадан иккинчисига тарқалишига қаршилиқ қила олмайди.

— чайнов мушаклари атрофида чуқур жойлашган (масалан канот-жағ оралиғи) абсцесс ва флегмоналарда оғиз очилиши чегараланади, ютиниш оғриқли, нафас олиш акти қийинлашади (ютқин ён девори бўшлиқлари флегмоналари). Бироқ беморнинг ташқи кўриниши (тери)да ўзгаришлар бўлмайди;

— ўткир одонтоген яллиғланиш касаллиги бўлган бола (отонаси) яқин кунларда тиш оғриганини қайд этади. Одонтоген яллиғланиш касалликлари, одатда, кариеснинг интенсивлиги ва асорати юқори бўлган ёшларда (3—5 ёшда), тишлар алмашинуви даврида кўп учрайди.



Йирингли яллиғланиш жараёнларининг жағлар суякларига нисбатан жойлашиши



2-чизма. Йирингли яллиғланиш жараёнлари таснифи.

Болалар организмда ҳам катталарда бўлгани каби, яллиғланиш касалликлари уч типда намоён бўлади:

— гиперергик — умумий реакциялар касалликнинг маҳаллий белгиларидан устун кечали;

— гипоергик — умумий реакциялар ва яллиғланишнинг маҳаллий белгилари сезиларли даражада намоён бўлмайди;

— нормергик — умумий реакциялар ва яллиғланишнинг маҳаллий белгилари биргаликда намоён бўлади.

Атипик кечадиган яллиғланиш касалликларини албатта ўсма-лардан ажрата олиш талаб этилади. Бунинг учун қуйидаги замонавий текширув усулларидан фойдаланиш керак:

- қон таркибий қисмининг тўлиқ таҳлили;
- ультратовуш билан тўлиқ ташхислаш;
- пункция ва биопсия ўтказиб, олинган маълумотларни онколог, гематолог ва бошқа мутахассислар билан муҳокама қилиш;
- компьютер томографияси;
- магнит резонансли томография (МРТ).

Бир тиш парадонти чегарасида кечаётган ўткир ёки ўткирлашган сурункали йирингли ўчоқдан инфекция суяклар атрофидаги юмшоқ тўқималарга ўтиб одонтоген абсцесс ва флегмоналарни юзага келтиради. Одонтоген остеомиелитда йирингли яллиғланиш жараёни, асосан, суякда кечса, одонтоген абсцесс ва флегмоналарда юмшоқ тўқимада кечаётган яллиғланиш тарқалган бўлиб, суякда жараён бир тиш парадонти чегарасида кечади.

Инфекция парадонддан жағ атрофи тўқималарига контакт йўл ёки суякдан чиқаётган қон томирлар атрофидаги клетчаткадан чиқиб келади. Кичик ёшдаги болаларда тишда ўткир оғриқ пайдо бўлганида бир неча соат ўтиб яллиғланишга хос бўлган барча белгилар намоён бўлади: юзда шиш (*tumor*), оғриқ (*dolor*), қизариш (*color*), маҳаллий ҳароратнинг ошиши (*rubor*), оғиз очилишининг чегараланиши, ютинишининг қийинлашиши (*function lease*). Кичик ёшдаги болаларда шиш бошидан тарқалган бўлади, катта ёшдагиларга қараганда у дастлаб юмшоқ ва кам оғриқли бўлади. Бир неча соатдан сўнг ўртадан четга катталашиб боради.

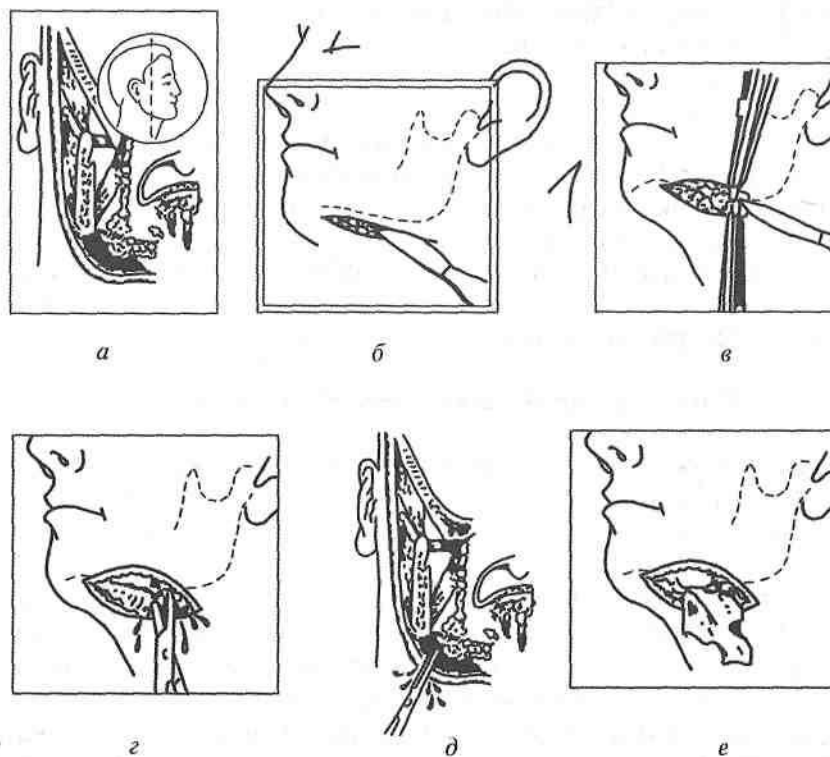
Пастки жағ ости соҳаси абсцесс ва флегмонаси

Шикоятлар. Пастки жағ ости соҳаси абсцесси ва флегмонасида болалар ва ота-оналар жағ ости соҳасида оғриқли шиш пайдо бўлганлиги ҳамда шиш устидаги тери қизарганлиги, тана ҳарорати кўтарилганлигига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси. Абсцессда боланинг тана ҳарорати кўтарилган, иштаҳаси пасайган, ҳолсизланган, безовта. Бемор кўздан кечирилганда, жағ ости соҳасидаги яллиғланиш инфилтрати ҳисобига юз шакли ўзгарган, шиш устидаги тери қизарган, бурмага йиғилмайди, баъзан тери таранглашиб, ялтирайди, пайпасланганда қаттиқ, чегаралари аниқ бўлган оғриқли инфилтрат аниқланади. Шиш марказида флюктуация белгиси аниқланиши мумкин. Оғиз очилиши одатда ўзгармайди.

Клиник манзараси. Флегмонада кичик ёшдаги болаларда тана ҳарорати кўтарилади, ланжлик, кам ҳаракатлилиқ, кўнгил айнаши, қусиш кузатилиши мумкин. Жағ ости соҳасида кенг тарқалган, чегараларини аниқлаш қийин бўлган шиш аниқланади. Тери таранглашган, бир оз қизарган, қаттиқ, оғриқли газак (инфилтрат) аниқланади. Яллиғланиш жараёнига қанот-жағ оралиғи ҳам жалб этилса, оғиз очилиши бир оз чегараланади. Оғизни очиш вақтида оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Оғиз бўшлиғида зарарланган томонда яққол кўзга ташланувчи юмшоқ шиш ва тил ости шиллиқ пардасининг қизарганлигини кўриш мумкин. Сабабчи тишнинг тож қисми емирилган, ранги ўзгарган, перкуссия қилинганда оғриқли бўлади.

Жарроҳлик усули билан даволаш. Жағ ости соҳаси абсцесс ва флегмонасида йирингли ўчоқ адекват (маҳаллий, имкон қадар, умумий) оғриқсизлантириш остида кесилади, сабабчи тиш оли-



20-расм. Жағ ости соҳаси флегмонасини очиш босқичлари.

нади. Боланинг рухий-эмоционал ҳолатини эътиборга олган ҳолда операция умумий оғриқсизлантириш остида бажарилиши мақсадга мувофиқдир.

Операция техникаси. Операция майдонига спирт билан ишлов бериб, бриллиант кўки билан жағ бурчагидан пастга 2 см ташлаб, нуқта қўйилади, иккинчи нуқтани энгак қирраси ўртасига қўйилади. Шу икки нуқта орасида ўтказилган чизик жағ танасининг асоси(қирраси)га параллел равишда ундан 2 см пастроқда жойлашади. Бундай йўналишда ўтказилган кесма юз нерви ҳамда вена ва артерия шикастланишининг олдини олади. Қаватма-қават 3—4 см узунликда тери, тери ости ёғ қатлами, тери ости мушаги ва юза фасция кесилади (20-расм, а); қон тўхтатувчи қисқич ёрдамида тўқималар ёнга сурилади (б); скальпель билан йирингли ўчоқ тешиб олинади. Қисқич учи йирингли ўчоққа киритилиб (в), яра кенгайтирилади (г). Ўчоқда тўпланган ажралма (йиринг) чиқарилиб (д), ярада тафтиш ўтказилади ва жараён атрофдаги соҳаларга тарқалган бўлса, шу яра орқали улар ҳам эвакуация қилинади. Гемостаз ўтказиб, ярага резина чиқаргич киритилиб (е), боғлам қўйилади.

Энгак ости соҳаси абсцесс ва флегмонаси

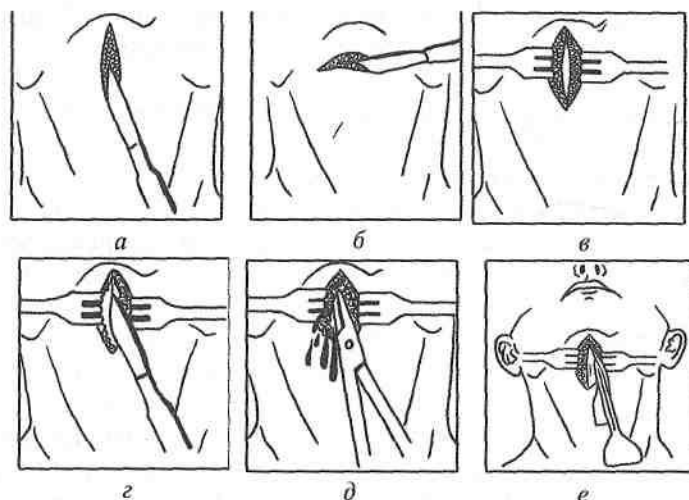
Кичик ёшдаги болаларда лимфа тугунларининг яллиғланиши энгак (ияк) ости соҳаси абсцесс ва флегмонасига, катта ёшдаги болаларда эса, кесув тишлар кариесининг асорати сифатида жағ ости соҳасидаги яллиғланишларга сабабчи бўлади.

Абсцессга хос шикоятлар: ушлаганда даҳан ости соҳасида оғриқли шиш сезилиши ҳамда тана ҳароратининг кўтарилиши.

Клиник манзараси. Бошланғич даврда даҳан ости соҳасида сезиларли даражада қаттиқ консистенцияга эга бўлган, чегаралари аниқ, оғриқли инфилтрат (газак) кузатилади, лекин устидаги тери ўзгаришсиз бўлиши мумкин. Кичик ёшдаги болаларда эса шиш устидаги тери юпқалашган, қизарган, ўртаси юмшаб қолган, пайпасланганда флюктуация (билқиллаш) аниқланади. Умумий ҳолат кичик ёшдаги болаларда ўзгариши мумкин.

Флегмонага хос шикоятлар. Одатда, даҳан остида кенг тарқалган оғриқли шиш мавжудлигига, шунингдек, оғиз очилиши бир оз чегараланганлигига, тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизликка шикоят қилинади.

Клиник манзараси: даҳан ости соҳасида кенг кўламда тарқалган шиш, пайпаслаганда оғриқли, зич консистенцияга эга. Газак атрофидаги тўқималарда юмшоқ шиш аниқланади. Шиш устидаги терининг ранги ўзгармаган, бурмага йиғилмайди. Оғиз очилиши оғриқ туфайли бир оз чегараланган бўлади. Сабабчи тиш атрофида



21-расм. Даҳан ости соҳаси флегмонасини вертикал ва овал кесма билан очиш босқичлари.

милк ва оғиз бўшлигининг шиллиқ пардаси қизарган ҳамда шишган бўлади. Умумий аҳволида эндоген захарланиш белгилари: ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, иштаҳа пасайиб, уйку бузилганлиги аниқланади.

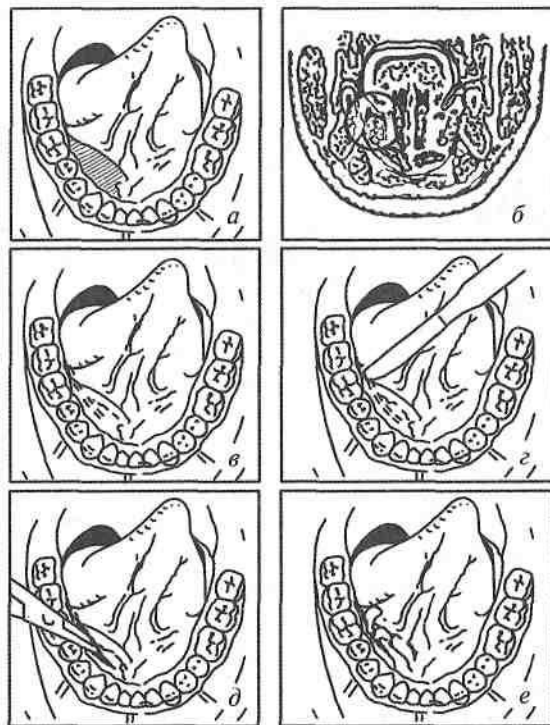
Жарроҳлик усули билан даволаш: премедикация ва оғриқсизлантириш (маҳаллий ёки умумий) остида операция майдонига антисептик ва 96° ли тиббий (этил) спирт билан ишлов берилиб, иякдан тил ости суяги томон ёки ярим овал (бўйин юқори бурмаси йўналишида) (21-расм, *a*) кесма ўтказилади, тери, тери ости ёғ қатлами, бўйин юза фасцияси ва мушак (*m. platysma*) кесилиб, (*b*, *в*, *г*) тўқималар четга сурилади, сўнг «москит» қисқичи (*d*) йирингли бўшлиққа киритилиб яра кенгайтирилади. Ажралма чиқарилиб бўшлиқ ювилади ва резина чиқаргич киритилиб, жароҳатга асептик боғлам (*e*) қўйилади.

Тил ости бўшлиғи абсцесси

Шикоятлар. Одатда, тил остида шиш ва оғриқ пайдо бўлганлиги ва тил ҳаракатлари (сўзлаш, чайнаш, ютиниш) вақтида оғриқ кучайишига бўлади.

Клиник манзараси. Оғиз очилиши эркин, тил ости тўқималари фронтал тишлар (тил томони) соҳасида бўртиб чиққан. Устидаги шиллиқ парда қизарган. Пайпасланганда тил ости соҳасида қаттиқ консистенцияга эга оғриқли шиш аниқланади. Шиш тилнинг ён томонларига ҳам тарқалган бўлиши, регионар лимфа тугунлари катталашган бўлиши мумкин.

Жарроҳлик усули билан даволаш. Маҳаллий оғриқсизлантириш остида, тил ости соҳаси марказида (22-расм, *a, б*) жағ ости сўлак безининг найи ва тил артерияларини (*в*) кесиб юбормаслик учун (*г*) шиллик парда кесилади ва йирингли ўчоққа «москит» қисқичи киритиб (*д*), яра кенгайтирилади. Ажралма чиқариб ташланиб, операцион ярада резина чиқаргич қолдирилади (*е*).

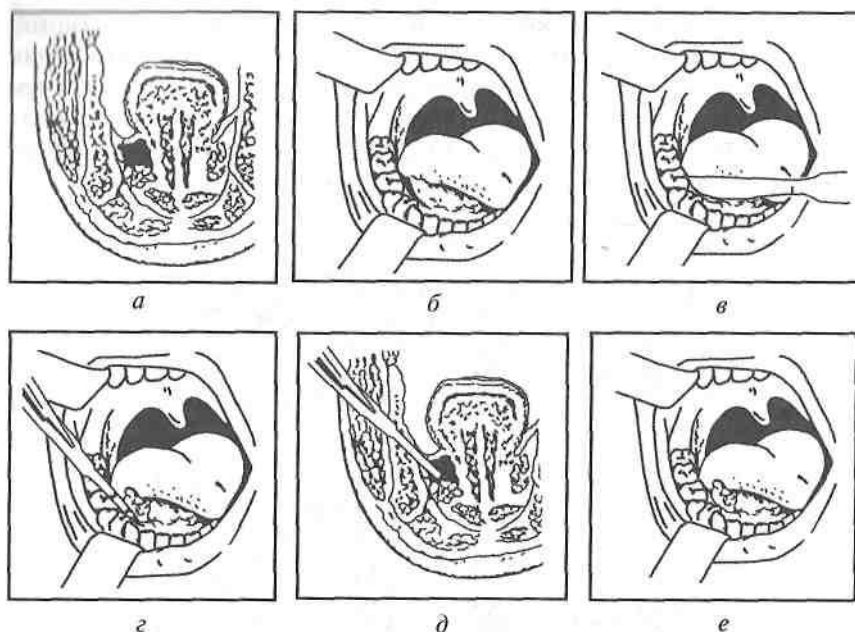


22-расм. Тил ости оралиғи абсцессини очиш босқичлари.

Жағ-тил тарнови абсцесси

Шикоятлар. Одатда, беморлар оғиз очилишининг (оғриқ ту-файли) чегараланиши ва овқат чайнаш вақтида ўткир оғриқ пай-до бўлишига, ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши, тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси. Жағ-тил тарнови абсцессига хос белгилар-дан бири оғиз очилишининг оғриқ сабабли чегараланиши (ҳар хил даражадаги тризм)дир. Берше бўйича оғриқсизлантириб ёки наркоз остидагина жағ-тил тарновини кўриқдан ўтказиш имко-нияти яратилади. Жағ-тил тарнови шиш ҳисобига саёзланган бўлади ва аниқланмайди. Шиллик парда пишган, қизарган, пайпаслаш



23-расм. Жағ-тил тарнови абсцессини очиш босқичлари.

оғриқли. Сабабчи тишининг тожи емирилган, ранги ўзгарган, атрофидаги шиллиқ парда ва милк қизарган бўлади.

Жарроҳлик усули билан даволаш. Бу соҳанинг абсцесс ва флегмонаси (23-расм, *а, б*), одатда, умумий оғриқсизлантириш остида очилади. Тил артерияси ва венаси медиал ва юза жойлашганлигини эътиборга олиб, шиллиқ парда жағ танасига параллел равишда кесилади (*в*). «Москит» қисқичи билан йирингли бўшлиққа ўтилади (*г, д*) ва яра кенгайтирилади. Яра кенгайтирилганда чап қўл бармоқлари ёрдамида жағ ости тўқималари юқори кўтарилади. Ажралма чиқариб ташланади ва ярада резина чиқаргич қолдирилади (*е*). Кесма ўтказилгандан сўнг, яллиғланиш экссудати яра орқали етарли даражада чиқмаса, унинг қанот-жағ оралиғига ўтганлиги ҳақида тахмин қилинади. Жағ бурчаги ости пайпасланганда шиш ва оғриқ аниқланса, қўшимча кесма ўтказиш зарурати туғилади.

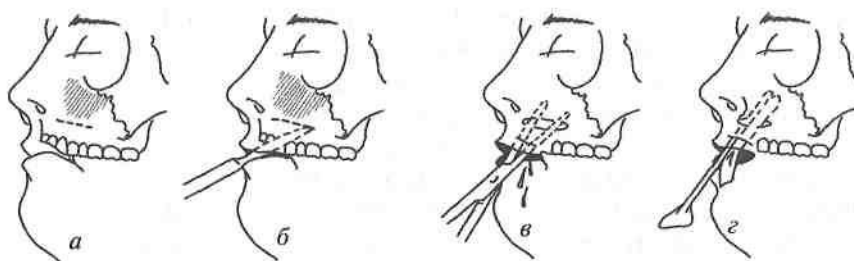
Кўз ости соҳаси абсцесс ва флегмонаси

Шикоятлар кўз ости соҳасидаги оғриқли шишга бўлади.

Клиник манзараси. Кўз ости соҳасида оғриқли шиш, устидаги терининг ранги қизарган, бурмага йиғилмайди. Оғиз очилиши эркин. Оғиз бўшлиғида сабабчи тишни топиш қийин бўлмайди,

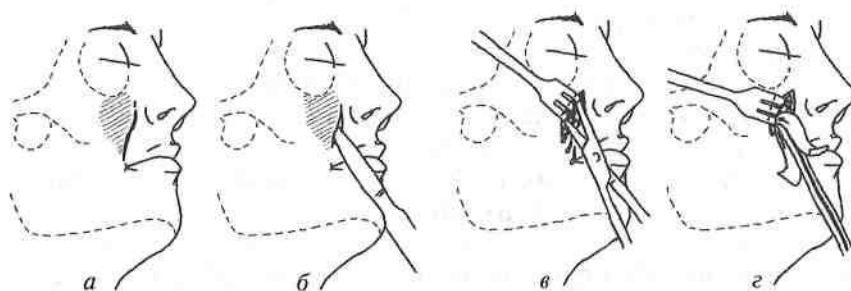
тишнинг тож қисми емирилган, ранги ўзгарган, атрофидаги милк тўқималари қизарган бўлади.

Жарроҳлик усулида даволаш. Премедикация ва умумий оғриқсизлантириш остида, оғиз бўшлигининг юқори жағ ўтув бурмасида сабабчи ва ёнидаги тишлар соҳасида (24-расм, *а*) суяккача кесма ўтказилади (*б*). «Москит» қисқичининг учи билан суякни сезган ҳолда кўз косасининг пастки қиррасигача яра кенгайтириб борилади (*в*). Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғини кўз косасининг пастки четига қўйиб, «москит» қисқичининг уч қисми кўз косасининг пастки қиррасигача ўтганлиги назорат қилинади. Сўнг операцион ярага антисептик эритмалар билан ишлов берилади, ичида резина чиқаргич қолдирилади (*г*).



24-расм. Кўз ости флегмонасини оғиз ичидан ва ташқаридан очиш босқичлари.

Премедикация ва умумий оғриқсизлантириш остида бурун-лаб бурмасида бриллиант кўки билан кесма белгилаб олинади (25-расм, *а*). Қаватма-қават 3—4 см узунликда тери, тери ости ёғ қатлами, тери ости мушаги кесилади (*б*), қисқич учи йирингли ўчоққа киритилиб (*в*) яра кенгайтирилади, ажралма чиқарилиб ярага резина чиқаргич киритилиб (*г*), асептик боғлам қўйилади.



25-расм. Кўз ости флегмонасини бурун-лаб бурмасидан очиш босқичлари.

Лунж абсцесс ва флегмонаси болаларда озиқ сут тишлар ёки қўшни соҳалар (кўз ости, қулоқ олди чайнов соҳалари) яллиғланиш ўчоқларидан тушган инфекция туфайли ривожланади. Болаларда лунж абсцесси аксарият лунжнинг ёғ тугуни (Биша) яллиғланганда учрайди.

Шикоятлар. Лунж абсцессиди болалар юздаги оғриқли шишга шикоят қиладилар.

Клиник манзараси. Лунж соҳасиди чегаралари аниқ думалоқ шаклдаги оғриқли шиш аниқланади. Шиш терига ёпишган бўлиб, тери ранги қизарган, бурмага йиғилмайди. Шиш марказиди юмшаган соҳа кузатилади. Оғиз очилиши оғриқ туфайли бир оз чегараланган бўлади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси шишган, қизарган, тишлар ботиб, из қолдирган. Сабабчи тишнинг ранги ўзгарган, тож қисми емирилган, атрофидаги милк шиллиқ қавати солқиган, шишган ва қизарган бўлади. Боланинг умумий аҳволи ўзгармаган, тана ҳарорати субфебрил.

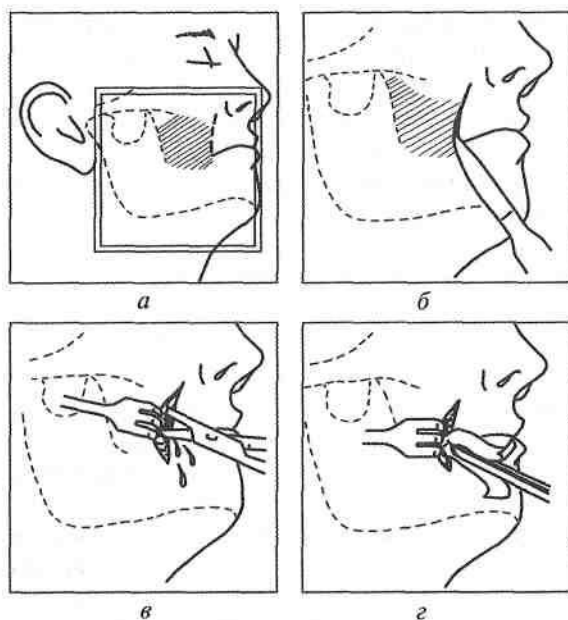
Шикоятлар. Лунж флегмонасиди болалар лунж, қовоқлар ва юқори лаб соҳалариди шиш борлиғига ҳамда оғизни очиб-ёпиш ва чайнаш вақтида кескин оғриқ пайдо бўлишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси. Бемор кўздан кечирилганда кўз ости, лунж, қовоқлар, бурун-лаб бурмаси, юқори лаб соҳалариди тарқалган шиш аниқланади. Тери таранглашиб қизарган, бурмага йиғилмайди. Оғиз ичиди лунж шиллиқ пардаси шишган, қизарган, тишларнинг изи тушиб қолган. Боланинг умумий аҳволи ёмонлашади, ҳолсизлик кузатилади, иштаҳа ва уйқу бузилади, тана ҳарорати кўтарилади.

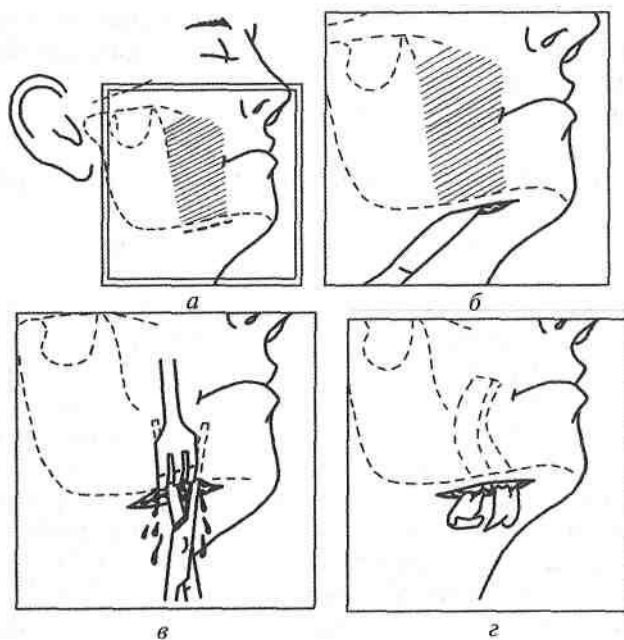
Баъзиларда лунждаги йирингли жараён қулоқ олди чайнов, чакка ва ёноқ соҳаларига, баъзиларда пастки жағ қиррасигача тарқалган бўлиши мумкин.

Жарроҳлик усулида даволаш. Лунж абсцесси ва флегмонаси, эстетик талабларга кўра, оғиз шиллиқ пардасига яқин бўлган жойдан очилади. Тери ёғ қатламига яқин бўлганда бурун-лаб бурмаси ёки жағ остидан очилади. Умумий оғриқсизлантириш остиди бурун-лаб бурмаси (26-расм, *a*) ёки жағ остиди (27-расм, *a*) бриллиант кўки билан кесма белгилаб олинади, қаватма-қават 3—4 см узунликда тери, тери ости ёғ қатлами, тери ости мушаги кесилди (*b*), қисқич учи йирингли ўчоққа киритилиб (*в*) яра кенгайтирилади, ажралма чиқарилиб ярага резина чиқаргич киритилиб (*г*) асептик боғлам қўйилади.

Лунж флегмонаси оғиз ичидан очилганда умумий оғриқсизлантириш остиди ўтув бурмага яқин қулоқ олди сўлак беши найи-



26-расм. Лунж флегмонасини бурун-лаб бурмасидан очиш босқичлари.



27-расм. Лунж флегмонасини жағ остидан очиш босқичлари.

нинг жойлашишини эътиборга олиб ёки тишларнинг жипслашиш чизиги сатҳида шиллик парда 3—4 см узунликда кесилади, яра «москит» қисқичи билан кенгайтирилади. Ажралма чиқарилиб, антисептик воситалар билан ювилиб, ичига резина чиқаргич киритилади. Чиқаргич бутунлай ичкарига кириб кетмаслиги ёки ярадан чиқиб кетмаслиги учун уни яра четига чок билан маҳкамлаб қўйиш тавсия этилади.

Оғиз туби флегмонаси

Одатда, оғиз тубида флегмона болаларда сут ёки доимий тишлардаги ўчоқлардан тушган инфекция туфайли ривожланади. Маълумки, кесув ва биринчи моляр тишлар, жойлашувига кўра, жағ туби диафрагмасининг юқори қаватига тўғри келади. Иккинчи моляр тиш жойлашуви эса, диафрагманинг пастки қаватига тўғри келади.

Шикоятлар оғиз тубида оғриқли шиш, ютинганда оғриқ ва тана ҳароратининг кўтарилиши, шунингдек, бош оғриғи ва ҳолсизликка бўлади.

Клиник манзараси флегмона оғиз тубининг қайси қаватида жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Яъни касаллик оғиз тубининг юқори қаватида жойлашган ҳолатда оғиз ярим очик бўлиб, сўлак оқиб туради, оғиздан бадбўй ҳид келади. Оғиз оғриқ туфайли яхши очилмайди. Энгак ости териси ранги ўзгармаган, шиш аниқланмайди. Оғиз ичида шиллик парда қизарган, тил шиш мавжудлиги боис кўтарилган, усти кулранг караш билан қопланган, пайпаслаганда кучли оғриқ сезилади.

Йирингли ўчоқ оғиз тубининг пастки қаватида жойлашган бўлса, юз оқимтир-кулранг тус олган, кўриниши азоб чеккан ҳолатда бўлади. Оғиз ярим очик, ютина олмаганлиги сабабли сўлак оқади. Энгак ости ва жағ ости соҳаларида тери таранг, қизарган. Пайпаслаганда, тарқалган қаттиқ (инфилтрат) газак ва катталашган регионар лимфа безлари аниқланади, сабабчи тиш емирилган бўлиб, перкуссияда оғриқли, тил ости болиши пастки тишлардан кўтарилиб туради. Шиллик парда қизарган фибрин караш билан қопланган. Оғиз туби тўқималари шишган, тилнинг орқага сурилиши сабабли трахея сиқилиб, нафас олиш қийинлашган бўлиши (ҳатто асфиксия ҳолати кузатилиши ҳам) мумкин. Вақтида ёрдам кўрсатилмаса, яллиғланиш кўлами қанот-жағ, ютқин ён деворлари соҳаларига ҳам тарқалиши мумкин.

Жансуэл Людвиг анаэроб флегмонаси. Бу касалликнинг кечишидаги хусусиятлар яллиғланиш сабабчиси бўлган анаэроб микроблар (*cl. Perfriges, Act. Hystoliticus, Act. Aedematies, Cls. Septicum*) билан боғлиқ. Ўткир яллиғланиш оғиз тубини ташкил этувчи бар-

ча тўқималарда кечади, юқорида оғиз туби флегмонасига хос барча белгилар намоён бўлади.

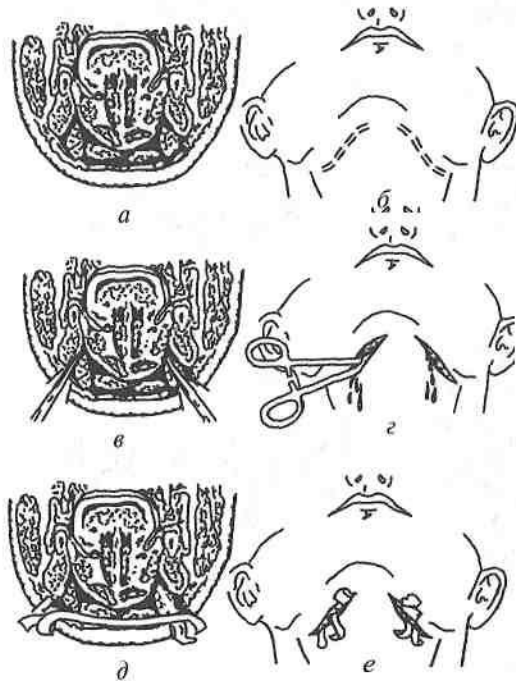
Анаэроб флегмонага хос белгилар қуйидагилардан иборат:

- тўқималарда крепитация мавжуд;
- инфилтрат тез фурсатда бўйин ва кўкс оралигига тарқалади;
- кесма ўтказилганда, дастлаб йирингли ажралма чиқмайди.
- ярадан чиринди ҳиди келади.

Жарроҳлик усулида даволаш стационар шароитида умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Кесма узунлиги ва йўналиши яллиғланишнинг тарқалганлиги даражаси билан белгиланади. Кесма, яллиғланиш ўчоғидаги ажралманинг тўсиқсиз чиқиши учун, етарли даражада узун ва кенг бўлиши шарт.

Яллиғланиш ўчоғи диафрагма устида жойлашган бўлса, кесма оғиз орқали ўтказилиши ҳам мумкин, аммо жараённинг пастга тарқалиш эҳтимоли баланд бўлганлиги боис, ташқи кесма афзалликка эга. Жараён диафрагма остида жойлашганда, кесма «марказдан» ёки ёйсимон, бўйиннинг юқори бурмаси соҳаси, шунингдек, жағ ости соҳаларида ҳам ўтказилиши мумкин.

Операция техникаси. Умумий оғриқсизлантириш остида операция майдонида спирт билан ишлов бериб, бриллиант кўки билан кесма соҳаси белгилаб олинади (28-расм, а, б). Айлана кесма ўтказишни режалаштирганда, кесма юқори тери бурмасига мос

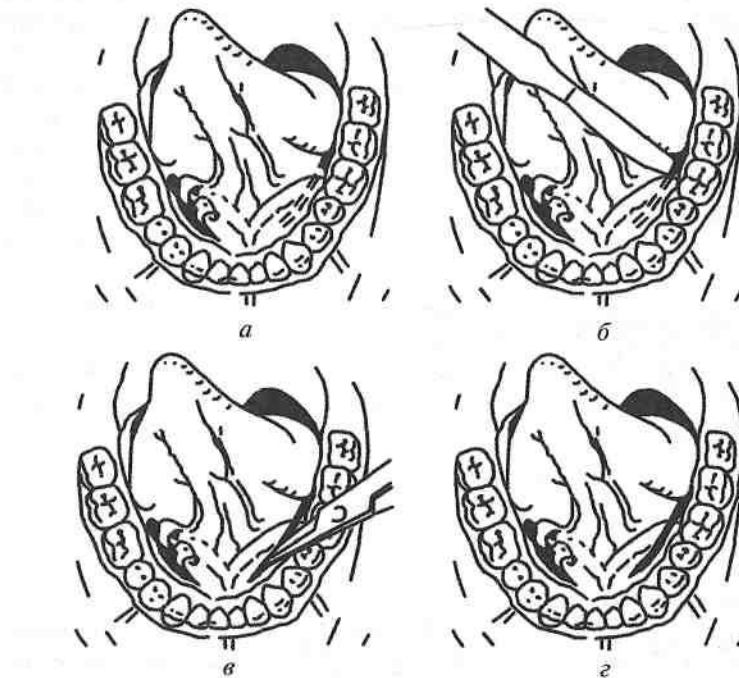


28-расм. Оғиз туби флегмонасини оғиз ташқарисидан очиш босқичлари.

тушиши учун, беморнинг боши бир томонга қаратилади ва шунда ҳосил бўлган бурма кесманинг юқори чегараси бўлади. Шу чегарадан пастки жағ қиррасига параллел қилиб бриллиант кўки билан чизиб олинади, тери ости ёғ қатлами, юза фасция ва *m. platysma* кесилади (а), «москит» қисқичи йирингли ўчоққа киритилади ва яра кенгайтирилади (б). Бармоқ билан ярада тафтиш ўтказилади. Оралиқларда резина чиқаргич қолдирилади. Асептик боғлам қўйилади (в, г).

Оғиз туби флегмонасини оғиз ичидан очиш учун дастлаб жағ танасига параллел чизма ўтказилади (29-расм, а) скальпель билан 2 см ча суяккача кесма ўтказилиб (б) «москит» қисқичи билан йирингли бўшлиқдан ўтиб яра кенгайтирилади (в) ва ювилиб ичида резина чиқаргич қолдирилади (г).

Людвиг ангинаси ташхиси қўйилган бола стационарнинг интенсив даволаш палатасига жойлаштирилиши шарт. Умумий оғриқсизлантириш остида (интубация бронхоскоп ёрдамида амалга оширилиши лозим) оғиз тубини очиш учун қўлланиладиган ёқасимон кесма ўтказилади. Кесилган тўқималарда анаэроб инфекцияга хос ўзгаришлар мавжуд: клетчатка қулранг ёки тўқ жигарранг тус олади, тўқималардан чиринди ҳидли, газ пуфакчалари бўлган



29-расм. Оғиз туби флегмонасини оғиз ичидан очиш босқичлари.

қон аралаш ажралма чиқади. Ярани доимий кислород ажратувчи эритмалар (водород пероксиди, калий перманганат, хлоргекседин) ва антисептиклар билан ювиш (диализ) йўлга қўйилиши керак. Яранинг тозаланишини таъминлаш учун протеолитик ферментлардан фойдаланиш лозим. Антибактериал, зарарланишга қарши антигистамин, умумий қувватловчи ва витаминлар билан ўтказиладиган даволашдан ташқари, болага албатта газли гангренага қарши барча антитоксинлар бўлган поливалент зардоб юборилиши шарт. Медиастениг юзага келишининг олдини олиш чоралари кўрилиши ва бемор торақал жарроҳ назоратида бўлиши керак.

Қанот-пастки жағ оралиғи абсцесс ва флегмонаси

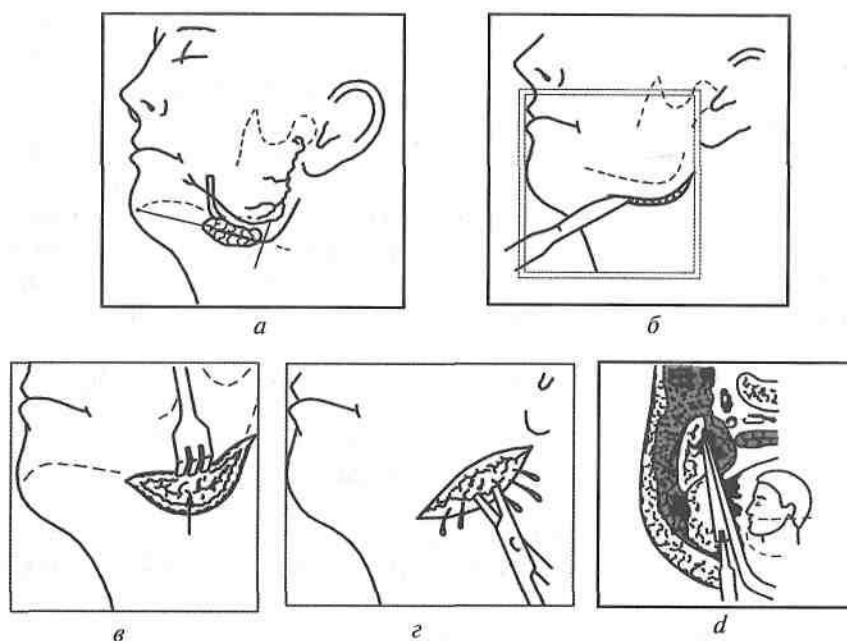
Шикоятлар. Қанот-пастки жағ оралиғи абсцессида болалар оғиз очилиши чегараланишининг кучайиши, шунингдек, чайнаш ва ютиниш вақтидаги оғриққа шикоят қилади.

Клиник манзараси. Юзда ўзгариш бўлмайди, жағ ости соҳасини пайпаслаганда катталашган оғриқли лимфа тугунларини аниқлаш мумкин. Оғиз очилиши кескин чегараланган. Берше усулида анестезия ўтказиб, оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда, қанот-жағ бурмасининг шиллиқ пардаси қизарган ва пайпаслаганда оғриқли шиш борлиги аниқланади. Сабабчи тишда кариес қаваги бўлиб, перкуссия қилинганда тиш оғрийди.

Қанот-жағ оралиғи флегмонасида эса бола ютиниш ва оғиз очиш вақтида пастки жағнинг бурчак соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлишига, шунингдек, ҳолсизлик, бош оғриғи ва тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қилади.

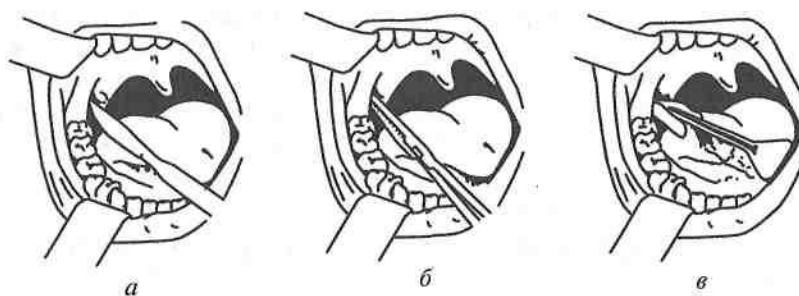
Клиник манзараси. Бола кўздан кечирилганда, тери қопламлари рангпар оқарган, ҳолсиз, саволларга базўр жавоб беради. Пастки жағнинг бурчак соҳасида шиш кузатилади. Пайпаслаганда, жағ бурчаги остида қаттиқ газак сезилиб, бир неча лимфа тугунлари катталашганлиги ва улар атрофида тарқалган юмшоқ шиш борлиги аниқланади. Медиал ва латерал қанотсимон мушаклар яллиғланиш жараёнига жалб этилганлиги учун оғиз деярли очилмайди. Наркозга киритилгандан сўнг, бемор оғзи катта очилганда қанот-жағ бурмаси ва тил-танглай равоғида шиш, қизариш кўринади. Айрим ҳолларда шиш ютқин ён деворлари соҳасига тарқалган бўлади. Сабабчи тишда кариес қаваги ёки тиш тожи емирилиб, фақат илдизлар қолганлиги кўзга ташланади ва улар атрофидаги милк қизарган бўлади.

Жарроҳлик усулида даволаш. Қанот-жағ оралиғи абсцесс ва флегмонаси пастки жағ бурчагига яқин жойлашганда — ташқари (пастки жағ бурчаги ости)дан, қанот-жағ оралиғининг юқори қисмида жойлашганда эса, оғиз ичидан очилади.



30-расм. Қанотпастки жағ оралиғини ташқаридан очиш босқичлари.

Операция техникаси. Йирингли ўчоқ ташқаридан очилганда, пастки жағ бурчаги соҳасига спирт билан ишлов берилади. Бриллиант кўки билан жағ бурчагидан пастга 1,5–2 см ташлаб, бурчакка параллел равишда қия чизиқ (кесма) (30-расм, *a*) белгиланади. Чизиқ устидан тери, тери ости ёғ қатлами, *m. platysma* кесилади (*b*). Жағ бурчагини яланғочлаб, ўтмас йўл билан медиал қанотсимон мушак сурилади (*в*) ва қанот-жағ оралиғига ўтилади,



31-расм. Қанот-пастки жағ оралиғини оғиз ичидан очиш босқичлари.

яра кенгайтирилиб (з), бармоқ билан тафтиш ўтказилади, заруратга кўра, жағ орти соҳасида ҳам тафтиш ўтказилади ва резина чиқаргич киритилиб (д), асептик боғлам қўйилади. Оғиз ичидан очиш операцияси техникаси қуйидагича: бу операцияни маҳаллий оғриқсизлантириш (Берше усули) остида ўтказиш маъқул бўлади. Бемор оғзи катта очилади, қарши томондаги чайнов тишлари орасига тиргак ўрнатиб, қанот-жағ бурмаси шиллиқ пардаси кесилади (31-расм, а). «Москит» қисқичи билан яра яна кенгайтирилади (б) ва жағ қирраси топилиб, «москит» билан жағнинг ички юзасига ўтиб (в), яра кенгайтирилади. Яра ювилиб, ичида резина чиқаргич қолдирилади. Сабабчи тиш олинади.

Чакка соҳаси абсцесс ва флегмонаси

Чакка соҳасида абсцесс ва флегмона иккиламчи жараён сифатида ривожланади. Одатда, инфекция лунж, кулоқ олди чайнов, қанот-жағ, ютқин ён девори, чакка ости, қанот-танглай соҳаларининг биридан чакка соҳасига тарқалади. Кичик ёшдаги болаларда инфекция чакка соҳасига терида кечувчи стафило-стрептококкли яралардан ҳам тушиши мумкин.

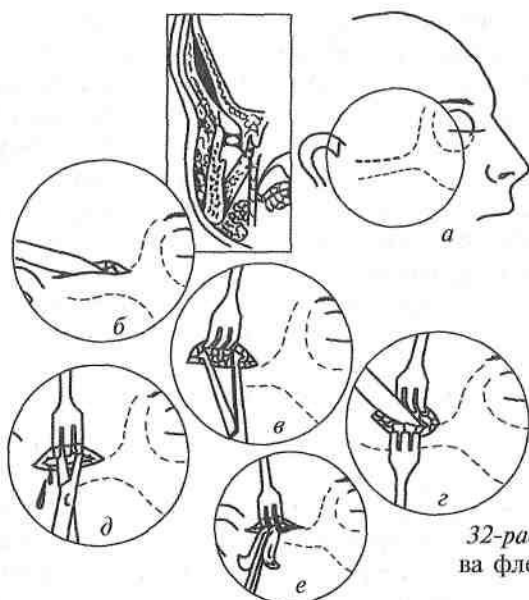
Чакка соҳаси анатомик тузилишининг ўзига хос хусусиятлари. Тери ости ёғ қатлами юпқа, чакка суяги бурчак остида жойлашган бўлиб, мушаклар апоневрози суякка маҳкам ёпишганлиги туфайли бу соҳада абсцессларга нисбатан флегмоналар ривожланиши учун қулай шароит мавжуд.

Шикоятлар чаккада кучли оғриқ пайдо бўлиши ва оғиз очилиши чегараланишининг кучайиб боришига бўлади.

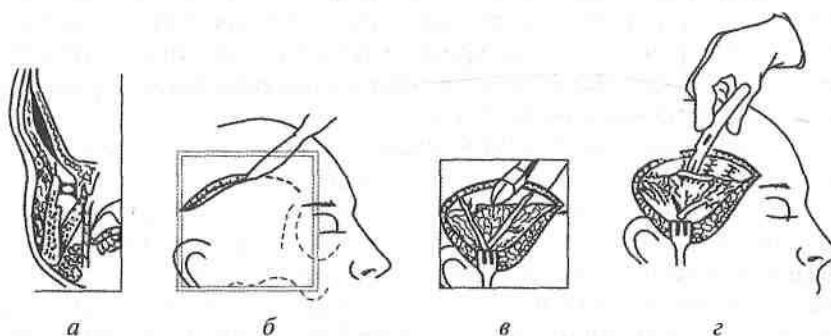
Клиник манзараси. Бола кўздан кечирилганда ёноқ ёйининг устки қисми ва чаккада тарқалган шиш борлиги аниқланади, тери қоплами қизарган ва таранг бўлиб, бурмага йиғилмайди. Пайпасланганда чаккада оғриқли зич газак борлиги аниқланади. Оғиз очилиши чегараланган. Оғиз бўшлиғи ўтув бурмасидан юқори жағ дўнглиги пайпасланганда, оғриқ аниқланади.

Чакка чуқур флегмонаси болаларда кам учрайди. Чуқур флегмонада чакка кўздан кечирилганда, шакл ўзгариши сезилмайди. Аммо оғиз очилиши кескин чегараланган. Бундай ҳолат, одатда, чакка ости йирингли яллиғланиш жараёнларининг тарқалиши туфайли юзага келади.

Жарроҳлик усули билан даволаш (ёноқ устидан кесиш) техникаси: наркоз остида, чакка соҳасига 96° ли спирт билан ишлов берилади; йирингли ўчоқ юза жойлашганда ёноқ ёйи устида унга параллел равишда бриллиант кўки билан кесма чегараси чизиб олинади (32-расм, а). Сўнг тери, тери ости ёғ қатлами тўқималари қаватма-қават кесилиб (б), яра кенгайтирилади (в) ва ўтмас йўл билан йирингли ўчоққа ўтилади (г). Яра антисептиклар билан юви-



32-расм. Чакка соҳаси абсцесс ва флегмонасини ёноқ устидан очиш босқичлари.



33-расм. Чакка соҳаси абсцесс ва флегмонасини чаккадан очиш босқичлари.

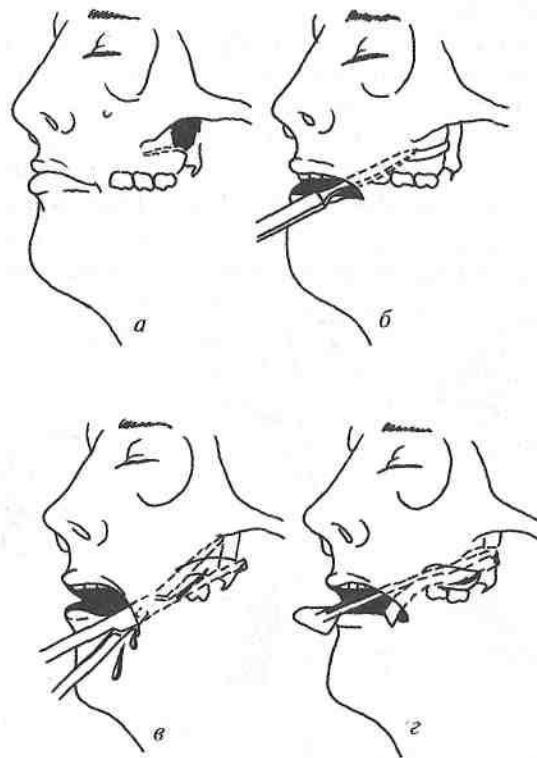
лади (d), ичида резина чиқаргич қолдирилади (e). Чакка соҳасининг чуқур флегмонасида (33-расм, a) унинг устки қисмида ёки чакка мушакларининг суякка бириккан соҳасида чакканинг юқори чизиги бўйлаб ярим ой шаклида кесма ўтказилади (b), «москит» қисқичи ёрдамида яра кенгайтирилади (c) ва чакка мушаги ости соҳасига — йирингли ўчоққа ўтилади (d). Заруратга кўра, иккала кесма орқали ўтувчи, тасма ёки найсимон резина чиқаргич учлари боғланиб бирлаштирилади. Бундай чиқаргич айлана шаклидаги дренаж деб юритилади.

Чакка ости чуқурчаси абсцесс ва флегмонаси

Чакка ости чуқурчаси яллиғланишининг сабаблари турлича: мазкур касалликлар катта ёшдаги болалар (ўсмирлар)да туберал анестезия бажарилаётганда ҳосил бўлган гематома ёки қанот-жағ оралиғи, шунингдек, ютқин ён девори соҳаларидаги йирингли яллиғланиш жараёнлари тарқалиши туфайли ривожланади. Шунингдек, юқори моляр тишлар касалликлари ҳам сабабчи бўлиши мумкин.

Шикоятлар оғиз очилишининг чегараланганлиги, оғриқ, тана ҳароратининг ошиши ва бош оғришига бўлади.

Клиник манзараси. Бола ҳолсизланган, уйқуси ва иштаҳаси камайган. Юз ва чакка соҳасида бир оз шиш бўлади, айрим болаларда бу шиш лунж ва ёноқ соҳаларига ҳам тарқалганлигини кўриш мумкин. Тери ранги ўзгармаган, бурмага йиғилади. Оғиз очилиши чегараланган, оғриқли. Оғиз бўшлиғида юқори жағ дўнги атрофи-



34-расм. Чакка ости чуқурчаси абсцесс ва флегмонасини оғиз ичидан очиш босқичлари.

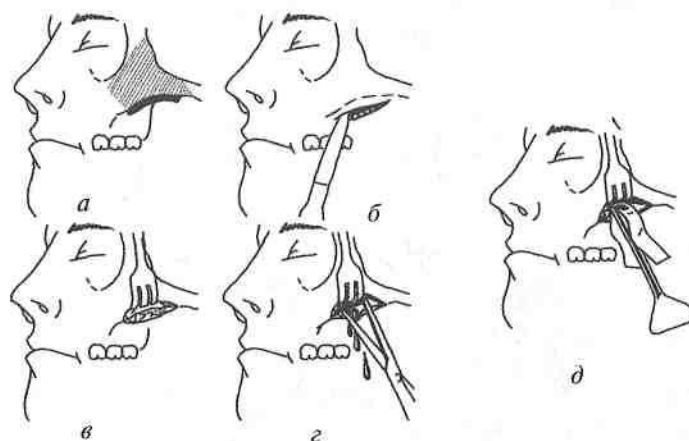
да ўтув бурмаси (шиллик пардаси)да шиш, қизариш аниқланади, пайпасланганда оғриқ кучаяди, сабабчи тиш емирилган, перкуссия қилинганда оғриқли.

Жарроҳлик усули билан даволаш. Чакка ости абсцесси ва флегмонаси бўлган бола стационар шароитида даволаниши лозим. Йирингли ўчоқ наркоз остида оғиз ичидан ёки ташқаридан очилади, сабабчи тиш олинади.

Операция техникаси. Оғиз ичидан очиш учун боланинг боши орқага ташланган ҳолда ётқизилади (34-расм). Оғиз кенг очилади. Ретромюляр соҳага тампонлар қўйилиб, юқори жағ дўнги проекцияси чайнов тишлари соҳасида (а) ўтув бурма суяккача кесилди (б). «Москит» қисқичи ёрдамида, юқори жағ дўнгини сезган ҳолда (в), орқага-юқорига-ичкарига, пастки жағ шохи ўсиқлари орасидаги ўйиқкача кенгайтирилади. Яра антисептиклар билан ювилиб, ичида резина чиқаргич қолдирилади (г).

Яллиғланиш жараёни қанот-танглай чуқурчасига тарқалмаслиги учун чиқаргич яра гумбазига етказилиб киритилади, ажралма батамом тугагунча ушланади.

Чакка ости чуқурчаси абсцесс ва флегмонасини оғиз ташқарисидан очиш техникаси. Умумий оғриқсизлантириш остида бола боши ён томонга қаратилади (35-расм, а). Ёноқ ёйи остидан кесма чизилади (б) ва қаватма-қават 3—4 см узунликда кесма ўтказилади (в). «Москит» қисқичи ёрдамида яра кенгайтирилади (г) ва йирингли ўчоққа ўтилади. Яра ювилиб ичида резина чиқаргич қолдирилади (д).



35-расм. Чакка ости чуқурчаси абсцесс ва флегмонасини оғиз ташқарисидан очиш босқичлари.

Кулоқ олди-чайнов соҳаси абсцесс ва флегмонаси

Бу соҳадаги абсцесс ва флегмоналар кичик ёшдаги болаларда шу соҳадаги лимфа безлари яллиғланиши ёки йирингли паротит, шунингдек, сўлак бези ичидаги аденоабсцесс (Герценберг паротити) билан боғлиқ йирингли жараёнларнинг тарқалиши туфайли юзага келади. Шулар билан бир қаторда, терининг жароҳатлари ва тери ости ёғ қатлами гематома (қонталаш)ларининг яллиғланиши ҳам сабабчи бўлади. Ўспирин болаларда кулоқ олди-чайнов соҳасидаги яллиғланишлар пастки ва юқори тишлардаги сурункали ўчоқлардан тушган инфекция сабабли ривожланади.

Шикоятлар. Болалар юздаги оғриқ ва шиш, шунингдек, оғиз очилишининг чегараланиши, тана ҳароратининг кўтарилиши ва бош оғришига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси. Кулоқ олди-чайнов соҳасида тарқалган шиш мавжудлиги ҳисобига болалар юзида асимметрия яққол кўзга ташланади. Шиш устидаги тери таранглашган, қизарган. Пайпаслаганда, оғриқли инфильтрат марказида флюктуацияни аниқлаш мумкин. Яллиғланиш контрактураси боис оғиз деярли очилмайди. Очиш учун ҳаракат қилиш оғриқни кучайтиради. Зарарланган томон лунж шиллиқ пардасида ботган тишлар изини кўриш мумкин. Сабабчи тишда чуқур кариес қаваги бўлиб, ранги ўзгарган, перкуссия қилинганда кучли оғриқ бўлади.

Кулоқ олди-чайнов соҳаси абсцесс ва флегмонасини сўлак безининг йирингли яллиғланиши, кулоқ олди кистаси, йиринглаган атерома билан қиёсий ташхислаш керак бўлади.

Жарроҳлик усули билан даволаш (операция) техникаси. Премедикациядан сўнг умумий оғриқсизлантириш остида жағ ости, жағ орти соҳалари терисига спирт билан ишлов берилади (36-расм, а),



36-расм. Кулоқ олди-чайнов соҳаси абсцесс ва флегмонасини очиш босқичлари.

пастки жағ бурчаги остида ўтказиладиган кесма бриллиант кўки билан чизиб олинади (б), сўнг скальпель билан жағ ости ёки қатлами, юза фасция билан *m. platysma* кесилади (в). «Москит» қисқичи ёрдамида яра кенгайтирилиб (г), пастки жағ шохининг орқа қиррасидан ташқи юзасига ўтилади (д), кўрсатма бўлса, чайнов мушаги пастки жағ суяги юзасидан ажратиб юборилади. Яра антисептик эритмалар билан ювилиб, резина чиқаргич қолдирилади (е). Асептик боғлам қўйилади.

Кўз косаси ва ретробулбар соҳа абсцесс ва флегмонаси

Маълумки, кўз «олмаси» атрофида клетчатка бир текисда жойлашган бўлиб, унинг дистал қисмида кўзнинг пастки ёриги орқали қанот-танглай чуқурчаси билан туташади. Болаларда, бу соҳа яллиғланиш жараёнларига аксарият ҳолларда гематоген остеомиелит сабаб бўлади.

Юқори жағнинг анатомик хусусиятлари. Суякнинг говаксимон тузилиши, аорганик моддалар миқдорининг камлиги ва ёки қатламида коллатерал қон томирлари тўрининг кучли ривожланганлиги, шунингдек, юқори жағ бўшлиғининг кўз косасига ёндашганлиги яллиғланиш ривожланишига мойиллик яратади.

Шикоятлар. Бу касалликларда беморлар, одатда, кўз соҳасида кучаювчи оғриқ, кўзнинг туртиб чиқиши, бош оғриғи ҳамда кўриш қобилиятининг пасайиши ва буюмларнинг иккита бўлиб кўринишига шикоят қиладилар.

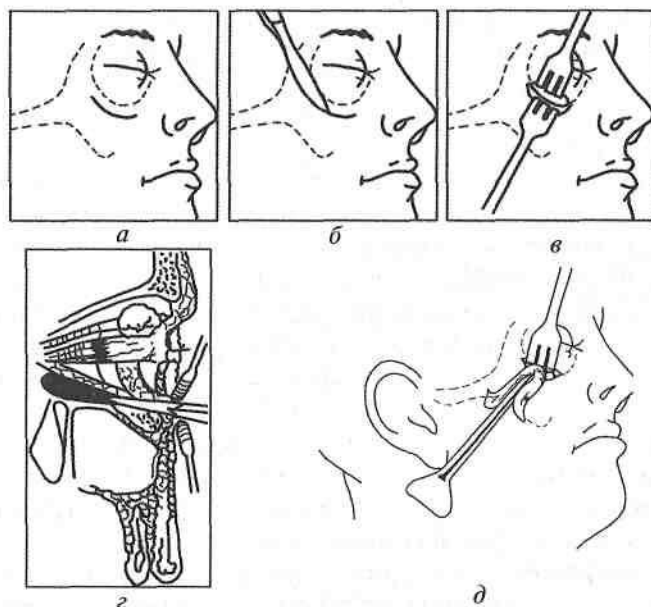
Клиник манзараси. Юқори ва пастки қовоқлар шишиб, юмилиб қолган, пастки қовоқнинг шиллиқ пардаси ағдарилиб, бўртиб қизаради (хемоз), конъюнктива ҳам қизарган ва шишган бўлади. Кўз соққаси соғ томонга нисбатан туртиб чиққан (экзофтальм) ҳамда ҳаракатлари чегараланган. Кўз олмасига босим берилганда оғриқ пайдо бўлади. Касаллик вақтида аниқланиб, даволаш чоралари кўрилмаса, кўз тубида ўзгаришлар содир бўлиб, кўриш қобилияти пасаяди.

Ретробулбар соҳа абсцесси қуйидаги асоратларни келтириб чиқариши мумкин: бош мия қобиклари ва бош миянинг яллиғланиш касалликлари, кўз нерви атрофияси туфайли кўриш қобилиятининг ўта ёмонлашувига олиб келиши. Шунингдек, иккинчи томон кўз ва қовоқларида шиш пайдо бўлиши бош мия бўшлиқларида яллиғланиш жараёни юзага келганлигидан далолат беради (говаксимон синус тромбози).

Жарроҳлик усули билан даволаш (операция) техникаси. Кўз косаси ва ретробулбар оралиқларидаги яллиғланиш ўчоқлари нар-

коз остида очилади: терига спирт билан ишлов берилгандан сўнг, кўз косасининг пастки қирраси пайпаслаб аниқлаб олинади ва ўтказиладиган кесма бриллиант кўки билан чизиб олинади (37-расм, *а*). Скальпель билан тери, тери ости ёғ қатлами суяккача кесилади (*б*), яра кенгайтирилади (*в*), «москит» қисқичи билан кўз косасининг пастки деворини ҳосил қилган суякни сезган ҳолда орқага, ретробулбар соҳагача киритилади (*г*) ва (сероз ёки йиринг) ажралма чиқарилади. Операцион жароҳат антисептиклар билан ювилиб, ичида резина чиқаргич қолдирилади (*д*).

Бундай операциядан сўнг бола офтальмолог назоратида бўлиши керак. Боланинг аҳволи яхшиланмаса ёки менингиал симптомлар пайдо бўлса, шошилишч нейрохирург кўриги ўтказилиши керак.



37-расм. Кўз косаси ва ретробулбар соҳа абсцесс ва флегмонасини очиб босқичлари.

Ютқин ён деворлари соҳаси абсцесс ва флегмонаси

Бу соҳада бирламчи яллиғланиш жараёни деярли кузатилмайди. Инфекция иккиламчи равишда жағ ости, тил ости, қаноттанглай оралиқларидан ёки ўткир ва сурункали тонзиллит ўчоқларидан ютқин ён деворлари соҳасига тарқалиши мумкин. Ютқин ён деворлари соҳаси яллиғланиш жараёни, ўз навбатида, ютқин

деворлари ва қон-томир нерв тутами бўйлаб олд кўксга тарқалиб, медиастенит юзага келишига сабаб бўлиши мумкин.

Абсцессда бемор шикоятлари: ютиниш вақтида бир (касал) томонда оғриқ пайдо бўлиши, иштаҳа йўқолиши, умумий аҳволи ёмонлашиб, безовта бўлиши, ҳолсизланиш ҳамда уйқу бузилиб, тана ҳарорати кўтарилишига.

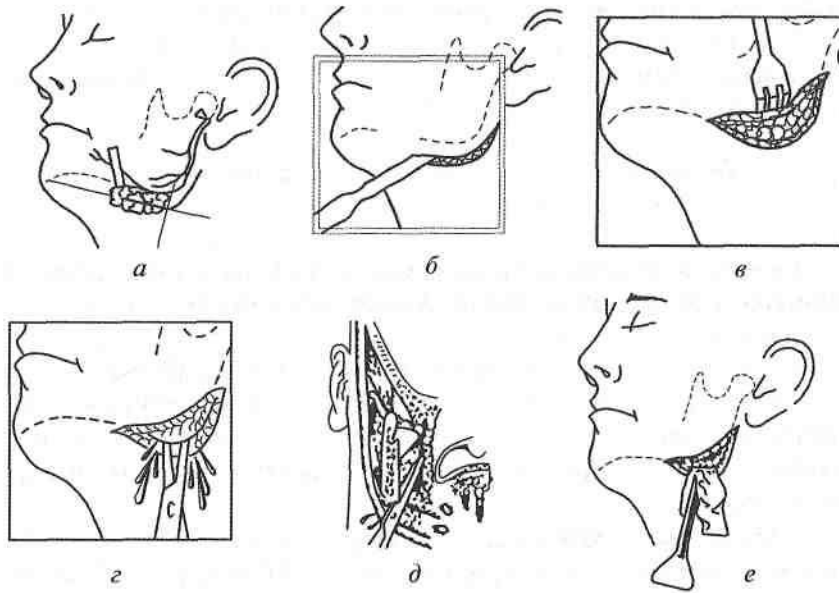
Клиник манзараси. Ташқаридан қаралганда, зарарланган томондаги жағ бурчаги ости соҳасида шиш аниқланади. Оғиз очилиши бир оз чегараланган ва оғриқли. Оғиз бўшлиғи орқали қаралганда, ютқин ён девори бўртиб чиққан, юмшоқ танглай ва равоқлар шиллиқ пардасида шиш ва қизариш аниқланади. Ана шу босқичда шошилинич равишда малакали ёрдам кўрсатилмаса, яллиғланиш жараёни кенг тарқалиб, абсцесс флегмонага ўтади.

Флегмонада бемор шикоятлари касалланган томонда ютиниш вақтида оғриқнинг кучайиб бориши, оғиз очилиши тобора чегараланиб, нафас олиш ҳам қийинлашишига бўлади. Боланинг умумий ҳолати кескин ёмонлашади, бола безовта бўлиб, тана ҳарорати кўтарилади, безгак тутади, уйқуси бузилади, овқат емайди, сув ичишдан ҳам бош тортади.

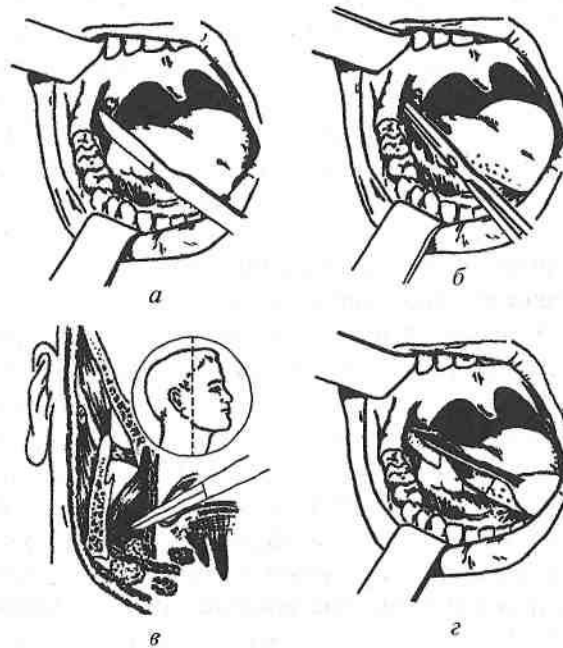
Клиник манзараси: жағ бурчаги остида шиш яққол кўзга ташланиб, пайпаслаганда чуқур газак (инфильтрат) сезилади. Медиал қанотсимон мушакнинг контрактураси туфайли оғиз очилиши чегараланган бўлади. Марказий ёки умумий оғриқсизлантириш ўтказилиб, оғиз бўшлиғи орқали касалланган томон юмшоқ танглай, тилча, қанот-танглай бурмаси ва ютқин ён девори соҳасида тарқалган шишни кўриш мумкин. Шиш баъзан тил ости ва тил соҳасига тарқалган бўлади.

Жарроҳлик усули билан даволаш. Болаларда ютқин ён девори абсцесс ва флегмонаси премедикация ва умумий (вена ичига) оғриқсизлантириш остида ташқаридан ёки (интубацион оғриқсизлантириш остида) оғиз бўшлиғи орқали кесилади.

Операция техникаси. Ташқаридан кесма ўтказиш учун дастлаб, жағ ости соҳаси тери қоғламига спирт билан ишлов берилади. Бриллиант кўки билан жағ бурчаги остида ўтказиладиган кесма ўлчами белгиланиб (38-расм, *a*), чизиб олинади. Тери, тери ости ёғ қатлами, юза фасция ва *m. platysma* кесилиб (*b*), «москит» қисқичи билан яра кенгайтирилади (*в*) ва ички қанотсимон мушакнинг медиал юзасига ўтилади (*г*) ва шу аснода, яна кенгайтира бориб, йирингли бўшлиққа ўтилади (*д*) ва антисептиклар билан йиринг ювилиб, резина чиқаргич қолдирилади (*е*), асептик боғлам кўйилади. Оғиз бўшлиғи ичидан кесилганда оғиз бўшлиғига антисептиклар билан ишлов бериб, оғиз-ҳалқум соҳаси эндотрахеал (трубка атрофи) тампонада қилинади. Қанот-жағ бурмасига параллел



38-расм. Ютқин ён девори абсцесс ва флегмонасини ташқаридан очиш босқичлари.



39-расм. Ютқин ён девори абсцесс ва флегмонасини оғиз ичидан очиш босқичлари.

ва бир оз медиал равишда шилиқ пардани кесиб (39-расм, *а*), «москит»нинг учи билан тўқималарни аста-секин суриб (*б*), чуқур (ичкари)га — йирингли ўчоққа етгунча борилади (*в*), «москит» билан ютқин ён девори соҳасига ўтилади ва тафтиш ўтказилади (*г*).

Абсцесс ва флегмоналарни комплекс даволашнинг умумий тамойиллари

Абсцесс ва флегмоналар жарроҳлик усулида, дори-дармонлар воситасида ва физиотерапевтик муолажалар билан комплекс тарзда даволанади.

Жарроҳлик даволаш усуллари қуйидагилардан иборат:

1. **Яллиғланишга сабабчи бўлган (одонтоген ва бошқа) этиологик омилни бартараф қилиш:** сабабчи тишни даволаш ёки олиш, шунингдек, тонзиллит, юз териси касалликлари ва стоматитларни даволаш.

2. **Йирингли ўчоқни очиш.** Юз ва бўйин соҳаларидаги яллиғланиш ўчоқларини очишга кўрсатма газакнинг мавжудлиги (албатта флюктуация аниқланиши шарт эмас). Газак очилганда, йиринг ажралиб чиқмаслиги тўлиқ ҳажмда кесилмаганлиги ёки кесма эрта ўтказилганлигидан далолат бермайди. Бундай ҳолатни жарроҳлик амалиёти ўз вақтида ўтказилган деб ҳисоблаш лозим. Чунки яллиғланиш жараёнининг целлюлит (инфильтрат) босқичидаёқ кесма ўтказилиши тўқималардаги кўтарилган ички босимнинг пасайишини ва ўз навбатида яллиғланиш ўчоғининг тез бартараф этилишини таъминлайди. Юзда ўтказилган кесма (операцион жароҳат) битганидан сўнг ҳосил бўладиган чандиқ косметик жиҳатдан сезилмайдиган бўлиши керак, шу сабабли, кесмаларни табиий бурмалардан ўтказилиши мақсадга мувофиқ.

3. **Операцион ярани дренажлаш.** Йирингли ўчоқ очилганидан сўнг, яра тубигача чиқаргич киритилиши керак. Дренаж атрофидан ажралма чиқиши қийинлашмаган бўлса, дастлабки кунлари уни алмаштириш зарур эмас. Резина чиқаргич юзасидан ажралма келмай қолса, алмаштириш лозим. Яллиғланиш ўчоғида анаэроб ва аэроб ҳамда бошқа микробларнинг биргаликда мавжудлиги тахмин қилинса, ярада полиэтилендан тайёрланган, деворларида тешиклари бўлган найчалар қолдирилиб, диализ ўтказилади.

4. **Кесилган ярага боғлам қўйиш.** Абсцесс ва флегмоналар ўчоқлари очилганидан сўнг, яра ювилиб, асептик боғлам қўйилади. 10% ли NaCl гипертоник эритмаси билан қўйилган боғлам 4—6 соатдан сўнг алмаштирилиши лозим, чунки у кўпроқ вақт қолиб кетса, ўз вазифасини бажара олмайди, малҳамлар билан янги ке-

силган ярага боғлам қўйиш, ажралма чиқишини қийинлаштириши боис, тавсия этилмайди. Шунингдек, боғламлар учун ДМСО нинг 5% ли эритмасидан фойдаланиш ҳам ижобий натижалар беради.

5. Маҳаллий медикаментоз даволаш ўтказилганда, яранинг битиш давлари орасидаги дастлабки босқичлар, яъни фазалар эътиборга олинishi керак. I фазада альтерация ва экссудация, II фазада эса, пролиферация жараёни устун келади.

I фаза давомида ярада, грануляция ҳосил бўлгунча, бактерия (токсин)лар, гидролиз ва парчаланишга учраган тўқималарнинг сўрилиши фаол кечади. Бу босқичда антибактериал таъсирга эга бўлган, осмотик фаоллиги баланд, яра ичидаги экссудат эвакуациясини, некрозга учраган тўқималарнинг ажралиши ва тез чиқиб кетишини таъминлайдиган дори-дармонлардан фойдаланиш тавсия этилади. Бу талабларга жавоб берадиган 5 гуруҳ препаратлар мавжуд бўлиб, улар қуйидагилардан иборат: полиэтиленгликол асосидаги малҳамлар, сорбентлар, ферментлар, антисептик эритмалар, аэрозоллар.

6. Яранинг битиш жараёнини тезлатиш ва қўпол чандиқ ҳосил бўлишининг олдини олиш. Абсцесс ва флегмоналарни даволаш мақсадида кесилган яра, одатда, иккиламчи равишда битади. Яранинг четлари узоклашиб, ағдарилиб қолса, битиш жараёни чўзилади ва кенг чандиқ ҳосил бўлади. Бундай асоратларнинг олдини олиш мақсадида, яра тозаланганидан сўнг (7—8-кунлар) иккиламчи чоклар қўйиш (тикиш) мумкин.

7. Физиотерапевтик муолажаларни қўллаш.

8. Боланинг умумий аҳволи ва ярадаги вазиятдан келиб чиққан ҳолда, антибактериал, антигистамин, дезинтоксикацион антиоксидант, замбуруғлар (кандидоз)га қарши умумқувватловчи, иммунотерапевтик, симптоматик ва витаминлар билан медикаментоз даволаш чоралари ўтказилади.

Изоҳ: Абсцесс ва флегмоналарни комплекс даволашни режалаштириш принциплари 3-жадвалда келтирилган.

ОДОНТОГЕН СЕПСИС

Одонтоген остеомиелит нафақат абсцесс ва флегмоналар, балки одонтоген сепсис билан ҳам асоратланиши мумкин. Сепсис (*sepsis*) — бола организмида катта миқдордаги микроблар ва уларнинг токсинлари ҳосил қилган биологик актив моддалар таъсирида ривожланган умумий инфекцион касаллик ҳолати.

Сепсиснинг ривожланиши ва кечиши бола организмнинг функционал ҳолати, аъзолар етишмовчилиги ва дисфункцияси,

иммунологик жавоб ва детоксикацион механизмнинг резерви етарли бўлмаганлиги билан бевосита боғлиқ. Бунда микробга оид хусусиятларнинг аҳамияти катта эмас. Сепсиснинг кечиши ва оқибати, асосан, бола организмнинг ҳимояланиш қуввати ва адекват равишда медикаментоз даволаш чоралари ўтказилишига боғлиқ.

Ю.Ф. Исаков (2001)нинг берган маълумотларига кўра, тиш олингандан сўнг бактериялар (*Aerococcus viridans*, *staphylococcus aureus*, анаэроб микроорганизмлар) 74%, бошқа стоматологик муолажалардан сўнг эса, 96,6% болалар қонида аниқланган.

Сепсис ташхиси қўйилган болаларнинг фақат 3% ининг қонида бактериялар аниқланган. Бу маълумотларни таққослаш, қонда бактерияларнинг аниқланиши нисбий кўрсаткич эканлигини ва аниқланмаган ҳолатларда қон стерил ҳолатда деган хулоса қилиб бўлмаслигини аниқлатади. Сепсис ривожланиши учун қонга қисқа вақт ичида кўп миқдорда жонли микроблардан кўра келиб чиқиши ҳар доим ҳам бактериал бўлмаган майда структуралар (бактериал ҳужайранинг компонентлари ва метаболитлари)нинг тушиши сабабчи бўлади.

Сепсиснинг ривожланишида бир қанча омилларнинг таъсири катта:

1. Бола ёшининг кичиклиги, яъни боланинг ёши қанча кичик бўлса, сепсис ривожланиши эҳтимоли шунча баланддир.

2. Муддатидан аввал туғилганлик.

3. *Anamnesis vitae* ёки *anamnesis morbi*да куйиш, жароҳатланиш мавжудлиги.

4. Узоқ вақт давомида касалликларни бошдан кечириш.

5. Инвазив диагностик усуллардан фойдаланиш.

6. Овқатланишдаги камчиликлар (алиментар омил).

7. ОИТС.

8. Кимёвий ва иммунодепрессив дорилардан фойдаланиш.

9. Генетик мойиллик.

Сабаб ва оқибат муносабатлари нуқтаи назаридан таҳлил қилинганда сепсис ва юз-жағ соҳаси яллиғланиш жараёнлари икки хил йўналишда боғланган бўлиши мумкин: дастлаб септик ҳолат юзага келиб, сўнг юз-жағ соҳалари яллиғланиш жараёнларига сабабчи бўлиши ва, аксинча, юз-жағ соҳасидаги яллиғланиш ўчоқлари сепсис ҳолатига олиб келиши мумкин.

Биринчи йўналишдаги боғланишга чақалоқлар киндигининг яллиғланиши туфайли сепсис ривожланиши, сўнг эса юқори ёки пастки жағлар остеомиелити юзага келиши мисол бўла олади. Бундай ҳолат 1,5 ёшгача бўлган болаларда учрайди, келтирилган мисолда сепсис ҳолати юз-жағ соҳалари яллиғланиш жараёнига

сабабчи бўлган. Иккинчи йўналишдаги боғланишда, беморлар юз-жағ соҳалари оғир йирингли яллиғланиш (чипқон, хўппоз, одонтоген остеомиелит) касалликлари сепсис ҳолатига сабаб бўлади. Бундай тарздаги сепсис ҳолати аксарият 9—10 ёшдаги болаларда кузатилади. Одатда, сепсис ташхиси беморларда оғир гемодинамик ўзгаришлар содир бўлиб, полиорган етишмовчиликлар юзага келган ҳолатда қўйилади. Ҳозирги вақтда эса, сепсис ташхиси организмнинг инфекцияга қарши тизимли яллиғланиш жавоби синдроми — ТЯЖС (SIRS) белгилари бўлганда ҳам қўйилади.

Болаларда тизимли яллиғланиш билан жавоб бериш синдроми мезонларига қуйидагилар киради:

1. Тана ҳарорати $37,2^{\circ}\text{C}$ дан пасаймаслиги.
2. Тахикардия: юракнинг бола ёшига мос равишда қабул қилинган кўрсаткичининг юқори чегарасидан тез уриши.
3. Тахипноэ — нафас олиш тезлиги ёшига нисбатан қабул қилинган меъёрдан юқори ва гипервентиляция ($\text{PCO}_2 - 32$ мм.с.у. дан баланд) ҳолати юзага келиши.
4. Периферик қонда лейкоцитоз ($12 \cdot 10^9/\text{л}$) ўрнига лейкопения ($4 \cdot 10^9/\text{л}$).

Организмда ТЯЖС билан бир вақтда кечаётган инфекцион жараён уч хил боғланишда учраши мумкин:

1) ТЯЖС ва яллиғланиш ўчоғи: масалан, юқори лабда чипқон клиник жиҳатдан оғир кечаётган бир вақтда унга ТЯЖС қўшилса, касалликнинг кенг кўламда тарқалган яллиғланишга ўтиш хавфи юзага келади, бундай ҳолат, сепсис ташхиси қўйиш ва интенсив даволаш ўтказишни талаб этади;

2) ТЯЖС ва бактеремия, масалан, ўткир йирингли периодонтит туфайли боланинг тиши олиб ташланган, тиш катакчаси битиш арафасида бўлишига қарамай ТЯЖС белгилари пайдо бўлиб, қонда эса микроблар мавжудлиги аниқланса, бундай ҳолатда ҳам сепсис ташхиси қўйилиб, комплекс равишда (биринчи навбатда антибактериал) даво ўтказилади;

3) айрим ҳолларда, айниқса, чақалоқларда сепсис ташхисини қўйиш қийин кечади. Организмда ТЯЖС ва инфекция мавжудлигининг клиник белгилари: бир ойлик чақалоқларда ТЯЖС белгилари пайдо бўлиб, киндик яраси битган, қонда микроблар аниқланмай, инфекцион жараёнга хос белгилар пайдо бўлиши сепсис, сепсисга яқин ҳолат ёки интоксикация, чақалоқ токсикози деб номланиши асослидир.

Сепсиснинг қуйидаги фаза (босқич)лари фарқланади:

- 1) — йирингли резорбтив (иситма) гипертермия;
- 2) — сепсиснинг бошланғич фазаси (токсемия);

... — септицемия (йирингли метастазларсиз кечувчи бактеремия);
... — септикопиемия — инфекциянинг йирингли ўчоқдан қонга ўтиши ва қон билан бутун танага тарқалиб, турли аъзоларда йирингли жараёнлар ривожланишига олиб келиши.

Шикоятлар. Ота-оналар ёки бола ўзини ёмон ҳис қилаётгани, ҳолсизлиги, иштаҳа ва уйқуси бузилгани, бош оғриши ҳамда тана ҳарорати кун давомида 35,2 °C дан 40 °C гача ўзгариши ва безгак тутиб, муздек тер чиқишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: касаллик бошланиши (йирингли резорбтив иситма)да умумий заҳарланишга хос белгилар устун келади: тери ранги ўчган (оқарган), ёпишқоқ муздек тер билан қопланган, ҳолдан тойдирувчи иситма — ҳароратнинг бирданига (бир суткада 3—5 °C гача) кўтарилиб, сўнгра меъёрдан ҳам паст тушиши билан кечадиган иситма, тахикардия, тахипноэ. Қон таҳлили кўрсаткичлари кескин ўзгаради. Шунингдек, кўриш майдонида ёш, етилмаган лейкоцитлар, нейтрофилларда заҳарланишга хос доначалар, айримларида анизоцитоз, пойкилоцитозга учраган ҳужайраларни кузатиш мумкин.

Касалликнинг токсемия босқичи қисқа вақт ичида сепсиснинг бошланғич фазасига ўтиши боис кўпинча ташхисланмайди. Бошланғич фазадаги сепсисда тана ҳароратининг кўтарилиши, тахикардия, заҳарланиш белгилари ҳамда қон кўрсаткичлари яллиғланишнинг кескин равишда кечаётганлигини билдиради. Нафас олиш, юрак, жигар, буйрақлар фаолияти бузилмайди.

Септицемия фазасида: 90% бактеремия ҳолатида беморлар қонида микроблар мавжуд бўлади. Тана ҳарорати 38 °C гача кўтарилади. Заҳарланиш белгилари кучайиб боради, қонни стериллигини текшириш учун экканда микроб мавжудлиги, ички аъзолар фаолиятида функционал (полиорган) етишмовчилик синдроми аниқланади. Полиорган етишмовчилик синдроми (ПОЕ) биринчи марта 1975 йилда А.Е. Райе томонидан ифодаланган. ПОЕ организм критик ҳолатининг зўрайиб бориши натижасида юзага келади ва икки ёки ундан ортиқ ҳаётий муҳим аъзоларнинг функционал етишмовчилиги билан намоён бўлади.

Септикопиемия сепсиснинг охириги фазаси бўлиб, бу босқичда доимий барқарор бактеремия паренхиматоз аъзоларда йирингли метастазлар ҳосил бўлишига олиб келади, натижада беморнинг аҳволи янада оғирлашади. Айрим ҳолларда Уотерхаус-Фридерихсен синдроми, яъни клиник жиҳатдан яшин тезлигида кечувчи сепсис, буйрак усти безининг ўткир етишмовчилиги кузатилади.

Даволаш. Септик ҳолатдаги бола стационар шароитида комплекс медикаментоз (умумий) ва маҳаллий даво олиши керак.

Даволаш режаси юз-жағ жарроҳидан ташқари, педиатр, умумий жарроҳ, невропатолог ва бошқа мутахассислар иштироки (консилиум)да тузилади ва уларнинг мунтазам назорати остида ўтказилади.

Маҳаллий даволаш чоралари: юз ва жағ соҳасидаги йирингли ўчоқларни кесиб очиш, тафтиш ўтказиш, ажралма тўсиқсиз чиқишини таъминлаш ҳамда ярани антисептик ва фермент эритмалари билан ювиб туришдан иборат.

Медикаментоз даво. Организмни заҳарли моддалардан тозалаш (дезинтоксикация) усуллари – плазмаферез, гемосорбция, энтеросорбция, қонни ультрабинафша ёки лазер билан нурлантириш, диуретиклар, гормонлар киритиш ва ҳоказолардир.

Йўналтирилган антибактериал даво. Бола бўлимга тушган вақтдан бошлаб, кенг қўламда таъсир этувчи 2–3 турдаги охири авлод антибиотиклари юқори дозаларда қўлланилади. Сепсис тизимли яллиғланиш жавоби синдроми билан кечганда, цефалоспорин+изомицин, ко-амоксиклав+нетилмицин ва бошқа антибиотикларни парентерал юбориш тавсия қилинади.

Иммун тизимининг коррекцияси – иммунитетнинг гуморал ва ҳужайравий омиллари танқислигини бартараф этиш учун гипериммун зардоб, т-активин, тимолин, пентоглобин ва бошқа препаратлар қўлланилади.

Оқсил энергетик йўқотишларни қоплаш мақсадида парентерал ва энтерал аминокислоталар, ёғли эмульсиялар, витаминлар; инфузион-трансфузион даво учун эритроцитар масса, плазма, альбумин ҳамда плазма ўрнини босувчилар, шунингдек, электролит эритмалар юборилади.

Юрак-қон томир етишмовчилигини даволаш жараёнида кардиолог-мутахассислар иштироки талаб этилади.

Даволаш жараёнида ҳаёт учун зарур бўлган аъзо ва тизимларга, айниқса, паренхиматоз аъзолар фаолиятига диққат билан эътибор берилади. Уларда вужудга келиши мумкин бўлган метастатик йирингли ўчоқларнинг олдини олиш ва барвақт аниқлаш учун барча (рентгенологик, МРТ, ультратовуш ёрдамида текшириш ва бошқа) усуллардан кенг фойдаланилади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. *М. Азимов*. Диагностика и патогенетические аспекты терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Автореф. докт. дисс. Л., 1991.
2. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей / Под редакцией В.В. Рогинского. М., «Детстомиздат», 1998.
3. *М.М. Соловьев, И. Худояров*. Воспалительные заболевания челюстей и прилегающих тканей. Т., «Медицина», 1970.
4. *М.М. Соловьев, О.П. Большаков*. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. М., «Медпресс», 2001.
5. *Т.К. Сушиев*. Гнойно-воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области. М., «Медпресс», 2001.
6. *А.И. Хасанов*. Новые аспекты патогенетической терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей. Автореф. докт. дисс. Т., 2010.
7. *A.I. Khasanov, M.I. Azimov, E.B. Boykhadjaeva*. Hemostatic parameters in complex therapy with use narrowly spectral infrared rays in children with acute odontogenic osteomyelitis of mandibule. Avicenna-Germany 2010 vol N1.

М У Н Д А Р И Ж А	
Кириш	3
Болаларда периодонтнинг яллиғланиши	5
Периодонтитлар таснифи	6
Сут тишларнинг ўткир периодонтити	7
Сут тишларнинг сурункали периодонтити	8
Ўткирлашган сурункали периодонтит	11
Периодонтитларни даволаш	14
Болаларда доимий тишлар периодонтитларини	
консерватив-жарроҳлик усуллари билан даволаш	15
Болаларда доимий тишларни олишга кўрсатмалар	16
Сут тишларни олиш техникаси	17
Тиш олиниши билан боғлиқ асоратлар	17
Жағ периостининг яллиғланиши	18
Ўткир зардобли периостит	19
Ўткир йирингли периостит	20
Сурункали периостит	23
Болаларда жағларнинг яллиғланиши	
(одонтоген остеомиелит)	24
Одонтоген остеомиелитнинг таснифи	
ва клиник манзараси	29
Юқори жағнинг ўткир одонтоген остеомиелити	34
Пастки жағнинг ўткир одонтоген остеомиелити	35
Ўткир одонтоген остеомиелити бўлган	
болаларни текшириш усуллари	36
Болаларда ўткир одонтоген остеомиелитни даволаш	38
Одонтоген остеомиелитнинг пастки жағдаги асоратлари	44
Жағларнинг сурункали одонтоген остеомиелити	45
Жағлар одонтоген остеомиелитини ортодонтик	
даволаш ва тиш-жағ тизими иккиламчи	
деформацияларининг профилактикаси	58

Юз-жағ соҳаси одонтоген абсцесс ва флегмоналари	61
Пастки жағ ости соҳаси абсцесс ва флегмонаси	63
Энгак ости соҳаси абсцесс ва флегмонаси	65
Тил ости бўшлиғи абсцесси	66
Жағ-тил тарнови абсцесси	67
Кўз ости соҳаси абсцесс ва флегмонаси	68
Лунж абсцесси ва флегмонаси	70
Оғиз туби флегмонаси	72
Қанот-пастки жағ оралиғи абсцесс ва флегмонаси	75
Чакка соҳаси абсцесс ва флегмонаси	77
Чакка ости чуқурчаси абсцесс ва флегмонаси	79
Қулоқ олди-чайнов соҳаси абсцесс ва флегмонаси	81
Кўз косаси ва ретробулбар соҳа абсцесс ва флегмонаси	82
Ютқин ён деворлари соҳаси абсцесс ва флегмонаси	83
Абсцесс ва флегмоналарни комплекс даволашнинг умумий тамойиллари	86
Одонтоген сепсис	87
Фойдаланилган адабиётлар	92

М. АЗИМОВ

**БОЛАЛАРДА ЮЗ-ЖАҒ СОҲАЛАРИНИНГ
ОДОНТОГЕН ЯЛЛИГЛАНИШ
КАСАЛЛИКЛАРИ**

Услубий қўлланма

Тошкент — «ILM ZIYO» — 2013

Муҳаррир *Б. Худоёрова*
Бадий муҳаррир *Ш. Одилов*
Техник муҳаррир *Ф. Самадов*
Мусахҳиҳ *Б. Саидова*

Ноширлик лицензияси АІ № 166, 23.12.2009 йил.

2013 йил 25 июлда чоп этишга рухсат берилди. Бичими 60x90^{1/16}.
«Таумс» ҳарфида териблиб, офсет усулида чоп этилди. Босма табоғи 6,0.

Нашр табоғи 5,0. Адади 1000 нусха. Буюртма № 25.

Баҳоси шартнома асосида.

«ILM ZIYO» нашриёт уйи, 100129, Тошкент, Навоий кўчаси, 30-уй.
Шартнома № 24 — 2013.

«PAPER MAX» хусусий корхонасида чоп этилди.
Тошкент, Навоий кўчаси, 30-уй.

Азимова Мухаммадхонимовна, доктори улуми, профессор, Азимова М.М.

А-37 **Азимов Мухамаджон. Болаларда юз-жағ соҳаларининг одонтоген яллиғланиш касалликлари: услубий қўлланма. Масъул муҳаррир Х.К. Дустмухамедова. – Тошкент: «ILM ZIYO», 2013. – 96 б.**

Азимова Мухаммадхонимовна, АЗМОВ
ISBN 978-9943-16-145-0

УЎК: 616-053.2
КБК 56.6



Мухамаджон Азимов 1971 йили ТошДавМИ стоматология факультетини тугатган. 1976 йилдан буён Тошкент тиббиёт академиясида педагогик, илмий ва амалий фаолият юритиб келмоқда. 1977 йилда номзодлик, 1991 йилда докторлик диссертациясини Ленинград 1-медицина институтида ҳимоя қилган.

Унинг раҳбарлиги остида 13 та докторлик ва 22 та номзодлик диссертациялари ёқланган. Учта дарслик, икки монография, 130 дан ортиқ илмий мақолалар ва 15 та ўқув-услубий қўлланмалар муаллифи, қатор илмий-амалий анжуманлар қатнашчиси ҳамда ташкилотчисидир. М. Азимов РТТФА академиги.

Олий тоифали юз-жағ жарроҳи.

«ILM ZIYO»

ISBN 978-9943-16-145-0



9 789943 161450