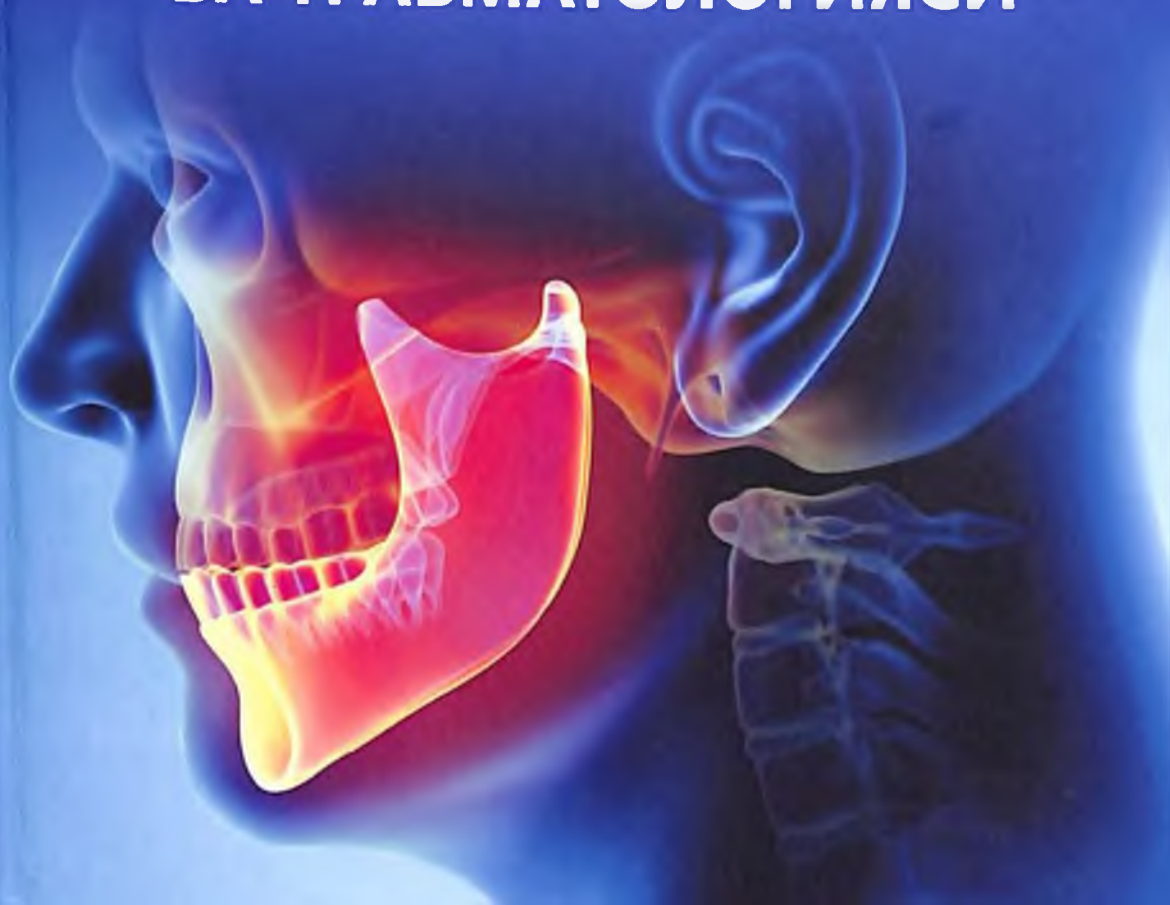


А.А. ЖИЛОНОВ, Б.Т. НАРМАХМАТОВ

ЮЗ-ЖАҒ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ТРАВМАТОЛОГИЯСИ

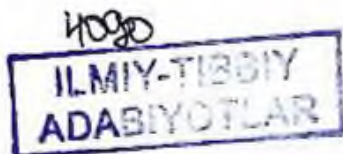
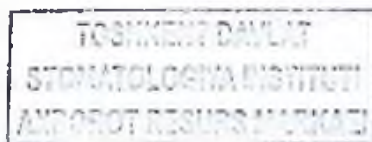


**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

А.А. ЖИЛОНОВ, Б.Т. НАРМАХМАТОВ

**ЮЗ-ЖАҒ КАСАЛЛИКЛАРИ
ВА ТРАВМАТОЛОГИЯСИ**

5510400 – «Стоматология» таълим йўналиши учун



Тошкент – 2021

МУНДАРИЖА

КИРИШ	6
I БОБ. ТИШ ЧИҚИШ ДАВРИ КАСАЛЛИКЛАРИ	7
Перикоронит	7
Дистопия	10
Тиш ретенцияси	11
II БОБ. ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИ ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ	15
Одонтоген гайморит, юкори жағ бўлиги перфорацияси	15
III БОБ. ЧАККА-ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ	21
Артритлар	24
Остеоартроз	27
Оғрикли дисфункция синдроми	29
IV БОБ. СЎЛАК БЕЗЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ	32
Эпидемик паротит	32
Гриппоз сиаладенит	35
Постинфекцион ва операциядан кейинги сиаладенит	36
Сўлак безларининг сурункали яллигланиши	37
Сўлак –тош касаллиги	41
Сўлак безларининг реактив-дистрофик касалликлари	43
Микулич касаллиги ва синдроми	46
Шегрен касаллиги ва синдроми	47
V БОБ. ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИ ЖАРОҲАТЛАРИ	50
Юзнинг юмшоқ тўқималари жароҳатлари	50
Юз юмшоқ тўқималарининг лат ейиши	51
Тишларни чиқиш ва синишлари. Альвеоляр ўсикнинг синиши	59
Тиш синишлари	66
Альвеоляр ўсикнинг синиши	70
Пастки жағ суягининг синишлари	74
Пастки жағ синишларининг клиник кўриниши ва ташхислаш	81
Пастки жағ суягининг ён тарафдан синиши	85
Пастки жағ суягининг бурчак соҳасидан синиши	87
Пастки жағ суягининг даҳан соҳасидан синиши	90

Пастки жағ суягининг шох киемидан синеишлари.....	92
Пастки жағнинг бугим усиги сохасидан синеиши.....	93
Тожсимон усикнинг синеиши.....	97
Пастки жағнинг икки томонлама бурчак сохасидан синеиши. ..	98
Пастки жағнинг тана сохасидан бир томонлама иккитали синеиши.....	98
Пастки жағнинг кўп сонли синеишлари.....	100
Юкори жағ суягининг синеишлари.....	100
Юкори жағ суягининг Ле Фор III (пастки тип) буйича синеиши	101
Юкори жағ суягининг Ле Фор II (урта тип) буйича синеиши. ..	103
Юкори жағ суягининг Ле Фор I (юкори тип) буйича синеиши .	106
Жағ суяклари синеишларида иммобилизация килиш усуллари.	112
Вақтинча иммобилизациянинг оғиз ичи усуллари.....	116
Жағ суяклари синеишларини доимий даволаш усуллари.....	119
Жағ суяги синеишларини оператив усуллари.....	129
Пастки жағ суяги синеишларида ўраб олувчи чокнинг кўлланилиши.....	135
S-симон ва унифицирланган илмоқлар ёрдамида иммобилизация килиш.....	136
Иммобилизациянинг оғиздан ташкари усуллари.....	138
Юкори жағ синеишларини даволаш.....	140
Жағ суяклари синган беморларни умумий даволаш усуллари ва парвариши.....	144
Жағ суяги синган беморларни овқатлантириш усуллари.....	148
Ёнок суяги ва ёнок равоғининг синеиши.....	149
Бурун суякларининг синеиши.....	155
Юз-жағ сохасининг биргаликдаги жароҳатлари.....	159
Юз-жағ сохаси жароҳатларининг асоратлари.....	163
Ўткир нафас етишмовчилиги.....	165
Қон кетиши.....	166
Травматик гайморит.....	174
Пастки жағ суяк булақларини секин битиши.....	176
Ёлғон бугим (псевдоартроз).....	178
Суяк булақларини ногўгри ҳолатда битиши.....	180
Пастки жағнинг чиқиши.....	182
Пастки жағнинг олдинга чиқишларини даволаш.....	186
Пастки жағнинг орқага чиқишини даволаш.....	188
Пастки жағнинг одатий чиқишларини даволаш.....	188

Юз-жағ соҳасини термик куйишлари.....	189
Юз-жағ соҳаси куйишларини даволаш.	197
Юз-жағ соҳасини электр токидан куйишлари.....	200
Кимёвий куйишлар.....	202
Юз-жағ соҳасининг совуқ уришлари.	205
Юз-жағ соҳасининг комбинирланган радиацион жароҳатлари.....	207
Комбинирланган радиацион жароҳатларда ёрдам кўрсатиш. ..	211
Фавқулоддаги вазиятларда шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилиш.....	213
VI БОБ. ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИ ЖАНГОВАР	
ЖАРОҲАТЛАРИ	218
Юз юмшок тўқималарини жанговар жароҳатлари.	220
Юз суякларининг жанговар жароҳатлари.....	225

*Ушбу дарслик Ўзбекистонда юз-жағ соҳаси хирургияси фанини
ривожланишига улкан ҳисса қўнган раҳнамо олим, устоз
Э.У.МАХКАМОВнинг ёрқин хотирасига бағишланади.*

КИРИШ

«Юз-жағ касалликлари ва травматологияси» дарслиги стоматология институти талабалари учун ўқитилаётган фаннинг намунавий ўқув дастурига асосланган бўлиб, Республикада ўқув-услубий марказлардан бири ҳисобланган Тошкент Давлат стоматология институтининг Юз-жағ жарроҳлиги кафедрасининг ходимлари томонидан яратилган.

Дарсликнинг сулак безларини касалликлари, одонтоген гайморит ва чакка пастки жағ бўғими касалликлари қисмида шу соҳада учрайдиган патологияларни клиник манзараси, текшириш усуллари, шунингдек, ташхислаш ва даволашнинг долзарб тамойиллари кенг ёритилган.

Китобнинг юз-жағ соҳаси травматологияси қисмида кафедранинг кўп йиллик бой амалий тажрибалари билан бир каторда, собиқ иттифок ва хориж олимлари томонидан қўлланилган замонавий даволаш усуллари ҳам батафсил баён этилган. Шунинг билан бирга фавқулоддаги вазиятларда шошилинич тиббий ёрдамни ташкил қилиш мавзусига ҳам ургу бериб ўтилган.

Дарслик юз-жағ касалликлари ва травматологияси фани бўйича мутахассис тайёрлашда барча назарий ва амалий вазифаларни ўрганиш имконини беради.

Дарслик ўзбек тилида илк бор нашр қилинмоқда ва табиийки, айрим камчиликлардан холи эмас, албатта. Шу боисдан, мазкур асар юзасидан бўладиган барча холисона таклиф ва эътирозларни муаллифлар чин дилдан қабул қилиб, кейинги нашрларда уларни, албатта, эътиборга оладилар ва, ўз навбатида, тақризчиларга ҳам самимий миннатдорчиликларини билдиришади.

І БОБ

ТИШ ЧИҚИШ ДАВРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ПЕРИКРОНИТ

Тиш чиқиш даври касалликлари стоматологлар амалиётида кўплаб учраб туради. Бу касалликларга перикоронит, ретенция, ярим ретенция ва дистониялар киради. Одатда сут ва доимий тишларни чиқиш жараёнида қийинчиликлар кузатилмайди. Шунинг билан бирга фило ва онтогенезнинг бузилиши ва ҳар хил шарт-шароитлар оқибатида тишларни чиқиш жараёнида яллиғланиш жараёнлари кузатилиши мумкин. Бу жараёнлар кўпинча пастки учинчи моляр, баъзан юқориги учинчи моляр, қозик ва премоляр тишлар соҳасида ҳам кузатилиши мумкин. Одатда пастки ақл тишлари 18-25 ёшда, баъзан ундан кечроқ ҳам чиқиши мумкин. Ақл тишини қийналиб чиқиши натижасида перикоронит касаллиги келиб чиқади. Перикоронитда тиш тож қисми атрофидаги милк тўқимасида яллиғланиш кузатилади. Бир қанча маҳаллий омиллар ақл тишининг қийналиб чиқишида алоҳида ўрин тутади. Бу маҳаллий омилларга қуйидагилар киради:

- ақл тиши чиқадиган соҳада сут тишларини бўлмаслиги;
- суюқни компакт қаватини қалин ва зич бўлиши;
- тиш чиқадиган соҳада альвеоляр ўсикда жой бўлмаслиги;
- ўзида лунж ва ютқунни мушак толаларини тутувчи қалин шиллик қаватни бўлиши;
- чиқаётган тишни устидаги шиллик қаватни жароҳатланиб туриши.

Перикоронитни ривожланишида оғиз бўшлиғи одатий микрофлорасини фаоллашиши ҳам муҳим ўрин тутади. Анаэроб ва факультатив анаэроб микрофлора асосий ўринда туради.

Перикоронитни ривожланишида дастлаб ақл тишининг медиал дўмбоқлари устидаги шиллик қавати атрофияга учрайди. Дистал дўмбоқлари устидаги шиллик қаватни (капюшон) қалин бўлиши тишни ёриб чиқишига тўсқинлик қилади. Капюшон остига овқат қолдиқлари, шиллик суюқлик ва кўчган эпителий тўқималари келиб тушади. Капюшон остидаги оптимал ҳарорат, ёруғликни

булмаслиги ва намлик мухити перикоронитни ривожланишида муҳим ўрин тутди. Чайнаш жараёнида капюшон устини жароҳатланиши шиллик қават эрозиясига олиб келади. Натижада маҳаллий иммунитет тушади ва тиш атрофини ўраб турган тўқималарда яллиғланиш жараёни ривожланади (Расм 1).



Расм 1. Ўткир перикоронит.

Чайнаш жараёнида капюшоннинг доимий жароҳатланиб туриши тиш тож қисми атрофи тўқималарида сурункали яллиғланишни ривожланишига олиб келади. Ақл тишининг бўйин қисмида гранулацион тўқима ривожланиб, тегиб турган суякни емирилиши кузатилади. Натижада ақл тишининг бўйин қисми соҳасида патологик суяк-милк чўнтаги ҳосил бўлади.

Перикоронитни ўткир ва сурункали шакллари фарқланади. Ўз навбатида ўткир шакли катарал ва йирингли турларга ажратилади. Катарал шакли касалликни бошланғич даврида учрайди. Беморлар чайнаш даврида ақл тиши соҳасидаги огрикдан шикоят қилади. Тана ҳарорати меъёрида бўлиб, умумий аҳволи кониқарли ҳолатда бўлади. Оғиз очилиши чегараланмайди. Ақл тишини шишган ва кизарган капюшон билан қопланганлиги кўринади. Одатда ақл тишининг битта ёки иккита медиал дўмбоқчалари кўриниб туради. Капюшон тагидан суюқлик ажралмайди. Пайпаслаганда оғрийди. Перикоронитни бу шаклида ўз вақтида даволаш ишларини ўтказиш яллиғланиш белгиларини орқага қайтишига олиб келади.

Перикоронитнинг йирингли шакли иккинчи моляр тиши орқасидаги доимий кучли огрик бўлиши ва огрикни чайнаш вақтида кучайиши билан характерланади. Огрик кулок ва чакка соҳаларига тарқалади. Беморлар ютиниш ва огизни очиш давридаги огрикдан шикоят қилади.

Беморларни умумий аҳволи ёмонлашади. Тана ҳараорати 37-38 °С га кўтарилади. Касалликни кечинишга қараб I ва II даражали яллигланиш контрактураси кузатилади. Жағ ости лимфа тугунлари шишиб, пайпаслаганда огрийди. Капюшон остида йирингни туриб қолиши ва грануляцион тўқимани ўсиши шу соҳада суякни резорбциясига олиб келади. Ақл тишининг атрофидаги шиллик қават қизаради ва шишади. Капюшон юқорига кўтарилади. Яллигланиш белгилари канотсимон-пастки жағ бурмасига, тил-танглай равоги, лунж ва юмшоқ танглайга тарқалади. Капюшон босиб кўрилганда кучли огрийди ва йиринг ажралиши кузатилади.

Ўтқир перикоронит сурункали шаклига ўтиши мумкин. Жараён сурункали шаклига ўтганида яллигланиш белгилари охиригача йўқолмайди ва қайталаниб туради.

Сурункали перикоронитда беморлар зарарланган тарафда ақл тиш соҳасида чайнаш давридаги огрикдан, огиздан нохуш хид келишидан шикоят қилади.

Ақл тиш устидаги шиллик қават қизарган пайпаслаганда бироз огрикли бўлади. Баъзан капюшон остидан кам миқдорда сероз ёки йирингли суюқлик ажралиб туради. Капюшон таги зондлаганда қонаш кузатилади. Сурункали перикоронитда капюшон тагидан грануляцион тўқима ўсиб чиқиб туради. Грануляцион тўқимани ҳосил бўлиши ақл тиши атрофида суякда деструкцион жараёнларни кечаётганидан далолат беради.

Перикоронит комплекс усулида даволанади. Дастлаб ақл тиши соҳасида рентген текшириш ишлари олиб борилади. Ақл тиши ва унинг атрофидаги суякни ҳолатига эътибор қаратилади. Жағ суягида тиш чиқиши учун жой етарли бўлса ва тиш альвеоляр ўсиққа нисбатан тўғри жойлашса ақл тиши сақлаб қолинади (Расм 2). Бундай ҳолатларда тишнинг тож қисмини ёпиб турувчи капюшон жаррохлик усули билан олиб ташланади. Яллигланишга қарши антибактериал даво, анальгетиклар, огиз бўшлигини антисептиклар билан ирригация қилиш тайинланади.



Расм 2. Перикоронитни кесиш чизмаси.

ДИСТОПИЯ

Дистопия – бу ёриб чиккан тишнинг тиш каторида нотўғри жойлашиши ёки тиш каторидан ташкарида жойлашишидир. Кўпинча тишнинг ёриб чиқиш муддати ёки ёриб чиқиш кетма-кетлиги бузилиши натижасида тишнинг нотўғри жойлашиши келиб чиқади. Юкори жагга нисбатан пастки ақл тишининг силжиши кўпроқ кузатилади. Пастки учинчи моляр учун альвеоляр ўсиқда жой етарли бўлмаганлигида тиш нотўғри жойлашади ва кўпинча оғизнинг олд томонига, айрим ҳолларда эса оғиз бўшлиғи ва альвеоляр ёйнинг чегарасидан ташқарига силжийди. Ақл тиши иккинчи молярга қараб горизонтал ҳолатгача эгилиши мумкин.

Ташхис клиник ва рентгенологик текширувлар натижасидан сўнг қўйилади (Расм 3). Рентгенограммада учинчи молярнинг жойлашиши кўринади. Суяк тўқимаси ва унинг атрофида ўзгаришлар кузатилади, кўпинча тиш тожининг орқасида резорбция соҳаси аниқланади.

Даволаш одатда тишлар алмашинуви даврида ўтказилади. Дистопиянинг ҳамма турлари тез бартараф қилинади. Дистопияни даволашда асосан турли ортодонтик усуллар 14-15 ёшгача қўлланилади. Бу усулларни 15 ёшдан кейин ҳам қўллаш мумкин. Аммо, бундай ҳолатларда ортодонтик давонинг натижаси доимо яхши самара беравермайди. Кўпинча, юкори жагдаги ақл тишини сугуриб ташлаш тўғри даво усули ҳисобланади. Пастки жагнинг

силжиган ақл тиши поликлиникада, айрим холатларда эса стационар шароитида олиб ташланади.



Расм 3. Юқори қозик тиш дистопияси.

ТИШ РЕТЕНЦИЯСИ

Тиш ретенцияси – шаклланган тишларни турли сабаблар туфайли жағ суякларида қолиб кетиши ёки қисман чиқиши тушунилади.

Тиш ретенцияси шаклланишига қуйидаги омиллар сабаб бўлиши мумкин:

- ирсий омиллар;
- ички секретор безлар фаолиятининг бузилиши;
- сут тишларида жойлашган инфекция ўчоқлари;
- қўшни тишларнинг нотўғри жойлашиши;
- тиш ўрнининг қўшни тиш томонидан эгалланиши;
- икки қўшни тиш илдизларининг бирикиб кетиши;
- жағлар деформацияси;
- тишнинг атроф тўқималар билан бирикиб кетиши;
- тишни ўзини нотўғри жойлашиши.

Ретенция асосан юқориги қозик тиш, пастки жағдаги «ақл» тиши ҳамда кичик озиқ тишларда учрайди.

Ретенцияланган тишлар қўшни тишнинг илдиз ҳамда бўйин қисмига тиралиб қолиши натижасида, уларнинг эмаль ва дентин қаватини емириб, пульпани некрозга учрашига олиб келувчи ётоқ яралар ҳосил қилади. Ташқи кўринишидан соғлом кўринган бундай

тишлар узок вақт давомида оғриб беморларни безовга килиши мумкин. Бундан ташқари, ретенцияланган тишлар гаймор бўшлигида жойлашиб, сурункали одонтоген гайморитларни келтириб чиқариши ҳам мумкин.

Ретенция шакллари: тўлиқ ва нотўлиқ.

Тиш қисман, яъни нотўлиқ ретенцияланганда тиш тож қисми шиллик қават билан тўлиқ қопланмаган ҳолатда бўлади. Тўлиқ ретенцияда эса тиш усти бутунлай бекилган бўлиб, у оғиз бўшлигида мутлақо кўринмайди (Расм 4). Тўлиқ ретенцияда тиш фақатгина шиллик қават ёки суяк тўқимаси билан аралаш ҳолатда ҳамда тўлиқ суяк тўқимаси билан қопланган бўлиши мумкин.



Расм 4. Тиш ретенцияси.

Тиш нотўлиқ ретенцияси. Тишнинг жағ суяги тўқимаси ёки шиллик қаватдан қисман чиқиши юқори жағдаги қозик тиш, иккинчи кесувчи, пастки ва юқори жағдаги “акл” тишлари соҳасида кузатилади.

Клиникаси. Нотўлиқ ретенцияланган тиш альвеоляр ўсикнинг қайсидир қисмидаги милк шиллик қаватидан ёриб чиққан тишнинг маълум бир тож қисмларининг оғиз бўшлигида пайдо бўлиши билан характерланади. Чиқиб келаётган тишнинг тож қисмига тегиб турадиган шиллик қаватнинг доимий равишда жароҳатланиши натижасида шу тиш атрофида яллиғланиш жараёнлари вужудга келади. Баъзан эса нотўлиқ ретенцияланган тиш юқори ёки пастки жағнинг альвеоляр ўсигидаги яллиғланиш жараёни кетаётган ўчоқларда аниқланади.

Текширувлар натижасида альвеоляр ўсик кенгайганлиги ҳамда усти кизарган ва шишган шиллик қават билан қопланганлиги аниқланади.

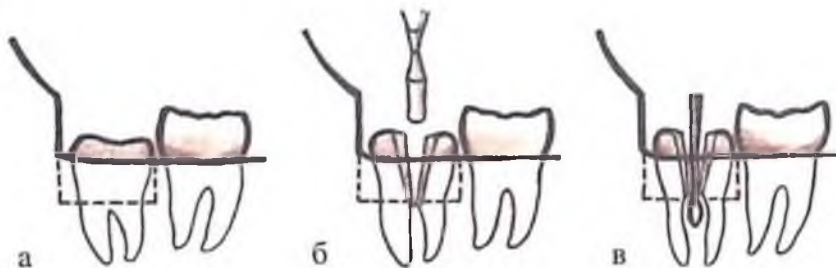
Ташхис. Ташхис касалликнинг клиник кечиши ҳамда рентген текшируви натижаларига асосланган ҳолатда қўйилади. Рентген тасвирида жаглар танаси альвеоляр ўсигида жойлашган тиш аниқланади. Тож қисми қисман ёки тўлиқ суяк тўқимаси билан қопланган бўлади. Нотўлиқ ретенцияланган тиш кўпинча ўз жойидан силжиган бўлади. бундай кўриниш, айниқса, пастки «акл» тишларида кузатилади.

Кўпинча, ярим ретенцияланган тишлар, масалан, 32 | 23 тишлар танглай томондан, 5 4 3 | 3 4 5 тишлар эса оғиз дахлизи томонидан ёриб чиқиши кузатилади.

Даволаш. Нотўлиқ ретенцияланган тишларни даволаш хирургик усули билан амалга оширилади (яъни олинади). Ўсмир ёшидагиларда 8 | 8 тишлардан ташқари, баъзан 8 | 8 тишларни ортодонтик даволаш орқали ижобий натижа олиш мумкин.

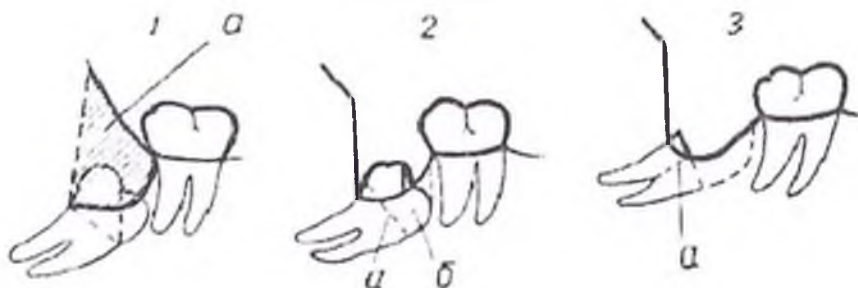
Тишларнинг тўлиқ ретенцияси ташхиси клиник ва рентгенологик текширувлар асосида қўйилади. Рентген тасвирида бутунлай суяк ичида жойлашган тиш кўринади.

Тиш ретенциясида яллиғланиш белгилари бўлмаса, даволаш усули ҳам турлича бўлиши мумкин. Хирургик амалиётининг қайси усулда ўтказилиши беморнинг ёши ва унинг умумий аҳолига, ретенцияланган тишнинг жойлашишига, бўладиган операциянинг шикастловчилик хусусияти қай даражада эканлигига қараб танланади. Агар ретенцияланган тиш соҳасида оғрик, яллиғланиш жараёнлари, фолликуляр кисталар мавжуд бўлса, бундай тишни олиб ташлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Операциядан олдин ретенцияга учраган тишнинг суяк тўқимасида жойлашиши, унинг чор атрофдаги структураларга, яъни жағ асоси ва каналига, юкори жағ ва бурун бўшлиғига ҳамда кўшни тишларга бўлган муносабатини аниқлаш зарур бўлади. Тўлиқ ретенцияланган ва ярим ретенцияланган тишларни олиш билан боғлиқ операция усули уларнинг юкори ёки пастки жагларда жойлашганлигига қараб турлича бўлади (Расм 5, 6, 7).

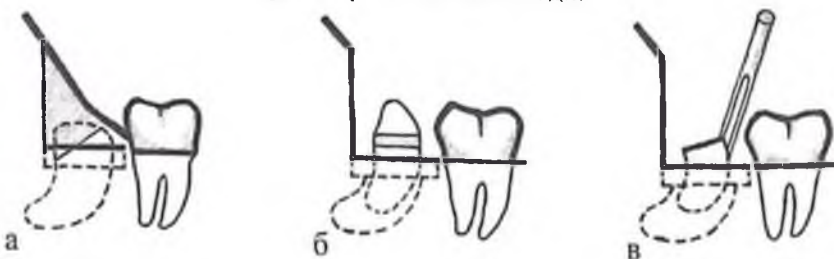


Расм 5. Ретенцияланган тишларни олиш усуллари.

Ичкарига эгилган икки илдизли, вертикал жойлашган «акл» тишини олиш. а) устидаги суяк тўқимали «капюшон» олинади; б) фисурални бор билан аввал тиш тож қисми, ундан сўнг илдизлари вертикал иккига бўлинади; в) илдизлараро тўсик ҳам бор ёрдамида ажратишиб, тиш бўлақлари олиб ташланади.



6. Ярим вертикал ҳолатда чуқур жойлашган «акл» тишини олиш; а) қоплаб турувчи суяк тўқимаси олинади; б) кўриниб турган тиш тож қисми иккига бўлинади; в) тўғри ёки ингичка понасимон элеватор ёрдамида тиш бўлақлари олиб ташланади.



7. Чуқур жойлашган, кучли эгилган илдизли тишларни олиш: а) қоплаб турувчи суяк «капюшонни» тишнинг дистал тож қисми билан биргаликда олиб ташланади, тиш ёнида элеватор учун қиялик ҳосил қилинади; б) тиш катагидан чиқарилган тишнинг қолган тож қисми ҳам чизик бўйича бор ёрдамида кесиб олиб ташланади; в) илдиз қисми ҳам элеватор ёрдамида олиб ташланади

II БОБ ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

ОДОНТОГЕН ГАЙМОРИТ, ЮҚОРИ ЖАҒ БУШЛИҒИ ПЕРФОРАЦИЯСИ

Гаймор бушлиғи юқори жағ суягининг тана қисмида жойлашади. Бу бушлиқни медиал деворида ўрта бурун йўлига очилувчи тешиги (hiatus maxillaris) мавжуд бўлиб, уни бурун бушлиғи билан боғлаб туради. Бушлиқнинг деворини шиллиқ қавати бурун бушлиғи шиллиқ қаватини давом и ҳисобланиб, хилпилловчи кўп қаватли эпителий тўқимаси билан қопланади (Расм 8). Эпителий тўқималари киприкларининг ритмик ҳаракатлари туфайли юқори жағ бушлиғида ҳосил бўлаётган секретция маҳсулотлари бурун бушлиғига ўтиб туради. Юқори жағ бушлиғини қоплаб турган шиллиқ қаватни яллиғланиши гайморит касаллиғи деб юритилади. Келиб чиқишига кўра гайморитлар одонтоген, риноген ва травматик турларига бўлинади.



Расм 8. Ўткир одонтоген гайморит.

Одонтоген гайморитда яллиғланиш жараёнлари юқори жағда жойлашган биринчи, иккинчи катта озик, иккинчи кичик озик тишлардаги ўткир ёки сурункали периодонтитларни ўткирлашувидан келиб чиқади. Шунингдек радикуляр кистани йиринглаши, юқори жағни остеомиелити, ретенирланган тишлар (козик, кичик озик тишлар) соҳасидаги яллиғланиш жараёнлари ҳам одонтоген гайморитни ривожланишига олиб келиши мумкин.

Баъзан юқори жағ бўшлиғидаги яллиғланиш жараёни травматик тиш олиш оқибатида ҳам юзага келади.

Анатомик тузилишига кўра юқори жағ бўшлиғини пневматик, склеротик ва комбинирланган типлари фарқланади. Пневматик типда бўшлиқни ҳажми катта бўлиб, юқори жағ танасини кўп қисмини эгаллайди. Бу ҳолатда тиш илдизларини юқори жағ бўшлиғи тубига яқин жойлашиши кузатилиб, уларни юпқа суяк пластинка қавати ажратиб туради ёки тиш илдизлари юқори жағ бўшлиғи шиллик қаватига бевосита тегиб туради. Санаб ўтилган сабаблардан ташқари юқори жағ бўшлиғи яллиғланишини патогенезида организм химоя кучларини ҳолати ҳам катта аҳамиятга эга бўлиб, у яллиғланиш характерини ифодалайди.

Тиш илдизларини гаймор бўшлиғига яқин жойлашиши ёки уларни бўшлиққа кириб туриши тиш суғуриш жараёнларида бўшлиқни тешилиб қолишига олиб келиши мумкин.

Одатда одонтоген гайморит пневматик ва комбинирланган типда тузилган гаймор бўшлиқларида ривожланади.

Одонтоген гайморитни ўткир, ўткир ости ва сурункали турлари фарқланади. Сурункали одонтоген гайморит вақти вақти билан ўткирлашиб туради. Сурункали гайморит морфологик жihatдан чегараланган ва диффуз, полипоз ва нополипоз турларга бўлинади.

Ўткир одонтоген гайморитда беморлар кўз ости, лунж сохалари ёки юзнинг ярмидаги оғриқдан шикоят қилишади. Гаймор бўшлиғида яллиғланиш жараёнларини ривожланиши оқибатида оғриқ кучайиб пешона, чакка, энса ва юқори жағ тишларига иррадиация қилади. Юзнинг тегишли тарафида бурунни битиши ва бемор бошини олдинга эгганда оғирлик ҳисси кузатилади. Баъзи ҳолатларда катта ва кичик озиқ тишлар сохаларида оғриқ кузатилади. Тишлаш даврида премоляр ва моляр тишларда оғриқ сезилади. Гаймор бўшлиғида тупланган экссудатнинг миқдорига қараб оғриқ сезгиси ва оғирлик ҳисси турлича бўлади. Юқори жағ бўшлиғидаги экссудат ўрта бурун йўли орқали бурун бўшлиғига ажралади. Экссудат ажралгандан кейин оғриқлар камаяди. Беморларни тана ҳарорати $37,5-38^{\circ}\text{C}$ атрофида бўлиб, улар умумий ҳолсизликдан, бош оғриғидан, иштахани пасайишидан шикоят қилишади. Ҳид сезиш белгиси пасаяди ёки умуман йўқолади.

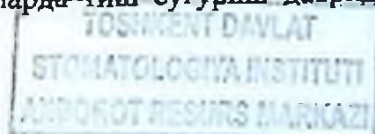
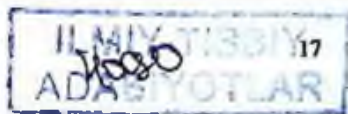
Ташқи томондан қаралганда кўз ости ва лунж соҳаларида шиш аниқланади. Тери ранги ўзгармайди ва бурмага йигилади. Пайпаслаганда юқори жағнинг олдинги девори ва ёнок суягида оғрик сезилади. Гайморит бор тарафда регионар лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли булади. Оғиз дахлизини шиллиқ қаватида шиш ва кизариш аниқланади. Премоляр ва моляр тишлар перкуссияда оғриқли ва бўғиқ товуш эшитилади. Тегишли тарафда бурун шиллиқ қаватини шиши ва кизариши кузатилади. Бурун йўлидан йиринг ажралиб туради. Гаймор бўшлиғи деворини шиллиқ қаватини сезиларли даражадаги шишларида ўрта бурун йўли ёпилиб қолади ва йиринг ажралиши қийинлашади.

Сурункали гайморит юқори жағ бўшлиғини ўткир йирингли яллиғланиш жараёнлари натижасида юзага келади. Беморлар бош оғриғидан, тегишли тарафда бурун бўшлиғидан йиринг ажралишидан шикоят қилишади. Баъзан сурункали гайморит симптомларсиз кечади ва беморларда оғриқ сезгисидан шикоятлар бўлмайди.

Гаймор бўшлиғида яллиғланиш экссудатини йиғилиши хисобига оғриқ пайдо булади, тегишли томон бурун йўлидан бадбўй хидли йиринг ажралиши кузатилади. Беморларни умумий ахволи қониқарли бўлиб, тана ҳарорати кўтарилмайди. Сурункали гайморитни ўткирлашувида тана ҳароратини кўтарилиши кузатилиши мумкин. Беморлар тез чарчаб қолишдан, меҳнат фаолиятини пасайишидан ва умумий ҳолсизликдан шикоят қилишади.

Ташқи томондан қаралганда ўзгариш кузатилмайди. Пайпаслаганда юқори жағ танасининг олдинги юзасида оғриқ сезилади. Оғиз дахлизини юқори қисмида шиллиқ қаватлар шишган ва кўкимтир рангда бўлади. Олдинги риноскопияда бурун шиллиқ қаватини ранги ўзгармаганлиги, лекин пастки ва ўрта бурун чиганоқлари соҳасида шиллиқ қаватни гипертрофияга учраганлиги аниқланади. Баъзи беморларда ўрта бурун йўлида куюк йиринг ёки йирингли қасмоқлар кўринади.

Юқори жағ бўшлиғи тубини перфорацияси асосан тиш суғуриш даврида келиб чиқадиган асоратлардан бири хисобланади. Гаймор бўшлиғи тубини юқори жағни альвеоляр ўсиғи ҳосил қилади. Одатда тиш илдизларини бўшлиқ тубига яқин жойлашишида, периодонтит ва кисталарда тиш суғуриш даврида



бўшлик тубини тешилиши кузатилади. Шунинг билан бирга эндодонтик муолажалар, тишларни имплантацияси, илдиз учи резекцияси ва ампутацияси даврида ҳам бўшлиқ туби тешилиб қолиши мумкин. Гаймор бўшлиги тубини перфорациясида тиш катаги ўрнидан ҳаво пуфакчалари аралаш қон ажралади. Бемор бошини олдинга эгганда тегишли тарафда бурундан ҳам қон оқиши мумкин. Оғиздан бурунга ва бурундан оғизга ҳаво ўтиб кетаверади. Баъзи беморларда манқаланиб (буринда) гапириш кузатилади. Тиш олингандан бир неча кун ўтгач беморлар олинган тиш катакчасидан қон ажралиши, суюкликларни ва ҳавони оғиздан бурунга ўтиб кетишидан шикоят қилишади. Кейинчалик гаймор бўшлигида яллиғланиш жараёнлари ривожланиб боради.

Ўткир ва сурункали одонтоген гайморитга клиник текширув усуллари ёрдамида ташхис қўйилади. Қўйилган клиник ташхис рентген текшириш усуллари ёрдамида тасдиқланади. Рентгенограммада тегишли тарафда гаймор бўшлиги тиниқлигини пасайиши кузатилади.

Оғиз ичи рентген тасвирларида тишларда периапикал яллиғланиш ўчоқлари борлигини аниқлаш мумкин.

Ўткир гайморит ўткир пульпит, периодонтит ва уч шохли нерв невралгияси билан қиёсий ташхисланади.

Сурункали гайморит илдиз учи кистаси ва юқори жағ хавфли ўсмалари билан қиёсий ташхис қилинади.

Гаймор бўшлиги ўткир яллиғланишини даволашда бўшлик пункцияси ўтказилади. Антисептик дори воситалари билан ювилади. Бўшлиққа антибиотик ва фермент дори воситалари юборилади. УВЧ, флюктуоризация, диатермия, гелий-неон лазер нурланишлари каби физиотерапевтик даво муолажалари тайинланади. Бурун йўлига қон томирларини торайтирувчи дори воситалари томизилади. Яллиғланишга қарши ва десенсибиловчи дори воситалари белгиланади.

Перфоратив ўткир гайморитда юқори жағ бўшлиги тиш катакчаси ўрнидан ювилади.

Сурункали гайморитни узоқ давом этмаган ва бўшлиқдаги патологик ўзгаришлар чегараланган холатларида сабабчи тиш сугурилади. Бўшлиқни пункцияси ўтказилади. Бўшлиқ ювилади ва дори воситалари юборилади. Шунингдек ўткир яллиғланиш жараёнида тайинланган даво тадбирлари буюрилади. Ўтказилган

муолажалардан кейин беморларни тўлик соғайиши кузатилиши мумкин. Консерватив даволаш муолажалари ёрдам бермаган ҳолатларда Колдуэл-Люк бўйича радикал операция амалга оширилади.

Оператив муолажа маҳаллий огриксизлангириш остида олиб борилади. Тегишли тарафда ён курак тишдан иккинчи катта озик тиш соҳасигача ўтув бурмасидан бироз юқориқоқдан кесма ўтказилади. Юқори жағни олдинги девори очилади. Ит чуқурчаси соҳасидан 1,5×1,5 смли дарча очилади. Хирургик қошиқ ёрдамида гаймор бўшлиғи ўзгарган тўқима ва ёт жисмлардан тозаланади. Гаймор бўшлиғининг медиал девори орқали пастки бурун йўлига 1,5×1,5 смли дарча очилади. Гаймор бўшлиғи йодоформ эритмаси шимдирилган тампон ёрдамида тулдирилади. Тампонни бир учи очилган дарча орқали пастки бурун йўлига чиқариб қўйилади. Ўтув бурмаси соҳасидаги ярага ёпик чоклар қўйилади. Гаймор бўшлиғидаги тампон пастки бурун йўли орқали кейинги кунни олиб ташланади (Расм 9).



Расм 9. Гайморотомия ва перфорацион тешикни бартараф этиш муолажаси.

Перфоратив гайморитда радикал гайморотомия муолажаси ўтказилгач, перфорацион тешик пластикаси амалга оширилади.

Перфорацион тешик грануляцион туқималардан тозалангач, оғиз дахлизи ёки танглайдан олинган лахтақлар ёрдамида бартараф этилади.

Перфорацион тешикни А.М.Холмухамедов ва Э.У.Махкамов (1991) томонидан таклиф қилинган тишини реплантацияси усули билан ҳам бартараф қилиш мумкин. Реплантация қилишдан олдин бўшлиқ тубини қайси илдиздан тешилганлиги аниқланади ва терапевтик муолажадан кейин илдизни $\frac{1}{2}$ қисми резекция қилинади. Илдизни реплантация қилишни яна бир усули винтли кумуш штифт ёрдамида ўтказилади.

Тўғри ўтказилган хирургик муолажалардан кейин асоратлар кузатилмайди.

Юқори жағда касал тишларни ўз вақтида даволаш, яроксиз тишларни кўрсатма бўйича суғуриш ва тиш олиш вақтида эҳтиёткорона ҳаракатларни амалга ошириш бўшлиқ тубини тешилиши ва унда яллиғланиш жараёнларини ривожланишини олдини олади.

III БОБ

ЧАККА-ПАСТКИ ЖАҒ БҮҒИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ЧПЖБ мураккаб функционал бугим ҳисобланиб, ўзига хос хусусиятлари билан таянч ҳаракатланмиш тизимидаги бошқа бугимлардан кескин фарк қилади. ЧПЖБ пастки жағ бугим бошчасини, чакка суягидаги бугим чуқурчасини, бугим думбоғи ва бугим дискини ўз ичига олади. Ана шу барча элементлар бугим капсуласида жойлашади (Расм 10). Бугим диски ЧПЖБ ни юқори ва пастки каватларга ажратиб туради. Бу иккала кават ҳам синовиал суюқлик билан тўлиб туради. Бугимни ички ва ташки бойламлари ажратилади. Ташки уйқу артериясини тармоқлари орқали кон билан яхши таъминлади. ЧПЖБ ни жуфт бугим бўлиши, ҳаракатини бир бирига мослиги унинг бирдан бир асосий кинетик функциясига киради. Бугимда вертикал, сагиттал ва трансверзал йўналишдаги ҳаракатлар амалга оширилади.

ЧПЖБ ни ташкил қилувчи элементлар қўйидаги клинико-анатомик тузилишга эга бўлади:

Пастки жағ бугим ўсиғи эллипс шаклига эга бўлган бугим бошчаси билан тугалланади. Бугим ўсиғининг бугим юзаси коллаген толалардан иборат бўлган тоғай билан копланди.

Бугим чуқурчаси эллипс шаклига эга бўлган коллаген толалари билан копланган ботиклик бўлиб, чакка суягида жойлашади. Бугим чуқурчаси билан бугим ўсиғи бошчасининг катталиги бир хил эмас. Уларнинг конгруэнтлиги ва бугим бошчасининг бугим чуқурчасида қандай жойлашиши мушак ва бойлам аппаратининг ҳолатига боғлиқ бўлади.

Бугим думбоқчаси чакка суяги ёнок ўсиғининг пастки қисмида жойлашган бўртмача бўлиб, бўйи 0,5 дан 2 см гача, қиялик бурчаги эса ўртача 40-45° ни ташкил қилади.

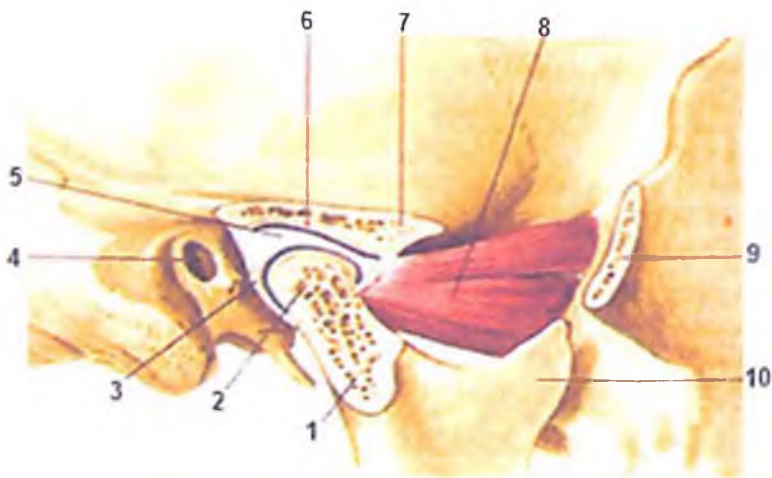
Бугим диски икки томондан сиқилган шаклга эга бўлиб, бугим ўсиғининг бошчаси билан бугим чуқурчаси орасида жойлашади. Диск ўзида тоғай хужайраларини тутадиган қаттиқ фиброз бириктирувчи тукимадан ташкил топади. Шу аснода, у бугим бўшлиғини 1-1,2 мм ўлчамдаги юқори ва 0,5-0,8 мм ўлчамдаги пастки қисмларга бўлади. Бу маълумотларни бугим бўшлиғига дори ёки рентген контраст моддаларни юборганда инобатга олиш

керак. Бўгим дискининг шакли бўгим бошчаси ва бўгим чуқурчаси шаклини айнан такрорлайди.

Бўгим капсуласи қаттиқ фиброз бириктирувчи тўқимадан ва коллаген толалардан ташкил топган. Капсула юқоридан чакка суягига, пастдан эса бўгим ўсигининг бўйин қисмига бирикади. Бўгим капсуласи ташки фиброз ва ички синовиал қаватдан иборат бўлади. Ички синовиал қавати суюқлик ишлаб чиқариб, бўгим юзалари сирпанганда улар орасидаги ишқаланишни камайтиради. Бўгим элементлари ўзаро капсула ичи ва капсула ташқариси бойламлари билан боғланган.

ЧПЖБнинг қон билан таъминланиши ташки уйку артериясини тармоқлари ҳисобига бўлади: яъни – юзаки чакка, чуқур кулок, орқа кулок ногора олди, қанотсимон артерия тармоқлари. Веноз қон айланиши эса юз венаси тармоқлари томонидан амалга оширилади.

ЧПЖБ интерварияси асосан кулок-чакка, катга кулок, кичик энеса, адашган нерв толалари ҳамда бошқа майда тармоқлар орқали таъминланади.



Расм 10. Чакка-пастки жағ бўгимини тузилиши:
 1-пастки жағни бўгим ўсиги; 2-пастки жағни бўгим бошчаси;
 3-бўгим капсуласи; 4-ташки эшитув йули; 5-бўгим диски; 6-бўгим чуқурчаси; 7-бўгим дўмбоқчаси; 8-латерал қанотсимон мушак;
 9-ёнок суягининг чакка ўсиғи (кесилган); 10-пастки жағни тожсимон ўсиғи.

Пастки жағни харакатлари унга бирикадиган мушакларни кискариши натижасида амалга оширилиб, мушаклар шартли равишда 2 гурухга бўлинади:

Оддинги гурухга дахан ости-тил ости, жаг-тил ости, икки коринчали мушаклар кириб, уларнинг кискариши натижасида пастки жағни пастга тушиши ва ва тил ости суягини юкорига кўтарилиши кузатилади. Орқа гурухга хусусий чайнов, чакка, медиал ва латерал капотсимон мушаклар киради. Бундай бўлиниш нисбий ҳисобланади, чунки ҳар бйр мушакнинг кучини колганлари оширади. Шу билан бир каторда, тил мушаклари, мимика мушаклари ва марказий нерв тизимининг регулятор фаолиятини ҳам ҳисобга олиш зарур.

ЧПЖБнинг функционал имкониятлари орасида катта индивидуал фаркланишлар мавжуд бўлиб, улар бўғим алоҳида қисмларининг анатомик тузилишига боғлиқ. Нормада ЧПЖБнинг 3 тури фаркланади:

1) Ясеилашган бўғим. Бўғим чуқурчаси ясеи, аммо кенг. Пастки жағ бошчаси бўртмаган, ясеилашган. Бўғим дўмбокчаси баланд эмас. Бу бўғим типига тўғри тишлар нисбати хос бўлиб, бунда орқага йўналган-қайтарилувчи харакатлар устун туради.

2) Меъёрида бўртиб ботган бўғим. Бўғим бошчаси яхши шаклланган. Пастки жағ бошчаси бўртган. Бўғим дўмбокчаси ҳам яхши ривожланган. Мазкур бўғим типига ортогнатик тишлар нисбати хос бўлиб, бундай ҳолатда орқага қайтарилувчи ва шарнирсимон харакатлар яхши шаклланган бўлади.

3) Кескин бўртиб ботган бўғим. Бўғим чуқурчаси чуқур, аммо тор. Пастки жағнинг бўғим бошчаси бўртган. Бўғим дўмбокчаси баланд, унинг орқа қиялиги кескин ривожланган. Бундай бўғим типига чуқур тишлар нисбати хос бўлиб, бунда шарнирсимон харакатлар устун туради.

ЧПЖБ функционал имкониятларининг индивидуал фарклари нафақат унинг анатомик элементлари анатомияси, балки тиш-жағ аппаратининг ҳолати, чайнов мушакларининг тонуси ва тишлар нисбатининг баландлигига боғлиқ бўлади. Бўғим функцияси ўзгарганда юз тузилиши ўзгариши мумкин ва, аксинча, юз анатомик ҳолатининг ўзгариши бўғим функцияси ўзгаришига олиб келиши мумкин.

Таъххислаши. ЧПЖБ касалликларини таъххислаш анатомик ва функционал ўзгаришлар ҳамда умумий клиник маълумотларга (бемор шикоятлари, анамнез, объектив кўрик, пальпация, тиш-жағ тизимига умумий баҳо бериш, тишлар, тиш протезлари, тишлар нисбати ҳолати ва бошқалар) асосланади. Пастки жағ бўғимида ўзгариш ёки огрик бор беморларни текширганда бўғим ёриқлари ҳолатини, бўғим бошчаларининг ўлчамлари ва тузилишини, бўғим чуқурчаси ва бўғим бошчаси муносабатларини текшириш керак. Оғиз очилганда бўғим бошчалари ҳаракатининг траекторияси, бир бирига мослиги, амплитудаси ва бир текисдалиги ҳамда пастки жағнинг силжиганлик даражасини аниқлаш мумкин. Махсус текширувлар (рентгенография, мастикоцнография, аудиометрия ва бошқалар) ўтказилади. Рентгенологик текширишлар иккита бўғим соҳасида синхрон олиб борилиб, текширув оғизнинг очик ва ёпик ҳолатларида ўтказилади. Оддий рентгенологик усул бўғимдаги факатгина дағал деструктив ўзгаришларни кўрсата олади. Томография усули кўпроқ имкониятга эга бўлиб, у бўғимни каватма-кават текшириш имкониятини беради.

Чакка пастки жағ бўғими касалликларига артрит, остеоартроз, анкилоз, огрикли дисфункция синдроми ва шу сингари бошқа касалликлар киради.

АРТРИТЛАР

ЧПЖБ артрити – чакка пастки жағ бўғимининг яллиғланиши ҳисобланиб, бўғим касалликларини 18% игача ташкил қилади. Яллиғланиш жараёни дастлаб бўғим капсуласида ривожланиб, кейинчалик капсула ичидаги бўғим элементларига таркалиб боради.

Чакка пастки жағ бўғими артрити механик жароҳатлар, инфекциянинг бўғим ичига гематоген-метастатик ёки контакт йўллар орқали тушиши, баъзан айрим системали ревматик яллиғланиш касалликлари натижасида ривожланиши мумкин. Инфекция чакка пастки жағ бўғимида уч хил йўл орқали келиб тушади:

- тўғридан тўғри;
- контакт йўл орқали
- гематоген йўл орқали.

Инфекцияни бугимга туғридан туғри тушиши пастки жағни бугим усиги соҳасидаги очик синишларида бугим капсуласини йиртилиб кетиши натижасида кузатилади.

Контакт артритнинг келтириб чиқарувчи сабабларга йирингли отит, остеомиелит, йирингли паротит ва бугим атрофи юмшоқ тўқималаридаги ўткир яллиғланиш касалликлари киради.

Гематоген артрит бугимга яқин жойлашган аъзолардаги (кулоқ, томоқ, бурун ва пастки жағ) йирингли яллиғланиш ўчоқларидан тарқалади.

Системали ревматик касалликлар натижасида ЧПЖБини ревматоид артритлари ривожланиши мумкин.

Клиник кўриниши. Касаллик сероз яллиғланиш даврида кучсиз клиник симптомлар билан кечади. Пастки жағни харакати даврида бугим соҳасида кескин огриклар кузатилади. Кулоқ дирилдоги соҳасидаги юмшоқ тўқималарда шиш ва инфилтрация кузатилмаслиги ҳам мумкин. Ноадекват даволаш натижаси жараён кучайиб артритнинг йирингли даврига ўтиши мумкин.

Йирингли артритда умумий ҳолсизлик, бош огриги, иштаҳани йўқолиши, тана ҳароратини 38°C кўтарилиши каби организмни умумий заҳарланиш белгилари яққол намоён бўлади. Пастки жағни харакатланиши огрик ҳисобига кескин чегараланади. Бугим харакатланиши огрик ҳисобига кескин чегараланади. Бугим соҳасида пульсацияланувчи огриклар кузатилади. Кулоқ дирилдоги соҳаси терисида тўқималарни шиши ва огрикли инфилтрат аниқланади. Бугим соҳасидаги огрик кулоқ ва чакка соҳаларига иррадиация қилиши мумкин. Ташқи эшитув йўлини олдинги қисмини торайиши кузатилади. Пайпаслаганда регионар лимфа тугунларини катталашганлиги сезилади. Гематоген метастатик ва контакт артритларга бугимни бир томонлама зарарланиши характерли бўлади.

Рентген тасвирида бугим ёриғининг кенгайганлиги аниқланади. Бугим элементларида органик ўзгаришлар кузатилмайди.

Ўткир артритлар даволаш ишлари рационал тарзда олиб борилмаганда сурункали шаклига ўтиши мумкин. Сурункали артритларнинг клиник манзараси турли туман бўлиб, одатда сезиларсиз огриклар билан кечади. Огриклар касалликнинг ўткирлашуви даврида кучайиб, ўткир артритни клиник манзарасини эслатади.

Организмни ревматик системали касалликлари оқибатида чакка пастки жағ бўғимида ревматоид артритлар ҳам ривожланиши мумкин. Ревматоид артритлар бўғимнинг икки томонлама зарарланиши билан кечади ва беморлар текширилганда юрак қон томир системасида юрак пороки, ревмокардит ва шу сингари касалликлар аниқланади. Ревматоид артритда бўғим капсуласининг синовиал каватида пролифератив яллиғланиш жараёнилари кечади. Бўғим капсуласи қалинлашади. Бўғим бўшлиғи ичидаги суюқлик кийин сўрилиб уни ўрнини бириктирувчи тўқима эғаллаб боради. Яллиғланиш жараёнини кечки даврларида бўғимнинг суяк ва тоғай элементлари ҳам ўзгаришга учрайди. Вақт ўтиши билан бўғим бошчасини сурилиши ва бўғимни деформацияси кузатилади. Ревматоид артритда чакка пастки жағ бўғими билан бирга тананинг бошка бўғимлари ҳам зарарланади. Беморлар бўғим соҳасидаги оғрик, овқат қабул қилиш, оғизни очиш ва ёпиш вақтида пастки жағ ҳаракатининг чекланганлигидан шикоят қилишади. Ташки кўриқда бўғим соҳасида ўзгаришлар аниқланмайди. Пайпаслаганда бўғим бошчаси соҳасида оғрик кузатилади. Касалликнинг кечки босқичларида рентген суратида бўғимда деформациялар ва бўғим ёриғининг торайиши аниқланади.

Даволаш. Ўткир артритни даволашда касалликнинг келиб чиқиш сабабидан катъий назар пастки жағ ҳаракатини чеклаб, бўғимга тинч шароит яратиш керак. Бунинг учун зарарланган томонда моляр тишлар оралиғига 2-3 кун муддатга пластинка қўйилиб, пастки жағни ҳаракати индивидуал сопконсимон боғлам билан чеклаб қўйилади. Беморлар даволаш жараёнида фақат суюқ овқат истеъмол қилишади. Яллиғланиш жараёнини олдини олиш мақсадида антибактериал, яллиғланишга қарши, десенсибиловчи ва оғрик қолдирувчи дори воситалари белгиланади.

Яллиғланишга қарши дори воситалари билан биргаликда физиотерапевтик (УВЧ-терапия, диатермия, калий йодид билан электрофорез, консервацияланган тиббий ўт, лазеротерапия, гидрокортизон суспензиясини бўғимга юбориш ва хоказо) даволаш усуллари ҳам қўлланилади.

Гематоген метастатик ва контакт йирингли артритларда йирингни тарқалиб кетишини олдини олиш мақсадида йирингли ўчоқ очилади ва дренажлаб қўйилади.

Ревматоидли артрит консерватив усулда ревматолог шифокори билан ҳамкорликда даволаниши керак. Комплекс даволаш терапиясида антибактериал, яллиғланишга қарши ностероид ва стероид дори воситалари ишлатилади. Бўғим ҳаракати чекланган ҳолатларда даволаш гимнастикасини қўллаш ҳам яхши самарали усул ҳисобланади.

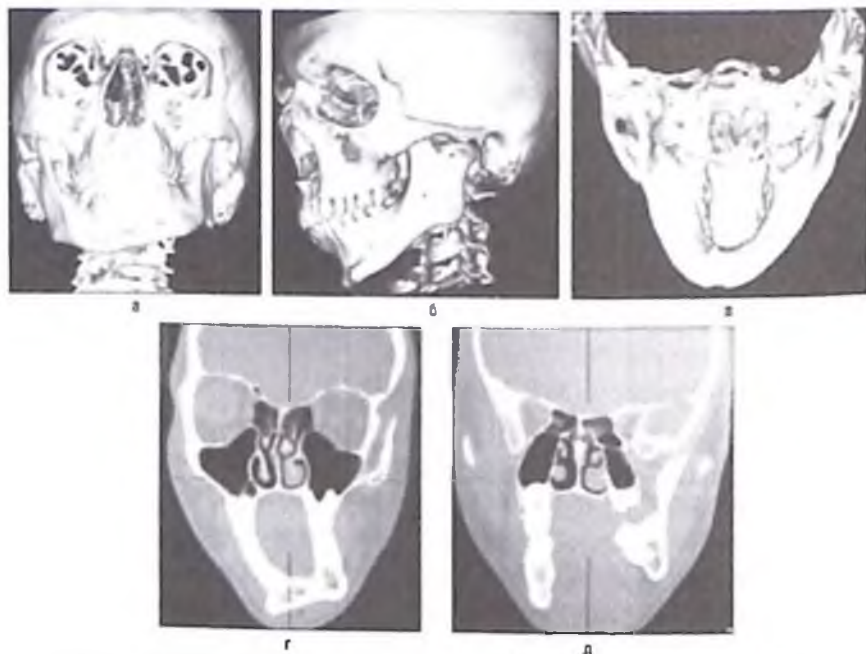
Артритларни ўз вақтида ва рационал тарзда тўлиқ даволамаслик, хусусан болаларда анкилоз касаллигини ривожланишига олиб келиши мумкин.

ОСТЕОАРТРОЗ

Остеоартроз – дистрофик характерга эга бўлган чакка-пастки жағ бўғимининг сурункали касаллиги бўлиб, модда алмашинувидаги ва нейродистрофик бузилишлар, сурункали артритлар, огрикли дисфункция синдроми, бўғимнинг сурункали травмаси, нотўғри протезлаш, чайнов мушаклари ҳолатининг ўзгариши ва бошқа сабаблар натижасида риожланиши мумкин. Бу касалликда тоғай ва суяк тўқимасида суст кечувчи деструкция ва яллиғланиш жараёнлари билан боғлиқ ўзгаришлар оқибатида деформацияланиш билан биргаликда кечадиган суяк-бўғим элементларининг остеосклероз ҳолатлари кузатилади (Расм 11).

Остеоартрознинг асосий сабабларидан бири – бу бўғим тоғай тўқимасининг чидамлилиги ва тушган зарбнинг бир-бирига мос келмаслигидир.

Одатда чайнаш вақтидаги мушаклар кучининг ҳамма тишлар ва уларнинг периодонтига тенг тарқалиши ҳисобига бўғимда зўриқиш кузатилмайди. Чайнов тишларининг бўлмаслиги бўғим ўсиқларининг бўғим чуқурчасига меъёрдан кўп ботишига олиб келади. Бўғим юзаларида ортикча босим вужудга келади. Натижада, бўғим чуқурчасининг чуқурлашиши, унинг суяк пластинкасининг атрофияси кузатилади ва шу сабабдан, тишлов баландлигининг пасайиши вужудга келади. Тиш қаторида моляр ва премоляр тишларнинг бўлмаслиги бўғимнинг «лиқиллаб қолишига» ва бўғим бошчасининг чиқишига олиб келиши мумкин.



Расм 11. Чап чакка пастки жағ бұғимининг иккиламчи деформацияловчи остеоартрози (МСКТ).

Бұғим тоғай юзалари ва менискнинг доимий жарохатлари дегенератив - яллиғланиш касалликларига олиб келади. Тоғай юзалари эластиклигининг камайиши бұғимнинг суяк кисмига бериладиган босимни оширади. Шунинг учун, ЧПЖБдаги деструктив ўзгаришлар бұғимга тушадиган босим ва бұғимнинг чидамлилиги орасидаги нисбат бузилганида келиб чиқади. Суяк тўқимаси босим ортишига мослашади. Бунинг натижасида бұғим юзаларини ён кисмининг кенгайиши хисобига катталашиши ёки суякнинг субхондрал кисмини склерозланиши келиб чиқади.

Остеоартрознинг склерозловчи ва деформацияловчи турлари фаркланади. Склерозловчи турида бұғимнинг говак суяк элементларининг юзаки ва чуқур каватларида склероз кузатилади. Деформацияловчи остеоартрозда бұғим бошчасида суяк деформацияси кузатилади. Бұғим бошчасидаги деформациялар тиканак кўринишидаги экзостоз ва остеофитлардан иборат бўлади.

Клиник кўриниши. Склерозловчи остеоартроз касаллигининг клиник кўриниши кучсиз белгилар билан кечади ва шу боис, беморлар шифокорга кеч мурожаат киладилар.

Деформацияловчи остеоартрознинг клиник намоён бўлиши бугим деформациясининг даражасига боғлиқ бўлади. Беморлар пастки жағни ҳаракат давридаги кучаядиган доимий оғриқдан, оғиз очилишининг чегараланишидан, пастки жағ ҳаракатларининг сустлашишидан шикоят қилишади. Оғизни очиш жараёнида пастки жағнинг шикастланган томонга силжиши натижасида шақиллаш ва қарсиллаш кузатилиши мумкин.

Склерозловчи остеоартрознинг рентген тасвирида бугим бошчаси, бугим чуқурчаси, кўпинча бугим дўмбоғининг юзасидаги суяк қирраларининг қаттиқлашиши ҳамда пастки жағ бугим ўсиғи бошчасининг кичрайиши аниқланади. Деформацияловчи остеоартрознинг рентгенологик кўринишига бугим бошчасининг деформацияси ёки қатгалашиши, суяк қорғикал қаватининг сўрилиши ёки остеофитлар натижасида бугим бошчасининг шаклини ўзгариши хос бўлади.

Даволаши. Остеоартрозни даволаш комплекс усулда олиб борилади. Касалликнинг ривожланиш даражасига қараб медикаментоз, физиотерапевтик, ортопедик ва хирургик даволаш усуллари қўлланилади.

Медикаментоз даволаш йилига 2-3 марта ўтказилиши керак. Бугим соҳасига 2% ли новакани эритмаси ёки 10% ли калий йодид эритмаси 10-12 марта электрофорез қилиш орқали юборилади. Бугим соҳасида моддалар алмашинувини яхшилаш мақсадида консервацияланган тиббий ўт, асалари захри, бутадиион малҳами, гидрокортизон суспензияси электрофорез қилиниши мумкин.

Гидрокортизон суспензиясини 10-12 марта фонофорез орқали юбориш ва орадан 1-2 ой ўтгач калий йодид эритмасини электрофорез қилиш усулини парафинотерапия, чайнов мушакларини уқалаш ва даволаш гимнастикаси билан биргаликда қўллаш остеоартрозни даволашда яхши даволаш самарадорлигини беради.

Тишлар нисбаги бузилган ҳолатларда рационал протезлаш амалга оширилиши керак. ЧПЖБ соҳасида оғриқ кузатилганда оғиз очилишини чегаралаш ҳамда майдаланган овқатларни истеъмол қилиш тавсия этилади.

Бугим бошчаси жиддий деформацияга учраган ҳолатларда хирургик даволаш усуллари қўлланилади. Хирургик усул орқали даволашда бугим бошчаси текисланиб (нивелировка қилиниб),

унга шакл берилади. Менисклар олиб ташланиб, пастки жағ бўғим ўсиғи резекция килиниши мумкин.

Бир вақтнинг ўзида ўтказиладиган артропластикада турли хил аллоген трансплантанг ва имплантатлар қўлланилади.

ОҒРИҚЛИ ДИСФУНКЦИЯ СИНДРОМИ

Оғрикли дисфункция синдроми чакка пастки жағ бўғими касалликлари билан мурожаат этадиган беморларнинг 95%ини ташкил этади. ЧПЖБ функциясининг бузилиши бўғимнинг барча ҳаракатларини бошқариб турадиган нерв-мушак механизмидаги мураккаб ўзгаришларга боғлиқ бўлади. Оғрикли дисфункция синдроми келтириб чиқарувчи сабабларга тишлар нисбатини бузилиши, бруксизм, чайнов мушакларининг гипертонус ҳолатлари киради. Тишлар нисбатини бузилиши тиш ва милк шиллик кавати касалликлари (пародонтит, пародонтоз, тишларнинг патологик емирилиши ва бошқалар), пломбалаш, тиш олиш ёки протезлашдан кейин кузатилиши мумкин. Тишлар нисбатини ўзгариши координацияни бузилишига ва чайнов мушакларини асинхрон қисқаришига олиб келади. Мушакларнинг асинхрон қисқариши натижасида бўғим бошчаси ва бўғим диски ўртасидаги ҳаракатда баланс йўқолади.

Бруксизмда чайнов мушакларининг фаоллиги ошиши натижасида тишларнинг бир-бирига каттиқ жипселашиши вужудга келади ва чакка пастки жағ бўғимига юқори босим келиб тушади. Баъзида бу синдром рухий ва стресс ҳолатлардаги чайнов мушаклари гипертонусида ҳам кузатилади. Бундай ҳолатларда тишлар нисбати меъёрида бўлиши мумкин.

Клиник кўрилиши. ЧПЖБ оғрикли дисфункцияси синдроми бир катор симптомларни ўз ичига олади. Беморлар биринчи навбатда бир томонлама юз ва бошдаги бўйинга тарқалувчи оғриқдан шикоят қилишади. Оғиз очилиши оғриқли ва чегараланган бўлиб, оғиз очилиб-ёпилганда пастки жағнинг S-симон силжиши яққол сезилади. Пастки жағни ҳаракатланлиши ўчоқларини вужудга келиши, чайнов мушакларида алоҳида спазм ишқаланиш каби шовкинлар пайдо бўлиши, крепитация ёки кирсиллаш кузатилади. Крепитация ва ишқаланиш бўғимнинг

пастки қаватида, қирсиллаш эса юкори сирпанувчи қаватида вужудга келади. Баъзида беморлар огиз қуриши ёки гиперсаливация, огиз бўшлиғидаги куйишиш ҳисси ва эшитишнинг пасайишидан шикоят қилишади.

Чакка пастки жағ бўғимишнинг рентген тасвирларида бўғимни суяк элементларида органик ўзгаришлар кузатилмайдди. Баъзан марказий окклюзия ҳолатида ва огиз максимал очилганда бўғим бошчаларининг бўғим чуқурчасида бир бирига мос бўлмаган ҳолда жойлашуви кузатилади.

Огрикли дисфункция синдроми бўғимнинг турли хил артритлари, окклюдон-артикуляциян синдроми, бўйин остеохондрози, уч шохли нерв невралгияси, шунингдек психоген характердаги огриклар билан қиёсий таъхис қилинади.

Қиёсий таъхислашда уч шохли нервнинг ҳаракатлантирувчи толалари Берше ёки Егоров усули бўйича блокадаси бажарилади. Блокада қилиш натижасида мушак спазми бартараф этилади. Бунинг натижасида огрик камаяди ва пастки жағни ҳаракати яхшиланади. Қиёсий таъхис ўтказилаётган бошқа касалликларда огрик йўқолмайди, чунки чайнов мушаклари анестезияси бевосита ЧПЖБга таъсир этмайди.

ЧПЖБнинг огрикли дисфункциялари асосан консерватив усулда даволанади. Даволаш жараёнлари учун таклиф этилган хирургик усуллар (бўғим ўсингида, менискни олиб ташлаш, аутоогоай ва синтетик материалларни қўллаш воситасида ўтказиладиган хондропластика ҳамда капсулани тикиш ва бошқалар) кутилган самарани бермайди ва кўпинча операциядан кейинги даврда турли даражадаги деструктив ва функционал ўзгаришларга олиб келади.

ЧПЖБнинг огрикли дисфункциясини даволашда асосан касалликка сабабчи бўлган омилларни йўқотиш талаб этилади. Биринчи навбатда стресс ҳолатларини, парафункциялар (бруксизм) ни, қаттиқ овқат истеъмол қилиш ва бошқа турли босимни кучайтирадиган, чарчатадиган омилларни бартараф этиш керак. Даволаш жисмоний тарбияси, спазмга учраган мушакларни уқалаш (массаж), турли иссиқлик муолажалари ва игнатерапия усулларини қўллаш даволаш жараёнида муҳим аҳамият касб этади.

Спазмга учраган соҳаларни тери орқали электроанальгезия қилиш, 1%ли тримекаин ва шунга ўхшаш бошқа анестетик

эритмалари билан блокада қилиш ҳам самарали усуллар сирасига киради.

Даволаш даврида пастки жағни харакатини чеклаш чайнов мушаклари, пайлар, капсула ва бугимнинг бошқа элементларига ҳам тинчлик яратиб беради. Бугимга босимни камайтиришни махус пастки жағ аппаратлари ёрдамида амалга ошириш мумкин.

Оғрикли дисфункция синдроми албатта даволаниши керак. Даволаш ишларини вақтида олиб борилмаслиги натижасида бугимда дистрофик ўзгаришлар (артрозлар) ва бугим харакатининг чегараланиши (анкилоз) каби асоратлар ривожланиши мумкин.

IV БОБ СЎЛАК БЕЗЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ

Сўлак безларини яллиғланиш касалликлари ўткир ва сурункали турларига ажратилади. Ўткир яллиғланиш касалликларига эпидемик паротит, постинфекцион ва операциядан кейинги сиаладенит, гриппоз сиаладенит ва бошқалар кирди. Сурункали яллиғланиш касалликлари эса паренхиматоз ва интерстициал сиалоденитлар ва сиалодохитга ажратилади. Бундан ташқари сўлак безларида сўлак тош каслиги ҳам учраб туради. Шу билан бирга сўлак безларида реактив-дистрофик табиатта эга патологик жарёнлар ҳам учрайди. Бу касалликларга гипо ва гиперсаливация, Микулич касаллиги ва синдроми, Шегрен касаллиги ва синдроми кирди.

ЭПИДЕМИК ПАРОТИТ

Ўткир инфекцион касаллик бўлиб, катта сўлак безларининг яллиғланиши билан характерланади. Одатда, кулоқ олди сўлак бези зарарланади, кам ҳолларда – пастки жағ ости (2,1 %) ва тил ости (4,9 %) сўлак безларида кузатилади.

Эпидемик паротит кўпроқ совуқ ва паст ҳарорат кузатиладиган регионларда учрайди. Бу касаллик билан асосан болалар азият чекишади..

Касалликни кузгатувчиси филтрланувчи вирус ҳисобланади.. Касаллик асосан беморлардан соғлом инсонга ҳаво томчи йўли орқали, баъзан бемор текган бирон бир жихозлар орқали ҳам юқиши мумкин. Вируслар 3 кун мобайнида кулоқ олди сўлак безларида аниқланиши мумкин. Касалликнинг 6-7-кунларида антителалар ҳосил бўлади. Инсон танасидан вируслар сўлак орқали ажралади.

Эпидемик паротитнинг инкубацион даври ўртача 2-3 ҳафта давом этади. Касалликларнинг оғирлик даражасига қараб клиник кечишининг 3 хил шакли фаркланади:

- енгил;
- ўрта оғир;
- оғир.

Паротитнинг энгил формасида клиник белгилар кучсиз намоён бўлади. Беморларда тана хароратининг меъёрида бўлиши, кулок олди безлари соҳасидаги огриксиз шиш ва сўлак чиқарув йўлларида кам микдорда тиник сўлак ажралиши мумкин. Баъзан фақат битта кулок олди бези шикастланади. Шиш ва огриклар бир hafta ичида йўқолиб кетади. Уртача огирликда кечишида қисқа продромал даврдан кейин (1-2 кун), кўнгил айниши, иштаҳасизлик, калтираш, бош огриши, бўйни соҳасида огрик, мушак, бўғим соҳасидаги огрик, баъзан тана хароратининг кўтарилиши ва огиз куриши, кулок олди безининг огрикли шиши кузатилади (Расм 12). Кўп ҳолатларда 1-2 кундан кейин бошқа кулок олди сўлак бези ҳам шикастланади, тана хароратининг кўтарилиши одатда $37.5-38^{\circ}$ С атрофида бўлади, шиш тез катталашади. Баъзи беморларда кулок олди бези чиқарув йўлини ва огиз бўшлиғи шиллик пардасининг гиперемияси кузатилади. Саливация одатда пасаяди. 3-4 кундан кейин яллиғланиш белгилари пасаяди.



Расм 12. Эпидемик паротит.

Касалликнинг огир формасида беморларда яққол продромол ўзгаришларидан кейин, кўпинча иккала кулок олди сўлак бези шишади. Тез орада кулок атрофида коллатерал яллиғланишли шиш пайдо бўлади. Шиш аввал пастки жағ шохининг ташки юзасида жойлашиб, кўз косасининг юкори чегарасига таркалади, орқадан сўргичсимон ўсимталаргача боради ва жағ бурчагидан пастга

гушиб, баъзан ўмров суягигача тушади. Пальпацияда огрикли, катталашган кулоқ олди сўлак беzi кулоқ солинодоғини ташқарига итаради ва баъзан ташқи эшитув йўлини сезиларли торайтиради. Баъзан оғиз очиши қийинлашади.

Эпидемик паротитни даволаш, асосан симптоматик ва асоратларни олдини олишга қаратилган бўлади. Тана ҳарорати кўтарилган даврида беморларга қатъий ётоқ режими тавсия қилинади. Кулоқ олди безлари соҳасига иситувчи компресслар, мазили боғламлар физиотерапевтик муолажалар қилинади: соллюкс, УВЧ, УФ-нурланиш, оғиз бўшлиғини доимо чайиб туриш зарур (чайиш, ирригация). Оғиз бўшлиғини 5-6 марта суткасига интерферон эритмаси билан чайиш бемор аҳволини енгилаштиради. Сўлак безлари фаолияти сезиларли даражада пасайганда без йўлларига 0.5 мггача антибиотик эритмалари юборилади. Йирингли яллиғланиш жараёнларини ривожланишида стационар шароитда оператив муолажа қилиш зарур.

Умумий характердаги асоратларни даволашни бошқа мутахассислар билан биргаликда олиб бориш зарур. Профилактик жараёнлар хонани дезинфекция қилиш, ошхона буюмларини қайнатиш, хоналарни шамоллатиш иборат бўлади.

ГРИППОЗ СИАЛАДЕНИТ

Грипп эпидемияси даврида стоматология муассасаларига беморлар сўлак безларининг ўткир сиаладенити белгилари билан мурожат қилади. Ўткир сиаладенит кўпинча битта безда бошланади, аммо бу тез орада иккинча безга ҳам ўтади.

Яллиғланишнинг тез ривожланиши ва 1-2 кун ичида безларнинг йирингли эриши кузатилади. Кейинчалик кетма кетликда майда ва катта сўлак безлари некрозга учраши мумкин. Асосан касаллик кулоқ олди сўлак безларида, баъзан пастки жағ ости ва тил ости сўлак безларида учраши мумкин. Кулоқ олди сўлак безларини зарарланишида оғизни очганда ва бошни кимираганда огрикнинг аломатлари сезилади. Шиш ёноқ, пастки жағнинг орти ва жағ атрофи ҳамда бўйин соҳаларига тарқалади. Беморларда кулоқ олди беzi соҳасида зич огрикли инфилтрат пайпасланади. Кулоқ олди безининг йиринглашида инфилтрат қўшни соҳаларга ҳам тарқалади.

Агарда бу жараён пастки жағ ости сўлак безида учраса беморлар ютинишдаги оғриқдан шикоят қилишади. Коллатерал шиш пастки жағ ости, тил ости, даҳан ва буйиннинг юқор қисмларига тарқалади. Жағ-тил тарновлари ва пастки жағ учбурчаги сохаларида яллиғланиш жараёнини тарқалганлиги яққо аниқланади.

Касалликнинг эрта даврларида оғиз бўшлиғини интерферон эритмаси билан бир кунда 4-5 марта чайкаш буюрилади. Иккиламчи инфекция кўшилган ҳолатларда сўлак безларини антибиотик воситалари юборилади. Яллиғланиш инфилтратларда новокаин блокадасини қўллаш яқин натижа беради. Йирингли-некрозли жараёнда безнинг кесилиши унинг некрозини чеклайди. Даволаш комплекс усулда олиб борилади.

ПОСТИНФЕКЦИОН ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ СИЛАДЕНИТ

Бу касаллик кўпроқ кулок олди безларини зарарлайди. Пастки жағ ости ва тил ости сўлак безларида яллиғланиш жараёнлари кам учрайди.

Постинфекцион ўткир сиаладенит турли хил оғир касалликлардан кейин ривожланиши мумкин. Инфекция сўлак безларига стоматоген, гематоген ва лимфоген йўллар орқали келиб тушади. Сўлак бези чиқарув йўлларида одатда аралаш микрофлора учрайди.

Яллиғланишнинг сероз босқичида гиперемия, шиш ва бироз лейкоцитлар инфилтрация кузатилади. Сўлан чиқарув йўллари эпителий тўқималари бўртиб чиқади. Бу жойда ёпишқоқ сўлак суюқлиги, кучган эпителий тўқимаси ва кўп миқдорда микроблар тўпланиб қолади. Касалликнинг енгил шаклларида жараёни орқага қайтиши кузатилиши мумкин. Натижада шишнинг камайиши, инфилтратни сўрилиши ва яллиғланиш белгиларини пасайиши кузатилади. Сероз шакли йирингли шаклига ўтиши мумкин. Сўлак безларида яллиғланиш белгиларини кучайиши кузатилади. Микроабцесслар ҳосил бўлиши ва сўлак безларини айрим қисмларини йирингли эришини кузатиш мумкин.

Ўткир сиаладенит яллиғланиш белгиларини тез ривожланиши фарқланади. 1-2 кун ичида сўлак безларини некрози юзага келади.

Некрозга учраган без тўқималари секинлик билан соғ тўқималардан ажралади ва узок муддат давомида теридан окма йўли орқали ажралиб туради. Баъзан сўлак безини ҳамма қисмини некрози қузатилиши мумкин.

Сероз ва йирингли паротитда жараён яхши кечган тақдирда 10-15 кундан кейин яллиғланиш белгилари секин-аста тўхтайди. Постинфекцион ва операциядан сўнги паротит икки тарафли бўлиши ҳам мумкин. Бундай ҳолатларда дастлаб яллиғланиш жараёни битта сўлак безини, 2-3 кундан сўнг иккинчисини зарарлаши мумкин.

Бу касалликка цитологик текширувлар асосида ташхис қўйилади. Бу текширувда кўп миқдорда нейтрофиллар, бироз лимфоцитлар, реикуляр ҳужайралар ва макрофаглар аниқланади. Даволаш комплекс усулда олиб борилади..

СЎЛАК БЕЗЛАРИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Сурункали сиаладенит – этиология ва патогенези етарли даражада ўрганилмаган сўлак безларининг яллиғланиш касалликлари ҳисобланади.

Сурункали сиалоденитларни 3 хил шакли фарқланади:

- интерстициал сиалоденит;
- паренхимтаоз сиалоденит;
- сиалодохитлар.

Касалликнинг патологик белгиларини ривожланиш даражасига кўра бошланғич, клиник намоён бўлган ва ва кечки даврлари ажратилади.

Сурункали сиалоденитлар кўпроқ кулок олди безларини зарарлайди. Пастки жағ ости ва тил ости сўлак безларида яллиғланиш жараёнлари кам учрайди.

Интерстициал сиаладенит. Этиологияси кам ўрганилган. Организмни умумий касалликлари оқибатида келиб чиқиши тахмин қилинади. Қандли диабет, гипертония касаллиги, сурункали простатит ва ошқозон ичак тизими касалликларида келиб чиқиши мумкин.

Интерстициал сиаладенит билан кўпроқ катта ёшдаги аёллар азият чекадилар. Сўлак безларининг бир текис катталашини касалликнинг характерли белгиси бўлиб ҳисобланади. Катталашган

сўлак безлари текис юзали, силлик, хамирсимон консистенцияда бўлиб атрофдаги тўқималар билан боғланмайди. Сўлак безини коплаб турган терида ўзгариш кузатилмайди. Сўлак безидаги ўзгариш даражасига караб касалликнинг бошлангич, клиник намоён бўлган ва кечки шакллари фарқланади.

Касалликнинг бошлангич даврида беморлар битта ёки иккита кулоқ олди беzi соҳасида ёқимсиз ҳис борлигидан шикоят қилишади. Кулоқ олди сўлак безларида вақти вақти билан шиш ҳосил бўлиб туради. Пайпаслаганда сўлак беzi соҳасида юмшоқ консистенцияли шиш аниқланади. Касаллик тасодифан аниқланиши мумкин. Сўлак безларини секретор фаолиятида ўзгариш кузатилмайди. Цитологик теширувларда кам миқдорда нейтрофиллар, цилиндрик эпителийлар ва боқалсимон ҳужайралар топилади. Сиалограммада III, IV ва V чи катор сўлак чиқарув йўллариини торайиши кузатилиши мумкин (Расм 13).



Расм 13. Сурункали интерстициал сиалоденит

Клиник намоён бўлган даврида сўлак безлари соҳасида огриксиз доимий шиш аниқланади. Сиалометрияда сўлак безларини секретор фаолияти ўзгармайди ёки сўлак чиқиши пастки чегарагача пасаяди. Касалликнинг қайталаниш даврида сўлак ажралиши камайиб кетади. Сиалограммада беzини ўлчами катталашади, паренхимани зичлиги пасаяди. III, IV катор сўлак чиқарув йўллариини кескин торайиши кузатилади.

Касалликнинг кечки босқичларида беморлар умумий холсизлик, меҳнатга лаёқатсизлик, эшитув тизимларининг пасайганлигидан шикоят қилишади. Вақти вақти билан огиз бўшлигида қуриш кузатилади. Сўлак безлари соҳасида огриксиз ёки бироз огрикли доимий шиш аниқланади. Безлар сезиларли даражада катталашади ва зичлашади. Кам миқдорда эркин сўлак ажралади.

Сиалометрияда сўлак безлари фаолиятини пасайиши аниқланади. Сиало ва пантосиалограммада без паренхимаси аниқланмайди. Кулок олди сўлак беzi чиқарув йўли ва безнинг барча сўлак чиқарув йўллари тораяди. Чиқарув йўллариини айрим қисмларида узилиш кузатилади.

Интерстициал сиалоденит куз-бахор фаслларида қайталаниб туриши билан характерланади. Айрим беморларда касаллик тез тез қайталаниб туриши мумкин.

Ташхис қўйишда касалликка хос бўлган клиник манзара сиалография натижаларига мос келиши керак.

Интерстициал сиалоденит паренхиматоз сиалоденит, сиалодохит, эпидемик паротит ва ўсмалар билан қиёсий ташхис қилинади.

Бу касалликда беморларга донмо эндокринолог ва бошқа мутахассислар кўригидан ўтиб туриши тавсия қилинади.

Паренхиматозли сиалоденит. Паренхиматоз сиалоденитни келиб чиқиши етарли даражада ўрганилмаган. Кулок олди сўлак беzi чиқарув йўлларидаги микрофлора касалликни ривожланишида иккиламчи ўринда туради, лекин жараённи фаол кечишига таъсирини ўтказди.

Паренхиматоз сиалоденитда безнинг охириги бўлимларидаги тугма ўзгаришлар ва тўқималар дисплазияси кистоз бўшликлар хосил бўлишига олиб келади деб тахмин қилинади. Бу бўшликларда сўлак ретенцияси кузатилади ва сўлак ажралиши бузилади. Натижада сўлак чиқарув йўллари орқали инфекция тушиб сиалоденит ривожланади.

Паренхиматоз сиалоденитда йўлдош касалликлар сифатида кўпроқ нафас йўллари, юрак қон-томир ва ошқозон ичак тизими касалликлари учрайди.

Касалликнинг бошланғич даври симптомсиз кечади. Сиалоденит тасодифан аниқланиши мумкин. Ташки кўрикда кулок олди беzi соҳасида ўзгариш кузатилмайди. Сўлак чиқарув йўллари орқали одатдаги миқдорда сўлак ажралиб туради.

Сиалометрияда сўлак ажралишида бузилиш кузатилмайди. Цитологик текширувларда ўзгарган нейтрофиллар, лимфоцитлар, баъан ретикуляр хужайралар, гистиоцитлар ва макрофаглар аниқланади.



Расм 14. Сурункали паренхиматоз сиагоденит.

Сиалограммада без паренхимасида 1-2 мм диаметрдаги кичик бўшлиқлар кузатилади (Расм 14). Без чиқарув йўллари аниқ қисмларида узилиш аникланади, уларнинг чегаралари аниқ ва раво бўлиб, қулоқ олди сўлак безини чиқарув йўли ўзгармайди. Патосиалограммада иккинчи сўлак безида жараёни яшириш кечаётганлигини аниқлаш мумкин.

Клиник намоён бўлган даврида беморлар сўлак безлари соҳасидаги оғирлик ҳисси ва оғизга нордон сўлак ажралишидан шикоят қилишади. Баъзан сўлак безлари катталаниб, унинг айрим қисмларида зичлашиш кузатилади. Сўлак чиқарув йўлларида шиллик аралаш сўлак ажралади.

Сиалометрияда сезиларли ўзгаришлар кузатилмайди. Ремиссия давридаги цитологик текширувларда кам миқдордаги нейтрофиллар, куб шаклидаги эпителий хужайралари, бокалсимон хужайралар топилади.

Сиало ва патосиалограммада 2-3 мм диаметрдаги кўплаб бўшлиқлар кузатилади. Безни паренхимаси ва III, IV, V қатор без чиқариш йўллари аникланади. I қатор сўлак чиқарув йўлларида узилиш бўлиши мумкин. Қулоқ олди сўлак бези чиқарув йўли ўзгармайди, баъзан торайиш ва айрим қисмларида кенгайиш кўринади.

Касалликнинг кечки босқичларида беморлар зарарланган қулоқ олди сўлак бези соҳасидаги доимий шиш, оғирлик ҳисси, сўлак чиқарув йўлларида йиринг ажралишидан, баъзан оғиз қуруқлашишидан шикоят қилишади. Қулоқ олди бези соҳасидаги шиш оғриқсиз ва гадир будир ҳолатида бўлади.

Сиалометрияда сўлак без фаолиятини пасайганлиги аникланади. Суртмани цитологик текширувларда кўп миқдордаги ўзгарган нейтрофиллар, эпителий хужайралари, бокалсимон хужайралар топилади.

Сиалограммада 5-10 мм диаметрдаги кўлаб бўшлиқлар аниқланади. Без паренхимаси ва чиқарув йўллари аниқланмайди ёки айрим қисмларда ўзгарган чиқарув йўллари кўриниши мумкин. Кулок олди сўлак беши чиқарув йўли торайиш ва айрим қисмларида кенгайиш кўринади.

Касалликка цитологик ва сиалографик текширувлар асосида ташхис қўйилади.

СЎЛАК –ТОШ КАСАЛЛИГИ

Бу касаллик сўлак безининг чиқарув йўлларида тош ҳосил бўлиши билан характерланади. Сўлак тош касаллигининг келтириб чиқарувчи сабаблари охиригача ўрганилмаган. Асосий сабаб қилиб сўлак безлари чиқарув йўллари аномик тузилишидаги туғма ўзгаришлар кузатилади. Бу туғма ўзгаришларга I ва II қатор чиқарув йўлларидаги эктазия ва стриктуралар киради. Сўлак чиқарув фаолияти пасайган ҳолатларда бу қисмларда сўлакни туриб қолиши кузатилади. Минераллар алмашинувининг бузилиши, сурункали сиалоденит, сўлак чиқарув йўлларида ёт жисмларни тушиб қолиш ва сўлак чиқарув йўллари жароҳатлари ҳам сўлак тош касаллигини ривожланишига олиб келади. Сўлак тош касаллиги 92-95% ҳолатларда пастки жағ ости сўлак безларида учрайди. Кулок олди ва тил ости сўлак безларида тош кам ҳосил бўлади. Жойлашган жойига қараб тошни шакли ҳар хил бўлади. Безни паренхимасидаги тошлар юмалоқ шаклда бўлса, сўлак чиқарув йўлларидаги тошлар чўзинчок шакли эгаллайди.

Касалликни бошланғич, клиник намоён бўлган ва кечки даврлари фарқланади.

Касалликни бошланғич даври симптомсиз кечади. Тош бошқа касалликларни рентген текшируви даврида тасодифан аниқланади. Сўлак ажралишини тутилиб қолиши касалликни дастлабки белгиси ҳисобланади. Одатда овқатланиш вақтида сўлак беши соҳасида шиш пайдо бўлади. Кейинчалик сўлак беши таранглашиб оғрик пайдо бўлади. Бу ҳолат овқатлангандан кейин бир неча соат давомида ўтиб кетади, лекин кейинги овқатланиш жараёнида қайта такрорланади.



Расм 15. Сўлак тош касаллиги.

Катталашган сўлан беши пайпаслаганда огриксиз, юмшюк бўлади. Безнинг тош бор қисмида зичлашиш кузатилади. Бимануал пайпаслашда жағ ости сўлак беши чиқарув йўлида тош аниқланиши мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва без чиқарув йўлларида ўзгариш кузатилмайди. Сиалограммада сўлак чиқарув йўллари тошдан орқа қисмида бир текис кенгайиш аниқланади. Сўлак чиқарув йўллари чегаралари аниқ ва текис бўлади. Бошланғич даврида беморлар шифокорга учрамаса касаллик клиник намоён бўлган даврига ўтади.

Бу даврда беморлар тил ости ёки лунж соҳасидаги огрикли шишдан шикоят қилади. Умумий ҳолсизлик, тана ҳароратини кўтарилиши, овқатланишни қийинлашиши кузатилади. Ташқи томондан қаралганда тегишли сўлак безлари соҳасида шиш аниқланади. Пайпаслаганда сўлак безлари соҳаси кучли огрийди. Оғиз ичидан қаралганда тил ости ва лунжда тегишли тарафда кизариш ва шиш кузатилади. Пайпаслаб кўрилганда сўлак чиқарув йўли бўйлаб зич огрикли инфилтрат аниқланади. Бимануал пайпаслашда сўлак чиқарув йўллари тортма кўринишида бўлади (Расм 15). Сўлак беши ва чиқарув йўлига босилганда сўлак чиқарув йўлидан шиллик аралаш йиринг ёки қуюк йиринг ажралади.

Сиалографияда сўлак чиқарув йўлларида деформациялар кузатилади.

Касалликни кечки даврида беморлар сўлак беzi соҳасидаги домий шиш ва сўлак чиқарув йўларидан шиллик - йиринг ажралишидан шикоят қилишади. Пайпаслаганда сўлак безлари зич. оғриксиз бўлади. Сўлак безлари босиб кўрилганда йиринг аралаш сўлак ажралади. Сўлак чиқарув йўллари зичлашиб сиалодохит белгилари кузатилади.

Сўлак тош касаллигига рентген текширув усуллари ёрдамида ташхис кўйилади. Оғиз бўшлиғи туби рентген тасвирида пастки жағ ости сўлак безининг олдинги ва ўрта қисмидаги тошлар аниқ кўринади. Безнинг ички қисмида жойлашган тошлар пастки жағни ён проекциядаги рентген тасвирларида яхши кўринади.

Сўлак чиқарув йўлларидаги тошлар чиқарув йўлини хирургик йўл билан очиш орқали олиб ташланади. Безни ичида тош жойлашган ҳолатларда сўлак безларини экстерпация операцияси ўтказилади.

СЎЛАК БЕЗЛАРИНИНГ РЕАКТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИ

Сўлак безларининг реактив-дистрофик касалликларига гипер ва гипосаливация, Микулит касаллиги ва синдроми, Шегрен касаллиги ва синдроми киради.

Бу касалликлар сўлак безларини катталашиши, сўлакни чиқариш ва секретор фаолиятини бузилиши билан характерланади. Организмда юзага келаётган физиологик (хомиладорлик, туғиш, климакс) ва патологик (асаб тизими, кон. бириктирувчи туқима, эндокрин тизими) жараёнларга сўлак безлари фаолиятига таъсир кўрсатади.

Гиперсаливация (сиалорея, гтализм) – сўлакни кўп миқдорда ажралиши ҳисобланади. Сўлак безлари секретиясининг кучайиши турли касалликларга боғлиқ бўлади. Шундай қилиб, гиперсаливация стоматитларда, одонтоген яллиғланиш касалликларида, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси касаллигида, гижжа инвазиясида, кўрғошин ва симоб билан захарланишда, хомиладорлик токсикозида кузатилади.

Парасимпатик асаб тизими касалликлари ҳам гиперсаливацияга олиб келади, у худди рефлектор жараёни сингари намоён бўлади. Бу аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учрайди. Бош мия ўсмаларида гиперсаливация диагностик ва прогностик симптом ҳисобланади. Гиперсаливация эпидемик энцефалитдан кейинги Паркинсон касаллигида ҳам кузатилиши мумкин. Бундай ҳолатларда гиперсаливацияни даволаш мақсадида асосий касалликни даволаш керак.

Беморларда сўлакни кўп ажралаши безларни нормал секретор функциясида ҳам кузатилиши мумкин. Бундай беморларда тилни ёки оғиз бўшлиғи тубини жароҳатланиши, бульбар паралич натижасида ютиш акти бузилган бўлиши мумкин. Оғизда йиғилаётган сўлак худди кўп сўлак ажралаётгандек ҳисси юзага келтиради.

Гипосаливация (гипосалия, олигоптиализм, олигосалия) – сўлакни кам ажралаши, анчагина тез-тез учрайди, баъзан оғиз бўшлиғини қуриши - ксеростомияга олиб боради. Гипосаливация вақтинчалик ходиса сифатида ўткир инфекцион касалликларда: дизентерия, ич терламаси, эпидемик паротит, шунингдек баъзи хазм қилиш тизими касалликларида: сурункали гастрит, гепатохолециститларда намоён бўлади. Сўлак секретцияси баъзи эндокрин тизими касалликларида: гипотериоз, патологик гипогонадизм, физиологик климакс, авитаминоз, анемия, асаб тизими касалликларида камаяди. Шегрен касаллиги ва синдромида ксеротомия етакчи симптом бўлиб ҳисобланади. Ёрдам учун поликлиникага мурожат қилган баъзи беморларда гипосаливация ва ксеротомия сабабларини аниқлаш натижасиз бўлади, лекин у беморларни динамик кузатиш билан аниқланиши мумкин. Ксеростомияни бошланғич, клиник намоён бўлган ва кечки даврлари фаркланади.

Ксеростомияни бошланғич даврида баъзи беморлар оғизни қуруқлашишидан шикоят қилмай, тил ва оғиз шиллик каватидаги ёқимсиз сезги ва оғриқдан шикоят қилишади. Айрим беморлар доимий оғизни қуриши, айниқса сўзлашганда оғиз бўшлиғи шиллик каватида ҳосил бўлувчи қуруқлик ҳиссини қайд қиладилар. Оғиз бўшлиғида кам миқдорда сўлак аниқланади. Шиллик каватлар ўртача намланган, нормал пушти рангга эга бўлади. Сўлак безлари массаж қилинганда кам ёки етарли миқдорда сўлак ажралади.

Пилокорпин ёрдамида сўлак безлари функциясини стимуллаш билан сўлак безларини текшириш саливация кўрсаткичларини норманинг пастки чегараси атрофидалигини кайд килиш имконини беради. Сўлак безлари секретини цитологик текширишда ясси ва цилиндрик эпителий хужайраларини микдори нормага нисбатан оргноклиги кайд килинади.

Ксеростомиянинг клиник намоён бўлган даврида беморларни, айниқса овқат истъемол килиш вақтидаги ва узок гаплашгандаги, эмоционал зўриқишда кучаювчи огиз бўшлиги куруклиги безовта килади. Огиз бўшлиги кўздан кечирилганда шиллик каватни пушти рангда эканлиги, намланган ёки куруклиги, эркин сўлак кам ёки йўклиги аникланади. Сўлак безларини массаж килиш билан чиқарув йўлидан бир неча томчи тиник сўлакни олиш мумкин. Сўлак безлари секретини цитологик текширишда бокалсимон хужайраларни аниклаш мумкин.

Ксеростомияни кечки даврида огиз бўшлигини доимий курушидан ташқари, овқатланиш вақтидаги оргноклар, огизда куйишиш сезгиси кайд килинади. Безни хатто интенсив массаж килган тақдирда ҳам чиқарув йўлларида сўлакни ажратишга эришиб бўлмайди. Бу гурух беморларида кўпинча катарал гингивит, глоссит, сурункали паренхиматоз паротит ва Шегрен касаллиги ва синдроми белгилари кузатилиши мумкин. Пилокарпин билан безлар фаолиятини стимуляциялаш билан ҳам сўлакни олишга эришиб бўлмайди. Сўлакнинг цитологик текширувида жуда кўп хужайравий элементларни, жумладан хилпировчи кубсимон эпителий хужайралари топиш мумкин.

Гиперсаливация ва ксеростомия кузатилган беморларни даволаш катта кийинчиликларни келтириб чиқаради, чунки уларнинг кўпчилигида касалликни этиологияси номаълум бўлади. Ўтказиладиган терапевтик муолажалар ксеростомиянинг сабабчиси бўлган асосий касалликларни даволашга қаратилган бўлиши керак. Ксеростомиянинг бошланғич даврида безлар функциясини стимуллаш мақсадида сўлак безлари соҳасига гальванизация ёки калий йодидли электрофорез ўтказиш керак. Клиник намоён бўлган ва кечки даврларида сўлак безлари соҳасига новакаинли блокадаларни хафтасига икки марта (хаммаси булиб 10 муолажа) килиб, уни гальванизация билан тугатиш керак.

Ксеростомияда Шегрен синдроми ёки касаллиги бор беморлардан бошқаларига даволаш жараёнида галагантаминни 0,5% ли эритмасидан фойдаланиш мумкин. Уни хар куни тери остига 0,5% эритмасидан 1 млдан юбориш керак (хаммаси бўлиб бир курс учун 30 инъекция, даволаш курсин 2-3 ойдан кейин такрорлаш мумкин).

Даволаш натижаларини самарадорлиги беморларни ўзини яхши хис қилиши, оғиз бўшлиги шиллик каватини ҳолати, шунингдек катта ва кичик сўлак безлари фаолиятининг барқарорлашганлиги билан баҳоланади. Ксеростомияни комплекс даволашда оғиз бўшлиги шиллик каватини лизоцим эритмаси билан намлаш, ўсимлик мойи билан артиш, суъний сўлакдан фойдаланиш ва бошқа воситаларни қўллаш лозим.

МИКУЛИЧ КАСАЛЛИГИ ВА СИНДРОМИ

Микулич касаллиги кўз ёш ва сўлак безларининг биргаликдаги катталашishi билан характерланади. Бу жараён лейкоз, лимфагранулематоз, туберкулёз, сифилис ва эндокрин касалликларида кузатилса синдром деб юритилади.

Касалликни этиология ва патогенези ноаник бўлиб, нейротрофик, эндокрин ва аутоиммун бузилишлар натижасида келиб чиқади деб тахмин қилинади.

Микулич касаллиги безларни шишиб катталашishi билан бошланади. Пайпаслаганда зич, огриксиз бўлади. Қоплаб терган тери рангида ўзгариш кузатилмайди (Расм 16).

Оғизда сўлак миқдорини камайиб кетиши касалликни кечки даврларида юзага келади. Сўлак безларида яллиғланиш жараёнлари хам ривожланиши мумкин. Клиник кечиши бўйича интестициал сиалоденитни кечки даврига ўхшаб кетади.

Сиалограмада фақатгина безларни катталашishини кўриш мумкин. Без паренхимаси ва чиқарув йўлларини структурасида ўзгариш кузатилмайди. Касалликни кечки даврларидагина без паренхимаси ва чиқарув йўлларида ўзгариш кузатилиши мумкин.



Расм 16. Микулич касаллиги ва синдроми.

Касалликни даволаш ўзига яраша қийинчиликлар туғдиради. Рентгенотерапияни қўллаш даволаш жараёнида яхши натижа беради, лекин даволашни самарадорлиги узокка чўзилмайди. Без соҳасига новокаинли блокада қилиш ва галантаминни курс бўйича қўллаш тўқималар озикланишини яхшилаб, сўлак безларини секретор фаолиятини стимуллайди. Сурункали яллиғланиш жараёнлари келиб чиққан ҳолатларда сўлак беzi чиқарув йўлларига бактериофаг ва антибиотиклар юборилади. Димексид билан компресс қилиш ҳам даволаш жараёнида яхши натижа беради. Микулич синдромини даволашни ревматолог ва гематологлар билан биргаликда олиб бориш мақсадга мувофиқ келади.

ШЕГРЕН КАСАЛЛИГИ ВА СИНДРОМИ

Бу касаллик ва синдром ташқи секреция безларидаги (кўз ёш, сўлак, тер ва ёғ безлари) етишмовчиликлар натижасида ривожланади.

Касалликнинг этиологияси ва патогенези кам ўрганилган. Патологик жараёни ривожланишида инфекция, эндокрин бузилишлар, вегетатив нерв тизимидаги ўзгаришлар ва аутоиммун ҳолатлар асосий ролни ўйнайди. Барча ташқи секреция безлари функциясининг бузилиши тизимли қизил югурик, тизимли склеродермия ва ревматоид полиартритларда кузатилса Шегрен синдроми деб юритилади.

Шегрен синдроми ва касаллигини бошланғич, клиник намоён бўлган ва кечки даврлари фарқланади. Касалликнинг клиник манзараси турли туман бўлиши мумкин. Бу турли туманлик патологик жараёни кечиш даврларига ҳам боғлиқ бўлади.

Беморлар умумий ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш, қулоқ олди сўлак безларидаги даврий яллиғланиш ва асосан оғиз бўшлигини қуриб қолишдан шикоят қилишади. Баъзан дастлаб кўз шиллик каватини қуриши, ёруғликдан қўрқиш, кўзга қум тикилиш ҳисси кузатилиб, кейинчалик қулоқ олди сўлак безларида шиш ва катталашини ривожланади. Шунинг билан биргаликда бемор қизил югурик, склеродермия ёки бўғим касалликлари билан ревматолог ҳисобида туришини айтиши мумкин (Расм 17).



Расм 17. Шегрен касаллиги ва синдроми.

Ремиссия даврида текширилганда қулоқ олди сўлак безларини катталашганлиги, гадир-будир зич консистенцияга эгалиги, оғриксиз бўлиши аниқланади. Одатда жараён иккала қулоқ олди сўлак безини зарарланиши билан кечади. Баъзан лимфа безлари ҳам катталашади. Сўлак безларини даврий равишда катталашини ёки кичиклашини кузатилади. Қулоқ олди сўлак безларини катталашини беморни умумий аҳволини ёмошлашини олиб келади. Касалликни қайталаниш даври кучли оғрик, тана ҳароратини юқорига кўтарилиши, без чиқарув йўлларида шиллик-йирингли секрет ажралиши билан характерланади. Оғиз бўшлиғи

шиллик каватидаги ўзгаришлар ксеростомияга хос бўлади. Сиалограммада сулак беги паренхимасида чегаралари ноаник бўшликлар аниқланади. Кичик сулак чиқарув йўлларида узилишлар кузатилади. Кулок олди ва жаг ости сулак безларини асосий чиқарув йўллари чегаралари нотекис бўлади. Шегрен касаллиги ва синдромида жараён худди паренхиматоз сиалоденит сингари кечади.

Клиник текширув усулларига асосан ташхис қўйилади. Тер ва ёг безларини зарарланган терини куруклашини олиб келади. Натижада терини кўчиши кузатилади. Ҳамма беморларда эритроцитларни чўкиш тезлиги ошади. Қоннинг оксил фракциялари текширилганда гипергаммаглобулинемия аниқланади. Шегрен касаллиги ва синдромида кузатиладиган сурункали сиалоденит ўсмалар, сурункали паренхиматоз ва интерстициал сиалоденитлар, сиалодохитлар билан қиёсий ташхис қилиниши керак.

Шегрен касаллиги ва синдромини даволаш ревматологик шифохонада олиб борилиши керак. Беморларга цитостатик, стероид, яллиғланишга қарши ва умумқувватловчи дори воситалари буюрилади. Шегрен касаллиги ва синдромидаги сурункали паротитни даволашда димексид билан компресс, новокаинли блокада ва физиотерапевтик даволаш усулларини қўллаш ҳам яхши самара беради.

V БОБ ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИ ЖАРОҲАТЛАРИ

Юз-жағ соҳасининг жароҳатлари келиб чиқиши бўйича куйидаги турларга бўлинади:

1. Механик жароҳатлар;
2. Комбинирланган жароҳатлар;
3. Куйишлар;
4. Совук уришлар.

Механик шикастланишлар жойлашган ўрни, жароҳатнинг характери ва келиб чиқиш механизми бўйича ҳам фаркланади.

Жойлашган ўрни бўйича механик шикастланишлар юз юмшоқ тўқималари ва суяқларида учрайди. Юз юмшоқ тўқималарининг механик жароҳатларига лат ейиш, тирналиш, тери бутунлиги бузилиши билан кечадиган жароҳатлар, тил, сўлак безлари, йирик қон томир ва нервларнинг жароҳатлари киради.

Суюк тўқимасида учрайдиган шикастланишларга пастки ва юқори жағнинг, ёноқ ва бурун суяқларининг синишлари киради.

Жароҳат характери бўйича механик жароҳатлар тешиб ўтувчи, тегиб ўтувчи, кўр, огиз бўшлиғига кирувчи, огиз бўшлиғи билан туташмаган, юқори жағ ва бурун бўшлиқларига кирувчи турлари ажратилади.

Жароҳатнинг келиб чиқиш механизми бўйича уруш ва тинчлик давридаги турлари фаркланади.

Битта жароҳатловчи омил таъсирида юз-жағ соҳасини тананинг бошқа анатомик соҳалари билан бир вақтда жароҳатланиши биргаликдаги жароҳатлар деб аталади.

Бир вақтнинг ўзида иккита ёки ундан ортиқ шикастловчи омиллар таъсирида юз-жағ соҳасида вужудга келган жароҳатлар комбинирланган жароҳатлар деб юритилади.

Термик, кимёвий ва физик омиллар таъсирида юз-жағ соҳасининг куйиши ва совук уриши келиб чиқади.

ЮЗНИНГ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИ

Юз-жағ соҳаси юмшоқ тўқималарининг шикастланишлари механик, термик, кимёвий ва радиация омиллари таъсири

натижасида келиб чиқади. Бу шикастланишлар маиший, транспорт, куча, спорт ва ишлаб чиқаришдаги ходисалар туфайли содир бўлади. Юз-жағ соҳаси юмшоқ тўқималарининг механик шикастланишлари иккита асосий гуруҳга бўлинади:

1. *Юз-жағ соҳаси юмшоқ тўқималарининг чегараланган шикастланишлари.* Чегараланган шикастланишларнинг тери ва шиллик қаватлар бутунлиги бузилмаслиги билан кечадиган турларига лат ейиш, гематома, қон талашлар, тери ва шиллик қават бутунлигининг бузилиши билан кечадиган турларига—шилиниш ва жароҳатлар киради.

2. *Юз-жағ соҳаси юмшоқ тўқималари ва суякларининг биргаликдаги шикастланишлари.* Бу шикастланишлар ҳам тери ва шиллик қават бутунлигининг бузилиши ёки бузилмаслиги билан кечади.

ЮЗ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИНИГ ЛАТ ЕЙИШИ

Юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши асосан тери ости ёғ тўқимаси, мушак, фасция ва чуқур қаватлар ҳамда қон томирларнинг эзилиши ва йиртилиши оқибатида келиб чиқади. Қон томирлар деворини жароҳатланиши оқибатида юмшоқ тўқималарга қон қуйилиши (гематома) кузатилади.

Лат ейишда жароҳатланган соҳаларда оғриқ, шиш ва қон қуйилиши кузатилади. Дастлабки кунларда тўқималар қизғиш рангда, 4–6 кунлари кўкимтир ва 10–14 кунлари эса сарғиш рангга киради. Пайпаслаганда тўқималар юмшоқ бўлиб, шу соҳада енгил оғриқ кузатилади. Томирлар (юз артерия ва веналари) йўналиши бўйлаб тери рангининг ўзгариши бўйин соҳасига ўтади. Чуқур қаватларнинг гематомаларида клиник симптомлар кечроқ пайдо бўлади. Кўз ости нерви ва унинг периферик қисми бўлган кичик ғоз панжаси, энгак нерв толаларининг лат ейиши оқибатида сезувчанлик пасаяди ёки йўқолади.

Лат ейишга клиник текширишлар асосида ташхис қўйилади ва консерватив усулда даволанади. Дастлабки 2–3 кунларда совук компресс (музли пуфак) қўйилади, кейинчалик эса сўрилтирувчи даво муолажалари ўтказилади. Нерв толаларининг жароҳатларида димексид, калий йодид эритмаси ва анестетиклар билан электрофорез қилинади. Ёши катта беморларга оғриқсизлан-

тирувчи, десенсибилизацияловчи ва кон томир деворларини мустахкамловчи дори воситалари буюрилади.

Юз юмшоқ тўқималари шилинишлари асосан юзни бўртиб чикиб турган (пешона, бурун, энгак, ёнок) соҳаларида кўпрок учрайди. Шилинган соҳа атрофидаги тўқималарда шиш учраб, шилинган жойлардан саргиш ёки геморрагик суюкликни чикиб туриши кузатилади. Бу, асосан зарарланган кон ва лимфа томирлардан коннинг суюқ қисми сизиб чиқиши натижасида пайдо бўлади. Одатда бундай жароҳат юзаси қобик билан қопланади ва тагидан эпителизацияланиш сабабли битиб кетади. Агар жароҳатга инфекция тушадиган бўлса, унда шиш катталашиб, йирингли ажралма пайдо бўлади. Клиник кўринишига қараб ташхис қўйилади.

Шилинган жойга антисептик ишлов беришда хлоргексидиннинг 0,12%ли, йоднинг 2%ли спиртли эритмаси ва бриллиант кўки эритмаларидан фойдаланилади. Левомеколь ва ёгли боғламлар қўйиш мумкин. Жароҳатни даволаш 2–3 кунлардан кейин очик усулда олиб борилади. Инфекция тушган ҳолатларда шилинган юза бир неча марта калий перманганатнинг 1:10, 1:15, 1:20 нисбатдаги эритмалари билан ювилади. Натижада шилинган юзада химоя қобиғи ҳосил бўлади. Қобик остида жароҳатнинг эпителизациясига шароит таъминланади.

Тери бутунлиги бузилиши билан кечадиган жароҳатлар. Бунда юз юмшоқ тўқималари терисини бутунлигининг бузилиши кузатилади. Шикастловчи омил ва жароҳатнинг морфологик ўзига ҳослигига қараб кесилган, эзилиб йиртилган, йиртилган, санчилган, чопилган, тишланган жароҳатлар тафовут қилинади. Жароҳат каналининг чуқурлиги бўйича юза ва чуқур жароҳатлар фарқланади. Жароҳатлар баъзан оғиз, бурун ва юқори жағ бўшлиқлари билан туташиб кетади.

Кесилган, санчилган ва чопилган жароҳатларда жароҳат киргоғи текис бўлиб, кўп кон кетиши ва атроф тўқималарда шиш аломатлари кузатилади. Бу шикастланишларда жароҳат канали аник кўринади. Чопилган жароҳатлар кўпинча суяк шикастланишлари билан биргаликда келади. Жароҳатларнинг клиник манзараси унинг жойлашган ўрнига боғлиқ. Юз юмшоқ тўқималарининг жароҳатларига терининг шилиниши, гематомалар ҳосил бўлиши, сўлак безларининг жароҳатланиши, жароҳат

четларини очилиб кетиши ва оғиздан сўлакнинг ажралиб туриши хос бўлади. Жароҳатлар кўпинча оғиз бўшлиғи микрофлораси билан ифлосланади. Овқатни қабул қилиш ва гапириш функциялари бузилади.

Юқори ва пастки лабларнинг жароҳатларида оғиз атрофи мушакларининг қисқариши натижасида жароҳатнинг қирғоқлари очилиб кетади. Оғизнинг айлана мушаклари зарарланиши оқибатида оғиз бўшлиғининг герметиклиги бузилади, натижада оғиздан сўлакнинг оқиб туриши, гапириш ва овқат ейиш функциялари бузилиши кузатилади. Жароҳат тезда оғиз бўшлиғи микрофлораси билан ифлосланади (Расм 18).



а

б

Расм 18. Пастки лабнинг кесилган жароҳати.

а) умумий кўриниши, б) жарроҳлик ишлови бериш ва чок кўйишдан кейинги ҳолат.

Кўз ости ва дунж соҳаларини жароҳатларида миним мушакларни қисқариши натижасида жароҳатларининг четлари очилиб кетади, бу кўп қон кетшига олиб келади. Кўз ости ва пастки қовоқ соҳаларида сезиларли даражада шиш кузатилади. Шиш баъзан юқори қовоқ соҳаларига ҳам тарқалади. Кўз ости соҳаси жароҳатларида кўпинча кўз ости нервини лат ейиши натижасида юқори лаб, бурун қаноти, кўз ости соҳаларининг териси ва оғиз даҳлизининг олдинги ва ўрта қисмлари шиллик қаватларида сезувчанлик бузилиши кузатилади (Расм 19).



Расм 19. Кўз ости ва лунж соҳаларининг жароҳатлари.
 а) умумий кўриниши. б) жарроҳлик ишлови бериш ва чок
 кўйишдан кейинги ҳолат.

Қулоқ олд-чайнов соҳасининг жароҳатларида эса кулоқ олди сўлак беши ва юз нервининг шикастлари кузатилади. Сўлак беши зарарланиши сўлакнинг оқиб туришига, юз нервини зарарланиши эса юзнинг ярми фалажланишига олиб келади. Чайнов мушакларининг жароҳатланиши натижасида чандикли контрактура келиб чиқиб, оғиз очилишининг кийинлашувига сабаб бўлади.

Жағ ости соҳасининг шикастланишларида юз артерия ва венаси, жағ ости сўлак беши, баъзан ҳиқилдок ва трахея, оғиз туби тўқималари ва тилнинг жароҳатланиши кузатилади.

Бурун жароҳатлари шу соҳадаги тўқималарнинг сезиларли шиши ва қонаши билан характерланади. Бурун йўлларида қон кетиши кузатилади. Шиш бурун асоси, кўз ости, лунж ва юқори лаб соҳаларига тарқалади. Бурун нуқсонларида юзнинг кескин хунуклашиши кузатилади. Бу нуқсонларни бартараф этишда кийин реконструктив операциялар ўтказилади.

Стоматологлар амалиётида *оғиз даҳлизи* ва *оғиз хусусий бўшлиғининг* айланаётган борлар ёки сепарацион дисклар таъсирида жароҳатланишлари учрайди. Борлар билан шикастланишларда чуқур ва тор каналли жароҳатлар ҳосил бўлса, сепарацион дисклар кесилган жароҳатларни келтириб чиқаради. Сепарацион дисклар таъсирида ҳосил бўлган тил ости соҳасидаги жароҳатлар ўта хавфли ҳисобланади. Бу вақтда жағ ости сўлак безларининг чиқарув йўллари, тил нерви ва вена қон томирлари, энг асосийси тил артерияси жароҳатланади. Кучли қон кетиши кузатилади. Тил ости соҳаларини сезиларли даражада шишиши асфиксияга олиб келиши мумкин. Бундай ҳолатларда қон тўхтатиш

мақсадида беморлар зудлик билан шифохонага ётқизилади. Шифохонада тил артерияси Пирогов учбурчаги соҳасида боғланади ёки ташқи уйқу артериясини боғлаш операцияси ўтказилади. Борлар ҳосил қилган жароҳатларда кучли қон кетиши кузатилмайди, лекин жароҳатнинг ифлосланиши кузатилади. Бармоқ билан босиб туриб қон тўхтатилади. Яллиғланиш жараёнларининг олдини олиш мақсадида антибиотиклар буюрилади.

Бўйин соҳасининг жароҳатлари хавфли бўлиб, санчувчи ва ўткир предметлар таъсирида келиб чиқади. Йирик магистрал қон томирларнинг зарарланишлари кузатилади. Беморлар кўп микдорда қон йўқотиши мумкин. Айрим ҳолатларда чуқур гематомалар ҳосил бўлиб, нафас йўлларини сиқиб қўйиши натижасида стенотик асфиксия келиб чиқади. Умумий ва ички уйқу артерияларининг жароҳаланиш ўта хавфли ҳисобланади. Бўйин соҳасининг жароҳатларида кўпроқ ташқи уйқу артерияси ва унинг тармоқлари шикастланади. Бу артерия жароҳатланишининг асосий белгиси қон кетиш бўлиб, у босиб турувчи боғламлар қўйилганда ҳам тўхтамайди. Қоннинг ранги тиниқ қизил рангда бўлиб, пульсация кўринишида оқиб туради. Ташқи уйқу артериясидан қон кетишида унинг периферик тармоқлари – юз ва чакка артерияларида пульсациянинг пасайиши кузатилади. Бўйин соҳасининг жароҳатларида ички бўйинтуруқ венанинг ҳам шикастланиши келиб чиқиши мумкин. Венадан қон кетиши кучли бўлиб, лекин пульсацияланиш кузатилмайди. Қоннинг ранги тўқ қизил рангда. Бу вена жароҳатларида ҳаво эмболияси кузатилиши мумкин. Бўйин соҳасининг чуқур жароҳатларида сезиларли даражада шиш кузатилади. Трахея, ҳикилдоқ ва ҳалқум соҳаларининг шишлари овознинг бўғилиши ва югинишининг қийинлашувига олиб келади. Оғиз бўшлиғи туби жароҳатларида сезиларли даражада шишлар ривожланади ва нафас олиш қийинлашиши кузатилади. Бундай вазиятда трахеостома қўйишга зарурат тўғилади.

Тил жароҳатлари тил четларининг очилиб етиши, сезиларли даражадаги шиш, тил ҳаракатидаги оғриқ ва оғриқли ютиниш бўлиши билан характерланади. Жароҳатдан паренхиматоз қон кетиши кузатилиб, тил артериясидан қон кетишидаги каби хавфли бўлмайди.

Хайвонларни тишлаши ва хашоратларнинг чакиши натижасида келиб чикадиган жароҳатлар ҳам хавфли ҳисобланади. Жароҳатга ҳар доим инфекция келиб тушади. Ит, от ва айиқлар томонидан тишланган жароҳатлар четидаги тўкималарнинг эзилганлиги билан характерланади. Сичкон, каламуш, тулкилар томонидан тишланган жароҳатлар йиртилган ёки нуктали кўринишда бўлади. Сичкон, каламуш, тулкилар томонидан тишланган жароҳатлар сибирь яраси, туляремия ва бошка ўта хавфли инфекцион касалликларни келтириб чикариши мумкин. Катта хайвонларнинг тишлаши оқибатида юмшоқ тўкималарнинг нуксонли жароҳатлари кузатилади. Итларнинг тишлаши натижасида кутуриш вирусининг организмга тушиш хавфи тугилади.

Ҳашоратларнинг чакиши билан боғлиқ бўлган жароҳатлар аллергияси бор шахслар учун ўта хавфли ҳисобланади.

Юз юмшоқ тўкималари жароҳатларининг ўзига хослиги кўйидагилардан иборат:

1) юз юмшоқ тўкималарининг кон билан яхши таъминланганлиги сабабли бу соҳадаги жароҳатлар тез ва яхши битади, лекин жароҳат вақтида кучли кон кетиши ва кўп кон йўқотилиши кузатилади;

2) юз юмшоқ тўкималарининг иннервациясининг яхши бўлиши сабабли оғриқ натижасида қарахтлик, сезувчанликнинг йўқолиши ва мимик мушакларнинг парези келиб чиқиши мумкин;

3) оғиз атрофи ва лаб тўкималарида капилляр томирлар тармоғининг кучли ривожланганлиги ва сийрак тери ости ва шиллик ости ёғқаватининг мавжудлиги сезиларли даражадаги шишлар ривожланишига олиб келади;

4) сўлак безларининг жароҳатланиши шу соҳада сўлак оқмалари ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин;

5) мимик ва чайнов мушакларининг қискариши натижасида жароҳат четлари очилиб кетиб, сохта нуксонларни ҳосил қилади;

6) оғиз бўшлиғи герметиклиги бузилиши натижасида оғиздан доимий сўлак оқиб туриши кузатилади;

7) оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг жароҳатлари учрайди;

8) юзнинг хунуклашиши келиб чиқади;

9) бурун, лаб, кулок супраси ва бошка соҳаларда хақиқий нуксонлар учрайди;

10) чайнов мушакларнинг жароҳатланиши натижасида чандикли контрактуралар ривожланиши мумкин.

11) юзда табиий тешикларнинг бўлиши, жароҳатларнинг битиш жараёнида оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

Юзнинг юмшоқ тўқималари жароҳатларини даволаш.
Юмшоқ тўқима жароҳатларини даволаш жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови беришдан бошланади. Юз жароҳатларида жарроҳлик ишлови бериш организмнинг бошқа соҳасидаги жарроҳлик ишловидан фарк қилади. Юзда жароҳатни четларини кесиб текислаш амалга оширилмайди, чунки тўқималарда етишмовчилик кузатилиши мумкин. Бунинг учун жароҳат атрофлари совунли сувда ювилиб, атроф тўқималар сочлардан, қон қолдиқларидан ва ёт жисмлардан тозаланади ҳамда спирт ёки бензин билан ишлов берилади. Жароҳатга антисептик ишлов беришдан олдин 0,25–0,5%ли анестетик эритмалари (новокаин, тремикаин, лидокаин ва ҳ.к.) билан огриксизлантириш ўтказилади. Катта ҳажмдаги ва оғир жароҳатларда олдин премедикация қилиниб, умумий огриксизлантириш остида жароҳатларга антисептик ишлов берилади. Жароҳатларга бирламчи жарроҳлик ишлови 48, баъзан 72 соат ичида амалга оширилиши мумкин. Кесилган, санчилган, чопилган четларни текис жароҳатлар қаватма-қават тикилади ва ёпик чоклар қўйилади. Лабни оғиз даҳлизига кирувчи жароҳатларида чок қўйиш тартиби бошқача бўлади. Чоклар дастлаб мушакларга, кейин лаб қизил хошияси ва териси чегарасига, ундан кейин терига ва охириги навбатда шиллик қаватга қўйилади. Эзилган жароҳатларда жароҳат четлари кесиб текисланиши мумкин.

Оғиз бўшлиғига тешиб кирувчи жароҳатларда дастлаб шиллик қават, кейин мушак ва фасциялар, ундан кейин тери ости ёғ қавати ва терига чоклар қўйилади. Юз юмшоқ тўқималарининг тинчлик давридаги жароҳатларида 48 соат ичида бирламчи жарроҳлик ишлови бериш операцияси амалга оширилса, юзнинг ҳар қандай соҳасидаги жароҳатларга ёпик чоклар қўйса бўлади. Бирламчи жарроҳлик ишлови 48 соатдан кейин амалга оширилса, баъзан лаб, қовок, бурун қанотлари ва қулоқ супралари соҳаларига ёпик чоклар қўйилади. Айрим ҳолатларда беморлар кеч мурожаат қилади ва бирламчи жарроҳлик ишлови 72 соатдан кейин амалга оширилади. Бу жарроҳлик ишлови кечиктирилган бирламчи жарроҳлик ишлови

деб юритилади. Бу вақтда йирингли ўчоқлар очилади ва йиринглаган жароҳат антисептик эритмалар ёрдамида ювилади. Яллигланиш белгилари тугатилгач, бирламчи кечиктирилган чоклар ёки эрта иккиламчи чоклар қўйилади. Тикилган жароҳатга резина чикаргичлар колдирилади. Барча ҳолатларда қокшолга қарши зардоб жадвал бўйича юборилади. Нуксонли жароҳатларда бирламчи жарроҳлик ишлови бериш жараёнида маҳаллий тўқималар билан пластика қилишнинг элементларидан фойдаланилади.

Пастки қовок ва қонъюнктиванинг жароҳатларида қўзнинг айлана мушаги, қонъюнктив ва териға чоклар қўйилади. Қўз ёш безининг чикарув йўллари чокдан ташқарида колдирилади. Қиприк қирғоклари бир бириға мос келтирилади.

Бурун бўшлиғиға тешиб қирувчи жароҳатларда дастлаб шиллик қаватға антисептик ишлов берилади. Тоғай жойиға қўйилиб юмшоқ тўқималар тикилади. Шиллик қаватға чок қўйишни имқонияти бўлмаган ҳолатларда, нуксон юзасиға йодоформ аралашмаси шимдирилган доқа колдирилади.

Қулоқ олди ва жағ ости сўлак безларини паренхимаси ва чикарув йўллари жароҳатларида контраст моддалар билан рентгенография қилинади. Рентген текширув натижалариға асосланиб безнинг паренхимаси ва капсуласи синчковлик билан тикилади. Кейинги навбатда фасция, тери ости ёғ қавати ва тери кетма кетлиғида чоклар қўйилади. Қулоқ олди сўлак безларининг чикарув йўллари жароҳатларида тефлон трубки ёрдамида чикарув йўллари бир бири билан туташтирилиб тикилади. Бошқа ҳолатларда сўлак чикарув йўллари дренаж орқали оғиз бўшлиғи билан туташтирилади. Жароҳатға қаватма-қават чоклар қўйилади. Оғиз бўшлиғида сунъий сўлак чикарув йўллари ҳосил бўлгач, 2-3 ҳафтадан кейин чикарув йўлидан дренаж олиб ташланади. Жағ ости сўлак безларининг жароҳатлари қам учрайди. Қўпроқ паренхима қисми жароҳатланади. Бу вазиятларда без паренхимаси ва капсуласи синчковлик билан тикилиб, тўқималарға қаватма-қават чоклар қўйилади.

Бўйин соҳасининг жароҳатларида сезиларли даражада шиш бўлиб, стеностик асфиксия ривожланганда зудлик билан трахеостома қўйилиб тўқималар қаватма-қават тикилади. Зарур бўлган вазиятларда магистрал қон томирлар боғланади.

Оғиз бўшлиғи, кўз атрофи жароҳатларида айлана мушакларга сўрилувчи чоклар кўйилади.

Ҳайвонлар томонидан тишланган жароҳатларда бирламчи жарроҳлик ишлови ўтказилгандан кейин қутуришга қарши эмлаш курси ўтказилади. Илонлар чакқан вақтда, унинг захрига қарши зардоб юборилади. Қаламуш, сичқон ва тулкилар тишлаган беморлар куйдирги ва туляремияни олдини олиш мақсадида юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилади. Ҳашоратлар чакқан вақтда лейшманиозни олдини олиш чоралари кўрилади. Юз юмшоқ тўқималарни жароҳатларини медикаментоз даволашда антибиотиклар, сульфаниламид, десенсибиловчи дори воситалари ва витаминлар кенг кўламда қўлланилади. Жароҳатларни маҳаллий даволашда антисептик эритмалар, эмульсия ва малҳамлардан фойдаланилади.

ТИШЛАРНИНГ ЧИҚИШ ВА СИНИШЛАРИ. АЛЬВЕОЛЯР ЎСИҚНИНГ СИНИШИ

Тишларнинг чиқиш ва синишлари кўпинча механик таъсир оқибатида келиб чиқади. Юқори жагда жойлашган тишларда синиш ва чиқишлар пастки жагдаги тишларга нисбатан уч баробар кўпроқ учрайди. Тишларнинг жароҳатланишига олиб келувчи омилларга тишларга тўғридан-тўғри тушувчи зарбалар, қаттиқ нарсаларни тишлаш, ҳар хил зарарли одатлар, тиш олиш давридаги шифокорларни кўпол ҳаракатлари ва бошқалар кирди. Тишга тушаётган таъсир кучи остида альвеола катагида жойлашган тишни альвеоляр ўсиққа нисбатан ҳолати ўзгаради. Бунинг натижасида периодонт бойламлари қисман ёки тўлиқ узилади. Нерв-қон томир тутами қайсидир даражада шикастланади. Механик таъсир кучининг даражаси ва йўналишига қараб тиш альвеоляр ўсиқда ҳар хил ҳолатни эгаллаши мумкин. Тишларнинг чиқишини тўлиқ, нотўлиқ ва қоқилган турлари фарқланади. Бундан ташқари тишларни чиқиши тиш ва унинг илдизларини синишлари, альвеоляр ўсиқни синиши билан биргаликда ҳам учраши мумкин.

Тишларни нотўлиқ чиқишида периодонт толаларининг узилиши ва қайсидир қисмида чўзилиши кузатилади. Тиш альвеоляр катакда сақланган, лекин альвеоляр ўсиққа нисбатан ҳолати ўзгарган бўлади. Тиш нотўлиқ чиқишида у тил ёки танглай

томонга кийшаяди. Тишни тож кисми ва илдизи бир-бирига нисбатан карама-карши томонга силжийди. Бундай ҳолатда альвеоляр ўсикнинг девори, тишнинг айланма бойлами ва периодонт тўкималари зарарланади.

Тишларнинг нотўлик чикишида беморлар ҳар хил даражадаги ўз-ўзидан пайдо бўлувчи оғриқка шикоят қилади. Оғриқлар овқатни узиб олиш ва чайнаш вақтида кучаяди. Тишларда кимирлаш кузатилади ва альвеоляр ўсикда нотўғри ҳолатда жойлашади. Беморлар тишларини зич ва тўғри ёпа олишмайди.

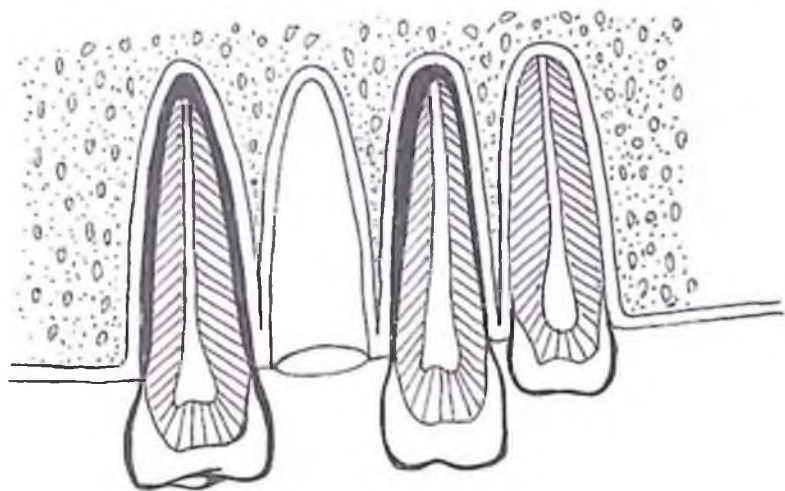


Расм 20. Унг томондаги марказий ва ён курак тишининг нотўлик чикиши ва тиш тож кисмининг синиши.

Ташки томондан қаралганда юкори ва пастки лаб соҳасида шиш, тирналиш, қон талаш ва баъзан жароҳатлар кузатилади. Беморларнинг оғзи ярим очик ҳолатда бўлиб, тишлари яхши жипслашмайди (Расм 20).

Оғиз бўшлиғини кўрилганда шиллик қават ва милқда шиш ва кизаришлар аниқланади. Тиш арофидаги альвеоляр ўсик шиллик қаватида жароҳатлар бўлиб, улардан қон сизиб чикиши мумкин. Тишда кимирлаш кузатилиб горизонтал ва вертикал перкуссияда кучли оғриқ бўлади. Жароҳат олган соҳа пайпаслаганда оғрийди. Нотўлик чиққан тишнинг илдизи йўналишига кўрсаткич бармоқни кўйиб, иккинчи бармоқ билан тишни кимирлатиб кўрилса, тиш илдизини кимирлаётганини сезиш мумкин. Бу ҳаракат орқали тиш

илдизини синган ёки синмаганлигини аниқлаб олиш мумкин (Расм 21).



Расм 21. Тиш чиқиш турларининг чизмалы тасвири.
1—тулик, 2—нотулик, 3—кокилган.

Нотулик чиққан тиш орал ёки вестибуляр томонга силжиган вақтда тиш силжиган тарафда тиш милк чўнтагини торайиши карама—карши тарафда эса уни кенгайиши кузатилади.

Рентген тасвирида тиш илдизини калталашгани, периодонтал ёрикни унғ ва чап тарафда бир хил кенгайганлиги, альвеола катаги тубини тиш илдизидан буш турганлигини кўришимиз мумкин (Расм 22).

Тишнинг нотулик чиқишида, агарда альвеоляр усик синмаган бўлса, маҳаллий оғриксизлангириш остида тиш жойига тўғриланади ва ёнидаги тишларга тиш усти шинаси, лигатура симлари ёки замонавий нур билан қотувчи плёнкалар ёрдамида маҳкамланади. Шундан сўнғ динамик кузатув олиб борилади, тиш пульпаси некрозга учраган тақдирда эндодонтик даволаш ўтказилади.



Расм 22. Тишларнинг нотўлиқ чиқиши рентген тасвири.

Тишларнинг тўлиқ чиқишида периодонт толалари ва тишларни айлана бойлами тўлиқ узилади. Бу вақтда тиш зарба кучи ва ўзининг оғирлиги ҳисобига тиш катакчасидан чиқиб кетади. Тишнинг нерв-кон томир тутами узилиши ҳар доим кузатилади. Баъзан тиш адгезия ҳисобига алвеоляр катак ичида сақланиб қолиши мумкин. Тишларнинг тўлиқ чиқиши юқори жағнинг фронтал тишларида кўпроқ учрайди (Расм 23).



Расм 23. Тишларнинг тўлиқ ва нотўлиқ чиқишлари.

Беморлар тиш чиқиб кетган соҳадаги оғриқдан, эстетик нуқсон ва нутқининг раво эмаслигидан шикоят қилишади.

Беморларни ташки томондан кўриниши нотўлиқ чиқишни клиник кўринишидан фарк қилмайди (Расм 24).



Расм 24. Тишларни тўлиқ ва нотўлиқ чиқишлари.

Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда шиллик қават ва милқда шиш ва кизаришлар аниқланади. Тиш атрофидаги альвеоляр ўсик шиллик қаватда жароҳатлар бўлиб, улардан қон сизиб чиқиши мумкин. Тўлиқ чиққан тиш ўрни қон лахтаги билан тўлган бўлиши мумкин (Расм 25).

Жароҳат олган соҳа пайпасланганда альвеола суяги синган бўлса унинг босилиши кузатилади ва оғрийди. Рентген тасвирида тиш катагида тишнинг йўқлиги кўринади ва альвеоляр суякнинг ҳолатига баҳо берилади.

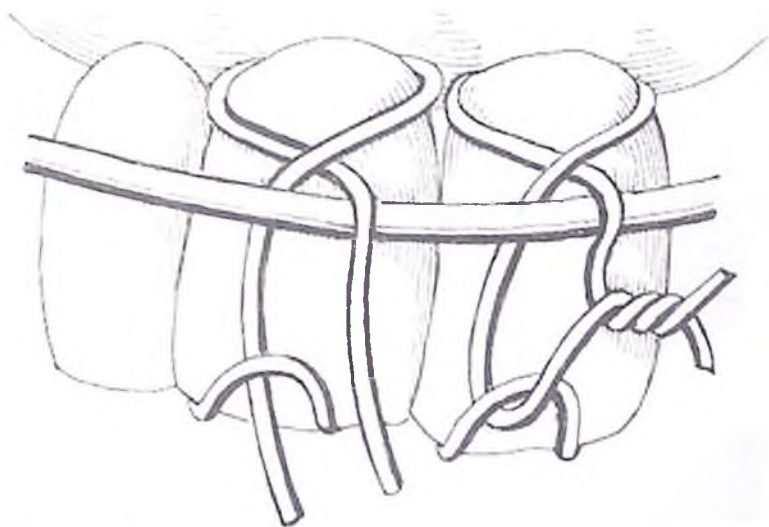
Тиш тўлиқ чиққан вақтда, агар бемор 48 соат ичида шифокорга мурожаат қилса, реплантация операцияси ўтказилади. Бу операцияни ўтказиш учун альвеола катагининг деворлари бутун бўлиши, тиш катагида яллиғланиш жараёнлари бўлмаслиги асосий кўрсатмалардан бўлиб ҳисобланади. Операция қанча вақтли ўтказилса, шунча яхши натижа беради. Реплантация операциясидан аввал тиш эндодонтик даволашдан ўтказилади. Тиш реплантация қилингандан кейин шина каппа ёрдамида маҳкамланади ва окклюзия ҳолатидан четлатилади (Расм 26). Шина каппа 3–4 ҳафтадан кейин олинади.



Расм 25. Ўнг тараф марказий курак тишини тўлик чиқиши.

Периодонт толаларининг қанчалик сақланиб қолганлигига қараб тиш илдизининг альвеола катаги билан битиб кетишининг периодонтал, периодонтал-фиброз ва остеоид турлари фаркланади. Периодонт толаларининг кўп қисми сақланган вазиятларда периодонтал типда битади. Бу битишнинг энг оптимал тури ҳисобланади.

Тишларнинг қоқилган чиқишига тишлар чиқишини алоҳида бир кўриниши сифатида қараш мақсадга мувофиқ бўлади. Чунки бу чиқиш турида қолган чиқиш турларида учрамайдиган айрим клиник белгилар учрайди. Периодонт ёригини тўлик йўқолиши, альвеоляр катак деформацияси ва альвеоляр катак тубининг тешилиши каби белгилар бошқа чиқиш турларида учрамайди. Тишларни тўлик чиқишида тиш альвеоляр суяк ва жағ танасига қоқилиб кириб қолади. Бу чиқиш турида периодонт толалари ва нерв-қон томир тутами тўлик узилади.



Расм 26. К.С. Ядрога бўйича тишларни силлик скоба шинаси ёрдамида маҳкамлаш.

Беморлар тиш соҳасидаги оғрик ва эстетик нуқсон туфайли шикоят қилишади. Қоқилган тиш соҳасидаги шиллик қават шишган, пайпаслашда оғрикли. Жароҳатланган соҳада милк қонаши бўлади. Овқат чайнаш жараёнида оғрик сезилади. Тиш тож қисмини ёнида жойлашган тишлардан анча паст турганлиги кўринади. Айрим ҳолатларда тишларни кесув юзаси милк билан бир хил сатҳда ёки ундан ҳам пастроқда бўлиб қолиши мумкин. Тиш суякка қоқилиб қолганлиги учун кимираш қузатилмайди. Тиш перкуссия қилинганда бироз оғриди.

Рентген тасвирда периодонтал ёрик аниқланмайди, тишнинг жағ суяқларининг қайси қисмида жойлашганлигини аниқлаш мумкин (Расм 27).



Расм 27. Ён курак тиш илдизининг қоқилган чиқиши.

Тишлар тўлиқ чиқишини даволаш режасини тузиш бироз кийинчилик келтириб чиқариши мумкин. Агар қоқилган тишни тож қисмини кесув юзаси ёнида турган тишларниг тож қисмини ярмидан юкорирокда бўлса, тишни ўзини жойига қайтиб чиқишини кутиш мумкин бўлади. Бу даволаш режасини сут тишлари ва доимий тишларни чиқиш даврларида қўллаш мақсадга мувофик бўлади. Тиш чуқур қоқилган ҳолатларда жарроҳик ва ортодонтик усуллар яхши самара беради. Қоқилган тиш соҳасида ва пульпада яллиғланиш жараёнлари бошланадиган бўлса, тиш трепанация қилиниб эндодонтик даво муолажалари ўтказилади.

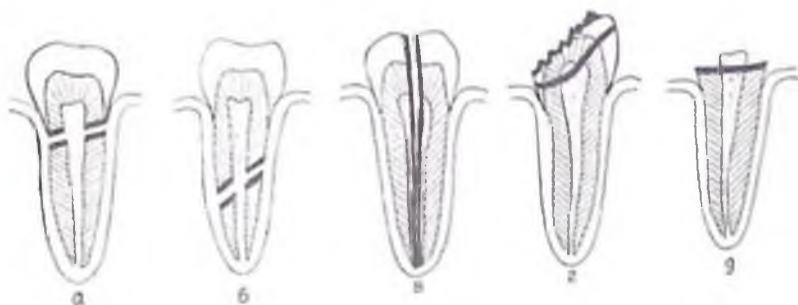
ТИШ СИНИШЛАРИ

Тишларга ҳар хил йўналишда тушаётган кучлар натижасида тишларнинг тож қисми ва илдизларида синишлар келиб чиқади. Тиш олиш давридаги шифокорни кўпол ҳаракати, тиш тож қисмига қўйилган катта ҳажмдаги пломбалар ҳам тишни синишига олибкелиши мумкин. Тишларни синиши кўндалангига, қийшик ва бўйламасига бўлади. Тишларни синишини ўрганишда Чупрынина Н.М. (1985) таснифидан фойдаланилади.

Тиш синишлари (кўндаланг, қийшик, бўйлама; Расм 28):

- а) эмаль чегарасидан синиши;
- б) эмаль ва дентин чегарасидан тиш бўшлиғи очилмасдан синиши;
- в) эмаль ва дентин чегарасидан тиш бўшлиғи очилиб синиши;
- г) эмаль, дентин ва цемент соҳаларидан синиши;
- д) илдизнинг бўйин, ўрта ва учки қисмидан синиши.

Юқори жағнинг фронтал гуруҳ тишлари кўпроқ синади. Ишлаб чиқариш ва автомобил аварияларидаги олинадиган жароҳатлар эвазига бир вақтнинг ўзида бир нечта тишларда синиш рўй бериши мумкин.



Расм 28. Тиш ва тиш илдизларининг синиш чизмаси.

Тиш тож қисмининг эмаль чегарасидан синишлари асосан фронтал гуруҳ тишларида учрайди. Тишларнинг бурчак қисмлари синиб кетади. Тиш бўшлиғи очилмайди.

Тиш тож қисмининг эмаль—дентин чегарасидан тиш бўшлиғи очилмаган ҳолатдаги синишларида беморлар иссиқлик ва механик таъсирловчилардан юзага келадиган оғриққа шикоят қилади. Тиш тож қисмида эстетик нуқсон кузатилади. Бу даврда беморлар шифокорга учрамаслиги ҳам мумкин. Даволаш вақтида олиб борилмаса пульпит касаллиги келиб чиқади (Расм 29).



Расм 29. Марказий курак тишлар тож қисмининг синиши.

Тиш бўшлиғи очилиб қолганда беморлар физик, кимёвий ва механик таъсирлар натижасида оғрик кучайишидан шикоят қилади. Беморлар оғрик кучлилиги сабабли албатта шифокорга учрайди. Тиш синган жойидан тиниқ қизил рангдаги пульпа кўриниб туради. Бир вақтнинг ўзида бир гуруҳ тишларнинг нерв—қон томир тутамлари очилиб қолиши кучли оғрик бўлишига олиб келади.

Синган тишларнинг ўткир қирралари тил ва лаб шиллик қаватларини жароҳатлаши мумкин. Синган тишнинг эмаль қисмида кичик ёрилишлар кузатилади (Расм 30).



Расм 30. Марказий ва ён курак тишлар тож қисмининг синиши.

Тишнинг бўйин қисмидан синиши кўпроқ фронтал гуруҳ тишларида учрайди. Бу синишларда ҳар доим нерв-кон томир тутамини яллиғланиши келиб чиқади. Пушти ёки кўкимтир қизил рангдаги нерв-кон томир тутами тиш илдизидан чиқиб туради. Физик, химик ва механик таъсирловчилар кучли оғрик келтириб чиқаради. Тиш катакчаси атрофидаги шиллик қаватда йиртилишлар кузатилади.

Тиш тож қисмининг тиш илдизи билан биргаликда синиши бўйлама синиш ҳисобланади. Тишни вертикал ўқи бўйлаб зарба тушганда ёки эндодонтик муолажалар ва тиш каналига диаметри каттарок штифт босим билан киритилганда бўйлама синиш кузатилади. Бу ҳолатда эмаль, дентин ва цемент биргаликда синиши. Беморларда овқат чайнаш вақтида тишни синган қисми кимирайди ва оғрик кучаяди. Рентген тасвирида синик чизигини йўналиши аниқ кўринади.

Тиш илдизининг синиши илдизнинг бўйин, ўрта ва учки қисмларида учрайди. Синик чизигининг йўналиши асосан кўндаланг, баъзан кийшик бўлиши мумкин. Тишларнинг илдиз қисмидан синиши тиш тож қисмининг чиқиши билан биргаликда учрайди. Беморлар ҳар хил даражадаги ўз-ўзидан пайдо бўлувчи оғриққа шикоят қилади. Оғриқлар овқатни узиб олиш ва чайнаш вақтида кучаяди. Тишларда кимираш кузатилади. Беморлар тишларини зич ва тўғри ёпа олишмайди.

Тишларнинг илдиз қисмидан синганлигини аниқлашда тишнинг илдизи йўналишига кўрсаткич бармоқни қўйиб иккинчи бармоқ билан тишни кимиралиб кўрилса, тиш илдизини кимираётганини сезиш мумкин. Бу ҳаракат оркали тиш илдизини қайси қисмидан синганлигини аниқлаб олиш мумкин. Тиш илдизини учки қисмидан синишларида бу ҳаракат тўлиқ маълумот бермайди. Тиш илдизининг учки қисмида альвеоляр суякнинг қалин бўлиши тиш илдизини синганлигини аниқлашга йўл қўймайди. Тиш кимиралишганда ва перкуссияда оғрик сезилади.

Рентген тасвирида периодонт ёриги, синиш чизигини йўналиши ва альвеоляр суякнинг ҳолати кўринади (Расм 31).

Тиш тож қисмининг синишларида терапевтик ва ортопедик даволаш усуллари қўлланилади.

Тишларнинг тож қисмини илдиз қисми билан биргаликдаги бўйламасига синишларида тишлар олиб ташланади.

Тиш илдизини бўйин қисмидан синишларида илдиз ичига штифт ясалиб тиш тож қисми ортопедик йўл билан тикланади. Тиш илдизини ўрта қисмидан синган ҳолатларда ҳам тиш илдизига штифт қўйиб тиклаш мақсадга мувофиқ бўлади. Тиш илдизини учки қисмидан синган ҳолатларда тиш каналида эндодонтик даво ўказилиб, илдиз учи резекцияси операцияси ўтказилади.



Расм 31. Ён курак тиш илдизининг илдиз учки қисмидан кўндаланг синиши.

АЛЬВЕОЛЯР ЎСИҚНИНГ СИНИШИ

Альвеоляр ўсиқнинг синишлари эгилиш ёки силжиш механизмлари асосида келиб чиқади. Клиник амалиётда альвеоляр ўсиқнинг синишларини К.С. Ядрога таснифидан фойдаланилади. Бу таснифга кўра альвеоляр ўсиқ синишларини қуйидаги турлари ажратилади:

1) *Қисман* синиши—синиқ чизиғи альвеоляр ўсиқнинг ташқи юзасидан ўтади. Бунда ташқи компакт пластинка бир нечта тишлар альвеоляр катаги ва тишлараро тўсиғи соҳасидан синади.

2) *Нотўлиқ* синиши—синиқ чизиғи ёрилиш кўринишида бутун альвеоляр ўсиқ бўйлаб ўтади. Ташқи, ички компакт пластинкалар ва суякнинг говак қисми зарарланади. Суяк бўлақларини силжиши кузатилмайди.

3) *Тўлиқ* синиши—синишнинг иккита вертикал чизиги горизонтал чизик билан туташиб альвеоляр ўсикни бутун калинлиги бўйича ўтади.

4) *Парчалл* синиши—синик чизиклари бир нечта йўналишда туташган бўлади.

5) *Суяк нуқсони билан* синиши—альвеоляр ўсикнинг бирор бир қисмини узилиши кузатилади.

Юқори жағнинг альвеоляр ўсиғи пастки жағнинг альвеоляр ўсиғига нисбатан узун. юпқа ва унда кон томир ва нерв тутамлари кириши учун суякда кўп тешикчалар жойлашган. Шунинг билан бирга юқори жағнинг альвеоляр ўсиғи олд тарафдан факат буруннинг эластик тоғай қисми билан химояланган. Альвеоляр ўсикни ён томонлардан эса ёнок ёйлари химоялаб туради. Шунинг учун альвеоляр ўсикнинг синиши кўпроқ юқориги жағнинг олдинги қисмида учрайди.

Пастки жағни альвеоляр ўсиғи ўз навбатида юқори жағнинг альвеоляр ўсиғи ва тишлари билан, ён томондан эса пастки пастки жағ танаси ва ёнок ёйлари билан химояланган. Суякларнинг анатомик тузилиши ва жойлашган ўрнига кўра синишлар кўпроқ юқориги жағ суягининг альвеоляр ўсиғида учрайди.

Синган суяк бўлаклари асосан огиз бўшлиғи тарафига силжийди. Баъзан ташқарига силжиши ёки ўз ўқи атрофида айланиб қолиши мумкин. Синган суяк бўлаклари кўп ҳолатларда суяк усти пардаси ёки шиллик қават билан туташган бўлади. Альвеоляр ўсик синишлари тишларни синиш ва чиқишлари билан биргалиқда учрайди. Синик чизиклари кўпинча аркасимон шаклда бўлади. Синик чизиклари юқори жағда илдизларни тепа қисмидан, пастки жағда эса пастки қисмидан ўтса, суякни битиши яхши кечади. Синик чизиклари илдизлар орқали ўтса, суякни битиш жараёнлари кийин кечади ва яллиғланиш жараёнларини келтириб чиқаради. Альвеоляр ўсикнинг ён қисмидан синишларида юқори жағ бўшлигининг туби ҳам синиши мумкин.

Альвеоляр ўсик синишларида беморлар юқори ёки пастки жағ соҳаларидаги огрикдан, тишларни жипслашуви ва овқат чайнаш давридаги огрикни кучайишидан, тишларни нотўғри жипслашувидан, огиздан кон келишидан *шикоят* килади. Ташки томондан қаралганда огиз атрофи ва лунж соҳалари юмшоқ тўқималарида шиш кузатилади. Терида шилинишлар, жароҳатлар

ва қон талашлар бўлиши мумкин. Беморларни оғзи ярим очик ҳолатда бўлади, баъзан қон аралаш сўлак ажралиб туради.

Оғиз ичида лаб ва лунж шиллиқ каватларида эзилиб йиртилган жароҳатларни, юмшоқ тўқималарга қон қуйилишларни кўриш мумкин (Расм 32).

Синик бўлақларини силжишларида альвеоляр суяк устини қоплаб турган шиллиқ каватлар йиртилади ва суяк очилиб қолади. Тишлар нисбати бузилади. Бимануал пайпаслаганда синик бўлақларининг патологик кимирлаши ва оғриқ кузатилади.



Расм 32. Юқори жағ альвеоляр ўсигини фронтал соҳадан синиши.

Синик чизиги ёнида жойлашган тишлар перкуссияда оғриқди. Клиник жиҳатдан синик бўлақларини силжиши кузатилмаса, у ҳолда бимануал пайпаслаш орқали синик бўлақларини жойлашган ўрни ва ўлчамини аниқлаш мумкин. Қўйилган ташхисни тасдиқлаш ва даволаш режасини ишлаб чиқиш учун рентгенологик текширув ўтказилади (Расм 33).

Оғиз ичи рентген тасвирида синик чизикларини йўналиши ва уларнинг тиш идизларига нисбатан ҳолати аниқ кўринади (Расм 34).

Альвеоляр ўсик синишларини даволашда ўтказувчан оғриқсизлантириш остида синган суяк бўлақлари жойига қўйилиб тишлар нисбати тикланади. Синган бўлақларнинг ҳар бирида 2–3

тадан кам бўлмаган соғлом тишлари бўлса, силлик скоба шинаси қўйилиб иммобилизация қилнади.

Юқори жаг альвеоляр ўсигини иммобилизациясида фронтал гуруҳ тишларини кесув юзасидан ўтадиган маҳсус илмоқчали симли шиналар ёки тез қотувчи пластмассадан тайёрланувчи каппа шинасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ келади. Альвеоляр ўсиқ иммобилизациясидан кейин тишларни албатта бир неча марта электродонтодиагностика қилиш керак бўлади. Тиш пульпаси некрозга учраган тақдирда эндодонтик даво ўтказилиб, тиш плумбланади. Агар альвеоляр ўсиқ синишларида силлик шина скоба қўйишнинг имконияти бўлмаса, тез қотувчи пластмассадан тиш милк шиналари тайёрланиб, иммобилизация ўтказилади. 5–7 ҳафтадан кейин шиналар олиб ташланади.

Альвеоляр ўсиқни нуқсонли синишларида суяк четлари фреза ёрдамида текисланиб, суяк усти пардаси ва шиллик қават мобилизация қилиниб тикилади. Агар шиллик қават мобилизациясини имконияти бўлмаса, йодоформ аралашмаси ёки Alvogil малҳами шимдирилган тампон синган соҳада қолдирилади. 7–8 кундан кейин тампон алмаштирилади.



Расм 33. Юқори жаг альвеоляр ўсигида синик чизигини йўналиши.

Синик чизиги тиш илдизлари бўйлаб йўналган ҳолатларда маҳаллий соҳада микроциркуляциянинг бузилиши ҳисобига суякда битиш кузатилмайди. Синган тиш илдизларини қўшимча кесмалар ўтказиб, лахтак ажратиб олишга тўғри келади. Бу ҳолат

локал соҳада микроциркуляцияни янада бузилишига олиб келади. Натижада яллиғланиш жараёнлари ривожланиб, синик бўлаклари секвестрацияга учраши мумкин.

Шунинг учун бундай клиник ҳолатларда альвеоляр ўсикнинг нуқсонли синишларидагидек бирламчи жаррохлик ишловини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади.



Расм 34. Пастки жағ альвеоляр ўсигини ён тарафдан синиши.

ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ СИНИШЛАРИ

Пастки жағ суягини синишларини жуда кўп таснифлари мавжуд. Клиник амалиётда Б.Д.Кабаков ва В.А.Малишевлар томонидан ишлаб чиқилган тасниф кенг қўламда қўлланилади. Бу таснифга асосан пастки жағ суягининг синишлари қуйидаги гуруҳларга ажратилган.

А. Жойлашиши бўйича:

- I. *Пастки жағнинг тана соҳасидан синишлари:*
 - а) синик чизигида тишларни бўлиши;
 - б) синик чизигида тишларни бўлмаслиги.
- II. *Пастки жағнинг шох қисмидан синишлари:*
 - а) хусусий шох қисмидан;
 - б) тожсимон ўсигидан;

в) бўғим ўсиғидан.

Б. Сениш хусусияти бўйича:

а) сеник бўлақларини силжиши билан;

б) сеник бўлақларини силжимасдан;

в) чизикли;

г) парчали.

Пастки жағ суягига тушаётган механик таъсир кучи суяк тўқимасининг пластик кучидан юқори бўлса, сениш жараёни кузатилади. Суякнинг бундай ҳолатдаги сениши травматик сениш ҳисобланади. Суяк тўқимасида учрайдиган кисталар, хавфли ўсмалар, дисплазия, сурункали остеомиелитлар ва шунга ўхшаш бошқа касалликларда арзимаган куч таъсирида ҳам суяк сениши мумкин. Бу ҳолатдаги сенишларга суякнинг патологик сенишлари дейилади.

Суяк тўқимасининг сенишлари механик таъсирловчи куч тушаётган жойнинг ўзидан ёки қарама-қарши тарафдан бўлиши мумкин.

Сеник чизигининг йўналишига қараб сенишлар кўндаланг, бўйлама, қийшиқ ва зигзагсимон бўлиши мумкин. Бундан ташқари катта ва кичик бўлақли сенишлар кузатилади.

Сеник бўлақларининг сонига кўра битта, иккита ва кўп бўлақли сениш бўлиши мумкин. Агар сеник чизиклари жағ суягининг бир томонида жойлашган бўлса, бир томонлама, иккала тарафида ҳам жойлашса икки томонлама сенишлар дейилади. Пастки жағнинг бир томонлама сенишлари кўпроқ учрайди.

Клиник жиҳатдан пастки жағни тана соҳасидан сенишлари қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1) энгак соҳасидан сенишлари (қозик тишдан қозик тишгача ораликда),

2) ён соҳасидан сенишлари (қозик тишдан 2–моляр тишгача ораликда),

3) бурчак соҳасидан сенишлари (2–моляр тишдан 3–моляр тиш катакчаси оралиғида).

Пастки жағ суягининг тана қисмида сенишларида шиллик қават ва суяк усти пардаси йиртилади. Кўп ҳолатларда сеник чизигида тиш илдизлари жойлашган бўлиб, сеник ёриғи оғиз

бўшлиғи билан тутшиб туради. Шунинг учун пастки жағни тиш каторидан ўтадиган ҳамма синишлари очик синиш ҳисобланади.

Пастки жағнинг шох қисмидан синишлари асосан ёпик ҳисобланади. Агар суякни атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг жароҳати билан биргаликда учраса очик синиш бўлиши мумкин.

Пастки жағ суягининг синиш механизмлари.

Пастки жағ суягининг синиш механизмлари 4 гуруҳга бўлинади: эгилиш, силжиш, сиқилиш ва узилиш (Расм 35).

Пастки жағ суягининг синиши кўпроқ эгилиш механизми асосида келиб чиқади. Пастки жағ суягининг қайрилган ва юпқа жойлари нозик ҳисобланиб, синишлар кўпроқ ўша соҳаларда учрайди. Пастки жағ суягининг нозик жойларига ментал тешиқ ва козик тишлар катаклари соҳаси, бурчак соҳалари, бўғим ўсиғи соҳалари ва кам ҳолатларда энгак соҳаси қиради. Мана шу кўрсатилган соҳаларда пастки жағ суягида синиш *эгилиш* механизми бўйича кузатилади.

Эгилиш механизми бўйича синишнинг клиник турлари:

а) энгак соҳасига олдиндан орқага йўналишда катта майдонда куч таъсир қилганда пастки жағ суягини бўғим ўсигининг бўйин соҳасидан бир томонлама ёки икки томонлама билвосита синиш кузатилади;

б) пастки жағнинг ён тарафига кичик майдонда куч таъсир қилганда таъсир қилинаётган соҳанинг нозик жойларида синиш кузатилади;

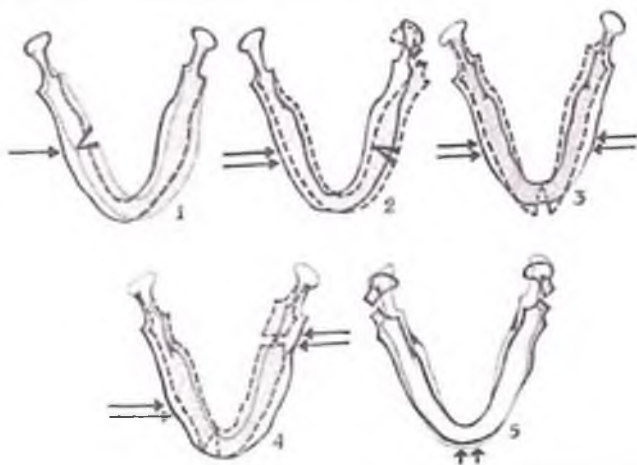
в) пастки жағнинг ён тарафига катта майдонда куч таъсир қилганда жағнинг карама–қарши тарафининг бурчак ва бўғим ўсиғи асосидан билвосита синиш кузатилади;

г) пастки жағнинг иккала ён тарафидан симметрик тарзда катта майдонда куч таъсир қилганда энгак соҳасидан синиш кузатилади.

Шундай қилиб пастки жағнинг катта юзасига тушаётган механик куч таъсирида билвосита, кичик майдонга тушаётган куч таъсирида бевосита синишлар келиб чиқади.

Силжиш механизми. Пастки жағ суягининг таянчи бўлмаган қисми таянчи бўлган қисмига нисбатан силжийди. Пастки жағ суягининг бурчак қисмига тожсимон ўсиқ проекциясида пастдан юқорига қараб кичик майдонда берилган куч таъсирида таянч

нуқтаси бўлмаган суяк қисми тепага қараб силжийди. Натижада пастки жағ суягининг шох қисмидан бўйламасигасиниши кузатилади. Пастки ёки юқориги жағда моляр тишлари бўлмаганда, тишсиз жағларда оғиз ярм очик ҳолатда бўлганда пастки жағни синишида силжиш механизми кузатилади.



Расм 35. Пастки жағ суягининг синиш механизми (Вассмунд буйича).

- 1—эгилиш ҳисобига пастки жағнинг танасидан тўғри синиши; 2—эгилиш ҳисобига пастки жағнинг танаси ва бугим ўсиғидан нотўғри синиши; 3—эгилиш ҳисобига пастки жағнинг энгак соҳасидан нотўғри синиши; 4—эгилиш ҳисобига пастки жағнинг чап бурчак ва унғ энгак соҳасидан нотўғри синиши; 5—эгилиш ҳисобига пастки жағнинг икки томонлама бугим ўсиғи соҳасидан нотўғри синиши.

Сиқилиш механизми. Пастки жағ суягининг бурчак қисмига пастдан юқорига қарабкатта майдонда берилган куч натижасида суякда сиқилиш кузатилади. Бунда пастки жағни бугим бошчаси бугим чуқурчасига бориб тиралиб қолади. Натижада пастки жағ суягининг шох қисмининг ўртасидан кўндалангига синиш кузатилади.

Узилиш механизми. Энгак соҳасига юқоридан пастга қараб йўналган куч таъсирида келиб чиқади. Беморнинг тишлари жипслашган ҳолатда бўлиши керак. Бу вақтда барча чайнов мушакларини реффлектор қисқариши кузатилади. Тожсимон ўсиққа келиб бириккан чакка мушаги тожсимон ўсиқни узиб олади.

Натижада пастки жағ суягининг тожсимон ўсиғидан синиши келиб чиқади (Расм 36).

Пастки жағ суягининг синиб силжиши куйидаги омилларга боғлиқ бўлади:

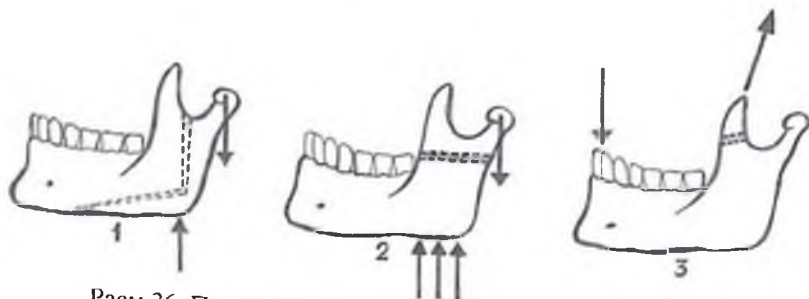
- 1) синик бўлақларига бириккан мушакларнинг қисқаришига;
- 2) таъсир килувчи кучнинг давомийлигига;
- 3) синик бўлақларининг огирлигига.

Синик бўлақларининг силжишида чайнов мушаклари катта ўрин тутлади. Пастки жағ суягига бириккан мушаклар жуфт бўлиб, симметрик тарзда жойлашади ва иккига гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳ мушакларини қисқариши пастки жағ суягини *юқорига* кўтарди. Бу гуруҳ мушакларига: чайнов мушаги (**m. masseter**), медиал канотсимон мушак (**m. pterygoideus medialis**), латерал канотсимон мушак (**m. pterygoideus lateralis**), ва чакка мушаги (**m. temporalis**) киради.

Иккинчи гуруҳ мушакларини қисқариши пастки жағ суягини *пастга* туширади. Бу гуруҳ мушакларига: икки қоринчали мушак (**m. digastricus**), жағ-тилости мушаги (**m. mylohyoideus**), энгак-тилости мушаги (**m. geniohyoideus**), энгак-тил мушаги (**m. genioglossus**), тилости-тил мушак (**m. hyoglossus**) лари киради (Расм 37).

Мушакларнинг биргаликдаги ҳаракати туфайли пастки жағ суяги куйидаги йўналишларда силжийди.

— *пастки жағни юқорига силжитади*: чакка, чайнов, медиал канотсимон мушаклар;



Расм 36. Пастки жағ суягининг синиш механизмлари. 1—пастки жағ шох қисмининг силжишдан синиши; 2—жағ шох қисмининг сиқилишдан синиши; 3—пастки жағ тож ўсиғининг узилишдан синиши.

– *пастки жағни пастга силжитади*: икки қоринчали, жағ-тилости, энгак–тил мушаклари;

– *пастки жағни олдинга силжитади*: латерал қанотсимон, медиал қанотсимон (икки томонлама қисқарганда), чайнов (юза қавати) мушаклари;

– *пастки жағни орқага силжитади*: чакка (орқа тутамлари), икки қоринчали ва энгак–тил мушаклари;

– *пастки жағни чапга силжитади*: ўнг латерал ва медиал қанотсимон мушаклар, чап чакка, икки қоринчали, жағ–тилости ва энгак тил ости мушаклари;

– *пастки жағни ўннга силжитади*: чапва медиал қанотсимон мушаклар, ўнг чакка, икки қоринчали, жағ–тилости ва энгак–тилости мушаклари.

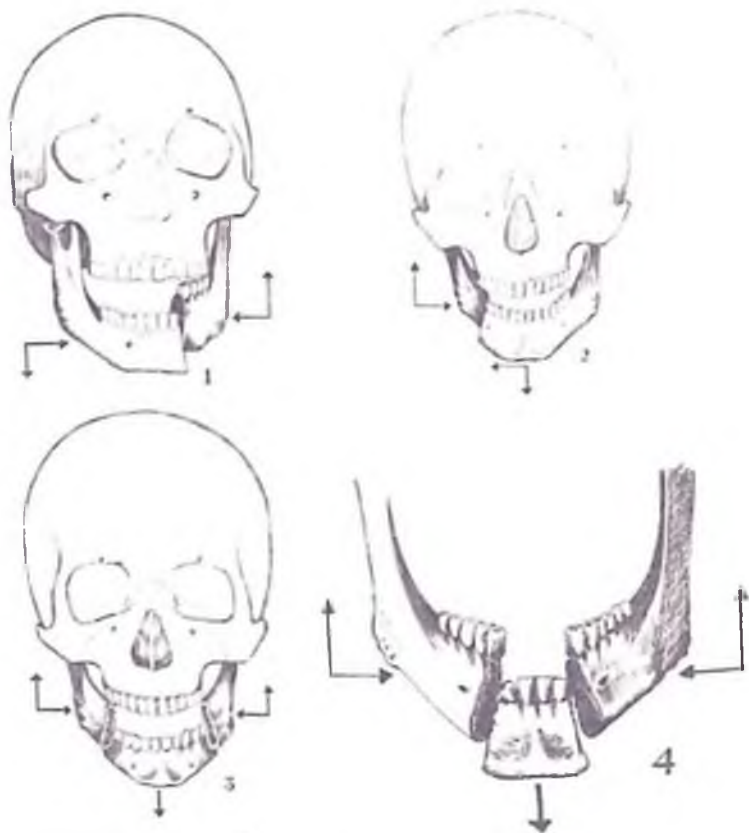


Расм 37. Пастки жағга бириккан чайнов мушаклари.

а: 1–*m. temporalis*; 2–*m. masseter*; 3–*m. pterygoideus medialis*; 4–*m. pterygoideus lateralis*; 5–*m. geniohyoideus*; 6–*m. digastricus*; 7–*m. mylohyoideus*; б: 1–*m. temporalis*; 2–*m. digastricus*; 3–*m. hyoglossus*; 4–*os hyoideum*; 5–*m. mylohyoideus*.

Шундай қилиб, олдинги гуруҳ мушаклари катта синик бўлагини пастга қараб силжитади. Жағ–тилости мушаги эса синик бўлақларини ўз ўқи атрофида айлантриб **огиз** бўшлиғи томонга суради. Медиал қанотсимон мушак катта синик бўлагини синиш томонга силжитади. Чайнов ва чакка мушаги кичик синик бўлагини юқорига силжитади. Чайнов мушаги кичик синик бўлаги асосини ташқарига, альвеоляр ўсиқ ва тишларини **огиз** тарафга силжитади.

Латерал канотсимон мушак кичик синик бўлагини ичкарига силжитади. Пастки жағ суяги синишларида синик бўлаклари юқорига, пастга, ичкарига ва ташқарига силжийди. Пастки жағни кийшик синишларида синик бўлакларини горизонтал сатҳда силжиши кузатилиши мумкин (Расм 38).



Расм 38. Синик бўлакларини силжини турлари(чизма).

1—пастки жағнинг чап томондаги козик тиш соҳасидан синиши: кичик бўлак юқорига ва ичкарига, катта бўлак пастга ва синиш тарафига силжиган; 2—пастки жағнинг ўнг томон бурчак соҳасидан синиши: катта бўлак пастга ва ташқарига, кичик бўлак юқори ва ичкарига силжиган; 3—пастки жағнинг бурчак соҳасидан икки томонлама синиши: пастки жағ шохлари юқори ва ичкарига, катта синик бўлаги пастга ва орқага силжиган; 4—энгак соҳасидан икки томонлама синиши: катта синик бўлаклари ичкарига, дистал қисмлари юқорига, олдинги қисми қисман пастга, кичик синик бўлаги пастга ва орқага силжиган.

ПАСТКИ ЖАҒ СИНИШЛАРИНИНГ КЛИНИК КҮРИНИШИ ВА ТАШХИСЛАШ

Пастки жағ синишларига субъектив ва объектив текшириш усуллари ёрдамида ташхис қўйилади. Қўйилган ташхис кўшимча текширув усуллари ёрдамида тасдиқланади. Беморлар пастки жағ соҳасидаги огрик, шиш, тишларнинг нотўғри жиплашиши ва жағ ҳаракатидаги огриклардан шикоят қилади. Овқатни кесиб олиш ва чайнаш жараёнлари кучли огрикли бўлади. Айрим беморлар энгак соҳаси териси ва пастки лабда сезувчанликни йўқолишидан шикоят қилади. Бош мия чайқалиши бор беморларда бош айланиши, бош огриги, кўнгил айнаши ва қайт қилиш ҳолатлари кузатилади.

Касаллик тарихини йиғиш жараёнида жароҳат рўй берган жой, жароҳат вақти, шароити ва сабабларига каттга эътибор қаратиш керак бўлади. Бош мияни жароҳатларни ва мия асосини синишини белгилари бор ёки йўқлигига эътибор берилади. Тананинг бошқа соҳаларида ҳам жароҳат бор ёки йўқлиги текширилади.

Беморларни объектив текширганда эс-ҳуши жойидалигига, нафас олишига, артериал қон босимига эътибор қаратиш керак. Ташки томондан қаралганда жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг шиши, гематома ва синик бўлақларини силжиганлиги ҳисобига юз конфигурацияси ўзгарганлиги аниқланади. Юз терисида қон талашлар, тирналиш ва жароҳатлар бўлиши мумкин.

Пастки жағ суяги синишларини текширишда пайпаслаш усули ҳам қўлланилади. Пайпаслаш пастки жағни симметрик нуқталарида бажарилади. Бунда пастки жағ суягини қирғоқлари пайпасланиб суяк бўртиқлари, нуқсонлари, синган жойдаги огрик ва шиш аниқланади.

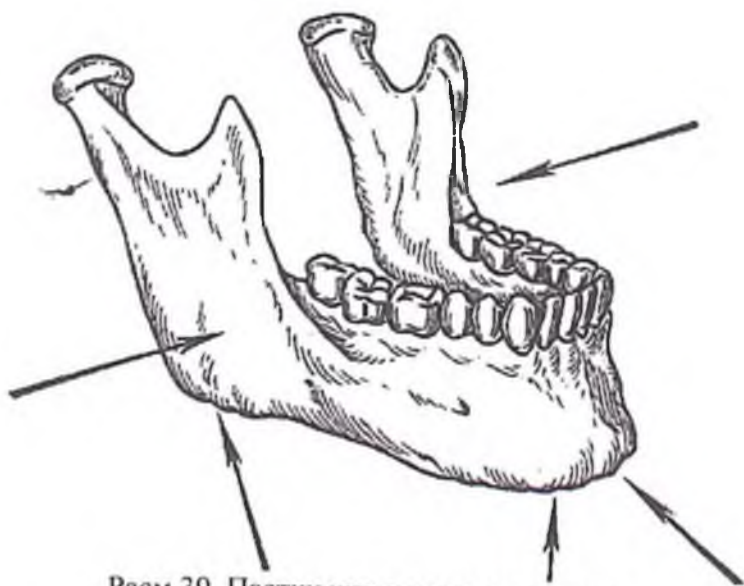
Кейинги навбатда босим белгиси текширилади. Босим белгиси синган жойдан узоқроқ, пастки жағни соғлом қисмидан берилади. Беморлар жағ суягини синган жойида огрик борлигини айтишади ва шу соҳани кўрсатишади (Расм 39).

Босим белгиси қўйидагича бажарилади:

- кўрсаткич ва бош бармоқ энгак соҳасига қўйилиб олдиндан орқага йўналишда босим берилади. Пастки жағнинг тана, бурчак ва шох соҳаларидан синишларида бу белги мусбат бўлади;

- пастки жағнинг иккита бурчак соҳасининг ташки юзасига кўллар кўйилиб марказга каратилган йўналишда босим берилади. Энгак соҳасидан синишларида бу белги мусбат бўлади:

- пастки жағ бурчак соҳасининг пастки кисмидан пастдан юкорига йўналишда босим берилади. Пастки жағнинг шох кисмидан синишларида бу белги мусбат бўлади.



Расм 39. Пастки жағ синиш механизми.

Пастки жағ синишларида синик бўлакларининг босим таъсирида озрок даражада силжиши ҳам кучли оғрикка олиб келади. Оғрик бўлаётган жойни беморлар кўли билан кўрсатишади. Бу жой суяк бўртиклари, нуқсони ва шиш кузатилган соҳа билан мос тушади. Пастки альвеоляр нервни узилиб кетган ҳолатларида пастки лабда, энгак соҳаси терисида сезувчанлик йўқолади. Бундан ташқари синиш чизигидан медиал тарафда тишларда, милкда ва аникланади.

Бўгим ўсигини синишларини аниқлашда бўгим бошчасининг ҳарактланиш амплитудасига эътибор каратиш керак. Бунинг учун ва бемордан оғзини очиш-ёпиш, ўнгга-чапга суриш сўралади.

Бунинг натижасида бўғим бошчасининг синхрон ҳаракатланиши бор ёки йўқлиги аниқланади. Синхрон ҳаракатланиш бузилган бўлса, бўғим бошчаси тегиншли тарафда синган бўлади.

Кейинги текшириш босқичи оғиз бўшлигини кўригидан бошланади.

Беморга оғизни очиш ва ёпиш таклиф қилинади. Пастки жағни ҳаракатланиш амплитудасининг камайиши синиш жараёни борлигидан далолат беради. Чунки оғизни катта очиш вақтида синик бўлақларининг силжиши ҳисобига оғрик бўлади ва беморлар оғзини катта очмасликка ҳаракат қилишади.

Текшириш жараёнида тишлар жипслашувига алоҳида эътибор қаратиш керак (Расм 40). Синик бўлақларини силжиши ҳисобига тишлар яхши жипслашмайди. Катта суяк бўлагига пастки жағни пастга туширувчи кўп мушаклар келиб бириккан бўлади ва унинг кучи юқорига кўтарувчи мушакларнинг кучидан кўпроқ бўлади. Шунинг учун катта бўлак пастга силжийди. Натижада бу соҳада очиқ тишлар жипслашуви юзага келади. Кичик суяк бўлагига бириккан пастки жағни юқорига кўтарувчи мушакларнинг кучи туширувчи мушакларнинг кучидан кўпроқ бўлгани учун пастки жағ юқорига қараб сижийди. Шу сабабли кичик суяк бўлагига жойлашган тишлар юқори жағ тишлари билан жипслашади. Альвеоляр ўсикни қоплаб турган шиллик қаватга алоҳида эътибор қаратиш керак. Суяк тўқимаси синиб силжиган жойларда шиллик қаватнинг йиртилиши кузатилади. Синик чизикларида тишлар жойлашган бўлиши мумкин. Синик чизиги соҳасидаги тишлар перкуссияда оғрийди.

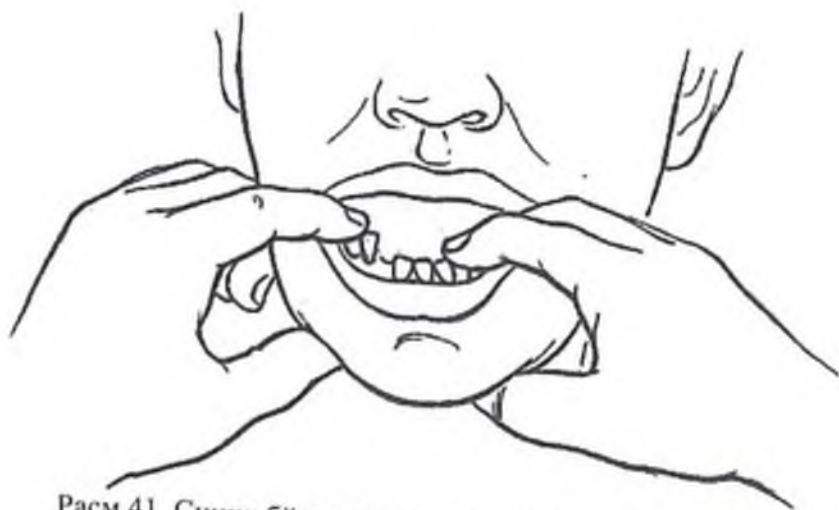
Пастки жағ синишларини аниқлашдаги энг ишончли белгилардан бири—синик бўлақларининг кимирлашидир (Расм 41). Пастки жағнинг тиш қаторларидан синишларида бу белгини яққол кўришимиз мумкин. Қўлларнинг кўрсаткич бармоқлари синик бўлақларидаги тишларга қўйилади, бош бармоқ билан пастки жағ танаси ушланади. Кейин синик бўлақлари ҳаракатлантириб кўрилади. Натижада синик бўлақларини кимирлаши аниқланади.

Клиник қўйилган ташхисни тасдиқлаш мақсадида рентген текширув усуллари ўтказилади. Рентген тасвирида синик чизигининг йўналиши, суяк бўлақларининг силжиш даражалари, суяк парчалари ва тиш илдизларининг синик чизигига нисбатан жойлашиши аниқланади. Рентген тасвирлари олд ва ён

проекцияларда ўтказилади ёки ортопантограмма қилинади. Бўғим ўсиғи синишларида чакка пастки жағ бўғими томограммаси тўлиқ маълумот беради. Клиник–рентгенологик теширувлар асосида тўлиқ ташхис қўйилиб, даволаш режаси ишлаб чиқилади.



Расм 40. Пастки жағ синишларида тишлар жипслашувининг бузилиши.



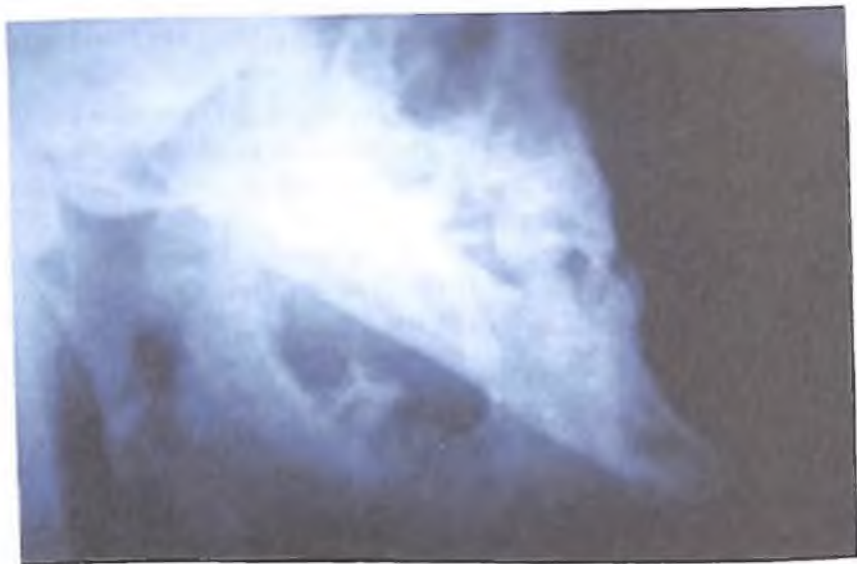
Расм 41. Синик бўлақларининг қимирлашини аниқлаш.

ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ ЁН ТАРАФДАН СИНИШИ

Пастки жағ суяги танасининг ён тарафдан синиши кўпроқ зарба тушган жойда кузатилади ва бевосита синиш ҳисобланади. Пастки жағ суягининг ён тарафидан синишини клиник кўриниши синиқ чизигининг марказий чизикдан қанча узоқликда жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Синиқ чизиги марказий чизикдан қанча узоқликда жойлашган бўлса синиқ бўлақларини силжиши яққол намоён бўлиб бораверади.

Пастки жағнинг ён тарафидан бир томонлама синишларида иккита суяк бўлақлари ҳосил бўлади. Катта суяк бўлаги пастки жағни пастга туширувчи мушакларнинг қисқариши ҳисобига пастга силжийди. Латерал қанотсимон мушак ва қисман медиал қанотсимон мушак, оғиз туби мушакларининг қисқариши ҳисобига синиқ тарафига силжийди. Кичик синиқ бўлаги пастки жағни кўтарувчи мушакларнинг қисқариши ҳисобига юқорига силжиб антогонист тишлари билан контакт ҳолатига келади. Жағ суягининг альвеоляр ўсиғи ичкарига унинг асоси эса ташқарига қайрилади. Тишларни жипслашуви дўмбокчали жипслашув бўлади. Пастки жағ тишларини лунж дўмбоклари юқори жағ тишларининг танглай дўмбокларига келиб тегиб туради. Шундай қилиб тиш ёйи бузилиб марказий чизик синиқ тарафига қараб силжийди. Катта суяк бўлагининг синиқ чизигига яқин жойлашган тишлари юқори жағ тишлари билан жипслашмайди. Моляр тишлар соҳасидагина дўмбокчали жипслашув бўлиши мумкин. Шиллик қаватни йиртилиши ва пастки альвеоляр нервни узилиб кетиш ҳолатлари кузатилиши мумкин. Агар синиқ чизиги энгак тешигини ўздан ўтса, қон томирларни жароҳатланиши ҳисобига кучли қонаш кузатилиши ҳам мумкин.

Пастки жағни ён тарафидан синишларида беморлар пастки жағ соҳасидаги оғрикдан, оғизни очиш ва чайнаш жараёнида оғрикни кучайишидан шикоят қилади. Синиқ бўлақлари кўп ҳолатларда силжиганлиги учун, беморлар тишларни ногўғри жипслашуви ва баъзилари синган томонда энгак ва пастки лаб териси соҳасида сезувчанликни йўқолганлигини айтишади (Расм 42).



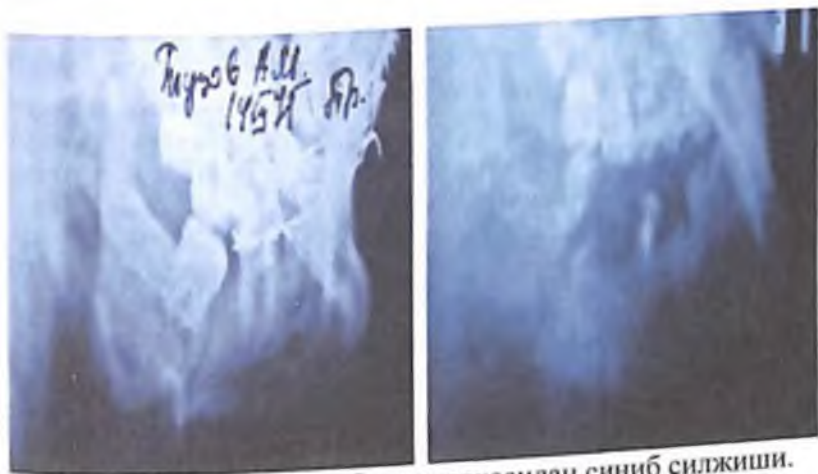
Расм 42. Пастки жағ суягини ён тарафидан синиши.

Оғиз бироз очик, энгак марказий чизиқдан синган тарафга бироз силжиган. Синган тарафда лунж соҳасининг пастки қисми ва жағ ости соҳасида жароҳатдан кейинги шиш аниқланади. Шу соҳани терисида қон талаш ва кўкаришлар бўлиши мумкин. Пастки жағ суягининг қиргоғи пайпаслаб кўрилганда қозик тиш ёки премоляр тишлар соҳасида суяк бўртиғи аниқланади. Оғиз очиш даврида синик бўлақларини силжиши ҳисобиға беморлар оғзини катта оча олишмайди. Оғиз даҳлизи ва тилости соҳаси премоляр тишлар соҳасида юмшоқ тўқималарға қон қуйилиши кузатилади. Премолярлар ёки иккинчи премоляр ва биринчи моляр тишлар оралиғида шиллик қаватда йиртилишлар кузатилиши мумкин. Синик чизиғи соҳасидаги тишлар перкуссияда оғрийди. Тишлар нисбати бузилади. Синик бўлақларини қимирлаш белгиси мусбат бўлади.

Пастки жағ суягининг ён тарафдан туширилган рентген тасвирида синик бўлақларининг вертикал сатҳда силжиганлигини, тиш илдизларини синик чизиғиға нисбатан жойлашган ўрнини, суяк бўлақчалари бор ёки йўқлиғи, тиш илдизларини чиқиш ва синишларини кўриш мумкин. Олд тарафдан ўтказилган рентген тасвирида ҳам фронтал сатҳда синик бўлақларини силжиши аниқланади.

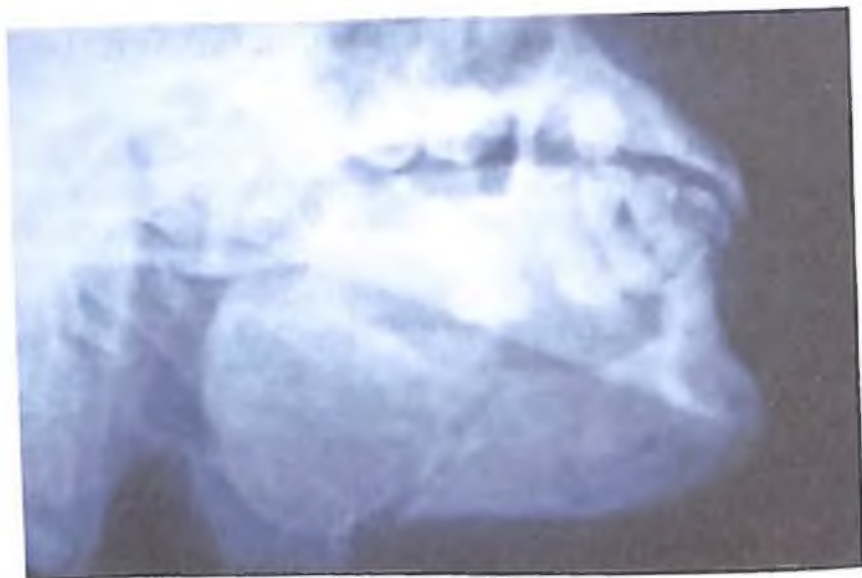
ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ БУРЧАК СОҲАСИДАН СИНИШИ

Пастки жағ суягини бурчак соҳасидан синиши кўп учрайди. Синиқ чизиги ақл тиш катаги, ақл тишни орқасидан, иккинчи ва учинчи моляр тишлар орасидан ўтиши мумкин. Баъзан ақл тишини кичик суяк бўлагиди колиши кузатилади (Расм 43). Пастки жағни бурчак қисмидан синишлари кўпинча бевосита, баъзан билвосита бўлиши мумкин. Агар синиқ чизиги чайнов ва медиал канотсимон мушакларни бирикиш жойидан олдинроқда бўлса, синиқ бўлақларини силжиши сезиларли даражада бўлади (Расм 44). Агар синиқ чизиги чайнов ва медиал канотсимон мушакларни пайларини ичида жойлашса ва пайлар йиртилиб кетмаса, у ҳолда синиқ бўлақларини силжиши жуда сезиларли даражада бўлмайди. Пастки жағни бурчак соҳасидан бунақа синишлари камдан-кам учрайди. Синиқ бўлақларини силжиши синиқ чизикларини жағ суяги компакт пластинкасида қай ҳолатда жойлашганлигига ҳам боғлиқ бўлади.



Расм 43. Пастки жағни бурчак соҳасидан синиб силжиши.

Агар синиқ чизиги марказий чизикка нисбатан компакт пластинканинг ташқи юзасида олдинда, ички юзасида орқароқда жойлашган бўлса кичик суяк бўлағи чайнов ва чакка мушакларини қисқариши ҳисобига юқорига ва бироз синиқ тарафига силжийди.



Расм 44. Кичик суяк бўлагининг юқори жағ тишларигача силжиши.

Жағ бурчагининг пастки қирғоғи ташқарига, олдинги қирғоғи эса орал томонга буралади. Агар кичик синиқ бўлагида ақл тиши бўлса, синиқ бўлаги тишлар жипслашгунча силжийди. Ақл тиши кичик бўлакда бўлмаса альвеоляр ўсиқ ёки ретромольар соҳа юқори мольар тишларига бориб теккунча сурилади. Юқори мольар тишлари бўлмаган ҳолатларда юқори жағни альвеоляр ўсигига бориб тегади. Катта суяк бўлаги пастга ва синиқ тарафга сурилиб, кичик суяк бўлагини ички қисмига сурилиб киради. Катта синиқ бўлагида соғ тарафда мольар ва премольар тишлар соҳасида дўмбоқчали тишлар жиплашуви, қолган тишлар соҳасида тишлар бир—бирига тегмайди. Беморларда кийшиқ очик тишлар жипслашуви аниқланади.

Агар синиқ чизиги марказий чизиққа нисбатан компакт пластинканинг ташки юзасида орқада, ички юзасида олдинроқда жойлашган бўлса синиқ бўлақларини силжиши сезиларли даражада бўлади. Кичик суяк бўлаги юқорига, ичкарига ва бироз олдинга силжийди. Синиш ҳисобига суякда ҳосил бўлган нишаблик латерал қанотсимон мушакка кичик суяк бўлагини ичкарига суришига ҳалақит бермайди. Катта суяк бўлаги пастга ва синиқ тарафга

сурилади, лекин кичик суяк бўлагини ички қисмига сурилиб крмайди.

Агар синик чизиги 8 тиш катагидан ўтиб компакт пластинканинг ташки ва ички юзасида бир хил сатҳда жойлашса, суяк бўлакларида силжиш кузатилмаслиги ҳам мумкин.

Пастки жағ суягининг бурчак соҳасидан синишларидаги беморлар шикоятти пастки жағни ён тарафидан синишларидаги шикоятлардан деярли фарк қилмайди. Қулок олди—чайнов соҳасининг пастки қисмида шиш кузатилади. Бурчак соҳасида пастки жағ суяги мушак—пай гилюфи билан ўралганлиги учун суяк бўртикларини аниқлаш қийин бўлади. Шунинг учун пайпаслаб кўрилганда асосий эътиборни оғрикли нукталарга қаратиш керак.

Босим белгиси пастки жағ бурчак соҳасининг синик бор қисмида мусбат бўлади. Оғиз очилишини чегараланиши пастки жағни ён соҳасидан синишлариникига нисбатан сезиларли даражада кўпроқ бўлади. Чунки бу соҳанинг жароҳатларида чайнов ва медиал қанотсимон мушаклар ҳам жароҳатланади. Қанотсимон—жағ бурмаси, ретромоляр ва иккинчи—учинчи моляр тишлар соҳасида қон куйилишлари кузатилади.

Ақл тишининг орқа тарафи ёки иккинчи—учинчи моляр тишлар соҳасида шиллик қаватда йиртилишлар аниқланади. Кичик суяк бўлагининг очик силжиган қисми кўриниб туради.

Баъзи вақтларда шиллик қават ва милқда жароҳатларни аниқлаб бўлмайди. Бу вақтларда синик бўлақларини кимирлаш белгисини текшириб кўриш яхши натижа беради. Пастки жағ шох қисмини олдинги кирғоғини оғиз ичидан пайпаслаб кўрганда, унинг юқорига ва ичкарига силжиганлиги сезилади.

Ён тарафдан туширилган рентген тасвирида синик бўлақларининг вертикал сатҳда силжиганлигини, тиш илдизларини синик чизигига нисбатан жойлашган ўрнини, суяк бўлақчаларини бор ёки йўқлиги, тиш илдизларини чиқиш ва синишларини кўриш мумкин. Тўғри проекцияда ўтказилган рентген тасвирида синик бўлақларини ичкари ёки ташкарига силжиганлиги аниқланади.

ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ ДАҒАН СОҒАСИДАН СИНИШИ

Пастки жағнинг даҳан соҳасидан синишларида синиқ чизиғи марказий курак тишларни орасидан бошланиб вертикал йўналишда даҳан соҳасининг пастки қиргоғига давом этса иккита бир хил ўлчамдаги синиқ бўлаклари ҳосил бўлади. Бу суяк бўлақларига мушакларнинг кучи бир хилда тақсимланади. Шунинг учун суяк бўлақларининг сезиларли даражада силжиши кузатилмайди. Лекин ҳамма вақт ҳам синиқ чизиғи вертикал йўналишда бўлмайди. Синиқ чизиғи марказий курак тишлари орасидан бошлангани билан пастки жағни даҳан дўмбоғи соҳасига борганида ўнг ёки чап томонга йўналиб иккинчи курак тиши, қозик тиши, биринчи премоляр тишлар соҳасига бориб тугайди. Бу вақтда иккита ҳар хил ўлчамли суяк бўлаклари ҳосил бўлади, катта суяк бўлагига кўпроқ мушаклар бириккан бўлади. Синиқ чизиклари ташқи компакт пластинкада марказий чизикка яқин, ички компакт пластинкада эса марказий чизикдан узокроқда жойлашади. Латерал қанотсимон мушакларнинг қисқариши ҳисобига синиқ бўлаклари марказий чизик томонга сурилиб бир-бирига киришади. Марказий чизик синиш тарафига сурилади. Тиш ёйи торайиб тишлар жипслашуви бузилади. Кичик суяк бўлагига зич дўмбоқчали жипслашув, катта синиқ бўлагининг моляр ва премоляр тишларида дўмбоқчали жипслашув, қозик ва кесув тишлари соҳасида жипслашув кузатилмайди.

Пастки жағни даҳан соҳасидан синишларида пастки лаб, лунж, даҳан ва жағ ости соҳасининг олдинги қисмида шиш ва гематомалар ҳосил бўлиши мумкин. Суяк бўртиғи пастки жағ қирғоғининг қозик ёки биринчи премоляр тишлари соҳасида аниқланади (Расм 45).

Оғиз даҳлизи ва тил тарафида кесув, қозик ва биринчи премоляр тишлари соҳаларида қон қуйилишлари аниқланади. Босим белгиси пастки жағни бурчак соҳаларини ташқи юзасидан марказга қараб йўналишда берилади. Бемор даҳан соҳасини синган жойида оғриқ борлигини кўрсатади. Синиқ бўлақларини қимирлаш белгиси ҳам мусбат бўлади.



Расм 45. Пастки жағ суяғини дахан соҳасидан синиши.

Тўғри ва ён проекциялардаги рентген тасвирлари умуртка поғонасининг буйин қисмини соясини тушиши ҳисобига яхши маълумот бермайди. Дахан соҳасини рентген тасвирида синик чизиги яққол кўринади (Расм 46).



Расм 46. Пастки жағ суяғини дахан соҳасидан синиши.

ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ ШОХ ҚИСМИДАН СИНИШЛАРИ

Пастки жағ суягининг шох қисмидан синишлари уч гуруҳга бўлинади:

- 1) *пастки жағ суягининг хусусий шох қисмидан синиши;*
- 2) *тоқсимон ўсигидан синиши;*
- 3) *бўғим ўсигидан синиши.*

Пастки жағ суягининг хусусий шох қисмидан кўндалангига синиши сиқилиш механизми асосида келиб чиқади. Кичик суяк бўлаги чакка ва латерал қанотсимон мушакларнинг қисқариши ҳисобига бўғим ичида буралиб юқорига, ичкарига ва бироз олдинга силжийди.

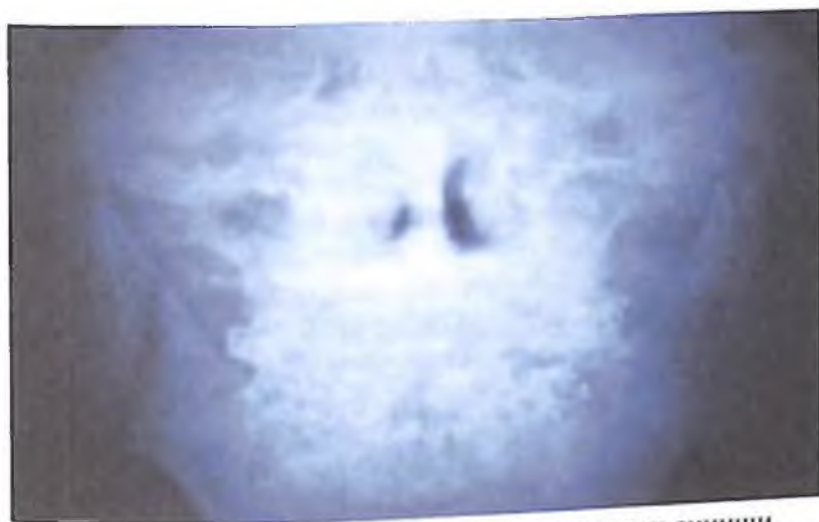
Агар синиқ чизиғи жағ компакт пластинкасининг ташқи юзасида ички юзадагига нисбатан пастроқда жойлашса, кичик суяк бўлаги ичкарига силжимаслиги ҳам мумкин.

Катта суяк бўлаги чайнов ва медиал қанотсимон мушакларнинг қисқариши ҳисобига юқорига силжийди. Марказий чизиқ синиш тарафига силжийди. Пастки жағ синган тарафида тишларни дўмбоқчали зич жипслашуви кузатилса, соғлом тарафида тишларни яхши жипслашмаслиги кузатилади. Беморлар ташқи томондан қаралганда кулоқ олди ва жағ орти соҳаларида шиш аниқланади. Пастки жағ шохининг орқа қирғоғида суяк бутунлигининг бузилганлиги, суяк бўртигини ва огриқли нуктани аниқлаш мумкин.

Пастки жағ суягининг бўйламасига синиши силжиш механизми асосида келиб чиқади (Расм 47). Синиқ бўлақларининг силжиш даражаси тушаётган кучнинг давомийлигига, чайнов ва медиал қанотсимон мушакларнинг жағ суягига бирикиш жойидаги жароҳатланиш даражасига, юқори ва пастки жағ моляр тишларининг бор ёки йўқлигига боғлиқ бўлади.

Катта суяк бўлаги соғлом тарафдаги латерал ва медиал қанотсимон мушакларнинг қисқариши ҳисобига синиш томонига латерал қанотсимон мушакни силжимади ёки синган томондаги сурилади. Пастки жағ синган тарафида тишларни дўмбоқчали зич жипслашуви кузатилса, жағнинг соғлом тарафида тишларни яхши

жипслашмаслиги кузатилади. Беморлар ташки томондан каралганда кулок олди ва жағ орти соҳаларида шиш аникланади. Пастки жағ бурчагининг пастки киргоғида суяк бутунлигининг бузилганлиги, суяк бўртиғини ва оғрикли нуктани аниклаш мумкин. Оғиз очилиши оғрикли ва чегараланган. Оғиз очиш вақтида марказий чизикни синиш тарафига сурилиши кузатилади. Босим белгиси шох қисмининг синган жойида мусбат бўлади.



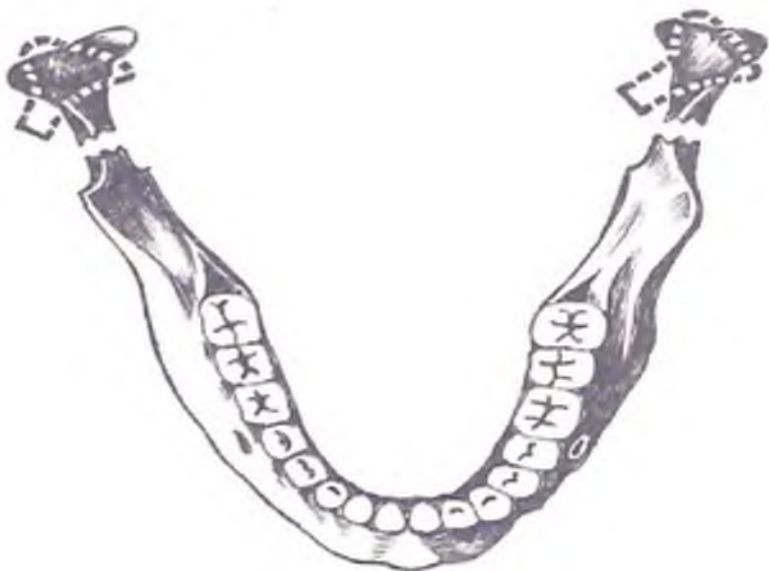
Расм 47. Пастки жағ суягининг шох қисмидан синиши.

ПАСТКИ ЖАҒНИНГ БЎҒИМ ЎСИҒИ СОҲАСИДАН СИНИШИ

Пастки жағ суягининг бўғим ўсиғидан синиши унинг асосидан, бўйин қисмидан ва бўғим бошчасидан кузатилиши мумкин. Бўғим ўсиғининг синиши пастки жағ синишлари ичида иккинчи ўринда туради. Энгак соҳасидан олдиндан орқага йўналишда зарба тушганда бўғим ўсиғи бўйин қисмидан синади. Пастки жағ суягининг тана, шох ва бурчак соҳаларидан ён тарафдан берилган зарбаларда унинг асосидан синиши кузатилади. Бўғим ўсиғидан синиш эгилиш механизми асосида келиб чиқади (Расм 48).

Кичик синиқ бўлагининг силжиши синиқ чизикларини ташқи ва ички компакт пластинканинг қайси қисмидан ўтишига боғлиқ бўлади.

Агар синиқ чизиклари компакт пластинканинг ташқи қисмида пастда, ички қисмида эса юқорида жойлашганда суякнинг синиш нишаблиги қийшиқ бўлиб (ташқаридан ичкарига), юқорига қараб йўналади. Кичик суяк бўлаги ташқарига ва бироз орқага силжийди. Кичик бўлакнинг силжишига катта суяк бўлагининг чайнов ва медиал қанотсимон мушакларини қисқариши ҳисобига юқорига, орқароққа силжиши сабаб бўлади. Пастки жағ суягининг шох қисмини калталлашиши кузатилади ва тишлар жипслашувига таъсир қилади. Катта суяк бўлаги кичик суяк бўлагини жойига қайтишига йўл қўймайди. Катта суяк бўлаги соғлом тарафдаги латерал ва медиал қанотсимон мушакларнинг қисқариши ҳисобига синиш тарафига силжийди. Бўғим ўсиши сиёган тарафда тишлар жипслашуви зич бўлиб, соғлом тарафда тишлар жипслашуви зич бўлмайди ёки тишлар бир-бирига тегмайди. Кичик суяк бўлагини консерватив усул ёрдамида жойига келтириш мумкин.



Расм 48. Пастки жағ суягини бўғим ўсишидан синиши (чизма).

Агар синик чизиклари компакт пластинканинг ташки қисмида юқорида, ички қисмида эса пастда жойлашганда, суякнинг синиш нишаблиги кийшик бўлиб (ичкаридан ташкарига) юқорига қараб йўналади. Бунақа вазиятда синган тарафдаги латерал канотсимон мушакнинг қисқариши ҳисобига кичик суяк бўлаги ичкарига ва олдинга силжийди. Кичик бўлакнинг силжишига катта суяк бўлагининг чайнов ва медиал канотсимон мушакларини қисқариши ҳисобига юқорига оркарокка силжиши ҳам сабаб бўлади. Тишлар нисбати юқорида кўрсатиб ўтилгандек бўлади.

Таъсир килувчи куч энгак соҳасидан оркага йўналишда бўлганида пастки жағ суягининг бўғим ўсигининг бўйин қисмидан синиши кузатилади. Синиш кўндаланг ёки кийшик бўлиши мумкин. Кичик суяк бўлаги латерал канотсимон мушакнинг қисқариши ҳисобига ичкари ва бироз олдинга силжийди, бўғим бошчасини чиқиши кузатилади. Синик чизиклари компакт пластинканинг ташки қисмида пастда, ички қисмида эса юқорида жойлашганда суякнинг синиш нишаблиги кийшик бўлиб (ташкаридан ичкарига) юқорига қараб йўналади. Натижада юқорига қараб силжиган катта суяк бўлаги бўғим бошчасини бўғим чуқурчасидан чиқишига олиб келади. Бундай вазиятларда консерватив усул билан кичик суяк бўлагини жойига қўйиб бўлмайди.

Бўғим бошчасининг медиал қисми синган ҳолатларда, чакка пастки жағ бўғимини капсуласи йиртилса, синган суяк бўлакларини ичкари ва олдинга силжиши кузатилади.

Пастки жағ суягининг бўғим ўсигидан синишларида ташки томондан қаралганда қулоқ дирилдоғи соҳасида юмшоқ тўқималарда бироз шиш кузатилади. Шу соҳа пайпаслаб кўрилганда оғрийди. Кичик суяк бўлаги ташкарига силжиган ҳолатларда унинг ўткир кирралари пайпасланиши мумкин. Ташки эшитув йўлининг олдинги девори пайпасланганда оғизни очиш-ёпиш жараёнида бўғим бошчасининг ҳаракатини соғлом тарафга нисбатан сезиларли даражада камайганлигини ёки йўқолганлигини аниқлаш мумкин. Оғизни очиш жараёнида пастки жағнинг энгак қисми синган тарафга қараб силжийди. Синган тарафда тишлар жипслашуви марказий чизиккача бўлиб, соғлом тарафидаги тишлар жипслашмайди. Шифокор томонидан мажбурий тишлар

жипслаштирилганда дастлаб синган тарафдаги моляр ва премоляр тишлар, кейин соғлом тарафдаги тишлар жипслашади.

Баъзан пастки жағни бўғим ўсиғидан синишларида ташқи эшитув йўлининг олдинги девори жароҳатланиши мумкин. Бунинг натижасида қулоқдан қон келиши кузатилиши мумкин.

Бўғим капсуласи ичидаги синишларда пастки жағ суягининг ҳаракати вақтида оғриқ кучаяди. Тишлар жипслашуви сезиларли даражада бузилмайди.

Пастки жағнинг бўғим ўсиғидан икки томонлама синишларида жағнинг шох қисмлари юқорига қараб силжийди. Натижада моляр тишлар соҳасида тишлар жипслашиб, фронтал тишлар соҳасида очиқ тишлар жипслашуви кузатилади.

Бўғим ўсиғининг синишларида ортопантограмма, пастки жағ танаси ва шох қисмларини ён томондан рентген тасвирларини ўтказиш керак. Бўғим бошчасидан ва бўйин соҳасининг юқори қисмидан синишларида чакка пастки жағ бўғимининг ён тарафдан оғиз очиқ ҳолатда томограммаси ёки зонограммаси синиш ҳақида яхши маълумот беради. Рентген тасвирларида синиқ чизиги, синиқ бўлақларининг силжиши, бўғим бошчасининг бўғим чуқурчасига нисбатан жойлашган ҳолати кўринади (Расм 49).



Расм 49. Пастки жағни тўғри проекциядаги рентген тасвири. Ўнг томон бўғим ўсиғидан синиши.

ТОЖСИМОН ЎСИҚНИНГ СИНИШИ

Пастки жағ суягининг тожсимон ўсигидан синиши узилиш механизми асосида келиб чиқади. Энгак соҳасига таъсир қилувчи куч юқоридан пастга караб йўналади (Расм 50). Тишлар жипслашган ва мушаклар таранглашган ҳолатда бўлади. Айрим ҳолатларда тожсимон ўсиқ ёноқ ёйи билан биргаликда синиши ҳам мумкин.



Расм 50. Тожсимон ўсиқни синиб силжиши.

Тожсимон ўсиқ синишида оғиз очилиши чегараланади. Оғиз очиш вақтида оғриқ сезилади. Тожсимон ўсиқ олдинги киргогининг асоси оғиз ичидан пайпасланганда кескин оғриқди. Тожсимон ўсиқнинг синган қисми чакка мушагининг қисқариши ҳисобига юқорига силжийди. Агар синиш чизиги чакка мушаклари пайларини ичида қоладиган бўлса ва пайлар йиртилиб кетмаса, синик бўлақларини силжиши кузатилмайди. Пастки жағнинг тожсимон ўсиқдан синиши камдан-кам учрайди. Бу синишда тиш қаторларининг бутунлиги, тишлар нисбати ва тишларнинг жипслашуви бузилмайди. Босим белгиси манфий бўлади.

Пастки жағ суягининг бошқа соҳаларидан синишларига бўғим ўсиқларининг, даҳан ва бурчак соҳаларининг икки томонлама, бир томонлама иккитали ва кўп жойидан синишлари қиради. Бу синишлар ўзига хос клиник кўринишга эга бўлади.

ПАСТКИ ЖАҒНИНГ ИККИ ТОМОНЛАМА БУРЧАК СОҲАСИДАН СИНИШИ

Пастки жағнинг бурчак соҳасидан синишларида учта синик бўлаги ҳосил бўлади. Ўртада жойлашган синик бўлагига пастки жағни пастга туширувчи мушаклар бириккан бўлиб, уларнинг қисқариши ҳисобига синик бўлаги пастга ва орқага силжийди. Бемор горизонтал ҳолатда ётганда тилни орқага кетиши кузатилиши мумкин. Агар синик чизиги компакт пластинканинг ташки юзасида олдинда ички юзасида орқароқда жойлашган бўлса, кичик суяк бўлаклари чайнов ва чакка мушакларини қисқариши ҳисобига юқорига ва бироз синик тарафига силжийди. Жағ бурчагининг пастки қирғоқлари ташқарига, олдинги қирғоқлари эса орал томонга буралади.

Беморлар пастки жағнинг бурчак соҳаларидаги шишдан, оғизни ёпа олмасликдан, энгак ва пастки лабда сезувчанликни йўқолганлигидан, ютинишни оғриклилиги ва оғиздан сўлак ажралиб туришидан шикоят қилади.

Ташки томондан қаралганда пастки жағ бурчак соҳаларида сезиларли даражада шиш аниқланади. Терида қон қуйилиш ва кўқаришлар кузатилади. Пастки жағ суягини бурчак соҳалари пайпасланганда ўткир суяк бўртиқлари аниқланади. Босим белгиси пастки жағнинг бурчак соҳаларида мусбат бўлади. Бемор оғрик туфайли оғзини зўрға очади. Оғиз ичидан қаралганда тишлар жипслашувини жиддий бузилганлиги кўринади. Пастки жағни бурчак соҳасида шиллик каватда йиртилишлар бўлиши мумкин. Синик бўлақларини патологик кимирлаши аниқланади.

ПАСТКИ ЖАҒНИНГ ТАНА СОҲАСИДАН БИР ТОМОНЛАМА ИККИТАЛИ СИНИШИ

Пастки жағ суягининг тана қисмига бевосита келиб тушаётган зарблар таъсирида келиб чиқади. Учта суяк бўлаклари ҳосил бўлади. Ўртада жойлашган синик бўлаги кичиги ҳисобланади. Синик чизиклари орасидаги ёрик қанча катта бўлса синик бўлаклари шунча кўп силжийди. Синик чизиклари даҳан соҳасидан ва моляр тишлар соҳасидан бир вақтда ўтганда синик бўлақларини сезиларли силжиши кузатилади (Расм 51).

Кичик суяк бўлаги кўпинча тил-жағ ости мушагининг қисқариши ҳисобига ичкари ва пастга силжийди. Катта суяк бўлаклари пастга ва синиш тарафига силжийди. Пастки жағ шохи ва бурчаги пастки жағни кўтарувчи мушакларнинг қисқариши ҳисобига синиқ тарафга юқори ва ичкарига силжийди. Тиш ёйи сезиларли даражада ўзгаради. Тишлар жипслашуви бузилади.



Расм 51. Пастки жағни тана соҳасидан бир томонлама иккитали синиши.

ПАСТКИ ЖАҒНИНГ КҮП СОНЛИ СИНИШЛАРИ

Пастки жағ суягини күп сонли синишларида синик булақлар хаотик тарзда жойлашади. Бу жойлашиш қайси суяк булагига қайси мушакнинг келиб бирикишига, таъсир килувчи кучнинг давомийлигига, синик булақларининг огирлигига боғлиқ булади. Күп сонли синишларда шиллик каватларда йиртилишлар кузатилиб, тишлар жипслашуви кескин бузилади. Тишларнинг синиш ва чикишлари биргалиқда учраши мумкин. Күп сонли синишлар күпинча юз юмшок тўкималарининг огир жароҳатланиши ва бош мияни шикастланишлари билан биргалиқда кечади.

ЮҚОРИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ СИНИШЛАРИ

Юқори жағ суяги юзнинг жуфт суякларидан бири бўлиб, юзнинг ўрта қисмида жойлашган. Юқори жағ суяги пешона, бурун, ёнок, кўз ёш, асос ва танглай суяклари билан суяк чоклари ёрдамида мустаҳкам бириккан бўлиб, кўз косаси ва бурун бўшлигини ҳосил бўлишида иштирок этади. Унинг шундай мукамал анатомик жойлашувини ўзи, унда учрайдиган жароҳатларни мураккаб кечишидан далолат беради. Адабиётлардаги маълумотларга караганда юқори жағ суягини алоҳида синишлари жуда кам учрайди, аксарият ҳолатларда юқори жағ таъкидлаб ўтилган ёндош суяқлар билан биргалиқда синади.

Юқори жағ суяги юққа суяк деворларига эга бўлиб, танасининг ўрта қисмида юқори жағ бўшлигини саклайди. Юқори жағнинг синиши пастки жағнинг синишига нисбатан кам учрайди.

Клиник амалиётда юқори жағ синишларини француз олимидан LeFort (1901) томонидан ишлаб чиқилган таснифдан кенг фойдаланилади. Бу таснифга асосан юқори жағ синишлари учта типга бўлинади:

- юқори жағни пастки тип бўйича синиши (Ле Фор III);
- юқори жағни ўрта тип бўйича синиши (Ле Фор II);
- юқори жағни юқориги тип бўйича синиши (Ле Фор I).

LeFort таснифига кўра юқори жағ синишлари икки томонлама бўлиб, синик чизиклари иккала томонда ҳам симметрик равишда ўтади. Аммо клиник амалиёт ва адабиётлар таҳлили шуни

кўрсатадики, синик чизиклари ҳамма вақт симмерик равишда ўтмайди. Юқори жағ суягининг синишлари бутун юз суяклари синишларининг 2% дан 5% игача ташкил қилади. Кўча-транспорт ходисалари, беморларни юқоридан юзи билан пастга қулаши, оғир жисмларни юзга тушиши ва шу каби ходисалар юқори жағ суягининг синишига олиб келади. Юқори жағ суягининг синишлари кўп вазиятларда бош миянинг жароҳатланишлари билан биргаликда кечади.

Юқори жағ суягининг синишлари ҳар доим очик бўлади. Синиш вақтида синик чизиклари ўтадиган соҳаларда шиллик қаватларнинг йиртилиши кузатилади. Юқори жағ суягини синишлари силжиш механизми асосида келиб чиқади.

Синган юқори жағ суяги таъсир қилувчи кучнинг йўналиши бўйича орқага, синик бўлаklarининг ўзини оғирлиги, чайнов ва медиал канотсимон мушакларининг кискариши ҳисобига (биринчи ва иккинчи тип синишларида) пастга силжийди. Юқори жағ суягининг орқа қисми олдинги қисмига нисбатан пастга кўпроқ силжийди.

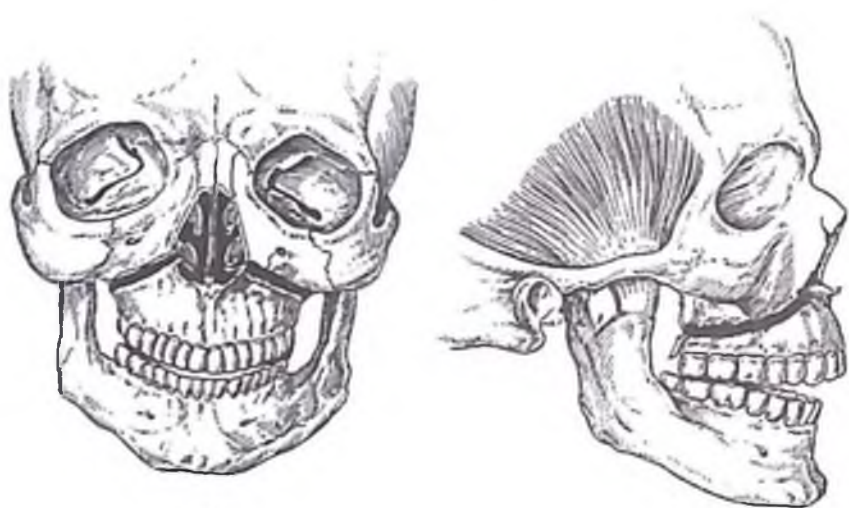
ЮҚОРИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ ЛЕ ФОР III (ПАСТКИ ТИП) БЎЙИЧА СИНИШИ

Синик чизиги ноксимон тешиқ қиргоғидан бошланиб гаймор бўшлиғи тубини юқорирок қисмидан ўтади. Ёнок альвеоляр қирра бўйлабўтиб юқори жағ дўмбоғи тарафига йўналади ва асос суяги канотсимон ўсиғининг пастки учдан бир қисмига келиб тугайди. Айрим ҳолатларда синик чизиги юқори жағ дўмбоғи соҳасида тугаши ҳам мумкин (Расм 52).

Юқори жағни пастки тип бўйича синишларида гаймор бўшлиғи ва бурун туби синиб ўзилади. Бурун тўсиғининг горизонтал синиши кузатилади. Баъзан юқори жағни бир томонлама синиши кузатилади. Бу вақтда юқори жағ иккита бўлакка бўлиниб, унинг танглай ўсиғи сагиттал йўналишда синади.

Пастки тип синишларида беморлар юқори жағ соҳасидаги тарқалган оғрикдан шикоят қилишади. Бу оғриклар тишларни жипслаштириш ёки чайнаш жараёнида кучаяди. Юқори жағни барча тишлари ва милкда сезувчанлик йўқолади. Қанот танглай

каналдан утувчи нервлар зарарланганда каттик ва юмшок танглай шиллик каватида ҳам сезувчанлик йўқолади.



Расм 52. Юқори жағнинг Ле Фор III бўйича синиши.
а) олдиндан; б) ёнидан кўриниши.

Бурундан нафас олиши қийинлашади. Томоқда ёт жисм хисси пайдо бўлиб, кўнгил айниши кузатилади.

Юқори лаб, лунж ва ёнок сохаларидаги шишлар ҳисобига юз конфигурацияси ўзгаради. Оғиз атрофи сохалари юмшок тўқималарида қон талашлар ва тери ости змфиземаси кузатилади. Бурун лаб бурмаси силликлашади. Юз терисида тирналиш ва эзилиб йиртилган жароҳатлар бўлиши мумкин. Синик бўлақларини сезиларли даражада силжишида беморлар вертикал ҳолатда турганида юзни пастки қисмини узайганлиги кўринади.

Оғиз ичидан қаралганда юқори жағнинг барча тишлари соҳаси ўтув бурмасида шиллик каватга қон қуйилиши кузатилади. Қон қуйилиши канотсимон жағ бурмасининг юқори қисмигача давом этади. Тишлар нисбати бузилади. Суякнинг силжиш даражасига қараб тишлар жипселашуви очик, тўғри ва прогеник бўлиши мумкин. Агар синик бўлаги силжимаган бўлса, тишлар нисбати ўзгармайди. Тишлар перкуссия қилинганда бўғик паст перкутор товуш эшитилади. Юмшок танглай орқага сурилади, тилча тил идизига ёки юткиннинг орқа деворига тегиб туради. Юқори жағ

танасининг олдинги ва чакка ости юзаси пайпасланганда суяк бўртиклари аниқланади. Суяк бўртиқларни ёноқ альвеоляр қирра соҳаси пайпасланганда яққол сезилади.

Босим белгиси мусбат бўлади. Асос суяги қанотсимон ўсигининг илмогига, юқори моляр тишларга ва қаттиқ танлайга босим берилганда синик чизиги ўтган соҳаларда огрик кузатилади. Баъзан босим белгиси берилган вақтда жағ фронтал қисмини пастга тушиши кузатилади.

Синик бўлақларини патологик қимирлашини аниқлашда юқори жағ суяги олдиндан орқага йўналишда қимирлатилади. Шу вақтда иккинчи қўлни кўрсаткич бармоғи юқори жағ ўтув бурмасига қўйилган бўлиши керак. Синиш бўлса синик чизиги соҳасида патологик қимирлаш аниқланади. Ёноқ альвеоляр қирра соҳасида сезиларли даражада қимирлаш кузатилади.

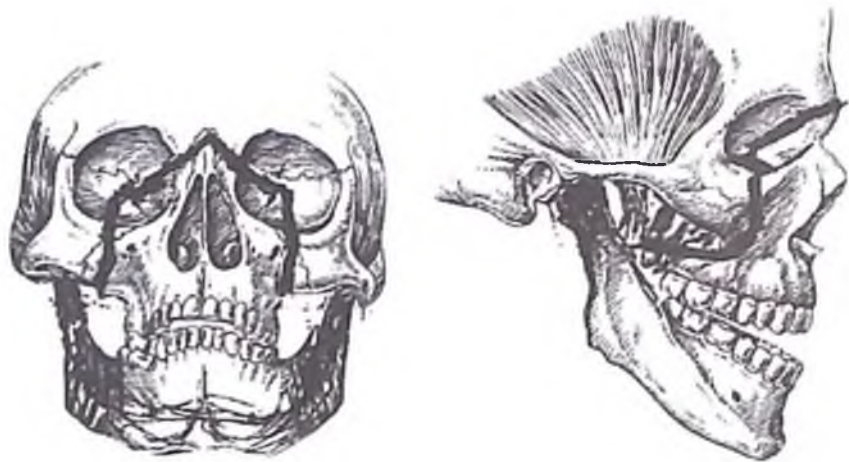
Стерил нина ёрдамида милк шиллиқ қаватларига санчиб кўрилганда юқори жағнинг ҳамма тишлари соҳасида сезувчанликни йўқолганлиги ёки пасайганлиги аниқланади. Бу олдинги, ўрта ва орқа нерв чигалларини зарарланганидан далолат беради.

Юқори жағ суягининг пастки тип бўйича синишини альвеоляр ўсиқнинг синиши билан қиёсий ташхислаш керак. Қанотсимон ўсиқ илмогига берилган босим белгиси альвеоляр ўсиқ синишларида манфий бўлади. Моляр тишлар соҳасига босиб кўрилганда альвеоляр ўсиқ синишларида ўша соҳанинг ўзидагина огрик кузатилади. Ўтув бурмада синган соҳадагина шиллиқ қаватга қон қуйилиши кузатилади. Юз суяқларининг ярим аксиал рентген тасвирида ноксимон тешик деворлари бутунлигини бузилганлиги, ўнг ва чап томонда ёноқ альвеоляр қирра бутунлигини бузилиши ва гаймор бўшлиғи тубига суюқлик қуйилганлиги аниқланади.

ЮҚОРИ ЖАҒ СУЯГИНИНГЛЕ ФОР II (ЎРТА ТИП) БЎЙИЧА СИНИШИ

Юқори жағнинг ўрта тип синишида синик чизиги пешона бурун чокидан бошланиб кўз косасини медиал девори бўйлаб йўналиб пастки кўз ёригигача (*fissura orbitalis inferior*) боради. Кейин кўз косасининг пастки девори бўйлаб йўналиб кўз косасининг пастки қирғоғига келади (Расм 53). Синик чизиги юқори жағ-ёноқ чоки ёки унинг ёнидан ўтади. Синик чизиги кўз

ости киргоғидан пастга оркага юкори жағ олдинги девори буйлаб йуналиб ёнок альвеоляр кирра ва юкори жағ думбоғидан утиб. канотсимон усикнинг урта кисмига бориб тугайди. Бурун тусиғи синади.



Расм 53. Юкори жағни Ле Фор II буйича синиши.
а) олдиндан; б) ёнидан кўриниши.

Синик чизиғи баъзан кўз ости канали ва тешигидан утиб, кўз ости нервини жароҳатлаши мумкин. Бу синишда юкори жағ суяғи бурун суяклари билан биргаликда юз суякларидан тўлик ажралади. Бу синиш адабиётларда суборбитал синиш ҳам деб юритилади. Ле Фор II синишида юкори жағ суяғи билан биргаликда пешона, галвирсимон, асос, кўз ёш, ёнок ва бурун суякларининг синиши кузатилади. Ле Фор II синишида мия асосини синиши билан бирга бош мияни жароҳатланиши ҳам кузатилиши мумкин.

Ле Фор II тип буйича синишда беморлар юкори жағ соҳасидаги таркалган огрикдан шикоят килишади. Бу огриклар тишларни жипслаштириш ёки чайнаш жараёнида кучаяди. Бурун ва оғиздан нафас олиш кийинлашади, томоқда ёт жисм хисси пайдо бўлиб, кўнгил айнийди. Кўзда иккита кўриш (диплопия) кузатилади. Кўз ости, пастки ковок, бурун каноғи ва учи, юкори лаб соҳаларида сезувчанлик пасаяди ёки йўқолади. Курак, козик, премоляр тишлар ва шу тишлар соҳаси альвеоляр ўсиғини коплаб турган шиллик каватда ҳам сезувчанлик пасайиши ёки йўқолиши кузатилади.

Галвирсимон суяк пластинкаси зарарланганда хид билиш сезгисини пасийиши ёки йўқолиши аниқланади. Кўз ёш канали зарарланганда беморлар кўздан ёш оқишига шикоят қилади.

Кўз ости, бурун ва ёнок соҳалари юмшоқ тўқималарига қон қуйилиши, ва тери ости эмфиземаси ҳисобига юз конфигурацияси ўзгаради. Қон қуйилишлари бурун илдизи, юқори ва пастки қовоқ, конъюнктива ва кўз олмаси склерасида сезиларли даражада бўлади. Конъюнктивига кўп миқдорда қон шимилганида хемоз кузатилса, ретробульбар соҳага қон қуйилиши натижасида экзофтальм юзага келади.

Беморлар горизонтал ҳолатда ётганида юқори жағнинг орқага силжиши ҳисобига юзнинг яссилашиши, вертикал ҳолатда турганида эса юқори жағнинг пастга силжиши ҳисобига юзни узайиш кузатилади.

Кўз косасининг пастки қирғоғи пайпасланганда суяк бўртиқлари аниқланади. Суяк бўртиғини бурун пешона чоки соҳасида шиш борлиги сабабли аниқлаш қийинчилик туғдиради. Гаймор бўшлиғи шиллиқ каватининг йиртилиши натижасида кўз ости ва бурун илдизи соҳалари терисида тери ости эмфиземаси кузатилиши мумкин.

Оғиз очилиши оғриқ ҳисобига чегараланади. Юқори жағнинг пастга сурилиши ҳисобига марказий курак тишлар орасидаги масофа камаяди. Тишлар нисбати бузилади. Моляр тишлар соҳасида тишлар жипслашуви сақланади. Тишлар перкуссия қилинганда бўғиқ перкутор товуш эшитилади. Ўтув бурмаси шиллиқ каватида премоляр ва моляр тишлар соҳасида қон қуйилиши кузатилади. Юқори жағни олдинги девори, ёнок альвеоляр қирра ва унинг орқа тарафида суяк бўртиқлари аниқланади.

Юмшоқ танглай орқага сурилади, тилча тил илдизига ёки ютқиннинг орқа деворига тегиб туради. Қон қуйилиши қанотсимон жағ бурмасининг юқори қисми, юмшоқ танглайни олдинги равогигача давом этади.

Босим белгиси мусбат бўлади. Асос суяғи қанотсимон ўсиғининг илмоғига, юқори моляр тишларга ва қаттиқ танлайга босим берилганда синиқ чизиги ўтган соҳаларда оғриқ кузатилади. Бемор вертикал ҳолатда турганида юқорида кўрсатилган соҳаларга босилганда синган суяк бўлақларининг юқорига кўтарилиши

аникланади. Бундан ташкари бурун пешона чоки соҳасида терид бурмалар ҳосил бўлади.

Юз суяқларининг аксиал рентген тасвирида бурун бели, кў косасининг пастки қирғоғи ва туби, ёнок альвеоляр қирра соҳасида суяк бутунлигини бузилиши кузатилади. Юқори жағ бўшлиғи тиниклигини пасайиши аникланади.

ЮҚОРИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ ЛЕ ФОР I (ЮҚОРИ ТИП) БЎЙИЧА СИНИШИ

Юқори жағни юқори типда синишида синик чизиги пешона бурун чокидан бошланади. Кўз косасининг ички девори бўйича йўналиб юқори кўз ёриғи (*fissura orbitalis superior*) ва пастки кўз ёриғ (*fissura orbitalis inferior*) лари туташадиган жойга боради. Кейин синик чизиги кўз косасининг ташки деворига қараб йўналиб, унинг юқори ташки бурчагига боради (Расм 54). Бу ерда пешона ёнок чоки, кейин асос суягининг танасини пастки қисми ва канотсимон ўсиғининг юқори қисмидан ўтади. Бурун суяғи ва ёнок ёйи синади. Бу синиш турида юқори жағ суяғи юз суяқлари билан биргаликда калла асоси суяқларидан тўлиқ ажралади. Бу синиш адабиётларда суббазал синиш деб юритилади.

Пешона суягининг кўз косасига қараган юзаси, галвирсимон суяк, асос суягининг танаси олдинги мия чуқурчасини ҳосил қилса, асос суягининг танаси ва қатта каноти ўрта мия чуқурчасини ҳосил бўлишида иштирок этади. Бундан шу нарса кўринадики юқори жағ суягининг Ле Фор I бўйича синишлари мия асосининг синишлари билан биргаликда кечади.

Юқори жағнинг Ле Фор I бўйича синиши мия асоси суяқларини синиши билан биргаликда келгани учун жароҳатларнинг оғир турига қиради. Бу синишда мия асосини синишини клиник белгилари яққол намоён бўлади. Беморларда хушини йўқотиш ҳолатлари, ретроград амнезия, бош оғриши, кўнги айниши, брадикардия, кўз қорачиғини торайиши, психик бузилиш ҳолатлари ва бошқа белгилар кузатилади.

Бемор вертикал ҳолатда диплопиядан, кўрув ўткирлигини бузилишидан, оғрикли ва кийин юғинишдан, оғизни яхши очилмаслигидан, тишлар жипслашувини бузилишидан, кўнги айниши ва қайт қилишидан шикоят қилади.



Расм 54. Юкори жағ суягининг Ле Фор I буйнча синиши.

Кўзости, лунж, чакка, бурун илдизи, юкори ва пастки ковок сохалари юмшок тўқималарида сезиларли даражада шиш кузатилади. Бемор юзи ойсимон шаклга киради. Ёнок равоғи сохаларида тўқималарни чўкиши кузатилади. Юкори ва пастки ковоқларга, периорбитал соха ва конъюнктивга кон куйилиши кузатилади. Кўзойнак белгиси юзага келади. Конъюнктиванинг шиши (хемоз), ретробульбар сохага кон куйилиши ҳисобига экзофтальм кузатилиши мумкин.

Бемор горизонтал ҳолатда ётганида юзи яссилашиб энофтальм кузатилади. Бемор вертикал ҳолатда ўтирганида юзи узунлашади, кўз косаси кенгайиб, кўз олмаси пастга силжийди. Натижада диплопия юзага келади. Диплопияни йўқотиш мақсадида бемор бир кўзини кафти билан беркитади. Тишлар жипслаштирилганда кўз косаси торайиб кўз олмаси юкорига кўтарилади ва диплопия белгиси камаяди. Бемор яна горизонтал ҳолатда ётқизилганида юзи яссилашади, тишлар жипслашуви бузилади ва диплопия камаяди.

Пайпаслаганда бурун бели, пешона ёнок чоки ва ёнок равоғи сохаларида суяк буртиқлари аникланади. Бурун бели сохасида эмфизема ҳисобига крепитация аникланиши мумкин.

Уч шохли нервнинг тармоғи *n. ophthalmicus*нинг жароҳатланиши натижасида пешона, юкори ковок, кўзнинг ички ва

ташки бурчаклари терисида сезувчанлик пасаяди ёки умуман йўқолади.

Юқори жағ соҳасидаги оғрик ҳисобига оғиз очилиши чегараланади. Юқори жағнинг пастка сурилиши ҳисобига оғиз очилганда марказий курак тишлари орасидаги масофа камаяди. Очик тишлар нисбати аниқланади. Синган суяк бўлақларини силжишига қараб бошқа тишлар нисбати аниқланиши ҳам мумкин. Юқори жағ тишлари перкуссия қилинганда паст бўғик товуш эшитилади.

Юмшоқ танглай орқага ва пастга силжийди. Тилча тил илдизи ва ютқиннинг орқа деворига тегиб туради. Босим белгиси мусбат бўлади. Асос суяги канотсимон ўсиғиннинг илмоғига, юқори моляр тишларга ва каттик танлайга босим берилганда синиқ чизиғи ўтган соҳаларда оғрик кузатилади.

Каттик танглайга секин бир минут атрофида босиб туриш натижасида юзнинг ўрта қисмини қисқариши, кўз қосасининг торайиши ва пешона бурун чоки соҳасида терида бурма ҳосил бўлиши кузатилади.

Юқори жағни олдиндан орқага йўналишда ҳаракатлантирилганда синиқ бўлақларининг патологик кимирлаш белгиси бурун бели, пешона ёнок чоки ва ёнок равоғи соҳаларида аниқланади. Бу белгини мусбат бўлиши юқори жағ суяги синганлигини аниқ кўрсатади.

Юз суяқларининг тўғри проекциядаги рентген тасвирида бурун бели, ёнок равоғи, ёнок-пешона чоки ва асос суяги катта қаноти соҳаларида суяк бутунлигини бузилганлиги кузатилади. Ён тарафдан олинган рентген тасвирида асос суяги танасини синиши аниқланади.

Юқори жағ суягининг Ле Фор I бўйича синишида кўз олмаси билан биргаликда кўрув нерви ҳам зарарланади. Бу кўрув ўткирлигини пасайишига олиб келади. Юқори кўз ёриғидан *n.oculomotorius*, *n.trochlearis*, *n.abducens*, *n.trigeminus*нинг кўз тармоғи ўтади. Ле Фор I синишида бу нервларнинг жароҳатланиши ҳам кузатилиши мумкин.

Юқори жағни юқори ва ўрта тип синишларида мия асосини синиши билан биргаликда мия пардалари ҳам йиртилади. Натижада бурун ва қулоқлардан ликвор ажралиши кузатилади. Мия

пардаларини йиртилиши хавфли бўлиб менингит, энцефалит ва мия абсцессини ривожланишига олиб келиши мумкин.

Юкори жағ суяги синган беморлар невропатолог кўригидан ўтиши керак. Даволаш ишлари кўпинча нейрохирург, окулист, анестезиолог, реаниматолог, оториноларинголог ва баъзан психиатрлар билан ҳамкорликда олиб борилади.

Шифокор мия асоси синиши белгиларини билиши керак бўлади. Мия асоси синишини кўйидаги белгилари фаркланади:

– бемор бошини олдига эгиб бўйиннинг катта вена кон томирларига босилганда бурундан суюқлик оқиши кўпаяди;

– дастрўмол белгиси: ликвор шимдирилган тоза дастрўмол куригандан кейин юмшоқ бўлиб қолади. Бурун суюқлигини ўзи дастрўмолни каттиклаштиради;

– тиббий салфетка белгиси: Янги синишларда ликвор кон билан бирга ажралаётганда қўлланилади. Бурундан олинган кон аралаш суюқлик салфеткага томизилади. Агар кон таркибида ликвор бўлса марказда қизил доғ, унинг атрофини ликвордан ҳосил бўлган тиниқ сарик доғ эгаллайди;

– орка мия пункцияси қилинади: Бунда 1% ли уранин (ранг берувчи) ёки радиоактив фосфордан фойдаланилади. Бу усул орқали нафақат ишончли ташхис қўйилади, балки даволаш муолажалари ҳам олиб борилади (Жадвал 1).

Жадвал 1

Юкори жағ синишларини қиёсий ташхислаш жадвали
(М.Б. Швырков, В.В. Афанасьев, В.С. Стародубцев)

	Клиник белгилар	Ле Фор буйича синиш тини		
		I	II	III
	Шикоятлари			
1	Тишларни жипслаштириш вақтида юкори жағ соҳасида оғрик	+	+	+
2	Тишларни нотўғри жипслашиш ҳисси	+	+	+
3	Томоқда ёт жисм борлиги ҳисси, кўнгил айнаши ва кайт қилиш	+	+	+
	Оғиз ва бурун бўшлиқларидан кон келиши			

4		+	+	+
5	Бурундан нафас олишни кийинлашиши	+	+	+
6	Юкори жағни барча тишлари ва улар соҳасида милкда сезувчанликнинг йўқолиши	-	-	+
7	Юкори жағ курак, козик, премоляр ва уларни атрофидаги милкда сезувчанликнинг йўқолиши	-	+	-
8	Кўз ости, пастки ковок, бурун каноти ва юкори лаб соҳасида сезувчанликнинг йўқолиши	-	±	-
9	Диплопия	+	+	-
10	Кўрув ўткирлигининг бузилиши	±	±	-
11	Кўздан ёш оқиши	-	±	-
12	Ютинишни кийинлиги	+	+	±
13	Бош мия жароҳатланишининг субъектив белгилари намоён бўлиши	+	±	-
Объектив текшириш натижалари				
1	Юз юмшок тўқималарида сезиларли шиш	±	±	±
2	Юзнинг пастки қисмида шиш	+	+	+
3	Конъюнктивани шиши ва қон шимилиши	+	+	+
4	Юзни вертикал ҳолатда узайиши, горизонтал ҳолатда яссिलाшиши	+	+	+
5	Экзофтальм	+	±	-
6	Энофтальм	+	±	-
7	Бутун юзаси бўйлаб периорбитал соҳага қон қуйилиши	+	-	-
8	Бурун илдизи, кўз қосасининг юкори ички квадранти, юкори ва пастки ковокларга, кўз ости соҳалари ва конъюнктивга қон қуйилиши	-	+	-
9	Кўз ости киргоғида, пешона-бурун чоқида, ёнок альвеоляр қиррада суюқ бўртиқлари	-	+	-
10	Пешона-бурун, ёнок-пешона чоқлари ва ёнок равоғида суюқ бўртиқлари	+	-	-
11	Ёнок альвеоляр қиррада суюқ бўртиқлари	-	+	+

12	Оғиз максимал очилганда фронтал тишлар соҳасида масофанинг камайиши	±	±	±
13	Барча тишлар соҳасида ўтув бурмада кон куйилиши	-	-	+
14	Премоляр ва моляр тишлар соҳасида ўтув бурмага кон куйилиши	-	+	-
15	Қанотсимон-жағ бурмасининг юкори қисми ва юмшок танглайга кон куйилиши	-	+	+
16	Юмшок танглайни орқага сурилиши	+	+	+
17	Юкори жағ тишлари перкусиясида паст бўтик товуш	+	+	+
18	Очк тишлар жипелашуви	+	+	+
19	Пешона-бурун, пешона-ёнок ва ёнок равоғи соҳаларида суяк булақларининг патологик кимирлаши	+	-	-
20	Пешона-бурун, ёнок-юкори жағ ва ёнок альвеоляр қирра соҳаларида суяк булақларининг патологик кимирлаши	-	+	-
21	Ўтув бурмасидан юкорирокда ва ёнок-альвеоляр қирра соҳасида суяк булақларининг патологик кимирлаши	-	-	+
22	Секни берилган босим ҳисобига юзнинг ўрта қисмини қисқариши	+	+	+
23	Бурундан ликвор келиши	+	±	-
24	Яқинлашувчи гилайлик	+	-	-
25	Ўзоклашувчи гилайлик	+	-	-
26	Турк эгарининг синиши	+	±	-
27	Пешона-бурун, пешона-ёнок ва ёнок равоғи соҳаларида суяк бутунлигининг бузилиши	+	-	-
28	Пешона-бурун, ёнок-юкори жағ ва ёнок альвеоляр қирра соҳаларида суяк бутунлигининг бузилиши	-	+	-
29	Ноксимон тешик девори ва ёнок альвеоляр қирра соҳасида суяк бутунлигининг бузилиши	-	-	+

Эслатма: (+) – белги ҳар доим аниқланади, (±) – белги баъзан аниқланади, (-) – белги ҳеч қачон аниқланмайди.

ЖАҒ СУЯКЛАРИ СИНИШЛАРИДА ИММОБИЛИЗАЦИЯ ҚИЛИШ УСУЛЛАРИ

Жағ суюқлари синишларини иммобилизация қилишни вақтинчалик (транспорт) ва доимий (даволовчи) усуллари фаркланади.

Вақтинчалик (транспорт) иммобилизация қилиш усуллари иккита гуруҳга бўлинади:

– оғиз ташқарисидан бажарладиган усуллар (бинтли боғламлар, энгак сопқони, стандарт транспорт боғлами ва бошқалар);

– оғиз ичкарасидан бажариладиган усуллар (симлар ёрдамида жағлараро маҳкамлашнинг ҳар хил турлари, шина–қошиқ ва бошқалар).

Вақтинчалик иммобилизация ҳодиса содир бўлган жойда ёки даволаш профилактик муассасаларида бошқа мутахассисликдаги шифокорлар ёрдамида амалга оширилади.

Вақтинча иммобилизация усулларида бемор даволаш профилактика муассасасига боргунча ёки узоғи билан 4 кун муддатга фойдаланилади. Вақтинчалик иммобилизация беморларга ёрдам кўрсатишнинг исталган босқичида ўтказилиши мумкин. Кўп ҳолатларда вақтинчалик иммобилизация ўрта ёки кичик тиббий ходимлар томонидан амалга оширилади. Вақтинчалик иммобилизация ўтказишдан мақсад синик бўлақларининг ҳаракатланишини чеклашдан иборат бўлади. Бу иммобилизациянинг сим билан бажариладиган усуллари фақатгина мутахассис шифокорлар бажаришлари мумкин.

Вақтинчалик иммобилизациянинг оғиз ташқарисидан ўтказиладиган усулларига оддий бинтли боғлам, Гишпократ бўйича энгак тепа боғлами, Померанцева–Урбанскаяни стандарт юмшоқ энгак сопқони, транспорт иммобилизацияси учун стандарт боғлам ва бошқалар киради.

Оддий бинтли боғлам – юқори ва пастки жағ суюқларининг синишларида қўлланилади.

Оддий бинтли боғламни амалга оширишда докадан тайёрланган энли бинт ишлатилади. Бинтни икки четидан энгак соҳасида турадиган қисмигача кесилади. Кесилмаган қисми энгак соҳасига қўйилади. Кесилган бинтнинг олдинги қисми қулоқнинг

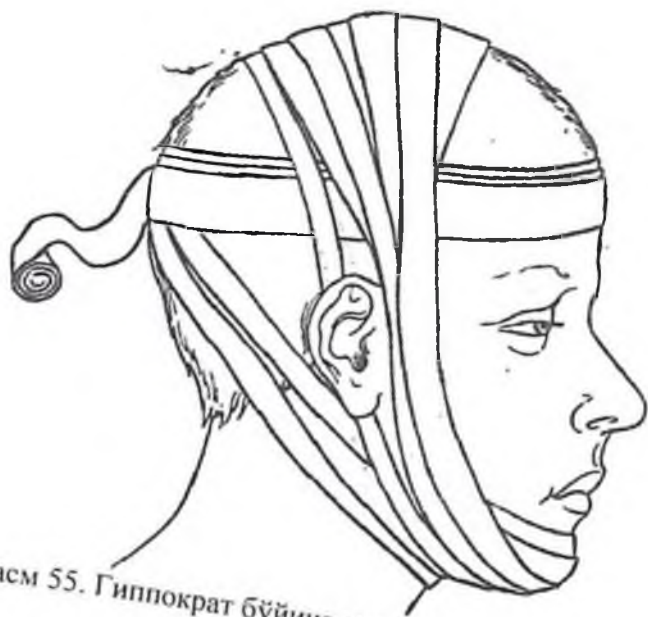
орка тарафидан ўтказилиб энса соҳасида бир-бири билан боғланади. Бинтнинг оркароқда жойлашган қисми кулоқнинг олд томонидан ўтказилиб бошнинг тепа қисмида бир-бири билан боғланади. Бошнинг энса ва тепа қисмида боғланган бинтлар бир-бири билан боғланганда синган суяк бўлақларини яхши ҳолатда ушлаб тура олади. Бу боғламни камчилик тарафи оддий бинт 2–3 соат ичида чўзилиши мумкин. Натижада боғлам бўшашиб қолади. Оддий бинтни ўрнига эластик бинтдан фойдаланилса, юкорида келтирилган камчиликлар бартараф қилинади.

Гиппократ бўйича энгак–тепа боғлами юкори ва пастки жағ суяқлари синишларида ишлатилади (Расм 55). Докадан тайёрланган бинт пешона–энса йўналиши бўйлаб икки марта айлантирилади. Айлантирилган бинт энса дўмбоғидан пастроқда жойлашиши керак.

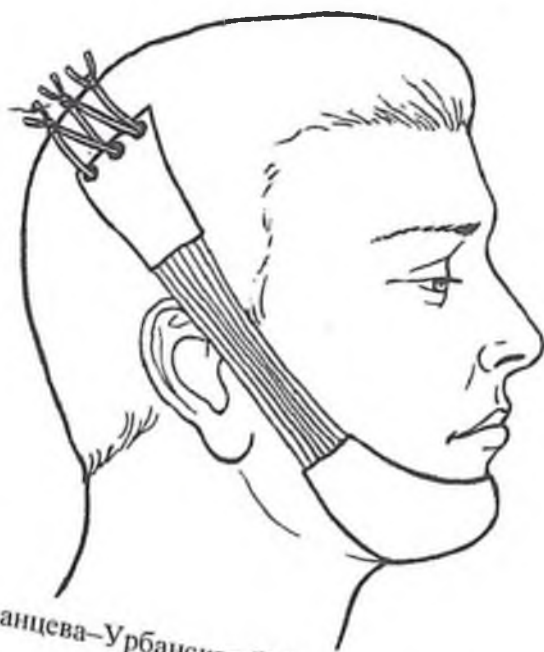
Кейин бинт бўйиннинг орка юзаси бўйлаб энгак соҳасига олиб келинади. Энгак–тепа йўналишида кучли босим бермасдан бир неча марта вертикал йўналишда айлантирилади. Бинт кулоқнинг олд ва орка тарафидан навбатма–навбат ўтказилиши керак. Кейин бўйинни орка юзаси бўйлаб бинт энгак соҳасидан бошга чиқарилади ва пешона–энса йўналиши бўйлаб 2–3 марта айлантирилади. Бинтнинг охириги учи лейкопластир билан маҳкамланади ёки пешона соҳасида тугиб қўйилади. Пастки жағ суягини синишларида Гиппократ бўйича қўйилган боғлам факат ушлаб турувчи бўлиши керак. Агар босиб турувчи бўлса синик бўлақларини силжишига, нафас олишни кийинлашиши ва асфиксияга олиб келиши мумкин. Юкори жағ суягини синишларида босиб турувчи бўлиши керак. Юкори жағни кимирлатмасдан ўз ўрнида ушлаб турса мия ва унинг пардаларида қўшимча жароҳатлар юзага келмайди ва ликвор окиши камаяди.

Померанцева–Урбанская бўйича юмшоқ стандарт боғлам ҳам жағ суяқларини синишларида қўлланилади (Расм 56). Бу боғлам уч қисмдан иборат бўлади. Энгак қисми бир неча қават бўз ёки шунга ўхшаган бошқа материалдан тайёрланади.

Оралик қисми резинкадан иборат бўлади. Охириги қисми материалдан иборат бўлиб калин ип ўтадиган тешиклари бўлади. Бу сопкон ишлатишга қулай бўлиб, уни ювиб қайта–қайта ишлатса бўлади. Бу боғламни жағлар синган вақтда беморларни тишлари ёки олиб қўйилувчи протезлари бўлмаса ишлатиб бўлмайди.



Расм 55. Гиппократ бүйича энгак-тепа боглами.



Расм 56. Померанцева-Урбанская бүйича стандарт юмшоқ энгак сопкони.

Транспорт имобилизацияси учун стандарт боғлам (қаттиқ энгак сопкони) ҳам жағ суякларининг синишларида ишлатилади (Расм 57). У жағ суякларининг ишончли фиксациясини таъминлаб беради. У қаттиқ энгак сопкони ва таянч калпоқчадан иборат бўлади. Қалпоқчада уч жуфт илмоқлар жойлашган бўлиб уларга резина халқалар келиб такилади. Илмоқчалар остида материалдан чўнтакчалар қилинган. Резина халқа такилган вақтда юмшоқ тўкималарини шикастламаслиги учун уларнинг ичига пахта болишчалари киритиб қўйилади. Шунда резина халқалар ташқарига сурилиб юз терисини шикастламайди. Қалпоқча кийдирилганда эна дўмбогини маҳкам ушлаши керак бўлади.

Қаттиқ сопконни ичи гигроскопик юмшоқ материал билан тўлдирилиб синган пастки жағ суягига қўйилиб резина халқалар такилади. Бу стандарт боғлам пастки жағ синишларида ушлаб турувчи, юқори жағ синишларида эса босиб турувчи қилиб такилади. Резина халқаларнинг сонига қараб ушлаб туради ёки босиб туради.



Расм 57. Транспорт имобилизацияси учун стандарт боғлам.

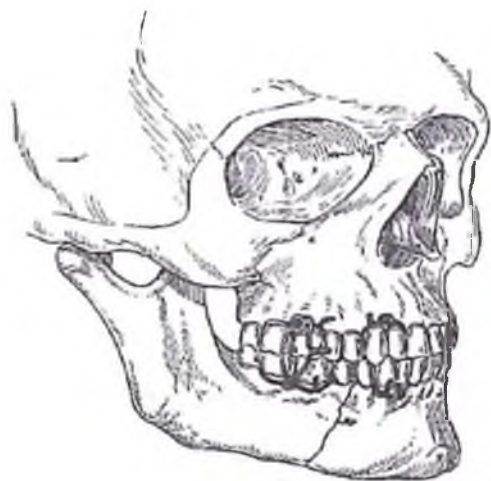
ВАҚТИНЧА ИММОБИЛИЗАЦИЯНИНГ ОҒИЗ ИЧИ УСУЛЛАРИ

Жағлараро симли маҳкамлаш клиник амалиётда пастки жағ суяги синишларини вақтинчалик иммобилизациясида кенг қўлланилади. Бу усулни ҳамма стоматолог шифокорлар бажара олиши керак. Бу усулни қўллаш учун ҳар бир синиқ бўлагида иккитадан кам бўлмаган ёнма-ён турган соғлом тишлар бўлиши керак. Ўз навбатида антогонист соғлом тишлар ҳам керак бўлади. Синиқ чизигидаги тишлар боғламга киритилмайди. Жағлараро маҳкамлашда ишлатиладиган симлар юмшоқ ва ҳар хил таъсирларга чидамли бўлиши керак. Бу талабга кўпроқ 0,5–0,6 мм диаметрдаги бронзо–алюминийли ёки 0,4–0,5 мм диаметрдаги зангламайдиган пўлатдан тайёрланган симлар жавоб беради.

Жағлараро симли маҳкамлаш усулини бажариш учун 7–10 см узунликдаги бронзо–алюминийли симлар, крампон омбури, кон тўхтатувчи кискич, анатомик пинцет, металл кесувчи қайчи керак бўлади. Симлар соат стрелкасини йўналиши бўйича маҳкамланади.

Жағлараро симли маҳкамлашнинг Айви бўйича, саккизсимон ва оддий усуллари кўп қўлланилади.

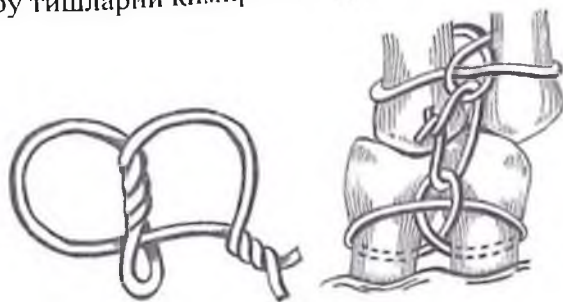
Жағлараро симли маҳкамлашнинг энг яхшиси Айви усули ҳисобланади. Бу усулни бажариш учун 10 см узунликдаги, 0,5–0,6 мм диаметрдаги бронзо–алюминийли сим олинади. Сим соч тўғноғичи шаклида эгилади. Симни бир учи иккинчи учидан 1–1,5 см узунроқ бўлади. Симни эгилган қисмида 0,2 см диаметрли халқа ҳосил қилинади. Буни ҳосил қилишда кичик алюминий сим бўлагидан ёки пинцетдан фойдаланиш мумкин. Кейин оғиз даҳлизи тарафидан симни иккала учини ҳам бир жойдан, яъни тишлараро ораликдан оғиз бўшлиғи тарафига ўтказилади. Симни узун қисми халқани орқа тарафидаги тишлараро ораликдан оғиз даҳлизига чиқарилади. Симни калта қисми халқани олд тарафидаги тишлараро ораликдан оғиз даҳлизига чиқарилади. Узун сим учини халқа ичидан ўтказиб кичик сим билан бураб маҳкамланади ва симни ортиқча қисми кесилади. Демак Айви бўйича жағлараро маҳкамлашни амалга оширишда синган суякнинг ҳар бир бўлагида ёнма-ён турган иккитадан соғлом тиш бўлиши керак (Расм 58).



Расм 58. Айви бўйича жағлараро маҳкамлаш.

Синган жағ суягининг иккинчи тарафи ва юкори жағнинг антагонист тишларига ҳам шундай боғлам кўйилади (Расм 59). Кейин суяк булаклари репозиция қилинади. Юкори ва пастки халқалардан учинчи сим ўтказилиб, синик булаклари иммобилизация қилинади.

Огизни очиш керак бўлган ҳолатларда халқаларни боғлаб турган сим кесилади. Огиз бўшлиғи текшириб кўрилиб, керакли муолажалар ўтказилгач яна бошқа сим ёрдамда маҳкамлаб кўйилади. Тишларга маҳкамланган симларга тегилмайди. Бу боғлам 3–4 кун муддатга кўйилади. Агар кўпроқ муддатга кўйилса мушаклар томонидан тушаётган босим факат шу тишларгагина тушади ва бу тишларни кимирлатиб қўяди.



Расм 59. Айви бўйича жағлараро маҳкамлаш.

Казаньян буйича жагларар осаккизсимон шаклда махкамлашда сим учлари огиз дахлизидан иккита тишни ўраб тишлааро ораликдан огиз бўшлиғи тарафига ўтказилади (Расм 60). Огиз бўшлиғидаги сим учлари иккита тиш оралигидан огиз дахлизига чиқарилиб бир–бири билан бураб махкамланади.

Шу бажарилган иш жағни иккинчи тарафида ҳам амалга оширилади. Синик бўлақлар репозиция ва иммобилизация қилинганч, юқори ва пастдаги симлар бир–бирига қўшиб буралади ва ортиқча қисми кесилади. Натижада тўртта симдан иборат бурама ҳосил бўлади. Бу симли бурамалар қалин бўлганлиги учун шиллик қаватни жароҳатлаши мумкин. Бу боғламни асосий камчилиги тезкор равишда огизни очишга тўғри келиб қолса, уни олиб ташлаб қайтадан қўйишга тўғри келади.

Сильвермен буйича оддий жаглараро махкамлашда ҳам иккита ёнма–ён турган тишлардан фойдаланилади. 5–6 смли бронзо–алюминийли симлар ишлатилади. Ҳар бир тишга алоҳида сим махкамлаб чиқилади. Бу симлар кейин бир–бири билан бураб чиқилади. Натижада тўртта симдан иборат бурама ҳосил бўлади. Синик бўлагининг иккинчи тарафи ва антагонист жағ тишларида ҳам шу муолажалар бажарилади. Синик бўлақлари репозиция симдан иборат қалин бурама ҳосил бўлади. Беморларга ноқулайлик тугдириб милк ва огиз бўшлиғи шиллик қаватини жароҳатлайди.



Расм 60. Казаньян буйича жаглараро махкамлаш.

ЖАҒ СУЯКЛАРИ СИНИШЛАРИНИ ДОИМИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Жағ суяқлари синишларини доимий даволаш усуллари иккига бұлинади:

- консерватив;
- оператив.

Жағ суяқлари синишларини консерватив доимий (даволовчи) даволаш усулларига киради:

– лабораториядан ташкарида ясаладиган шиналар ёрдамида даволаш (алюминий симдан тайёрланадиган ва стандарт тиш шиналари);

– лаборатория шаронтида тайёрланадиган шиналар ёрдамида даволаш (пластмассадан тайёрланадиган Вебер, Ванкевич ва Ванкевич–Степанов, Порто шиналари).

Доимий иммобилизацияни мутахассис жаррох стоматологлар ва Юз-жағ жаррохлари амалга оширишади. Доимий иммобилизация даврида кўйидаги ишлар бажарилади:

1) синик бұлақларини репозицияси – синик бұлақларини тўғри жойига кўйиш;

2) синик бұлақларини иммобилизацияси – синик бұлақларини керакли муддатларга маҳкамлаш;

3) медикаментоз ва физиотерапевтик даволаш – суякни тез битиши ва асоратларини олдини олиш учун;

4) беморлар реабилитацияси чора тадбирлари.

Жағ синишларини консерватив даволашда иммобилизация шиналар ёрдамида амалга оширилади. Шиналар учта гурухга бұлинади:

– тиш шиналари (силлик скоба шинаси, понасимон эгилган кисми бор шина, илмокли шина, стандарт Васильев шинаси);

– тиш–милк шиналари (Вебер шинаси, Ванкевич ва Ванкевич–Степанов шинаси);

– милк шиналари (Порт шинаси).

Оддий алюминий симдан эгиб тайёрланадиган тиш шиналари рус тиш шифокори С.С. Тигерштед томонидан 1915 йилда таклиф қилинган. Шиналарни тайёрлашда 1,8–2,0 мм диаметрдаги оддий алюминий симдан фойдаланилади. Ҳозирги вақтда силлик скоба

шинаси, понасимон эгилган қисми бор шина, илмоқли шиналар кўп қўлланилади. Бу усул оддийлиги, агроф тўқималарни кам жароҳатлаши, юқори самара бериши ва арзонга тушиши билан ажралиб туради.

Алюминий симдан шиналарни тайёрлаш ва тишларга ўрнатишда крампон омбури, анатомик пинцет, қон тўхтатувчи қисқич, нина ушлагич, металл кесувчи қайчи, эгов, 1,8–2,0 мм диаметри ва узунлиги 12–15 смли алюминий сим, 0,50,6 мм диаметри бронзо–алюминийли ёки 0,4–0,5 мм диаметрдаги зангламайдиган пўлат сим керак бўлади.

Шиналарни эгишга бўлган талаблар:

1. Тайёрланаётган шина крампон билан ушланади ва кўл билан эгилади;

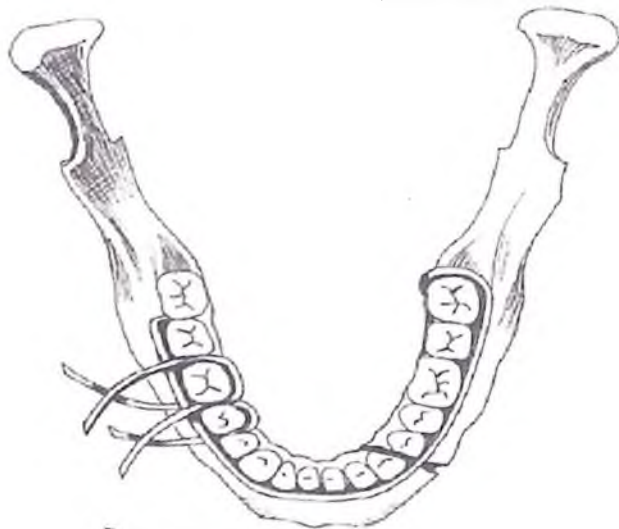
2. Шина оғизда ўлчаб кўрилади ва ташқарида эгилади;

3. Эгилган шиналар ҳар бир тишни бўйин қисмига тегиб туриши керак;

4. Шина ҳар бир тишга сим ёрдамида маҳкамланиши керак;

5. Сим соат стрелкаси йўналишида буралиши керак.

Силлик скоба шинаси катта синик бўлагиди 4 та, кичик синик бўлагиди камида 2 та соғлом тиш бўлган вақтда қўлланилади (Расм 61). Синик чизигида жойлашган тишлар ҳисобга олинмайди.



Расм 61. Силлик скоба шинаси.

Силлик скоба шинасини қўйишга кўрсатмалар:

- 1) пастки жағнинг тиш каторидан ўтган силжишсиз чизикли синишлари;
- 2) пастки ва юкори жағни альвеоляр ўсиғини синишлари;
- 3) тишларни чиқиш ва синишлари;
- 4) юкори жағ суягини синишлари (Фальтин–Адамс, Фидершпиль–Дингман ва бошқа даволаш усуллари қўлланилганда).

Силлик скоба шинасини тайёрлаш учун қалинлиги 1,8–2,0 мм диаметрли ва узунлиги 12–15 смли алюминий сим ва крампон омбури керак бўлади. Дастлаб шинани кламмер қисми эгиб олинади. Кламмер қисмини учи тиш каторини охирида жойлашган тиш тож қисмини тил томонда ярмигача бориши керак. Тилни шикастламаслиги учун сим учи яхшилаб силликланади. Баъзан симни учки қисми ўткирланиб тишлараро ораликка киритилади. У оғиз бўшлиғи тарафига ўтмаслиги ва милк сўрғичини жароҳатламаслиги керак. Кламмер қисми тайёрлангандан кейин у охирги тишга ўрнатилиб оғиз дахлизи тарафидан шу тиш тож қисмини ўртасида крампон омбури билан ушланади. Омбур горизонтал ҳолатда жойлашиши керак. Бу ҳолатда симни асосий қисми тиш ёйига нисбатан пастда жойлашади. Илмоқ крампон омбури ёрдамида оғиздан чиқарилади. Омбурнинг симга нисбатан ҳолати ўзгармаслиги керак. Сим чап қўл ёрдамида юкорига кичик бурчак остида эгилади. Шина оғизда тишларга қўйиб кўриб ўлчанади. Агар эгилиш бурчаги тўғри бажарилган бўлса сим бир нечта тишларни бўйин қисмида жойлашади. Симни тишга тегиб турган охирги нуктасидан омбур билан ушлаб оғиздан чиқарилади ва кейинги тишлар тарафига кичик бурчак остида эгилади. Шина оғизда яна ўлчаб кўрилади. Шу тарика эгиш давом эттирилади. Силик бўлагининг иккинчи қисмида ҳам шинанинг кламмер қисми букилади.

Шина тайёр бўлгач оғизда ўлчаб кўрилади. Тўғри тайёрланган шина қийинчиликсиз тиш ёйига жойлашиши ва ҳамма тишларни бўйин қисмига тегиб туриши керак. Шина ҳамма тишларга бронзо–алюминийли сим ёрдамида маҳкамлаб чиқилади. Симлар албатта соат стрелкаси йўналишида буралиши ва тиш экваторидан пастда жойлашиши керак. Буралган сим 5 мм узунликда қолдирилиб кесилади ва қайириб қўйилади. Даволаш мuddати тугагач шинани

ечиш олдидан симлар бўшатилиб синик бўлакларида ҳаракатланиши йўқолганлиги текшириб кўрилади. Шина 4–5 ҳафтадан кейин ечилади. Бунинг учун симлар соат стрелкасига тескари йўналишда бураб бўшатилади. Симнинг бир ёки икки учи ҳам кесилиб қолган қисми тишлараро ораликдан олиб ташланади. Скоба шинаси тақилгач, жағ ҳаракатини чеклаш мақсадида беморга Померенцева–Урбанская боғламини тақиб юриш тавсия этилади. Беморларга суюқ овқатлар истеъмол қилиш буюрилади. Ҳафта давомида 2–3 марта шифокор кўригида бўлиши керак. Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш тушунтирилади.

Понасимон эгилган скоба шинаси ҳам катта суяк бўлагиди 4 та, кичик суяк бўлагиди 2 тадан кам бўлмаган соғлом тишлар бўлганда қўлланилади (Расм 62).

Понасимон эгилган қисми бор скоба шинасини қўйишга кўрсатмалар:

1) Суяк нуқсони 2–4 смдан кўп бўлмаган пастки жағни тиш каторидан ўтган синишлари;

2) Пастки жағни тиш каторидан синишларида, синиш чизигини альвеоляр ўсиқнинг тишлар йўқ қисмидан ўтиши.

Бу шинани тайёрлаш учун ҳам худди силлиқ шина скоба тайёрлашдаги материал ва жиҳозлар керак бўлади. Тайёрлаш босқичи силлиқ шина скобаники билан деярли бир хил бўлиб, пона қисмини тайёрланиши билан фарқ қилади. Пона қисмини ўлчамини нуқсонни ўлчами билан бир хил бўлиши керак. Пона қисмини елкалари тишларни ён қисмига такалиб туриши керак.

Алюминий симдан тайёрланадиган *илмоқли* шиналар бир вақтнинг ўзида иккита жағ учун тайёрланади. Ҳар бир шинада 5–6 тадан илмоқлари бўлади. Илмоқларнинг узунлиги 3–5 мм дан ошмаслиги керак. Юқори жағда пастга, пастки жағда илмоқлар юқорига қараб туради. Тишларга нисбатан 35–45 градус атрофида жойлашади. Илмоқлар тиш оралиғида эмас, тишни ўзида жойлашиши керак.

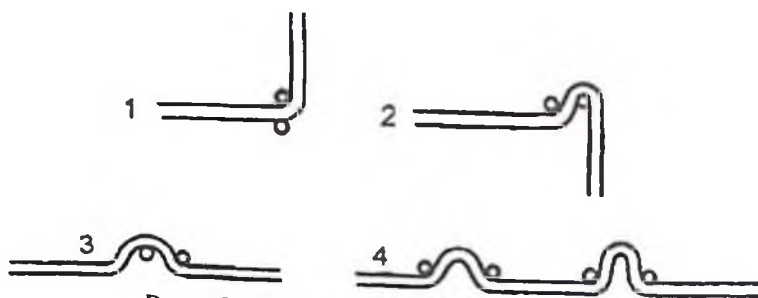


Расм 62. Понасимон эгилган скоба шинаси.

Илмоқли шиналарни қўйишига қўрсатмалар:

1. Пастки жағни тиш қаторидан ташқаридаги синишлари;
2. Пастки жағни тиш қаторидан синишлари;
3. Пастки жағни икки томонлама, иккитали парчаланиб синишлари;
4. Пастки ва юқори жағ суякларининг биргаликдаги синишлари;
5. Пастки жағни қийин тўғриланувчи парчали синишлари.

Бу шинани тайёрлаш учун узунлиги 15 смли алюминий сим ва крампон омбури керак бўлади. Алюминий симда илмоқлар ясаб чиқилади. Шинани ўлчаб кўриш оғиз ичида, букиш эса оғиз ташқарисида бажарилади. Илмоқни ясаш учун симни тиш вертикал ўқиға нисбатан 30–40 градус атрофида крампон омбурини учи билан ушланади. Шина оғиздан чиқарилади, омбурни дастаси вертикал ҳолатга олиб келинади. Шина чап қўл билан 90градус олдинга букилади. Кейин симнинг узун қисми крампон омбури учи бўйлаб 180 градус орқага қайтарилади. Букилган қисми крампон омбури билан ушланади ва сим 90 градус олдинга букилади. Натижада илмоқ ҳосил бўлади (Расм 63).



Расм 63. Илмокни тайёрлаш боскичлари.

Шундай қилиб навбатма навбат огиз ичида ўлчаб, ташқарида букиб шинанинг бошка илмоқлари ҳам тайёрлаб чиқилади. Худди шу тартибда шина юқори жағ учун ҳам тайёрлаб олинади. Илмоқлар 2-, 4- ва 6-тишлар соҳасида жойлаштирилса, жағ суягига тушаётган босим бир хилда тарқалади. Тайёр бўлган шиналар тиш қаторига қўйиб қўрилади. Шиналар ҳар бир тишга тегиб туриши ва илмоқлари 30–40 градус бурчак остида жойлашиши керак. Шина ҳамма тишларга бронзо–алюминийли сим ёрдамида маҳкамлаб чиқилади. Сим албатта соат стрелкаси ўналишида буралиши ва тиш экваторидан пастда жойлашиши керак. Буралган сим 5 мм узунликда қолдириб кесилади ва қайириб қўйилади. Синик булаклари репозиция қилинган, иммобилизация қилиниб резина халқачалар тақиб қўйилади (Расм 64).



Расм 64. Илмокли шиналар.

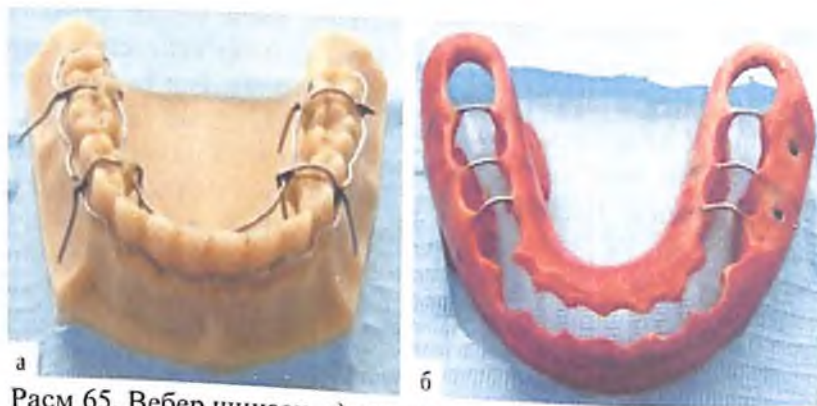
Беморлар ҳафта давомида 2–3 марта шифокор кўригида бўлиши керак. Шина туришини мустаҳкамлиги, симларни ҳолати кўрилади. Керак бўлса резина халқалар алмаштирилади. Тишлар жипслашувиغا алоҳида эътибор берилади. Синик бўлақларини ҳолатини кўриш учун назорат рентген текшируви ўтказилади. Оғиз бўшлиғи гигиенасига роя қилиш тушунтирилади. Даволаш муддати тугагач, резина халқалар олинади ва беморларга шина билан 1–2 кун юриб келиш тавсия этилади. Агар шу вақт ичида тишлар жипслашувида ўзгариш бўлмаса, яъни синик бўлақлари силжимаса шина ечилади. Бунинг учун симлар соат стрелкасига тескари йўналишда бураб бўшатилади. Симнинг бир ёки икки учи ҳам кесилиб қолган қисми тишлараро ораликдан олиб ташланади.

Стандарт тиш шиналари завод шарситида ишлаб чиқилади. Бу шина турига Васильевнинг лентасимон илмокли стандарт шинаси қиради. У 14 см узунликдаги юпка металл лента ва илмоқлардан иборат бўлади. Лентанинг эни 2,3 мм, илмоқларининг сони 14 тани ташкил қилади. Шина горизонтал сатҳда енгил эгилади. Шиналаш даври кам вақтни олади ва керакли ўлчамгача кесиш мумкин. Энг катта камчилиги вертикал сатҳда эгилмайди. Шунинг учун премоляр ва моляр тишлар соҳасида Шпей эгрилигига мослаб қўйиб бўлмайди. Милк шиллик қаватларини жароҳатлайди.

Тиш милк шиналари тиш ва альвеоляр ўсиқда жойлашади ва синик бўлақларини ушлаб туради. Улар лаборатория шароитида тайёрланади. Тиш милк шиналарига оддий ва қиялик қисми бор Вебер шинаси, Ванкевич ва Ванкевич–Степанов ва бошқа шиналар қиради. Оддий Вебер шинаси пастки жағнинг тиш қаторларидан қилинишларида қўлланилади. Имобилизация қилишда синган суяк бўлақларида соғлом, чидамли тишлар бўлиши керак. Шина тишларни зич қоплаб альвеоляр ўсиқ шиллик қаватига ўтиради. Тишларнинг кесув ва чайнов юзалари шинадан холи қолдирилади. Натижада антагонист тишлари билан яхши жипслашади. Бу шинадан даволашни охиригача фойдаланиш мумкин. Шина лаборатория шароитида ёки тез қотувчи пластмассадан оғиз бўшлиғида ҳам тайёрланиши мумкин.

Вебер шинасининг ён тарафида юкори жағ моляр тишларини ташқи юзасига тегиб турувчи чикқан қисми бўлади (Расм 65). Чикиб турган қисмини баландлиги тишлар вертикал баландлигидан

ошмаслиги керак. Қия чиккан қисми оғиз ёпилган ҳолатда юқори моляр тишларини ташқи юзасида жойлашади ва пастқи жағни ён соҳаларини сурилиб кетмаслигини таъминлайди. Натижада синик бўлақлари иммобилизация қилинган сўлжиш кузатилмайди. Бу шинадан пастқи жағни травматик остеомиелитларида суяқ нуксонлари ҳосил бўлганда жағни сўлжиб кетишини олдини олиш мақсадида ҳам фойдаланилади.



Расм 65. Вебер шинаси. а) шинани симли каркасини тайёрлаш босқичи; б) тайёр шина

Тиш милк шиналарининг кейинги турларига Ванкевич (Расм 66) ва Ванкевич–Степанов (Расм 67) шиналари қиради. Бу шиналар пастқи жағни тиш қаторидаги, тиш қаторидан ташқаридаги ва нуксонли синишларида ишлатилади. Бу шиналарни стандартташқи боғламлар билан биргаликда пастқи ва юқори жағни бир томонлама синишларида ҳам қўллаш мумкин.

Бу шина юқори жағ суягини альвеоляр ўсиғи ва қаттиқ танглайда жойлашади. Қия юзалари пастқа қараган бўлиб пастқи жағ шохини олдинги қирғоғи ва альвеоляр ўсикнинг ички ён тарафида тегиб туради. Пастқи жағ синик бўлақларини олдинга, юқори ва ичкарига сўлжишини олдини олади. Степанов шинадаги пластмассадан ясалган қия қисмини ўрнига бюгель протезларидагидек металл ёйини ишлатган.



Расм 66. Ванкевични тиш-милк шинаси.



Расм 67. Ванкевич-Степановнинг тиш-милк-шинаси.

Милк усти шиналарига Гуннинг-Порт ва Лимберг шиналари киради (Расм 68). Порт шинаси пастки жағ синишларида жағларда тишлар ёки беморни олиб қўйилувчи протезлари бўлмаган ҳолатларда қўлланилади. Шина яхлит иккита базис пластинкадан иборат бўлиб, унинг олдинги қисмида овқатланиш учун махсус тешиги бор. Шина юқори жағга ўрнатилгач, синган пастки жағ суяги пастки базисга репозиция қилиниб жойлаштирилади. Бу шинадан пастки жағни вақтинчалик иммобилизацияси учун

ишлатиладиган вақтинчалик боғламлар билан биргаликда фойдаланилади.



Расм 68. Милк усти шиналар. а–Гуннинг–Порт шинаси; б–Лимберг шинаси

Юқори жағ суягини иммобилизация қилиш жароҳат олгандан кейин максимал даражада тез ўтказилиши керак. Бу синик бўлақларини тез битиб кетиши билан бир қаторда яллиғланиш жараёнлари келиб чиқишини олдини олади. Юқори жағ синишларида ҳам консерватив даволаш усулларидан фойдаланиш мумкин. Юқори жағ суяги синишларини консерватив даволашда рус жаррох стоматологи Я.М. Збарж томонидан яратилган аппарат қўлланилади. Бу аппарат иккита ёй, иккита ташқарига чиқувчи ўзак ва 4 та бириктирувчи ўзак ва 8 та қисқичдан иборат бўлади. Ёй қисмлари тишларни вестибуляр ва орал тарафига қўйилиб симлар ёрдамида маҳкамланади. Ёйлардан оғиз ташқарисига ўзақлар чиқади ва бириктирувчи ўзақлар ва қисқичлар ёрдамида стандарт қалпоқчага маҳкамланади. Аржанцев, Орлов аппаратлари ва шунга ўхшаш бошқа аппаратлар ҳам шу қонуният асосида ишлайди. Бу усуллар юқори жағни юқори ва ўрта тип синишларида кўпроқ қўлланилади. Бу аппаратлар ҳар доим ҳам юқори жағни ишончли иммобилизациясини таъминламайди. Бу усулларда юқори жағниг орқа қисми юқorigа яхши кўтарилмайди. Қалпоқча кийилиши сабабли бу усулни бошнинг пешона, тепа ва энса қисми юмшоқ тўқималари жароҳатларида қўллаб бўлмайди.

ЖАҒ СУЯГИ СИНИШЛАРИНИНГ ОПЕРАТИВ УСУЛЛАРИ

Жағ суяқлари синишларини оператив даволаш усулларига остеосинтез дейилади. Остеосинтезниг очик ва ёпик, ўчоқли ва ўчоқдан ташқари турлари фаркланади. Синик бўлақларини тўғри репозиция қилиб маҳкамлаш учун юмшоқ тўқималарни кесиб,суяқни синган қисми очилиб бажариладиган остеосинтез тури *очик* остеосинтез ҳисобланади. *Очик* остеосинтезнинг афзаллиги унда синик бўлақлари юқори аниқликда репозиция қилинади. Бундан ташқари кичик суяқ парчалари бўлса олиб ташланади. Интерпозицияга учраган юмшоқ тўқималар суяқ оралиғидан чиқарилади. Бу усулнинг камчилиги тарафига келсак, шу соҳада микроциркуляция бузилади, кесилган жой терисида ҳар хил ўлчамли чандиқлар қолади.

Синик бўлақларини тўғри жойига қўйиб маҳкамлаш учун юмшоқ тўқималарни кесмасдан бажариладиган остеосинтез тури *ёпик* остеосинтез ҳисобланади. Бу остеосинтез турида юмшоқ тўқималар кесилмайди, синик соҳаси очилмайди. Натижада шу соҳада микроциркуляция бузилмайди. Жароҳат тез битади ва яллиғланиш жараёнлари кузатилмайди. Бу усулнинг камчилиги синик бўлақларининг тўғри жойига қўйилишини назорат қилиб бўлмайди.

Ўчоқли остеосинтезда синик бўлақларини маҳкамловчи мосламалар синик чизигидан ўтади ва шу ерда ётади. Буларга суяқ чоқи, мини–пластинкалар, Павлов рамкаси ва бошқа мосламалар қиради.

Ўчоқдан ташқари остеосинтезда иммобилизация қилувчи мосламалар синик чизигидан узокроқда жойлашади. Буларга Фальтин–Адамс, Рудько аппарати, оғиз ташқарисидан ишлатиладиган аппаратлар ва бошқа усуллар қиради.

Клиник амалиётда юқорида келтирилган остеосинтез усулларининг ҳар хил комбинациялари қўлланилади.

Жағ суяқлари синишларини консерватив даволаш усуллари яхши иммобилизация қилиш имконини бермаганда остеосинтез операцияси ўтказилади.

Остеосинтезни қўллашга бўлган кўрсатмалар:

1. Жағ суяқларини тиш қаторидан синишлари:

- а) керакли сондаги соғлом тишларни бўлмаслиги;
- б) синик бўлақларини сезиларли даражада сижшида репозиция қилишни имконияти йўклиги;
2. Жағ суяқларини тиш қаторидан ташқаридаги синишлари;
3. Жағ суяқларининг катта ва кичик парчали синишлари;
4. Жағ суяқларининг нуқсонли синишлари.

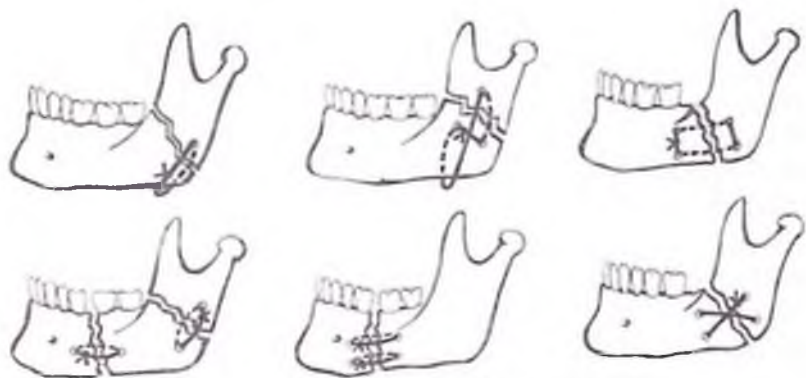
Пастки жағ суягини синишларида даволашни жарроҳлик усулларида бири суяк чоки қўйиш ҳисобланади. Суяк чоки юкори ва пастки жағни янги синишларида, ёнок суяги ва равоғини синишларида ишлатилади.

Суяк чокини синик чизигида яллиғланиш жараёнлари кечаётганда, травматик остеомиелитда, кичик парчали, жағни кийшик ва нуқсонли синишларида қўллаб бўлмади.

Суяк чоки қўйиш учун 0,6–0,8 мм диаметрадаги 1X18H9T, ЭП–400 русумидаги зангламайдиган пўлат, титан, тантал симлар ёки капрон иплар ишлатилади.

Суяк чоки қўйиш операцияси ўтказилишидан олдин юкори ва пастки жағларга илмокли шиналар тақилган бўлиши керак. Операция умумий оғриқсизлантириш остида олиб борилади. Операция ўтказиладиган жойда шу соҳанинг анатомик хусусиятларини эътиборга олиб кесув ўтказилади. Суяк учлари топилиб оғиз дахлизи ва тил тарафдан суяк усти пардасидан ажратилади. Кейин суяк бўлақлари жойига қўйилиб тишлар жипслашуви назорат қилинади. Синик чизикларидан 1–1,5 см ташлаб бормашинада каналлар ҳосил қилинади. Одатда хар бир суяк бўлагида иккитадан канал ҳосил қилиниши керак. Ҳосил қилинган каналлардан симлар ўтказилиб, суяк бўлақлари тўғриланган ҳолатда маҳкамланади. Суяк чоклари П–симон, Х–симон ва бошқа кўринишларда бўлиши мумкин. Суяк чоклари кўйиб бўлингач, тўқималар каватма–кават тикилади ва 1–2 кунга резина чиқаргич қолдирилади (Расм 69).

Одатда суяк чокларини қўйиш учун ишлатиладиган материаллар яллиғланиш жараёнларини келтириб чиқармайди. Шунинг учун даволаш муддати тугагандан кейин ҳам жағ суягида колаверади.



Расм 69. Суяк чокини қўйиш турлари.

Жағ суяклари остеосинтезида Киршнер спицасидан ҳам фойдаланилади. Киршнер спицасини ўрнатишда бормашина, дрел ёки Макиенконинг АОЧ-3 аппарати ишлатилади. Спица синик бўлаklarини вертикал сатҳда яхши ушлайди. Спица синик сатҳда буралишини олдини ола олмайди. Буни олдини олиш учун параллел равишда иккита спица қўйилади. Спица тез айлантилганда суякни куйдириши мумкин. Киршнер спицаси пастки жағни бўғим ўсиғи ва энгак соҳасидан синишларида кенг қўлланилади. Бу усул кам жароҳатли усул ҳисобланади. Суяк чоки билан бирга комбинация қилиниши ҳам мумкин.

Ҳозирги вақтда жағ суякларининг синишларида мини-пластинкалардан кенг фойдаланилмоқда. Мини-пластинкалар кичик парчали синишларда ишлатилмайди. Операциялар маҳаллий ёки умумий оғрикисизлантириш остида олиб борилади. Суяк усти пардасининг бир томондан очилиши, микроциркуляциянинг кам бузилиши ва терида чандикни бўлмаслиги мини-пластинкаларнинг асосий афзалликларидан ҳисобланади.

Жағ суяги синишларида мини-пластинканинг хал хил шакл ва ўлчамларидан фойдаланилади. Улар титан ёки зангламайдиған пўлатдан тайёрланади. Узунлиги 2 см дан 24 смгача, қалинлиги 1 мм дан 1,4 ммгача бўлади. Маҳкамлаш учун ишлатиладиган шурупнинг диаметри 2,0 и 2,3 мм ва узунлиги 5 дан 19 мм гача бўлади. Мини-пластинкаларни оғиз ичи ва ташқарисидан бажариладиган остеосинтез усулларида қўллаш мумкин.

Оғиз ташқариси усулида жағ ости соҳасидан кесув ўтказилиб синган суяк тўқимасига борилади. Суяк четлари 2–2,5 см очилади.

Суяк усти пардаси фақат вестибуляр тарафида ажратилади. Синик бўлаклари репозиция қилинади. Керакли ўлчам ва шаклдаги мини пластинка танланади. Кейин жағ суягида каналчалар очилади. Мини пластинка ўрнатилиб шуруплар ёрдамида маҳкамланади. Тўқималар қаватма-қават тикилади.

Оғиз ичи усулида ўтув бурмасидан 0,5 см пастда 4 см атрофида кесув ўтказилади. Жағ суягининг синган қисми топилади. Синик бўлаклари репозиция қилиниб мини пластинка ўрнатилади. Иккинчи кесув тишидан иккинчи кичик озиқ тишлари соҳасидаги синишларга параллел равишда иккита мини пластинка ўрнатилса, моляр тишлар соҳасида битта мини пластинка ўрнатилади (Расм 70). Оғиз ичи усули кам жароҳатли бўлиб, эстетик жиҳатдан яхши натижа беради.



Расм 70. Пастки жағ суяги синишларида мини пластинкаларни қўлланилиши.

Шунинг билан биргаликда мини пластинкаларни ҳам ўзига яраша камчиликлари бор. Баъзи вақтларда пластинкани жойлаштириш қийинчиликлар туғдириши мумкин. Суякга мини пластинкаларни маҳкамлаш учун ишлатиладиган шуруплар котириш даврида тиш илдизлари ва пастки альвеоляр нервни жароҳатлаши мумкин.

Пастки жағ бұғим ұсигининг юкори кисмидан синишларида бұғим бошчасининг бұғим чукурчасидан чикишлари кузатилиши мумкин. Бұғим бошчасини жойнга қайтариб, иммобилизация килиш етарли кийинчиликларни келтириб чикаради. Бундай холатларда бұғим ұсигини реплантация килиш усулини кўллаш яхши натижа беради. Реплантациянинг Т.Корзон, В.А. Малышев, А.А. Жилонов ва бошка усулларидан фойдаланилади.

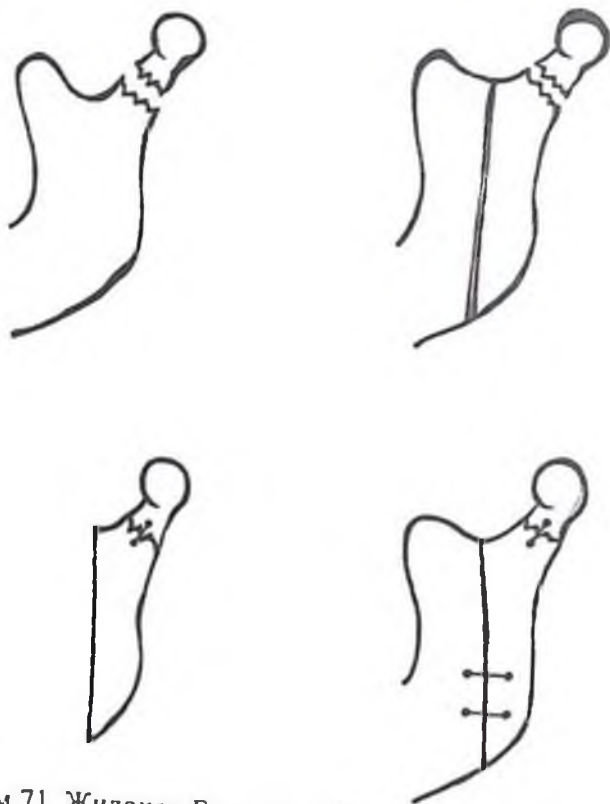
А.А. Жилонов буйича реплантация операциясини ўтказишга кўрсатмаларга куйидаги холатлар киради:

1. Бұғим бошчасини капсула ичида синиб силжиши;
2. Бұғим бошчасини синиб, бұғим чукурчасидан чикиши;
3. Бұғим ұсигини буйин кисмидан парчаланиб синиши;
4. Бұғим ұсигини юкори кисмидан қия синишларида бұғим ўсиғи баландлигини пасайиши.

А.А. Жилонов бұғим ўсигининг юкори кисмидан синишларида реплантация килишнинг куйидаги усулни таклиф қилади. Операциядан олдин жағларга бимаксилляр Тигерштедт шиналари тақилади. Операция умумий огриксизлантириш остида олиб борилади. Жағ остидан 2 см пастда жағ бурчагини айланиб ўтувчи 6–7см узунликда кесув ўтказилади. Тўқималар қаватма–қават кесилади.

Жағни ташки юзасидан чайнов мушаги ажратилади. Ички юзасидан медиал қанотсимон мушаги қисман ажратилади. Сўнг фиссурали бор ёки циркуляр арра ёрдамида пастки жағни яримойсимон ўйигидан қийшиқ вертикал йўналишда пастки жағни бурчаги томон кесилади. Кесилган суяк бўлаги ташқарига чиқариб олинади (Расм 71).

Синган бұғим бошчаси топилади ва мушак ва бойламлардан ажратиб олинади. Чиқариб олинган суяк бўлаги ва бұғим бошчаси сим чоки ёрдамида бир бирига маҳкамланади. Бұғим бошчаси тикланган суяк бўлаги ўз ўрнига куйилади ва жағ бутунлиги тикланиб, параллел сим чоклари ёрдамида маҳкамланади. Юмшоқ тўқималарга қаватма қават чоклар куйилади.

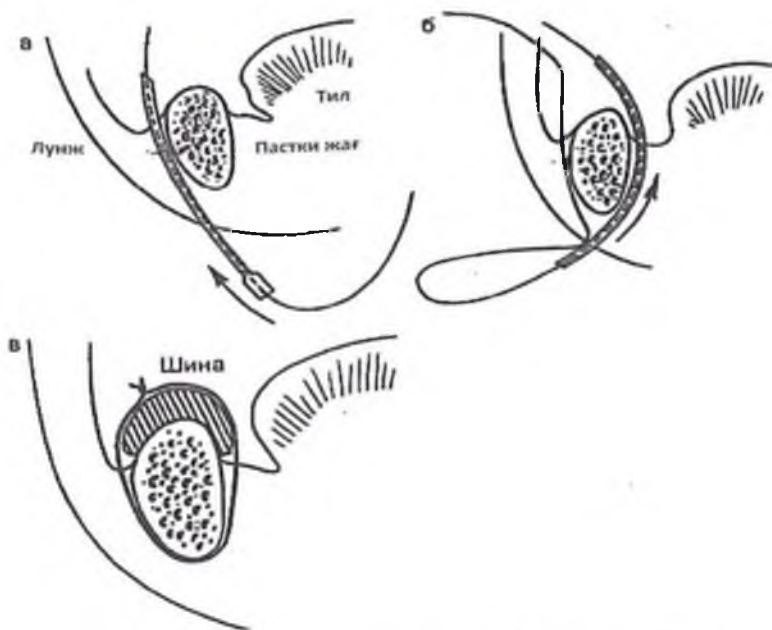


Расм 71. Жилонов-Безруков бўйича операция схемаси.

В.А. Малышев усулида юмшок тўкималар кесилиб, синган суяк бўлаклари очиб борилади. Бўғим бошчаси чиқариб олинади. Бўғим бошчасига Киршнер спицаси киритилади. Катта суяк бўлагиде спицани жойлаштириш учун фиссурали бор ёрдамида арикча хосил килинади. Бўғим бошчаси ўз ўрнига қўйилади. Спицанинг суякдаги арикчада жойлашган қисми суяк чоки ёрдамида маҳкамланади.

ПАСТКИ ЖАҒИ СУЯГИ СИНИШЛАРИДА ЎРАБ ОЛУВЧИ ЧОКНИ ҚўЛЛАНИЛИШИ

Пастки жағни тиш каторидан синишларида тишларни бўлмаслиги ёки жағларда чидамли тишлар сонини кам бўлиши ўраб олувчи чокларни қўллашга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Ўраб олувчи чокни қўллаш учун беморни олиб кўйилувчи протези ёки Вебер шинаси бўлиши керак. Чокни кўйишда Куликовский нинаси ва 0,6–0,8 мм диаметраги капрон ёки полиамид ипи керак бўлади (Расм 72).



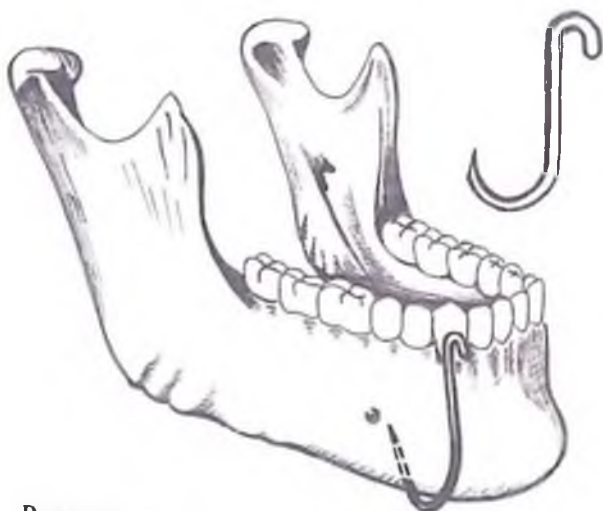
Расм 72. Ўраб олувчи чокни кўйиш чизмаси.

Маҳаллий оғриқсизлантириш остида Куликовский нинаси жағ ости соҳасида терига санчилади ва пастки жағни киргоғига йўналтирилади. Кейин пастки жағни танасини лунж юзаси бўйлаб суякни сезган ҳолатда йўналтирилиб, оғиз дахлизидан чиқарилади. Нинани ичидан капрон ипи ўтказиб олинади. Нина олиб ташланади. Иккинчи нина ҳам биринчи нина санчилган жойдан санчилади. Жағ киргоғига борилгандан кейин пастки жағни тил тарафидан суякни

сезган ҳолатда йўналтирилиб, хусусий оғиз бўшлиғига чиқарилади. Чиккан иплар синик чизигидан 1,5–2 см узоқроқда жойлашиши керак. Капрон ипларни суякка келиб теккунча тортилади. Синик бўлаклари репозиция қилиниб беморни олиб кўйилувчи протези ёки Вебер шинаси тақилади ва иплар ёрдамида маҳкам боғланади. Катта суяк бўлагига 3–4 та, кичик суяк бўлагига камроқ чоклар кўйилади. Беморларга даволашнинг биринчи ҳафтасида суюқ овкатлар истеъмол қилиш тавсия этилади. 8–12 кундан бошлаб юмшоқ овкатларни истеъмол қилса бўлади.

S–СИМОН ВА УНИФИЦИРЛАНГАН ИЛМОҚЛАР ЁРДАМИДА ИММОБИЛИЗАЦИЯ ҚИЛИШ

S–симон илмоқлар етарли миқдордаги тишлар бўлмаганда, тишлар тож қисми калталигида, чуқур тишлар жипслашуви ва пародонт тўқимасининг касалликларида қўлланилади. S–симон илмоқлар диаметри 1,2–1,5 мм ли зангламайдиган пўлат симлардан букилади. Унинг кўриниши балик тутиш учун ишлатиладиган кармоқ шаклини эслатади. Уни катта ва кичик букилган қисмлари мавжуд бўлиб, катта букилган қисми жағ суягининг пастки қирғоғида жойлашади (Расм 73).



Расм 73. S–симон илмоқни кўйилиш чизмаси

Дастлаб юқори жағ тишларига илмокли Тигерштедт шинаси тақилади. Муолажа маҳаллий оғриксизлантириш остида бажарилади. S-симон илмок крампон омбури ёрдамида ушланади. Оғиз бурчаги ташқарига тортилади. Илмокнинг катта букилган қисмини ўткир учи шиллик каватга санчилади. Суякни сезган ҳолатда пастга йўналтирилиб жағ асосини тагидан ўтказилади. Илмокка вертикал ҳолат берилади. Тери орқали катта илмокка босилиб уни суякда яхши жойлашиши таъминланади. Бу илмоклар ҳам синик чизигидан 1,5–2 см узокроқда жойлаштирилади. Илмок жойлаштириб бўлингач резина халқачалар кичик илмок ёрдамида юқори жағга қўйилган шинага тақилади. Даволаш муддати тугагач илмоклар олиб ташланади.

Унифицирланган илмоклар зангламайдиган пўлат симлардан букиб тайёрланади. Уни шакли «Г» ҳарфини эслатади (Расм 74). Катта ва кичик елкалари фаркланади. Катта елкасини ўлчами 12–14 мм, кичик елкасининг ўлчами эса 5–6 мм атрофида бўлади. Қалта елкасида илмок букилади.



Расм 74. Унифицирланган илмоклар ёрдамида остеосинтез.

Юкори ва пастки жағ суякларининг альвеоляр ўсикларида шарсимон бор ёрдамида каналлар очилади. Канал очиш даврида тиш илдизларини жойлашишига эътибор қилинади. Канал хусусий оғиз бўшлиғи тарафидаги шилик қаватга етгунча очилади. Очилган каналларга илмокнинг катта елкаси киритилади. Вестибуляр томондаги шиллиқ қават билан илмок орасидаги масофа 2–3 мм ни ташкил этади. 8–10 тагача илмоклар қўйилади. Синик бўлаклари репозиция қилинган кичик елкадаги илмокчаларга резина халқачалар тақилиб жағ суякларини иммобилизация қилинади. Даволаш муддати тугагач унифицирланган илмоклар олиб ташланади.

ИММОБИЛИЗАЦИЯНИНГ ОҒИЗДАН ТАШҚАРИ УСУЛЛАРИ

Жағ суякларини синишларини оғиз ташқарисидан иммобилизация қилишда ишлатиладиган аппаратлар иккита катта гуруҳга бўлинади:

1. Статистик.
2. Динамик.

Аппаратларни жағ суягига маҳкамланишига кўра қисқичли (клеммали) ва спицали турлари ажратилади.

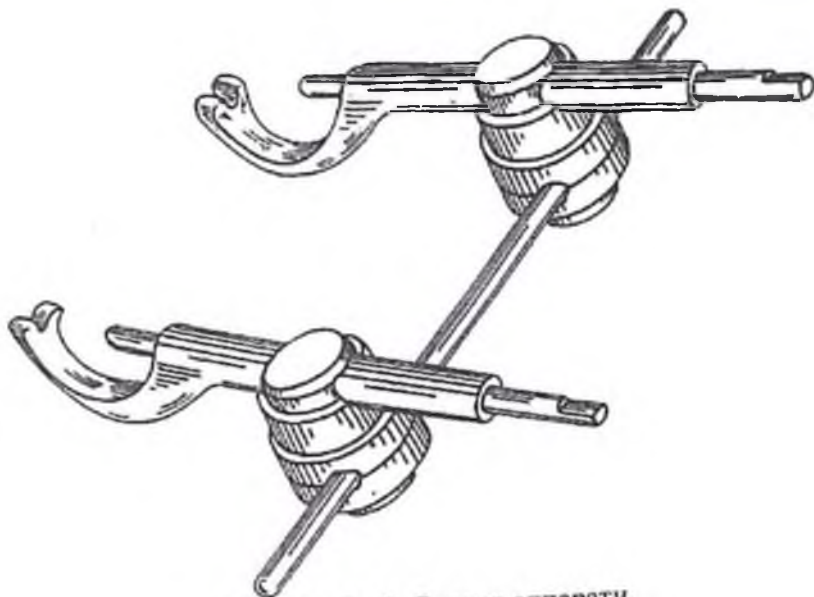
Статистик аппаратлар ёрдамида жағ суякларини аниқ бирҳолатдаги иммобилизацияси ўтказилади. Бу гуруҳга Рудько (Расм 75), Бернадский, Збарж ва бошқа статистик аппаратлар киради. Бу аппаратларни суяк қисқичлари бўлиб суякка қўйиш учун албатта юмшоқ тўқималар кесилади. Аппарат қисқичлари суякка қўйилган, юмшоқ тўқималар тикилади. Жағ суягини маълум бир ҳолатда ушлаб туради. Даволаш муддати тугагандан кейин юмшоқ тўқималар кесилиб аппарат қисқичлари олиб ташланади.

Компрессион аппаратлар билан остеосинтез.

Компрессион аппаратларга Каганович, Соловьев ва Магарил, Бодзошвили, Колмакова ва бошқа аппаратлар киради. Бу аппаратлар синган суяк бўлакларини сиқиб бир-бирига максимал даражада яқинлаштиради. Натижада суякни битиши учун оптимал шароит юзага келади.

Компрессия остеогенезни тезлаштирмайди, лекин суякни қимирламасдан туришини таъминлайди. Пастки жағни нуксонсиз

синишларида, остеомиелит билан зарарланишида, суяк яхши битмаганда ва суякни секин битишларида компрессион остеоинтезни қўллаш яхши натижа беради. Шунинг билан бирга узок вақт компрессия қилиш суяк охирларини резорбциясига олиб келади. Натижада суякни калталашиши кузатилади. Компрессияни 7–10 кун муддатга қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.



Расм 75. В. Ф. Рудько аппарати.

Компрессион–дистракцион аппаратлар билан остеоинтез.

Компрессион–дистракцион аппаратларга И.И. Ермолаев ва С.И. Кулагов (ЕК–1Д), М.Б. Швырков ва А.Х. Шамсудинов, О.П. Чудаков ва бошқа аппаратлар киради. Бу аппаратлар ёрдамида нафақат компрессия, балки дистракция амалиётини ҳам бажариш мумкин. Компрессион–дистракцион усулдан пастки жағни янги синишларида, синик бўлақларини секин битишида, пастки жағ суягининг нуқсонли синишларида, ёлғон бўғимни даволашда кенг миқёсда фойдаланиш мумкин. Дастлаб суяк бўлақлари аппаратлар ёрдамида компрессия қилинади. Компрессия қилингандан 7–10 кун ўтгач дистракция амалиёти бажариб борилади. Суяк тўқимаси ўзининг ўлчамига етгунча дистракция давом эттирилади.

ЮҚОРИ ЖАҒ СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ

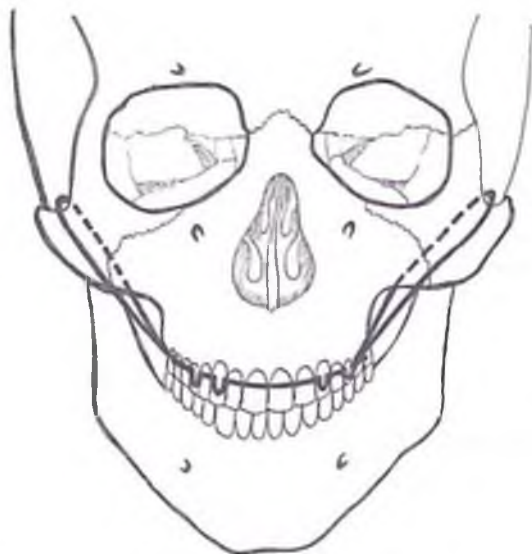
Дингман усулида юқори жағ суягини имобилизация қилиш. Бу усулни қўллаш учунскоба шинаси, ёйсимон қилиб эгилиб гипс қалпоқчага ўрнатилган 6–7 мм диаметрдаги пўлат сим ва лигатура симлар керак бўлади. Гипсли қалпоқчага маҳкамланган металл ёй юзнинг пешона қисмидан 6–8 см узокликда жойлашади.

Юқори жағни қийин тўғриланувчи эскирган синишлари, беморларда оғир ёндош касалликлари туфайли узок давом этувчи операцияларни ўтказишнинг имконияти йўқлиги ва беморларнинг ёши бу усулни қўллашнинг асосий кўрсатмаси бўлиб хисобланади. Юқори жағ тишларига скоба шинаси тақилади. Унга ингичка пўлат симнинг бир учи маҳкамланади. Симнинг иккинчи учи лунж ва юқори лаб юмшоқ тўқималари орқали ташқарига чиқарилиб, резина халқачалар ёрдамида гипсли қалпоқчадаги металл ёйга маҳкамланади. Юқори жағнинг Ле Фор бўйича барча тип синишларида бу усулни қўлласа бўлади. Бу усулни бош суяқлари трепанация қилишга тўғри келган ҳолатларда қўллаб бўлмайди.

Адамс усулида юқори жағ суяги калла суягининг зарарланмаган қисмларига осиб қўйилади (Расм 76). Юқори жағни енгил тўғриланувчи янги синишларида қўлланилади. Операция маҳаллий ёки умумий оғриксизлантириш остида олиб борилади. Операциядан аввал юқори жағ тишларига скоба шинаси ёки илмоқли шина тақилади. Илмоқли шинани илмоқлари 5 чи ёки 6 тишлар соҳасига тўғри келиши ва пастга қараган бўлиши керак. Кейин кўз косасининг юқори ташқи бурчагида юмшоқ тўқималар кесилиб суяк очилади. Синик чизигидан юқорида суякда бор машинаси ёрдамида тешик очилади. Очилган тешик орқали лигатура сим ёки полиамид ип ўтказилади. Суяк очилган соҳадан кон куйиш учун мўлжалланган узун нина юмшоқ тўқималар орқали 5 чи ёки 6 тишлар соҳасига чиқарилади.

Нинани ичидан лигатура сим ёки полиамид ип ўтказилади. Юқори жағ суяги репозиция қилинган, лигатура сим шинани илмоғига маҳкамланади. Теридаги жароҳатга чоклар қўйилади. Бу усулни юқори жағни Ле Фор бўйича ҳамма тип синишларида қўллаш мумкин. Юқори жағ суягини Ле Фор II ва Ле Фор III синишларида ёнок равоғига ҳам маҳкамласа бўлади. Ёнок

суягининг пешона ва чакка ўсиқларидан ҳосил бўлган бурчак соҳасида терида тешилади. Ёнок равогидан лигатура сим ёки полиамид ип ўтказилиб, юқори жағ суяги иммобилизация қилиниб маҳкамланади.



Расм 76. Адамс бўйича юқори жағ иммобилизацияси

Ле Фор III синишларида юқори жағ суяги репозиция қилиниб, ноксимон тешик киргоғи ёки кўз косасининг пастки киргоғига маҳкамланади.

Даволаш муддати якунига етгач асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиниб лигатура сими кесиб олиб ташланади.

Вижнел–Бийе усули юқори жағ суяги пешона суяги билан биргаликда синган вақтда қўлланилади. Бу жароҳатлар кўпинча мияда қон қуйилишлари билан биргаликда кечади. Операцияни Юз-жағ жарроҳи нейрохирург билан биргаликда бажаради. Бошнинг операция ўтказиладиган соҳаси сочдан тозаланади. Тепа-чакка соҳасида ёйсимон кесув ўтказилиб, тилсимон лахтак суякдан ажратилади. Суякда фреза ёрдамида 1–2 см ораликда иккита тешик ҳосил қилинади. Ҳосил қилинган тешикдан лигатура сими ёки полиамид ип ўтказиб олинади. Юмшоқ тўқималар орқали оғиз

дахлизига кон куйиш учун ишлатиладиган нина чиқарилади. Лигатура симнинг иккала учи ҳам нинанинг ичидан огиз дахлизига олиб келинади. Иккинчи тарафда ҳам аналогик операция ўтказилади. Юқори жағ суяги пешона суяги билан биргаликда репозиция қилинганч лигатура симлари шинага маҳкамланади. Даволаш муддати тугагач лигатура сими олиб ташланади. Бу операцияни амалга оширишда М.Б. Швырков фреза ёрдамида битта тешик ҳосил қилиб S—симон илмоқдан фойдаланади.

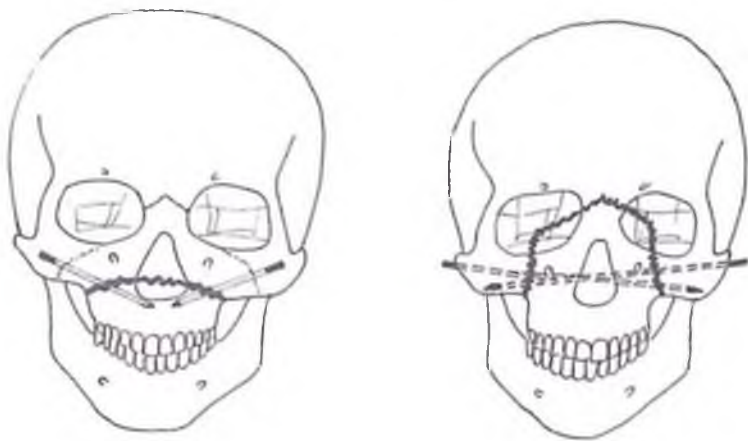
Агар калла суягини трепанация қилишга кўрсатма бўлмаса Р.К.Пибус усулини қўллаш мумкин. Бу усулда тепа—энса соҳасида ёйсимон кесув ўтказилади. Ингичка сим ёки полиамид ип бош териси остидан чакка соҳасига ичи кенг нина орқали ўтказилади. Кейин чакка мушаги ва ёнок равоғи остидан огиз бўшлиғига чиқарилади. Аналогик муолажа иккинчи тарафда ҳам бажарилади. Юқори жағ суяги репозиция қилинганч, лигатура сими юқори жағга тақилган шинага маҳкамланади.

Юқори жағни Киришнер спицаси билан Макенко бўйича АОЧ-3 аппаратида остеосинтези (Расм 77). Юқори жағни пастки тип бўйича синишларида Киришнер спицалари иккала тарафдан ёнок суягининг пастки қисмидан олдинга ва пастга олдинги бурун дўнглиги йўналишида киритилади. Ўрта тип бўйича синишларда горизонтал сатх бўйлаб бир ёнок суягидан иккинчи ёнок суягига параллел равишда иккита спица киритилади. Юқориги тип синишида горизонтал саҳда синиқ бўлақларини орқасидаги бир ёнок равоғидан иккинчи ёнок равоқларига параллел равишда иккита спица киритилади. Бу синиш турида спицалар қийшиқ равишда ёнок равоғларидан ёнок суяқларига киритилиши ҳам мумкин.

Спицалар юқори жағ ва бурун бўшлиқлари орқали ўтади. Юқори тип синишларида спицаларни қўллаш етарли даражада қийинчиликларга олиб келади.

Юқори жағ суяги синишларини даволашда суяк чокидан ҳам фойдаланилади. Суяк чоки қўйиш жойи юқори жағни қайси қисмидан синганлигига боғлиқ бўлади. Юқори тип синишларида ёнок ёйи ва ёнок пешона чоки соҳаларида кесув ўтказилиб суяк очилади. Синган суяқлар четидан 1 см қолдирилиб фреза ёрдамида тешик ҳосил қилинади. Суяк чоки қўйиш учун ишлатиладиган сим тешиклардан ўтказиб олинади. Юқори жағ суяги репозиция

килингач, чок ёрдамида маҳкамланади. Аналогик операция жағ суягини иккинчи тарафида ҳам ўтказилади. Симларни ортикча қисми кесилади ва жароҳат тикиб қўйилади.



Расм 77. Юқори жағ синишларида Киршнер спицасини ишлатилиши

Юқори жағни ўрта тип синишларида чоклар кўз косасининг пастки қирғоғи ва ёнок-альвеоляр қирра соҳаларига қўйилади. Пастки қовоқ кипригининг остидан киприк йўналишида кесув ўтказилади. Тўқималар ажратилиб кўз косасининг пастки қирғоғига борилади. Синган суяклар четидан 1 см қолдирилиб фреза ёрдамида тешик ҳосил қилинади. Суяк чоки қўйиш учун ишлатиладиган сим тешиклардан ўтказиб олинади. Юқори жағ суяғи репозиция қилингач, чок ёрдамида маҳкамланади. Аналогик операция жағ суягини иккинчи тарафида ҳам ўтказилади. Симларни ортикча қисми кесилади ва жароҳат тикиб қўйилади (Расм 78).

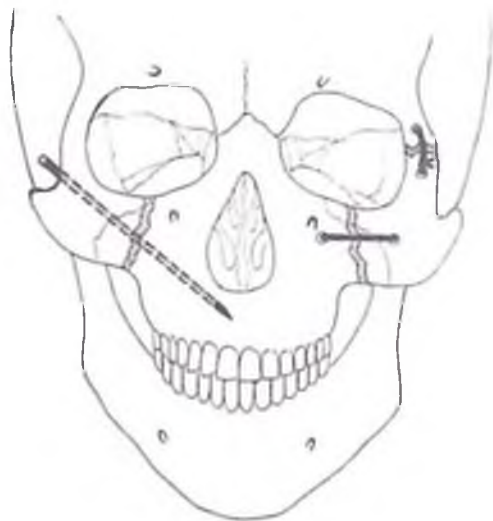
Юқори жағнинг пастки тип синишларида чок ёнок-альвеоляр қирра ва ноксимон тешик соҳаларига қўйилади.

Суяк чоки ёрдамида остеосинтез қилинганда суяклар аниқ ўз жойига қўйилиб ишончли тарзда маҳкамланади. Кесув ўтказиладиган соҳаларда чандикни қолиши асосий камчилиги бўлиб ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда юқори жағ суягини синишларида суяк чокига нисбатан мини пластинкалар кўпроқ ишлатиляпти. Юқори жағ

суягининг синган соҳалари очилгач мини пластинкаларни керакли шакл ва ўлчамдагиси танлаб олинади. Суяк бўлаклари репозиция килинганч мини пластинкалар жойлаштирилиб шуруплари ёрдамида котирилади. Туқималарга қаватма-қават чоклар қўйилади.

Ҳозирги вақтда мини пластинкаларни қўллашни интраорал усулидан кенг фойдаланилмоқда. Бу усул кам жароҳатли бўлиб косметик нуқсонлар келиб чиқишини олдини олади. Суякни бир томондан очилиши жароҳатни тезроқ битишига олиб келади.



Расм 78. Юқори жағ суягини суяк чоки ва спица ёрдамида остеосинтези.

ЖАҒ СУЯКЛАРИ СИНГАН БЕМОРЛАРНИ УМУМИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ ВА ПАРВАРИШИ

Жағ суяклари синишларини даволашда суякларни яхши битиб кетиши учун қулай шароит яратиш билан бирга яллиғланиш жараёнларини келиб чиқишини олдини олиш чора тадбирларини ишлаб чиқиш керак. Бунинг учун қўйидаги ишларни амалга ошириш талаб этилади:

1. Синик бўлақларини ўз вақтида ва сифатли маҳкамлаш;
2. Антимикроб ва умумий қувватловчи терапияни қўллаш;

3. Репаратив остеогенез учун кулай шароит яратиш;
4. Физиотерапевтик даволаш усулларини қўлаш;
5. Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш.

Синик бўлакларини ўз вақтида иммобилизация қилиш ва синик чизигини ҳар хил таъсирловчилардан ҳоли қолдириш суяк тўқимасида кечадиган яллиғланиш жараёнларини олдини олади. Биринчи навбатда синик чизигида жойлашган тишлар олиб ташланади. Оғиз бўшлиғидаги йиртилган шиллик қаватлар тикилади. Пастки жағни кичик суяк бўлагиди синик чизиги соҳасида жойлашган охириги тиш синик бўлакларини силжиб кетмаслиги учун суяк қадоғи ҳосил бўлгунча қолдирилади. Оғиз бўшлиғидаги сурункали одонтоген инфекция ўчоғи бўлган тишлар ҳам олинади.

Жағ суяклари синган беморларга суяк тўқимасида тўпланадиган антибиотиклар гуруҳи буюрилади. Бу гуруҳ антибиотикларига линкомицин, морфоциклин, вибрамицин, олеондомицин, тетрацилин ва шу сингари антибиотиклар кирди. Синган соҳага биринчи 3–4 кунликда антибиотикни юбориш мақсадга мувофиқ бўлади. Антибиотиклар билан биргаликда сульфаниламид ва нитрофуран каторидаги дори воситалари буюрилади. Умумий қувватловчи даво мақсадида В1 ва В6 витаминлари, аскорбин кислотаси, аутогемотерапия буюрилади. Беморларни рационал овқатланишига эътибор берилади.

Бирламчи суяк қадоғи ҳосил бўлиш даврида суяк бўлакларини қон билан яхши таъминланишига эришиш суякни битишида қатта аҳамиятга эга бўлади. Остеогенезни кечиш даврида дори воситаларини ўз вақтида босқичма–босқич буюриш жағ суякларини битиш жараёнида асосий ўрин тутди.

Жағ суяклари синишларини биринчи босқичида (1–3 кунлар оралиғи) яллиғланиш жараёни бошланиб, синик бўлакларини охирида резорбция кечади. Бу даврда даволаш ишлари остеокластик резорбцияни стимуллаш ва иммунитетни оширишга қаратилган бўлиши керак. Бунинг учун мушак орасига қунига 1–2 мл дан 1–2 марта ПТГ ва 30 мг тималин юборилади. Яллиғланишни олдини олиш мақсадида индометацин 25 мг дан 3–4 марта қунига, токоферол ацетатни ёғли эритмаси 200–300 мг дан 6–8 кун давомида белгиланади. Синик соҳасида микроциркуляцияни яхшилаш учун дезагрегантлар (трентал, аспирин), спазмолитиклар

(копламин, но-шпа), антигипоксантилар (натрий ёки литий оксидутирати), антикоагулянтлар (гепарин) буюрилади.

Дори воситаларини боскичма-боскич юбориш чизмаси
(Швырков М.Б., Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. буйинча)

№	Дори воситалари	Жағ суягини синишларини дастлабки кундан бошлаб				
		1-3	4-8	9-14	15-21	22-28
1	Паратроп гормон	+				
2	Витамин А	+				
3	Тимозин	+				
4	Индометацин					
5	Витамин Е		+	+		
6	Витамин С	+	+			
7	Тиреокальцитонин	+	+	+		
8	Ретаболил			+		
9	Феррум-лек			9 ва 12 кунлари юборилади		
10	Глутамин кислотаси			+		
11	Кальций дори воситалари				+	+
12	Кальцитриол			+	+	
13	Витамин Д			+		
					+	

Иккинчи боскичда (4-8 кунлар оралиғи) синик соҳасида дегенератив-яллиғланиш жараёни билан биргаликда пролиферация ҳам кечади. Бу даврда яллиғланишга қарши дори воситалари билан бирга пролиферация жараёнини кучайтириш мақсадида мушак орасига тирекальцитонин 4-5 бирликда юборилади.

Учинчи боскичда (9-ва 14-кунлар оралиғи) суякни органик матриксини синтезланиши фаоллашади. Бу даврда С витаминини кабул қилиш давом эттирилади. Мушак орасига ёки ичишга темир тузлари эритмаларини кабул қилиш тавсия этилади. Суяк минерализациясини яхшилаш мақсадида кальций пантотенат ёки кальций глицерофосфат буюрилади.

Даволашнинг тўртинчи боскичида (15–21 кунлар оралиғи) янги ҳосил бўлган суяк тўқимасининг қайта тикланиш жараёнлари кечади. Бу даврда тиреокальцитонин 4–5 бирликда 3–4 марта кунига мушак орасига юборилади. Жағ суяклари синишларини 15–кундан бошлаб Д3 витаминини ёғли ёки спиртли эритмасидан кунига 50000 бирликда ичиш учун буюрилади.

Даволашнинг бешинчи боскичида (22–30 кунлар оралиғи) суяк тўқимасининг фаол қайта тикланиш жараёнлари тугайди. Бу даврда Д 3 витамини, кальций дори воситалари ва глутамин кислотасини қабул қилиш давом эттирилади.

Жағ суяги синган беморлар чайнаш ва баъзан ютиш фаолиятини бузилганлиги сабабли одатдаги овқатларни истеъмол қила олишмайди. Шунинг учун беморлар жағ суяклари иммобилизация қилинган даврда озишади. Жағ суяги синиши бор беморларга овқатларнинг тўлақонли физиологик рациони белгиланиши керак. Овқатлар механик ва химиявий жиҳатдан ошқозонга ботмаслиги зарур. Янги маҳсулотлар яхшилаб майдаланиб бульонга аралаштирилади. Тузи камроқ бўлиб, зираворларни ишлатмаслик керак. Овқатларни ҳарорати 45–50°C атрофида бўлиши керак. Юз-жағ жароҳатлари бор беморларга 3 та пархез столи белгиланган бўлиб, бу столлар ўзининг кимёвий хусусиятлари бўйича бир–бирдан фарк қилмайди.

Биринчи жағ столи суюқ қаймоқ консистенциясида тайёрланади. Зонд ёки трубка ёрдамида истеъмол қилинади. Жағлараро шина тақилган беморларга бутун даволаш курси давомида тайинланади. Бу столдан чайнаш ва қисман ютиш фаолияти бузилган беморлар фойдаланиши мумкин.

Иккинчи жағ столи куюқ қаймоқ консистенциясида тайёрланади. Чайнаш фаолияти бузилган, лекин ютиш фаолияти бузилмаган беморлар фойдаланишади.

Умумий стол (№ 15) суяк бўлақлари консолидациясидан кейин буюрилади.

ЖАҒ СУЯГИ СИНГАН БЕМОРЛАРНИ ОВҚАТЛАНТИРИШ УСУЛЛАРИ

Оғиз орқали физиологик тарзда овқатланиш энг яхши усул хисобланади. Бимаксилляр шина тақилган беморлар сув ичиргич учига тақилган резина трубка ёрдамида овқатлантирилади. Резина трубка тишлар йўқ жойдан ёки ретромольяр соҳа орқали киритилади. Ютиш фаолияти сакланган беморлар шу тарика овқатлантирилади.

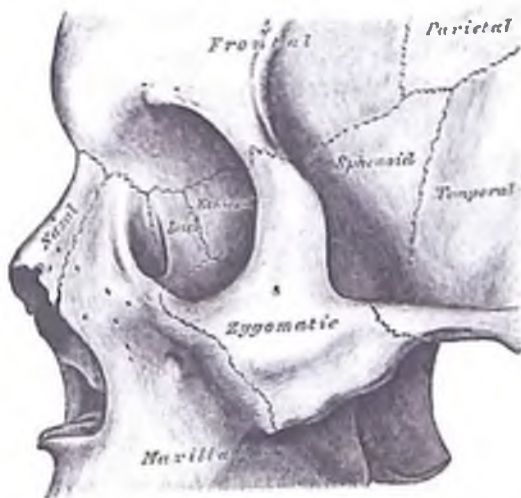
Ошқозон зонди орқали овқатлантириш шифокор ёки ўрта тиббий ходим ёрдамида амалга оширилади. Зонд ошқозонга пастки бурун йўли орқали киритилади. Зонднинг диаметри 7–8 мм, узунлиги 1 м атрофида бўлади. Зондни кириш узунлиги 45 см дан ошмаслиги керак. Агар зонд нафас йўлига тушиб қолса кучли йўталиш юзага келади. Беморлар зонд орқали кунига 4 марта овқатлантирилади. Овқатнинг 30%и нонуштага, 40%и тушликка, 20–25% и кечки овқатланишга, 5–8% и иккинчи кечки овқатланишга тўғри келиши керак. Ингичка резина зонд 14–16 кунга, хлорвинил трубка 3–4 ҳафтага қўйилади.

Ҳушсиз ётган беморлар парентерал усулда овқатлантирилади. Бу усулда озука берувчи воситалар вена ичига томчилатиб юборилади. Оксиллар организмга полипептид ва аминокислоталар кўринишида (аминопептид, казеин гидролизати, аминкловин), ёғлар ёғ эмульсиялари (интралипид), углеводлар глюкоза ва фруктозанинг гипертоник эритмалари кўринишида томчилатиб юборилади. Организмнинг бир кунлик эҳтиёжи 1кг тана оғирлиги учун оксилларга 1,5г, углеводларга 300–600г, ёғларга 0,7г га тенг бўлади. Даволаш босқичларида беморлар парваришига алоҳида эътибор қаратиш керак. Беморлар парвариши умумий ва махсус турларга бўлинади. Беморларни умумий парвариши юрак–қон томир ва нафас, ошқозон ичак йўли ва сийдик чиқарув йўлларини умумгигиеник парваришига қаратилади. Оғиз бўшлиғининг парвариши махсус парваришга киради. Тишларга бимаксилляр парвариши тақилиши натижасида оғиз бўшлиғида кўплаб ретенцион шиналар ҳосил бўлади. Натижада оғиз бўшлиғида овқат қолдиқлари жойлар ҳосил бўлади. Натижада оғиз бўшлиғида овқат қолдиқлари тўпланиб қолади ва гигиеник ҳолат кескин ёмонлашади. Ҳушсиз ётган беморлар оғиз бўшлиғига кунига антисептиклар ёрдамида камида икки марта ишлов берилиши керак. Ҳуши жойида бўлган

беморларга оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш ва бажариш тартиблари ўргатилади. 8–10 мартагача оғиз бўшлиғига гигиеник ишлов берилди. Тишларни тозалашда тиш чўтка ва пасталаридан фойдаланилади. Тиш қовлагич ёрдамида ретенцион жойлардаги овқат қолдиқлари олиб ташланади. Оғиз бўшлиғидан нохуш хидларни келмаслиги, гигиеник парваришни тўғри олиб борилаётганлигини кўрсатувчи асосий мезон бўлиб ҳисобланади.

ЁНОҚ СУЯГИ ВА ЁНОҚ РАВОҒИНИНГ СИНИШИ

Ёноқ суяги жуфт суяк бўлиб қалин компакт пластинка ва юпка говаксимон қисмдан иборат. Унинг лунж, кўз, чакка юзалари фаркланади. Пешона ва чакка ўсиклари бор. Бу суяк юкори жағ, пешона, чакка суяклари билан чоқлари орқали боғланиб туради (Расм 79). Ёноқ суяги ва равоғи синишлари юз суяклари синишларини 6% дан 20% гача ташкил қилади. Ишлаб чиқариш, спорт, транспортдаги жароҳатлар ёноқ суягини синишига олиб келади.



Расм 79. Ёноқ суягини юзни бошқа суяклари билан бирикиши.

Ёноқ суяги синишларини Р.Ф. Низова томонидан таклиф қилинган таснифи бошқа таснифларга қараганда клиник амалиётда кўп қўлланилади. Р.Ф. Низова ёноқ суяги синишларини уч гуруҳга ажратади:

1-гурух. Ёнок суягининг синиши:

- силжишсиз;
- силжиш билан;
- гаймор бўшлиғи деворини зарарланиши билан.

2-гурух. Ёнок равогининг синишлари:

- силжишсиз;
- силжиш билан.

3-гурух. Ёнок суяги ва равогининг бир вақтда синишлари:

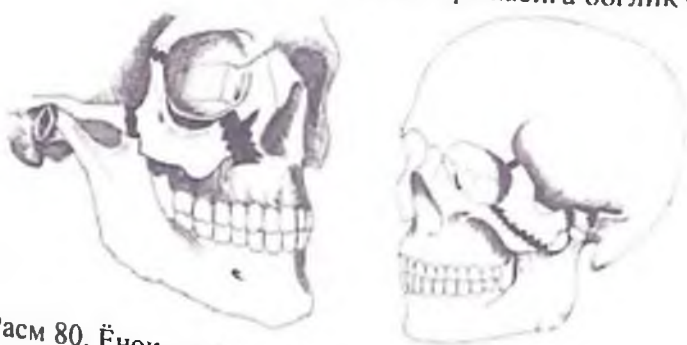
- силжишсиз;
- силжиш билан;

- гаймор бўшлиғи деворини зарарланиши билан.

Ёнок суяги ва равогини синишлари очик, ёпиқ, чизикли ва парчали бўлиши мумкин. Синик чизиклари ёнок-юкори жағ чокидан ёнок альвеоляр кирра йўналишида, пешона-ёнок чоки, ёнок-чакка чоклари бўйлаб ўтиши мумкин. Кўп холатларда синик чизиклари чоклар бўйлаб ўтмасдан ёнидаги асос суяги, юкори жағ суяклари, кўз косасининг пастки ва ташки деворлари орқали ҳам ўтади. Бунинг натижасида хар доим кўз косаси деворларининг бутунлиги бузилади. Беморларда функционал ва эстетик ўзгаришлар келиб чиқади. Ёнок равогининг синишларига ёнок суягининг чакка ўсиғи ва чакка суягининг ёнок ўсиқлари соҳасидан синишлари киради (Расм 80).

Ёнок суяги синишларида синган суяк кўпинча пастга, ичкарига ва оркага силжийди. Баъзи холатларда юкорига, ичкарига ва оркага силжиши мумкин.

Ёнок суяги синишларини клиник манзараси синишнинг жойлашган жойи, характери ва силжиш даражасига боғлиқ бўлади.



Расм 80. Ёнок суяги ва равогининг синиб силжишлари.

Ёнок суяги синишларида беморлар оғиз очилишини чегараланиши, кўз ости, бурун каноти ва юкори лаб тери қисмида сезувчанликни йўқолиши, бурундан қон келиши ва диплопиядан шикоят қилади. Суяк бўлақларининг силжиши ҳисобига юзда деформация кузатилади. Кўз ости, кўз косасининг юкори ташки бурчаги, пастки ковок ва конъюнктивага қон қуйилиши мумкин. Баъзан хемоз кузатилади. Суякнинг синиб силжишларида кўз косасининг пастки қирғоғи, юкори ташки бурчаги ва ёнок суягининг чакка ўсиғи сохаларида суяк бўртиғи аниқланади.

Оғиз бўшлиғида иккинчи премоляр, биринчи ва иккинчи моляр тишлар соҳаси шиллик каватларида қон қуйилишлари аниқланиши мумкин. Ёноқальвеоляр қирра соҳасида суяк бўртиғи аниқланади. Юкори жағ бўшлиғига қон қуйилганлиги учун жароҳатланган тарафида кичик озик тишлар перкуссиясида бўғик товуш эшитилади (синган кўза ёки Малевич симптоми).

Юз суякларининг сагиттал текисликдаги рентген тасвирида жароҳатланган тарафда юкори жағ бўшлиғи тиниқлигининг пасайиши, кўз косасининг пастки ва ташки қирғоқларида, ёнок ёни соҳасида ва ёнок альвеоляр қиррада суяк бутунлигини бузилганлиги кўринади (Расм 81).



Расм 81. Юз суякларининг сагиттал текисликдаги рентген тасвири

Ёнок ёйи синган беморларда юзнинг ён соҳасида деформация кузатилади. Ёнок равоғи синишларида синган суякнинг ичкарига сурилиб, пастки жағнинг тожсимон ўсиғига тиралиши билан биргаликда чайнов ва чакка мушаклари ҳам жароҳатланади. Натижада беморлар оғиз очилишининг оғрикли чегараланиши, овкат чайнай олмасликдан шикоят қилишади.

Суяк чўккан жой юмшоқ тўқималарнинг тезда шишиши ҳисобига билинмай кетади. Пайпаслаганда ёнок равоғи соҳасида суяк бўртиғини аниқлаш мумкин. Ёнок равоғининг тожсимон ўсикка тиралиб қолиши ҳисобига пастки жағ суягини ён тарафга ҳаракати чегараланади. Оғиз ичида ёнок равоғи ва пастки жағ суягининг ташки юзалари орасига бармокни эркин киритиб бўлмайди.

Аксиал текисликдаги рентген тасвирида ёнок ёйи соҳасида суяк бутунлигининг бузилиши кузатилади (Расм 82).



Расм 82. Юз суяқларини аксиал текисликдаги рентген тасвири.

Ёнок суяғи ва равоғининг синишлари 10 кунгача янги, 11–30 кунгача эскирган, 30 кундан кейингилари нотўғри битган ёки битмаган деб юритилади.

Ёнок суяги ва равогининг янги силжишсиз синишларида консерватив даво қўлланилади.

Жароҳатланган сохага 2 кун давомда 10–15 минутдан 5–6 маҳал совуқ қўйилади. Синган сохага босим берилмайди. 10–12 давомда оғизни катта очмаслик ва суюк овқатларни истеъмол қилиш тавсия этилади.

Ёнок суягини синиб силжишларида суяк бўлаклари репозиция қилинади. Репозицияга кўрсатма бўлиб ҳисобланади:

1. Оғиз очилишини чегараланиши;
2. Пастки жағ суягини ён тарафга ҳаракатини чегараланиши;
3. Эстетик нуқсон;
4. Кўз ости, бурун қаноти ва юқори лаб тери қисмида сезувчанликни йўқолиши;

5. Диплопия.

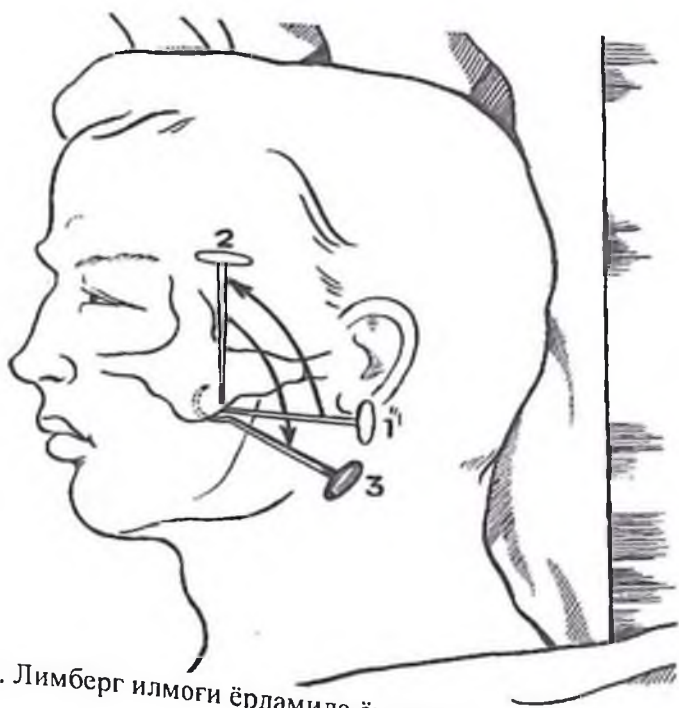
Ёнок суяклари синишларида суяк бўлаклари репозицияси оператив ва нооператив усулларда бажарилади. Суяк бўлақларини репозициясини ўз вақтида бажариш яхши натижа беради. Катта суяк бўлаклари репозиция қилинганда қўшимча маҳкамлашларни талаб қилмайди. Парчаланиб кетган синишларда қўшимча маҳкамлаш керак бўлади.

Нооператив усул 3 кун ичида бажарилиб, ёнок суягини енгил тўғриланувчи синишларида қўлланилади. Бунинг учун шифокор кўрсаткич бармоғини оғиз дахлизини юқори орқа қисмига киритиб, силжиш йўналишига қарама–қарши йўналишда суяк бўлагини репозиция қилади. Иккинчи қўл бармоғи билан суяк бўлақларини жойида туришини назорат қилади. Репозиция қилишда бармоқни ўрнига доқа ўралган металл шпательдан ҳам фойдаланиш мумкин. Нооператив усул ёрдам бермаган вазиятларда оператив усуллар қўлланилади.

Оператив усуллардан Лимберг усулини клиницистлар амалиётда кенг қўллайди. Бу усул Лимберг илмоғи ёрдамида бажарилади (Расм 83).

Ёнок суяги ва равоғини 10 кунгача бўлган синиб силжишларида қўлланилади. Бемор операция столга горизонтал ҳолатда ётқизилади. Беморнинг боши соғлом тарафга максимал бурилади. Лимберг илмоғини суяк остига киритиш учун геометрик нуқта топилиши керак. Бунинг учун иккита чизик ўтказилади.

Биринчи чизик синган ёнок суягининг пастки кисмидан горизонтал йўналишда ўтказилади. Иккинчи чизик кўз косасининг ташки бурчагидан вертикал ҳолатда ўтади. Иккала чизик кесишадиган нуқтадан Лимберг илмоғи киритилади. Илмоқ танаси ёнок суягини пастки қирғоғига параллел равишда жойлаштирилиб, юмшоқ тўқимага киритилади. Илмоқ дастаги 90 градус юқорига ва кейин 90 градус пастга бурилади (фронтал текисликда). Натижада илмоқ учи ёнок суягини остига қиради.



Расм 83. Лимберг илмоғи ёрдамида ёнок суягини репозиция қилиш.

Суяк бўлаклари силжиш йўналишига қарама-қарши ҳаракат орқали репозиция қилинади. Сичик бўлаклари жойига тушганда ўзига ҳос қирсиллаш овози эшитилади. Кўз косасининг пастки ва ташки қирғоғида суяк бўртиқларини йўқолиши, оғизни тўлик ва эркин очилиши, синган соҳала деформациянинг йўқолиши ва сезувчанликни тикланиши суяк бўлақларини жойида турганлигидан далолат беради. Ёнок равоғи синишларида илмоқ синган суяк бўлагини тагига киритилиб силжиш йўналишига қарама-қарши йўналишда репозиция қилинади.

Ёнок суяги синишларини оғиз ичкарасидан репозиция қилишнинг оператив усулларига Keen, Wielage ва бошқа усуллар қиради.

Keen усули ёнок суягининг юқори жағ, пешона ва чакка суякларидан тўлиқ ажралишларида қўлланилади. Юқори жағ ўтув бурмасида ёнок-альвеоляр қирра орқасидан кесув ўтказилади. Кесилган соҳадан синган ёнок суягининг тагига махсус элеватор киритилади. Силжиш йўналишига карама-қарши йўналишда суяк бўлаги репозиция қилинади. Keen усулини бажаришда И.С. Карапетян таклиф қилган элеватордан ҳам фойдаланиш мумкин.

Wielage усули Keen усулини модификацияси бўлиб хисобланади. Ёнок суяги ва равоғини тўғрилашда ишлатилади. Кесув биринчи ва иккинчи моляр тишлар соҳасида юқори жағ ўтув бурмасида ўтказилади. Элеватор ёнок суяги ёки ёнок равоғи тагига киритилиб, суяк бўлаклари репозиция қилинади. Репозиция қилишда Буяльский белчаси, Карапетян элеватори ёки Мамонов ретракторидан фойдаланиш мумкин.

Ёнок суяги ва равоғи янги синишларида консерватив ва оператив усуллар ишлатилса, эскирган синишларида фақат оператив усуллар қўлланилади.

Ёнок суягининг бир йилдан ошган синишларида функционал ўзгаришлар кузатилмаса, эстетик нуқсонни бартараф этиш мақсадида юзнинг контур пластикаси ўтказилади.

Бир йилдан ошган синишларда пастки жағни функциясида бузилиш кузатилганда тожсимон ўсиқ резекцияси ёки ёнок ёғини остеотомияси қилинади.

Беморлар шифокорга учрамаган тақдирда юзнинг тургун деформацияси, пастки жағ суягининг контрактураси, сурункали юқори жағ синусити, юқори жағ ва ёнок суяги остеомиелити каби асоратлар учраши мумкин.

БУРУН СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Юз-жағ соҳаси жароҳатларини 40% гача бурун суякларининг синиши ташкил қилади. Бурун суягининг синиши юзнинг бошқа ёндош суяклари билан бирга учраши ҳам мумкин. Кўчада содир бўладиган муштлашишлар, спорт ва транспортдаги жароҳатлар бурун суягини синишига олиб келади.

Бурун суяклари синишларини Ю.Н. Волков (1958) томонидан таклиф қилинган таснифи кенг қўлланилади (Расм 84). Ю.Н. Волков бурун суяклари синишларини уч гуруҳга ажратади:

1. Бурун суякларини силжишсиз ва ташқи бурун деформациясиз синиши (очик ва ёпик).

2. Бурун суякларини силжиб ва ташқи бурун деформацияси билан синиши (очик ва ёпик).

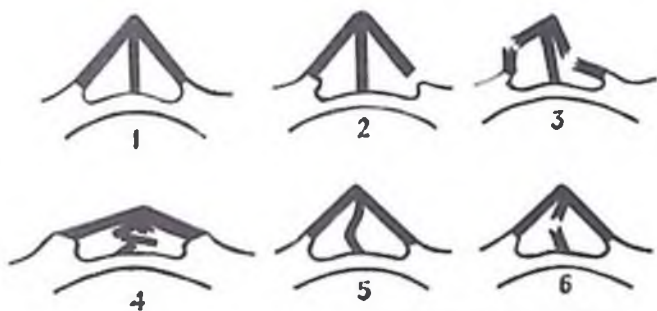
3. Бурун тўсиғини зарарланиши.

Бурун суяклари кўпинча ён тарафдан тушадиган зарбалар таъсирида синади. Зарба тушаётган тарафда марказий чизикка нисбатан ичкарига, карама-қарши тарафда ташқарига қараб силжийди. Олдиндан орқага йўналишдаги зарбалар таъсирида бурун суяги билан биргаликда бурун тўсиғи ҳам зарарланади. Бу вақтда бурун суякларини синиб орқага силжиши ҳам кузатилади. Бурун суяклари билан биргаликда бурун тўсиғи ва ғалвирсимон суяк, кўз косаси, олдинги мия чуқурчасида мия асоси суяклари ҳам жароҳатланиши мумкин.

Беморлар бурун соҳасидаги оғрик, бурундан нафас олишни қийинлашганлиги, бурундан қон кетиши, эстетик нуқсон, баъзан бош айланиши ва кўнгил айнишидан шикоят қилишади. Бурун суяклари синиши бош мия чайқалиши билан биргаликда учраши мумкин. Шунинг учун жароҳат рўй берган шароит ва беморларни синчковлик билан текшириш керак.

Ташқи томондан караганда бурун тўкималарида сезиларли даражада шиш аниқланади. Шиш ва қон қуйилишлари кўз ости, юқори ва пастки ковоклар, конъюнктива соҳаларига тарқалиши мумкин. Очик синишларда тери бутунлигини бузилиши ва кўз ости соҳаларида тери остида эмфизема кузатилиши мумкин. Пайпаслаганда суяк бўлақларининг қимирлаши, крепитация ва суякнинг ўткир қирралари аниқланади. Юқори жағ бўшлиғининг олдинги деворини, ноксимон тешик қирғоқларини ва кўз косасининг пастки қирғоқларини пайпаслаб кўриш керак.

Олдинги риноскопияда бурун шиллиқ қаватининг ҳолати, қон чиқаётган жой, нафас олиш қийинлашувини сабаблари, бурун тўсиғи ва чиғанокларини ҳолати кўринади.



Расм 84. Бурун суякларининг синиш чизмаси.

Тўғри ва ён тарафдан олинган рентген тасвирларида суяк бутунлигининг бузилиши, суяк бўлақларининг жойлашган ўрни ва силжиш даражалари аниқланади (Расм 85).

Бурун суяклари синишида ёрдам кўрсатиш қон тўхтатишдан бошланади. Бунинг учун бурун суяклари репозиция қилиниб, бурун йўлларини олдинги ёки орқа тампонадаси ўтказилади. Агар синиш юмшоқ тўқималар жароҳати билан бирга келса бирламчи жарроҳлик ишлови ҳам берилади.



Расм 85. Бурун суяклари рентгенограммаси.
Бурун суякларини синиб силжиши.

Бурун суяги репозицияси маҳаллий ёки умумий огриксизлантириш остида бажарилади. Маҳаллий анестезия остида операция бажарилганда дастлаб бурун шиллиқ қаватлари 1–2% дикаин, 10%лидокаин эритмалари билан, ташки тери қисми 2% лидокаин, тримекаин ёки септанест эритмалари билан огриксизлантирилади.

Бурун суяги ён тарафга силжиган бўлса, у силжиган тарафга карама–қарши йўналишда бош бармоқ ёрдамида сурилиши мумкин. Бурун белини чўкиши, бурун ён қисмларини ичкарига силжишларини тўғрилашда Кохер кискичи ва Волков элеваторидан фойдаланиш мумкин. Волков элеватори ўнг ва чап бурун йўллари учун алоҳида бўлади. Дастлаб ташки тарафдан бурун йўлини узунлиги ўлчаб олинади. Кейин элеватор бурун йўлига киритилиб бурун суяклари репозиция қилинади. Иккинчи қўл бармоқлари билан суякни жойига тўғриланиши назорат қилинади. Тўғрилаш жараёнида баъзан кирсиллаган товуш эшитилади.

Агар бурун суяги ичкарига ва ён тарафга силжиган бўлса дастлаб эндоназал йўл оркали суяк юқорига кўтарилади, кейин ён тарафга сурилади.

Суяк бўлаклари тўғрилангач бурун йўллари текширилади. Бурун тўсиғи, бурун чиғаноклари ва галвирсимон суякнинг холатига баҳо берилади. Пастки бурун йўлларига йодоформ эритмаси шимдирилган доқа ўралган хлорвинил трубка қўйилади. Трубка оркали бемор нафас олиб туради. Юқори ва ўрта бурун йўллари йодоформли турунда ёрдамида тампонада қилинади. Ташки тарафдан бурун суягининг ён қисмларига зич қилиб доқадан тайёрланган болишлар қўйилиб лейкопластр ёрдамида маҳкамланади. Бурун суякларини кичик парчали синишларида репозициядан кейин йодоформли тампон бурун суяқликларини шимилиши ҳисобига шишади. Натижада буруннинг ташки тарафида кичик суяк бўлақларини деформацияси кузатилади. Буни олдини олиш мақсадида шакл берувчи боғламлардан фойдаланилади. Бу боғламларга коллодий эритмаси шимдирилган боғлам қиради. Қапалак кўринишига эга бўлган бу боғлам 6–8 қаватли бинтдан тайёрлаб олинади. Операция тугагач тайёрланган боғлам коллодий эритмасига ботирилади ва енгил сиқилади. Боғлам буруннинг ташки қуруқ юзасига қўйилиб, унга қўл ёрдамида бурун шакли ва рельефи берилади. Коллодий эритмаси

шимдирилган боғлам 5–8 минут ичида котади ва суяк бўлақларини силжишини олдини олади. Коллодийли боғлам 7–10 кунлари олиб ташланади.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИНГ БИРГАЛИКДАГИ ЖАРОҲАТЛАРИ

Битта жароҳатловчи омил таъсирида Юз-жағ соҳасини тананинг бошқа анатомик соҳалари билан бир вақтда жароҳатланиши биргаликдаги жароҳатлар деб аталади. Кўпинча юз юмшоқ тўқималари ва суяклари жароҳатлари бош мияни жароҳатлари билан биргаликда учрайди.

Биргаликдаги жароҳатлар оғир жароҳатлар турига киради. Юқори жағ суягининг синишлари алоҳида ўрин тутади. Беморларни шикоятларини аниқлаш ва касаллик тарихини йиғиш анча қийинчилик туғдиради. Шунга қарамасдан Юз-жағ соҳасида биргаликдаги жароҳати бор беморларни синчковлик билан текшириш керак.

Тошкент шаҳри ТТЁКШ қошидаги Юз-жағ хирургияси ва нейрохирургия бўлимида 5 йил ичида 1397 та Юз-жағ суякларининг синишлари билан беморлар даволанишган. Даволанган беморларни 420 тасида юз суякларининг бош мия билан биргаликда жароҳатлари кузатилган. Бу жароҳатлар 28 та беморда қўл, оёқ, кўкрак қафаси, умуртқа поғонаси ва ички аъзоларининг жароҳатлари билан биргаликда келган.

Юз-жағ соҳасининг биргаликдаги жароҳатларининг клиник кечиши бўйича учта даражаси фаркланади:

1. Бош мия ва Юз-жағ соҳасининг биргаликдаги оғир жароҳатлари. Бу гуруҳга қўйидаги келтирилган иккита анатомик соҳанинг жароҳатлари бир вақтнинг ўзида учраган беморлар гуруҳи киради:

- юқори жағни юқори ва ўрта тип синишлари;
- Юз-жағ соҳасини жанговар жароҳатлари;
- бош мияни 2 ва 3 даражали лат ейишлари;
- бош мияни эзилиши билан бошни тепа ва энса қисми суякларини синишлари;

- кўл, оёк, кўкрак қафаси ва ички аъзолар жароҳатлари.

2. Бош мия ва Юз-жағ соҳасининг ўрта оғирликдаги жароҳатлари. Бу гуруҳга кўйидаги келтирилган иккита анатомик соҳанинг жароҳатлари бир вақтнинг ўзида учраган беморлар гуруҳи киради:

- юқори жағнинг ўрта ва пастки типн бўйича синишлари;
- пастки жағнинг кўп жойидан синишлари;
- бош миянинг асосан 2–, баъзи ҳолатларда 3–даражали лат ейиши.

3. Бош мия ва Юз-жағ соҳасининг енгил оғирликдаги жароҳатлари. Бу гуруҳга кўйидаги келтирилган иккита анатомик соҳанинг жароҳатлари бир вақтнинг ўзида учраган беморлар гуруҳи киради:

- пастки жағнинг синишлари;
- ёнок суяги ва юқори жағ синишлари;
- бош миянинг биринчи даражали лат ейишлари.

Юз-жағ соҳаси жароҳатлари биргаликдаги жароҳатларни клиник кечишига сезиларли таъсир ўтказди. Бу соҳанинг жароҳатларида кўпинча трахея ва бронхларга ёт жисмларнинг тушиши ҳисобига юқори нафас йўллариининг ўтказувчанлиги бузилади. Трахея ва бронхларга ёт жисмларни тушиши натижасида аспирацион пневмония ривожланади. Биргаликдаги жароҳатларни текшириш ва даволаш ишларида жарроҳ стоматолог, нейрохирург, отоларинголог, окулист, невропатолог ва травматологларни бирга катнашиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Биргаликдаги жароҳатларда беморлар умумий аҳволини оғир бўлиши, ўз вақтида юқори малакали ёрдам кўрсатиш имконини бермайди. Бунинг натижасида травматик остеомиелит, травматик гайморит ва юз юмшоқ тўқималарининг ўткир яллиғланиш касалликлари келиб чиқади.

Юз-жағ соҳасининг биргаликдаги жароҳатларида юз суякларни билан бирга калла суяги ва мия тўқималарини ҳар хил даражадаги шикастланишлари кузатилади. Юз суякларининг айримларини мия асосини ҳосил бўлишида иштирок этиши бу жароҳатларни оғир кечишида асосий ўрин тутди. Биргаликдаги бош мия жароҳатлари

бор беморларнинг 30% ида қарахтлиқ ҳолати кузатилади. Синган юқори жағ ва ёнок суякларни ўзини анатомик чегарасидан силжиб кетади ва кўпчилик ҳолатларда ўзида мия асоси суякларини тутиб қолади. Олдинги мия чуқурчасини ҳосил бўлишида пешона суягининг кўз қосасига қараган юзаси, галвирсимон суяк, асос суягининг танаси ва кичик қанотлари иштирок этади. Бу суяклар чегарасидан юқори жағни юқори ва ўрта тип синиш чизиклари ўтади. Бурун суякларни синишларида ҳам олдинги мия чуқурчаси жароҳатланиши мумкин. Ўрта мия чуқурчасини ҳосил бўлишида чакка суяғи пирамидасининг олдинги юзаси ва тангасимон қисми, асос суяғи танаси ва катта қанотлари иштирок этади. Юқори жағни юқори тип синишларида синиш чизиги шу суяклар орқали ўтади. Демак юқори жағни юқори тип синишларида ўрта мия чуқурчаси ҳам жароҳатланади. Юқори жағни синишлари бош мия чайқалиши, мия тўқималари лат ейиши ва интракраниал гематомалар ҳосил бўлиши билан биргаликда кечиши мумкин. Тананинг бошқа қисмлари ва бош миянинг биргаликдаги жароҳатлари модда алмашинув жараёнларини бузиб юборади. Артериал қон босими 70–60 мм сим устунигача тушиб кетади.

Юз-жағ соҳасини биргаликдаги жароҳатларига малакали тиббий ёрдам кўрсатиш кўп тармоқли клиник шифохоналарда малакали мутахассислар ёрдамида амалга оширилади.

Шифохонагача бўлган ёрдам шок ва асфиксияга қарши кураш, қон кетишини олдини олиш ва таянч ҳаракат тизими ва жағ суякларини вақтинча иммобилизация қилиш чора тадбирларини ўз ичига қамраб олади. Беморлар транспортировка қилиш даврида қорин ёки ён тарафи билан ётқизилиши керак. Акс ҳолда юқори нафас йўлларига қусуқ массалари, қон ва ҳар хил суюқликлар тушиб қолиши мумкин. Бу жараёнлар асфиксия ва кейинчалик аспирацион пневмонияни ривожланишига олиб келади. Хушсиз ётган беморлар интубация қилиниши, имконияти бўлмаганда нафас олишини таъминлаш мақсадида ҳаво ўтказгич қўйилиши керак. Юз-жағ соҳасидаги жароҳатларга қўйилган боғламлар синик бўлақларини силжитиб юбормаслиги ва нафас олишни қийинлаштириб қўймаслиги талаб этилади.

Жароҳатланганлар қабул бўлимида жарроҳ стоматолог, нейрохирург, отоларинголог, окулист, невропатолог ва травматологлар билан биргаликда кўрилади. Клиник ва лаборатор

текширишлар асосида ташхис қўйилиб, шу ернинг ўзида жонлантириш ва интенсив терапия муолажалари бошлаб юборилади.

Юз-жағ соҳаси биргаликдаги жароҳатларида кўрсатиладиган махсус ёрдамнинг учта тури фаркланади.

1. Дархол кўрсатиладиган махсус ёрдам—бу ёрдам бемор шифохонага тушган захоти кўрсатилади. Нафас йўлларининг ўтказувчанлиги тўлиқ тикланади ва кон оқиши батамом тўхтатилади.

2. Тез кўрсатиладиган махсус ёрдам—бу ёрдам бемор шифохонага тушгач икки кун ичида кўрсатилади. Бу даврда жароҳатларга бирламчи жарроҳлик ишлови берилади, жағ суяклари вақтинча ёки доимий иммобилизация қилинади. Бир вақтнинг ўзида тананинг бошқа соҳаларидаги аъзолар ва тўқималарга ҳам тегишли ёрдам кўрсатилади.

3. Кечиктирилган махсус ёрдам бемор шифохонага тушгандан кейин 48 соат ўтгач амалга оширилади.

Биргаликдаги жароҳатларга махсуслаштирилган ёрдамни кўрсатиш беморларни қарахтлик ҳолатидан чиқиш вақтига боғлиқ бўлади. Беморлар қарахтлик ҳолатидан қанча тез чиқса, махсуслаштирилган ёрдамни кўрсатиш анча вақтли бошланади ва асоратлар кам учрайди.

Юз-жағ соҳасининг бош мия билан биргаликдаги жароҳатларида кўрсатиладиган даволаш ишлари учта вазифани ўз ичига олади:

1. Организмнинг ҳаёт учун зарур бўлган фаолиятларини бузилишини олдини олиш. Қарахтлик, кон кетиши, мияни сикилиши ва шишишига қарши курашиш;

2. Мия жароҳатларини даволаш ва уларнинг асоратларини олдини олиш.

3. Жароҳатланганларни тиббий ва ижтимоий меҳнат реабилитациясини тўғри йўлга қўйиш.

Юз-жағ соҳасининг биргаликдаги жароҳатларига кўрсатиладиган тиббий ёрдамни ўз вақтида ва тўғри аниқ тузилган даволаш режаси асосида олиб борилиши жароҳатларни бирламчи битиб кетишини таъминловчи асосий омил бўлиб ҳисобланади.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЖАРОҲАТЛАРИНИНГ АСОРАТЛАРИ

Юз-жағ соҳасининг жароҳатларининг асоратлари **икки гуруҳга** бўлинади:

- эрта асоратлар;
- кечки асоратлар.

Эрта асоратлар жароҳат олиш вақтида, транспортировка ва биринчи ёки махсус ёрдам кўрсатилаётган даврда кузатилади. Юз-жағ соҳаси жароҳатларининг эрта асоратларига ўткир нафас етишмовчилиги ва асфиксия, кон кетиши, қарахтлиқ ва коллапс қиради.

Кечки асоратлар даволаш ишлари олиб борилаётган даврда кузатилади. Юз-жағ соҳаси жароҳатларининг кечки асоратларига иккиламчи кон кетиши, травматик остеомиелит, травматик гайморит, синик бўлақларини секин битиши, синик бўлақларини нотўғри ҳолатда битиши, ёлгон бўғим ҳосил бўлиши, контрактура ва бронхопультмонал асоратлар қиради.

Эрта асоратлардан қарахтлиқ кўпинча жароҳат пайтида содир бўлади. Қарахтлиқ-бу организмни маълум бир кучли таъсиротга ҳимоя реакцияси бўлиб, ҳаёт учун муҳим бўлган аъзоларни фаолиятини бузилиши, сусайиши ва сўниши ёки йўқолиши билан кечадиган жараёнга айтилади. Қарахтлиқни келтириб чиқадиган омиллари ҳар хил бўлади (кучли оғрик, кўп кон йўқотиш, токсемия, совкотиш). Жароҳатлар пайтида асосан кучли оғрик ёки қиска вақт ичида кўп кон йўқотиш сабабли қарахтлиқ келиб чиқади. Қарахтлиқни кечишида 3 та фаза тафову қилинади.

Эректил фазасида жароҳатланганларда кўзғалиш жараёнла кучайиб кетади, беморлар хушида бўлади, хавотирли талвас тушади, тери қопламлари оқиш рангда, кўз қорачиғи кенгайиб тахикардия ва тахипноэ кузатилади, артериал кон босими бир пасайган бўлади.

Торпид фазасида жароҳат олганлар хушида бўлмайди, қорачиғи кенгайди, ёруғликка таъсири камаяди ёки бутун йўқолади. Тери қопламлари кўкимтир рангда, қўл-оёқлари с бўлади. Артериал кон босими пасаяди.

Терминал фазасида жароҳат олганларни ҳамма реакция йўқолган бўлади, артериал кон босими тушиб кетади,

йўколади. Бу фазада ўлим кузатилиши мумкин. Шунини айтиб ўтиш керакки, ушбу фазаларни орасида маълум бир вақт йўқ, улар бир бирига жуда киска вақт ичида ўтиб кетиши мумкин. Карахтликда биринчи ёрдам кўрсатилганда асосан кучли огрикни йўқотиш учун огриксизлантиришлар қилинади (наркотик анальгетиклар). Жағ суяклари синиқ бўлаклари репозиция қилинади ва қон кетганда қон препаратлари ёки уларни ўрнини босувчи суюқликлар қуйилади. Дастлабки ёрдам жароҳат олган жойда бажарилади, кейинчалик қолган муолажалар жонлантириш бўлимларида амалга оширилади.

Беморларни ҳаётига ҳавф туғдирувчи асоратларга асфиксиялар қиради. Асфиксиялар жанговар жароҳатларда, йўл транспорти ҳолисалирида кўпроқ учрайди. Юз-жағ соҳаси жароҳатларида асфиксиянинг бешта тури фарқланади:

1. Дислокацион.
2. Обтурацион.
3. Стенотик.
4. Клапанли.
5. Аспирацион.

Дислокацион асфиксия пастки жағни энгак ёки бурчак соҳаларини икки томонлама синишида тил илдизини орқага сурилиши ҳисобига келиб чиқади. Тилни илдиз қисми орқага сурилиб ҳикилдоқни сиқиб, ҳаво ўтишини чеклаб қўяди. Шошилиш ёрдам тариқасида бемор ён тарафига (жароҳат олган тарафи билан) юзини ерга қаратиб ётқизилади. Биринчи ёрдам кўрсатиш учун тилни тортиб ёқага тўғноғич ёрдамида маҳкамланади. Тил тишларни кесув юзасидан ташқарига чиқиб қолмаслиги керак. Синиқ бўлаклари репозициясидан кейин вақтинчалик имобилизация қилинади. Биринчи ёрдам кўрсатилганч беморлар даволаш профилактик муассасаларига транспортировка қилинади.

Обтурацион асфиксия юқори нафас йўлларига қаттиқ ёт жисмлар, қусуқ массалари ва қон лаҳтақларини тушиши оқибатида вужудга келади. Асфиксияни бартараф этиш учун юқори нафас йўлларида бармоқ ёки тампон ёрдамида ёт жисмлар олиб ташланади. Агар уни олишни имконияти бўлмаса трахеотомия қилинади.

Стенотик асфиксия овоз бойламлари ва унинг атрофидаги тўқималарнинг шишиши, хикилдокни орқа соҳаларини гематома билан сикилиши ҳисобига келиб чиқади. Клиника шароитида тегишли текширувлар натижасида ташхисланади ва даволанади. Қонаётган қон томири боғланиб шишга қарши дори воситаларини қабул қилиш буюрилади. Шиш катталашиб нафас олиши қийинлашганда крикотомия муолажаси бажарилади. Агар кўрсатма бўлса трахеостома қўйилади.

Клапанли асфиксия юмшоқ танглай ва ютқин орқа деворни лахтакли жароҳатларида кузатилади. Юмшоқ тўқималардан ҳосил бўлган лахтак клапан вазифасини бажариб нафас олиш вақтида трахея ва бронхларга ҳавони ўтказмай қўяди. Ёт жисмларни олиш вақтида юмшоқ тўқималардан ҳосил бўлган лахтаклиги аниқланади. Клапанли асфиксияси аниқланган беморлар ёнбош (жароҳат олган тарафга ётқизилади) ҳолатда транспортировка қилинади. Шошилиш ёрдам тариқасида крикотомия ёки трахеотомия ўтказилади. Шифохонада жарроҳ стоматолог лахтақни жойига тикиб қўяди. Лахтақни сақлаб қолишни имконияти бўлмаганда, у олиб ташланади.

Аспирацион асфиксия трахея ва бронхларга суюқ қусук массалари, оғиз бўшлиғи суюқликлари ва қонни тушиши ҳисобига келиб чиқади. Ёрдам кўрсатишда трахеостома қўйилиб, трахеобронхиал дарахт санация қилинади.

ЎТКИР НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Ўткир нафас етишмовчилиги Юз-жағ соҳаси жароҳатларининг эрта асоратларига қиради. У бош мия жароҳатларида нафас марказларининг зарарланиши натижасида келиб чиқади. Ўткир нафас етишмовчилигида нафасйўлларининг ўтказувчанлиги бузилмайди. Беморларда хансираш ва цианоз кузатилади. Нафас ритми, амплитудаси ва частотаси бузилади. Баъзида бирдан нафас олиш тўхтаб қолади. Беморлар интубация қилиниб махсус аппаратлар ёрдамида сунъий нафас олдирилади. Махсус аппаратлар бўлмаса сунъий нафас олдиришни оғиздан оғизга ёки оғиздан бурунга йўлидан фойдаланилади. Марказий типда нафас олиши бузилган беморларни реаниматолог шифокорлар махсуслаштирилган бўлимларда даволашади.

ҚОН КЕТИШИ

Қон кетиши бирламчи (жароҳат олган вақтда) ва иккиламчи (жароҳат олгандан кейин маълум бир вақт ўтгач) бўлиши мумкин. Иккиламчи қон кетишини ўзи ҳам эрта ва кечки турларига бўлинади. Беморларни транспортировка қилиш даврида тромбларнинг узилиб чиқиб кетиши, транспорт иммобилизациясининг яхши бажарилмаганлиги сабабли томирларнинг ёрилиши хисобига иккиламчи эрта қон кетиши кузатилиши мумкин. Иккиламчи эрта қон кетиши жароҳатдан кейин 24–48 соат ичида рўй беради.

Иккиламчи кечки қон кетиши қон томир ичидаги тромбларнинг ёки зарарланган томир деворининг йирингли натижасида келиб чиқади. Қон кетиши 7–14 кун ичида кузатилади. Қон томирлар девори эрозияга учраганда 3–4 ҳафтадан кейин қон кетиши мумкин. Иккиламчи қон кетишлари асосан кечаси тезда бошланиб, беморларнинг ўлимига сабабчи бўлиши мумкин.

Бирламчи қон кетишида қонаётган жароҳатга босиб турувчи боғлам қўйилади. Профуз қон кетишларида қон томири бармоқ ёрдамида босиб турилади.

Умумий уйқу артерияси қон тўхтатиш мақсадида олтинчи бўйин умурқасининг кўндаланг ўсиғига босиб турилади. Кўкрак–ўмров–сўрғичсимон мушакнинг олдинги қирғоғи ва қалқонсимон тоғайнинг юқори қирғоғидан горизонтал ҳолатда ўтказилган чизик кесишган нукта томирни босиб туриш учун мўлжал бўлади. Шу нуктада катта бармоқ ёрдамида артерия томири умуртқага босилади. Қўлнинг бошқа бармоқлари бўйиннинг орқа юзасида жойлашади.

Юз артерияси чайнов мушагининг олдинги қирғоғи билан пастки жағ суягини пастки қирғоғи кесишадиган нуктадан бироз олдинроқда босилади.

Юза чакка артерияси кулок дирилдоғидан 1 см олдинда ва юқорида босиб турилади.

Қон кетишларида биринчи шифокор ёрдамида қонаётган томирга жароҳатда чок қўйилади. Малакали ёрдам кўрсатиш жараёнида томир нафақат жароҳатда, балки йўналиш давомийлигида ҳам боғланади.

Суюк жароҳатларидан қон кетишларида синик бўлақларини репозиция ва иммобилизацияси қон кетишини тўхташида муҳим ўрин тутади.

Иккиламчи қон кетиши хавфи бор беморлар жарроҳлик хоналарига яқин жойлаштирилиб, қатъий кузатув остида бўлишади.

Иккиламчи қон кетиши рўй беришини ўзига хос қўйидаги белгилари бўлади:

- жароҳат соҳасида оғрикни пайдо бўлиши;
- қўйилган боғламларни қон билан бўкиши;
- сўлак таркибида қонни бўлиши;
- жароҳат соҳасида яллиғланиш белгиларини кузатилиши.

Биринчи ёрдам кўрсатишда қон кетаётган жароҳат зич тампонланади ёки ташки уйқу артериясига бармоқ билан босиб турилади. Кечки иккиламчи қон кетишларида магистрал қон томирлари боғланади. Қон кетиши тўхтатилгач, беморлар 7–10 кун ётоқ ҳолатида бўлади ва кузатилади.

Қон кетишини жароҳатни ўзидан тўхтатишни имконияти бўлмаган тақдирда йирик қон томирларини боғлаш муолажалари амалга оширилади.

Ташқи уйқу артериясини боғлаш. Бемор тананинг орқа қисми билан ётқизилади. Куракларининг остига болиш қўйилади. Беморнинг боши орқага ва карама–қарши тарафга бурилади. Пастки жағ бурчаги соҳасидан кўкрак–ўмров–сўргичсимон мушакнинг олдинги қирғоғи бўйлаб 5–6 см узунликда кесув ўтказилади. Тери, тери ости ёғ қавати, бўйинни юзаки фасцияси, тери ости мушаги, бўйиннинг хусусий фасцияси кесилади. Кўкрак–ўмров–сўргичсимон мушакнинг медал қирғоғи очилади. Мушакни ўраб турган ғилофни олдинги тарафидан очилиб, мушак ташқарига сурилади. Кейин ғилофни орқа девори кесилади. Юзни вена қон томирини тармоқлари ва тил ости нерви тўмтоқ йўл билан четга сурилади. Вена қон томирини суришни имконияти бўлмаса, у боғлаб кесилади. Умумий уйқу артериясининг фасциясини кесишда ички бўйинтириқ вена мўлжал қилиб олинади. Бу иккита қон томири орасида адашган нерв жойлашади. Умумий уйқу артериясини шохланиш жойи қалқонсимон тоғайнинг юқори қирғоғига тўғри келади. Ташқи уйқу артерияси ичкари ва олдинроқда жойлашиб, қатта қон томир тармоқларини беради.

Ички уйку артериясини тармоклари бўлмайди. Ташки уйку артерияси ички бўйинтурук вена ва адашган нервларда ажратилади. Ташки уйку артериясини биринчи тармоғи калқонсимон безни қон билан таъминлайди. Ташки уйку артерияси юқори қалқонсимон артерия ва тил артерияси ўртасидан боғланади. Тегишли тарафда юза жойлашган чакка артериясида пульсациянинг йуқолиши муолажани гўғри бажарилганлигидан далолат беради.

Умумий ва ички уйку артериясини боғлаш 50% беморларнинг марказий асаб тизимида кўпол патологик ўзгаришларни келтириб чиқаради, 25% беморлар муолажа столида қолиб кетишади ва факатгина 25% беморлардагина оғир асоратлар кузатилмади.

Тил артериясини боғлаш. Пастки жағ кирғоғига параллел равишда ундан 2 см пастдан 5–6 см узунликда кесув ўтказилади. Тери, тери ости ёғ қавати, бўйинни юзаки фасцияси, тери ости мушаги, бўйиннинг хусусий фасциясини ташки қавати кесилади. Жағ ости сўлак беги топилиб юқори ва ичкарига сурилади. Пирогов учбурчаги мўлжал қилиб олинади. Жағ–тил мушаги, икки коринчали мушакнинг орқа коринчасининг пайи ва тил ости перви Пирогов учбурчагини ҳосил бўлишида иштирок этади. Пирогов учбурчаги атрофида тилости–тил мушаги жойлашади. Мушак толалари қисқич ёрдамида оҳиста сурилиб тил артерияси топилади ва боғланади. Муолажа кўпол бажарилганда ютқин деворини тешилиш хавфи туғилади.

Юз артериясини боғлаш. Пастки жағ кирғоғига параллел равишда ундан 2 см пастдан 5 см лик кесув ўтказилади. Кесув пастки жағ бурчагидан 1 см олдинда бошланади. Тери, тери ости ёғ қавати, бўйинни юзаки фасцияси, тери ости мушаги кесилади. Чайнов мушагининг олдинги кирғоғида юз артерияси ажратилиб олинади ва боғланади.

Бронхопуймонал асоратлар. Оғиз бўшлиғи суюкликларини трахея ва бронхларга тушиши, беморларни совқатиши ва оғиздан нафас олиши ҳисобига бронхопуймонал асоратлар келиб чиқади. Бу асоратларни келиб чиқишида ютқин, тил илдизи, юмшоқ ваттик танглайнинг жароҳатланиши оқибатида ютиш фаолиятини бузилиши асосий ўрин тутаети. 4–6 ҳафта ўтгандан кейин аспирацион пневмония ривожланиши мумкин. Бу асоратларни олдини олишда Юз-жағ соҳасининг суюқ ва юмшоқ тўқималаридаги жароҳатларга ўз вақтида малакали ёрдамни кўрсатиш ва рационал

антибактериал терапияни қўллаш керак. Оғиз бўшлиғи гигиенасига алоҳида эътибор бериш талаб этилади. Овқатлантиришда овқатни нафас йўллариغا тушиб қолишини олдини олиш мақсадга мувофиқ бўлади. Баъзан сўлакни камайтириш мақсадида атропин сульфат қабул қилиш буюрилади.

Контрактуралар Юз-жағ соҳасининг жароҳатлари натижасида ҳам келиб чиқади. Унинг турғун ва турғун бўлмаган турлари фарқланади. Турғун контрактура юмшок тўқималар ва мушакларда қўпол чандиқлар ҳосил бўлиши натижасида юзага келади. Пастки жағ суягининг бошқа суякларга бирикиб қолиши ҳисобига ҳам турғун контрактуралар келиб чиқиши мумкин. Мушакларнинг лат ёйиши (симптоматик, рефлектор) натижасида турғун бўлмаган контрактуралар келиб чиқади. Контрактураларда жағларни очилиши ҳар хил даражада чегараланиб қолади. Бўғим ўсигининг ҳаракати сақланган бўлади. Контрактураларни даволашда асосан физиотерапия усулларидан фойдаланилади. Бир йилдан ошган контрактураларда чандиқ кесиб олиниб, маҳаллий тўқималар билан пластика муолажалари ўтказилади.

Пастки жағ синишларининг асоратларига травматик остеомиелит, синик бўлақларини секин битиши, синик бўлақларини нотўғри ҳолатда битиши ва ёлғон бўғим ҳосил бўлиши киради.

Юқорида кўрсатилган асоратлардан энг кўп учрайдигани травматик остеомиелит ҳисобланади.

Травматик остеомиелитни келиб чиқишида кўйида келтирилган омиллар муҳим ўрин тутади:

- беморларни шифокорга кеч мурожаат қилиши;
- суяк жароҳатини оғиз бўшлиғи микрофлораси билан зарарланиши;
- синик чизигида тишларни бўлиши;
- синик соҳасидаги юмшок тўқималарнинг яллиғланиши;
- иммобилизациянинг мустаҳкам ва сифатли бажарилмаслиги;
- синик соҳасида микроциркуляциянинг бузилиши;
- оғиз бўшлиғи гигиенасига етарли даражада эътибор қаратмаслик;
- иммунитетни тушиб кетиши;
- гормонал статуснинг бузилиши ва бошқалар.

Травматик остеомиелитда суяк тўқимасида йирингли-некротик жараёнлар ривожланади. Синик соҳасида микроциркуляциянинг бузилиши кузатилади. Орқа синик бўлагиди кон айланиши бузилади ёки умуман айланмайди. Синик чизигига капиллярлар ўсиб крмайди. Субпериостал остеогенез бошланиб тоғай тўқимаси ҳосил бўлади. Синик соҳасида икки ҳафта ўтгач ҳам кон томир тўрлари ҳосил бўлмайди. Суяк-тоғай қадоғи ҳосил бўлади, лекин у суяк бўлақларини бир-бирига бириктирмайди. Суяк кўмигида лейкоцитларни инфильтрацияси кузатилади. Уч ҳафтадан кейин ҳам синик бўлақлари орасида аваскуляр қисм сакланган бўлади. Субпериостал суяк қадоғи кўпайиб боради, аммо ҳали ҳам суяк бўлақларини бир-бири билан боғламайди. Бир ой ўтгандан кейин ҳосил бўлаётган суяк қадоғи суяк бўлақларини тил томондан бир-бири билан боғлайди. Орқа синик бўлагиди ҳам кон айланиши яхшиланади. Бир ярим ой ичида жағ суягида микроциркуляция яхшиланади ва секвестрларни сўрилиши кузатилади. Жағ суягини битиши кузатилади.

Клиник кечиши бўйича травматик остеомиелитни учта даври фарқланади:

- ўткир;
- ўткир ости;
- сурункали.

Ўткир травматик остеомиелит жароҳат олгандан кейин 4-7 кун ичида бошланади. Остеомиелитни асосан патоген стафилококк ва стрептококклар, кам ҳолатларда ичак ва кўк йиринг таёқчаларини стафилококклар билан ассоциацияси келтириб чиқаради. Ифлосланган суяк жароҳатларида суяк кўмиги ва атрофидаги юмшоқ тўқималарда яллиғланиш жараёнлари бошланади. Пастки жағ синишларида атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг лат ёйиши, кон шимилиши ва гематомаларни ҳосил бўлиши абсцесс ва флегмоналарни ривожланишида муҳим ўрин тутади.

Абсцесс ва флегмоналарнинг ўз вақтида очилмаслиги ва рационал медикаментоз давонинг буюрилмаслиги ҳам травматик остеомиелитга олиб келиши мумкин.

Бу даврда беморларнинг умумий аҳволи оғирлашади, тана ҳарорати кўтарилади, умумий ҳолсизлик ва терлаш кузатилади.

Синик соҳасида оғрик кучайиб, оғиздан нохуш хид кела бошлайди. Жағ атрофи юмшок тўқималарида жароҳатдан кейинги шиш катталашиб кетади.

Яллиғланишли инфилтрат хосил бўлиб, остеоген абсцесс ва флегмоналарни ривожланишига олиб келади. Оғиз очилиши чегараланади. Оғизни ички тарафида синган соҳада инфилтрат аникланади. Суяк усти пардаси остида абсцесслар пайдо бўлади. Бир катор беморларда *Венсан* белгиси кузатилиши мумкин. Синик чизиги соҳаси, олинган тиш катакчаси ўрндан нохуш хидли йиринг ажрала бошлайди.

Травматик остеомиелитни ўткир формасини клиник кечиши одонтоген остеомиелитникидан фарк қилади:

- жараён секин кечади;
- инфекция синик чизигидан суякка аста–секин тушади;
- хосил бўлаётган экссудат конга кам сўрилади;
- хосил бўлаётган экссудат оғиз бўшлиғига чикиб туради;
- интоксикация белгилари камрок бўлади.

Травматик остеомиелитни ўткир даврини даволашда йирингли бўшлиқлар очилади ва синик чизигида жойлашган тишлар олинади. Синик бўлақлари яхши иммобилизация қилинмаган бўлса қайтадан иммобилизация қилинади. Беморларга антибактериал, дезинтоксикацион, десенсибиловчи, умумкуватловчи ва симптоматик даволар буюрилади.

Йирингли жароҳатга маҳаллий даво йирингли хирургиянинг талаблари асосида олиб борилади. Суяк бўлақлари антибиотик ва антисептик эритмалар ёрдамида ювилади. Суяк бўлақларида микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида спазмолитиклар (но-шпа, копламин), дезагрегантлар (трентал, ацетилсалицил кислотаси), антикоагулянтлар (гепарин), антигипоксантилар (натрий оксibuтират) терапевтик дозада буюрилади.

Олиб борилган даволаш ишлари натижасида жароҳатда яллиғланиш белгилари камаяди, конни лаборатория кўрсаткичлари яхшиланади. Шунга қарамасдан тузалиш охиригача етмайди. Операциядан кейинги жароҳатлар битмайди, окма йўли хосил бўлиб, ундан йиринг ажралиб туради. Окма йўлларида грануляция тўқималар чикиб туриши мумкин. Окма йўллари ўз

Ўзидан ёпилиб кетмайди. Касаллик ўткир ости ва кейинчалик сурункали даврларига ўтади.

Травматик остеомиелитни *ўткир ости* даврида некрозга учраган суяк тўкимаси соғлом суяк тўкимасидан ажрала бошлайди. Окма йўли орқали зонд ёрдамида текширилганда ўлган суяк тўкимасининг дағал юзали эканлиги аниқланади. Соғлом суяк ҳар доим юмшоқ тўкима кавати билан копланган бўлади.

Суяк тўкимасида деструкция билан бир вақтнинг ўзида репаратив жараёнлар ҳам кечади. Репаратив жараёнлар натижасида суяк кадоғи ҳосил бўлади. Пайпаслаганда пастки жағни синик соҳасида қалинлашганлиги аниқланади. Ўткир ости даври 7–10 кун давом этади.

Ўткир ости даврини даволашда жараённи қайталамаслигини олди олинади. Секвестрлар шаклланишини тезлаштириш ва суяк кадоғини ҳосил бўлиши учун оптимал шароит яратиш мақсадида организмнинг химоя кучларини кучайтириш талаб этилади. Бунинг учун метилурацил бир таблеткадан уч маҳал 10–14 кун, С витамини 1–2 г кунига 7–10 кун, В1 ва В6 витаминларининг 5%ли эритмалари 2 мл дан (10–15 та муолажа) буюрилади. Ундан ташқари физиотерапевтик даволаш усуллари қўллаш ва рационал овқатланишни ташкил этиш мақсадга мувофиқ келади.

Травматик остеомиелитнинг *сурункали* даврида синик соҳасида суяк қалинлашиши ҳисобига юзда шиш кузатилади. Синик соҳасида альвеоляр ўсик ҳам қалинлашади. Буни пайпаслаб кўриб аниқлаш ҳам мумкин. Юз терисида окма йўли ҳосил бўлиб, ундан кам миқдорда йиринг ажралиб туради. Окма йўли орқали зондлаганда баъзан дағал юзали ҳаракатчан секвестрни сезиш мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллик каватида ҳам грануляциян тўкима чиқиб турган окма йўллари аниқланади.

Бимануал пайпаслаганда синик бўлақларининг қийин кимирлаши аниқланади.

Рентген тасвирларида суяк тўкимасининг ҳолати ва суяк бўлақлари орасида секвестрлар кўринади. Секвестрлар суяк қирғоқлари бўйлаб жойлашади (Расм 86).



Расм 86. Пастки жағни ён проекциядаги рентген тасвири.
Сурункали травматик остеомиелит.

Травматик остеомиелитнинг сурункали шаклини даволашда секвестрлар оғиз ташқариси ва оғиз ичи усуллари ёрдамида олиб ташланади. Жағ синишидан 3–4 хафта ўтгач секвестрларни олиш учун оптимал вақт ҳисобланади. Аммо секин кечувчи жараёнларда бу муддат 1–2 хафтага чўзилиши мумкин. Йирингли–некротик жараёнлар репаратив остеогенезни сусайтириб ёлғон бўғим ҳосил бўлишини ҳам инобатга олиш керак. Секвестрлар оғиз ичидан олинганда оқма йўли билан суяккача кесилиб олиб ташланади. Альвеоляр ўсиқда жойлашган кичик ўлчамдаги секвестрлар оғиз ичи усулида олинади.

Секвестрэктомия операцияси кўпинча оғиз ташқариси усулида бажарилади. Эски чандик бўйлаб кесув ўтказилиб суяккача борилади. Секвестрлар олинади. Суякни склерозга учраган қисми капиллярлардан қон чиққунча олиб ташланади. Секвестрал капсулага эҳтиёткорана ишлов берилади. Суяк нуқсонни ўрни суяк ўрнини босувчи материаллар билан тўлдирилади. Секвестр олингач, суяк бўлақлари мини пластинкалар ёрдамида маҳкамланиши мумкин. 2 см дан катта ўлчамдаги суяк нуқсонлари

трансплантлар ёрдамида бартираф этилади. Тўқималар қаватма-қават тикилади ва 24–48 соатга резина чиқаргич қолдирилади. Оғиз бўшлиғи гигиенасига алоҳида эътибор қаратилади.

Травматик остеомиелитни олдини олиш чора тадбирларига қўйидагилар киреди:

1. Синик бўлақларини вақтида ва сифатли иммобилизация қилиш.
2. Синик чизигида жойлашган тишларни ўз вақтида олиб ташлаш.
3. Синик чизигини оғиз бўшлиғидан изоляция қилиш, шиллик қаватларга ёпик чоклар қўйиш.
4. Микроциркуляцияни тикловчи дори воситаларини ўз вақтида буюриш.
5. Суяк тўқималарида тўпланадиган антибактериал дори воситаларини вақтида қўллаш.
6. Репаратив остеогенез учун оптимал шароит яратиш мақсадида умумқувватловчи терапияни қўллаш.
7. Физиотерапевтик даволаш усуллари қўллаш.
8. Оғиз бўшлиғи гигиенасига алоҳида эътибор қаратиш.

ТРАВМАТИК ГАЙМОРИТ

Юқори жағ ва ёнок суяқларининг, асосан жанговар жароҳатлари натижасида травматик гайморит келиб чиқади. Баъзан ёнок-юқори жағ комплексининг тинчлик давридаги синишларида ҳам травматик гайморит кузатилиши мумкин. Синган соҳада кичик суяк бўлақларини гаймор бўшлиғига силжиши, ёт жисмлар ва тиш парчалари травматик гайморитни келтириб чиқаради. Юқори жағ бўшлиғини девори зарарланганда шиллик қават йиртилади ва суякдан ажралиб осилиб қолади. Жароҳатни битиш жараёнида осилиб қолган шиллик қаватлари бир бири билан битади. Шиллик қаватни ички юзаси эпителиал тўқима билан қопланиб ёпик бўшлиқларни ҳосил қилади. Суякни юзаси битиш жараёнида грануляциян тўқима билан қопланади. Бу тўқима кейинчалик чандиқ тўқимасига айланади. Суяк тўқимаси ва шиллик қават орасидаги бўшлиқларда ёт жисмлар қолиб кетиши мумкин. Гаймор

бўшлигида полиплар ҳосил бўлади. Бўшлиққа кириб қолган кичик суяк бўлакчалари битиши мумкин. Улар ҳам шиллиқ қават билан қопланиб, мустақил равишда бўшлиқларни ҳосил қилади. Бу бўшлиқларни ичидаги суюқликлар вақти вақти билан йиринглаб туриши мумкин. Яллиғланиш жараёнларини гаймор бўшлиғидан кўз ости ва ёнок соҳасининг юмшоқ тўқималарига тарқалиши кузатилади. Йиринг чиқиб кетгандан сўнг баъзан кўз ости ва ёнок соҳаси терисида окма йўллари шаклланади. Окма йўлларида грануляцион тўқима чиқиб туради ва йиринг ажралади. Бирламчи жаррохлик ишловининг радикал бўлмаслиги натижасида ҳам юқорида келтирилган асоратлар келиб чиқади.

Травматик гайморитни ўткир даврида юқори жағ суяги атрофидаги юмшоқ тўқималарда абсцесс ва флегмоналар ривожланади. Травматик гайморитни сурункали даврида беморлар умумий ҳолсизликдан, тез чарчаб қолишдан, синиқ тарафда бурундан нафас олишни бузилишидан, шу тарафда бурун йўлидан кўланса ҳидли йиринг ажралишидан, бош оғриғи ва бош олдинга эгилганда юқори жағ соҳасида оғирлик ҳисси кузатилишидан шикоят қилади. Айрим беморлар оғизда ёки кўз ости соҳаси терисида йиринг ажралиб турувчи окма йўллари борлиги, юқори жағ соҳаси юмшоқ тўқималарида вақти вақти билан шиш кузатилишидан ҳам шикоят қилишади.

Ташқи томондан қаралганда юзнинг ўрта қисмида деформация аниқланади. Кўз ости ёки ёнок соҳаси терисида окма йўли ва ундан йиринг ажралиши кузатилиши мумкин. Олдинги риноскопияда бурун чиғаноқлари гипертрофияси, бурун йўлларида гиперемияси ва ўрта бурун йўлидан йиринг ажралиши кўринади.

Бурун ёндош бўшлиқларини рентгенограммасида тегишли тарафда юқори жағ бўшлиғи конфигурациясининг ўзгариши ва тиниқлигини бузилганлиги кўринади. Ёт жисмларни контраст сояси аниқланиши мумкин.

Травматик гайморит фақат оператив усулда даволанади. Юқори жағ бўшлиғи классик усулда очилади. Юқори жағ бўшлиғидан ёт жисмлар олиб ташланади. Ҳосил бўлган бўшлиқлар очилиб тозаланиб, юқори жағ бўшлиғининг анатомик чегарасида ягона бўшлиқ шакллантирилади. Чандиқ тўқималари кесиб олинади. Пастки бурун йўлига дарча очилади. Гаймор бўшлиғига

йодоформ эритмаси шимдирилган тампон колдирилиб, унинг бир учи пастки бурун йўли орқали ташқарига чиқарилади.

Бирламчи жарроҳлик ишлови беришнинг ўз вақтида ва радикал бажарилиши травматик гайморит ривожланишини олдини олади. Гаймор бўшлиғини тафтиш қилиш, яшаш қобилятини йўқотган шиллик қаватларни олиб ташлаш, ажралиб кетган шиллик қаватларни тампон ёрдамида жойига қайтариш, пастки бурун йўлига дарча очишни албатта бажариш керак. Радикал гайморотомия операциясига кўрсатма бўлмасдан юкори жағ бошлиғида гемосинус бўлган ҳолатларда бўшлиқ пункцияси амалга оширилади. Куликовский нинаси ёрдамида бўшлиқ пункция қилиниб антисептик ва антибиотиклар билан ювилади. Куликовский нинаси орқали гаймор бўшлиғига ингичка катетер колдирилиб, даволаш даврида бўшлиқ ювиб турилиши мумкин. Катетер қўйилганда қайта пункция қилишни ҳожати қолмайди. Нафас олишни яхшилаш мақсадида бурун йўлларида томирларни кискартирувчи дори воситалари томизилади.

ПАСТКИ ЖАҒ СУЯК БЎЛАКЛАРИНИ СЕКИН БИТИШИ

Пастки жағни тинчлик давридаги синишларида синик бўлаклари 4–5 ҳафта ичида битиб кетади. 2–2,5 ҳафта ўтгач органик суяк матрикси ҳосил бўлади ва суякнинг кимирлашини камайтиради. 4–5-ҳафта охирида органик суяк матриксини минераллашиш жараёни кечади ва суякнинг патологик кимирлаши йўқолади.

Бирок суяк бўлақларининг битиши 2–3 ҳафтагача чўзилиб кетиши мумкин. Суякни битишининг кечикишига олиб келувчи сабабларга қуйидагилар киради:

- суяк бўлақларининг ўз вақтида сифатли маҳкамламаслик;
- суяк бўлақларининг нотўғри ҳолатда маҳкамлаш;
- синик бўлақлари орасига юмшоқ тўқималарнинг кириб қолиши;
- суяк тўқимасининг нуксонлари;
- пастки альвеоляр нервнинг узилиши ҳисобига трофиканинг бузилиши;
- суяк жароҳатларидаги йирингли яллиғланиш жараёнлари;

- синик чизигида тишларнинг бўлиши;
- авитаминозлар;
- моддалар алмашинувининг бузилиши;
- инфекция касалликлар ва хоказо.

Суяк бўлақларининг секин битишида суяк тўқимасининг остеоиндуктив фаоллиги ва ингибитор фаоллиги катта ўрин тутади. Суякнинг потенциал остеоиндуктив фаоллиги суяк тўқимасининг остеоиндуктив фаоллиги ва ингибитор фаоллигини муносабати хисобланади. Суякнинг потенциал остеоиндуктив фаоллиги қанча паст бўлса, суякни битишида чўзилиш кузатилади. Суякнинг секин битишида остеокластик резорбцияни вақти чўзилиб кетади. Вақт ўтиши билан резорбция кучайиб боради, лекин остеогенез секинлашади ва даврийлиги бузилади.

Шунинг билан бирга, чўзилиб кетган гипоксия шароитида тўқималарнинг метаболизми анаэроб гликолиз тарафига силжийди. Остеобласт хужайраларининг шаклланиши секинлашади. Синик сохасининг узок давр мобайнида (2–3 хафта) қон билан таъминланиши бузилади. Қон томирларини ўсиши кузатилмайди.

Эндостал остеогенез секинлашади. Периостал энхондрал остеогенез рўй беради. Перицитлар хондро– ва фибробластларга айланади, кам миқдорда гидроксипролин ва гидроксизин тутган коллаген синтезланади. 3–4 хафтанинг охирига бориб суяк бўлақлари орасига қон томирлар ўсиб қира бошлайди. Суяк бўлақлари орасида тоғай қадоғи ҳосил бўлади ва синик бўлақларининг қимрилашини қамайтиради. Тоғай қадоғига қон томирлари фаол ўсиб қира бошлайди. Тўқималарнинг кислород билан таъминланиши кучаяди. Томирлар атрофида жойлашган хондробластлар ўлади. Бу томирлар бўйлаб тоғай тўқимасига суяк элементлари ўсиб қиради.

Шундай қилиб энхондрал суяккланиш жараёни кечади. 6–хафтанинг охирига бориб ҳосил бўлган суяк қадоғида тоғай тўқималари топилади. Бу тоғай тўқималари кейинчалик йўқолиб кетади.

Суяк бўлақларининг секин битиши клиник кўринишида 3–хафтанинг охирига бориб синган сохада периостал тоғай қадоғининг ҳосил бўлиши хисобига юз юмшок тўқималарида шиш аниқланади. Шина ечилиши мумкин бўлган муддат 4–хафтанинг

охирига бориб ҳали суяк бўлақларининг кимирлаши сакланган бўлади. Агар шина тақилгандан кейин 2 ой ўтгач ҳам патологик кимирлаш тўхтамаса, у ҳолатда синик бўлақларини остеосинтез усуллари ёрдамида маҳкамлаш бажарилади.

Синик бўлақларининг секин битишини даволаш ва олдини олиш чора тадбирларига киради:

- келтириб чиқарувчи сабабларни бартараф қилиш;
- организмни химоя кучларини ошириш;
- репаратив остеогенезни босқичларини ҳисобга олиб медикаментоз даволашни олиб бориш.

ЁЛҒОН БЎҒИМ (ПСЕВДОАРТРОЗ)

Ёлғон бўғим синик бўлақларининг секин битиши ёки травматик остеомиелитдан кейин келиб чиқиши мумкин. Натижада суяк бутунлиги бузилиб, суяк бўлақларининг патологик кимирлаши аниқланади. Пастки жағ суягининг функциясида бузилиш кузатилади.

Суякнинг 5 ммгача қисмини йўқотилиши ёлғон бўғим ривожланишига олиб келади. Йўқотилган қисм 5 ммдан ошса суяк нуксони деб юритилади.

Ёлғон бўғимни тузилишида учта элементи фарқланади:

1. Суяк бўлақлари, уларнинг охирлари кобик пластинка билан қопланиши.
2. Фиброз қават, суяк бўлақларини ушлаб туриши.
3. Фиброз капсула, суяк бўлақларини ташқи томондан қоплаб туриши ва фиброз қаватга ўтиб кетиши.

Ёлғон бўғимни келиб чиқишига олиб келувчи омиллар:

- жағ суяк бўлақларининг кеч ва сифатсиз имобилизацияси;
- суяк бўлақларининг нотўғри жойлашиши;
- синик бўлақлари орасига юмшоқ тўқималарни тушиши;
- жағ суягини патологик синишлари;
- суяк охирларида яллиғланиш жараёнларини ривожланиши;

– мос бўлмаган медикаментоз терапияни қўлланилиши.

Ёлгон бўғимнинг гипертрофик ва атрофик турлари фаркланади. Гипертрофик турида суяк охирларида қалинлашиш кузатилса, атрофик турида суяк охирлари юпқалашган бўлади. Гипертрофик ва атрофик турларида ҳам суяк бўлаклари етилган бириктирувчи тўқима билан боғланган бўлади.

Беморларда чакка пастки жағ бўғимлари билан биргаликда жағ суягининг синган жойида учинчи бўғим ҳосил бўлади. Пастки жағни ҳаракатланиш даврида мушакларнинг қисқариши ҳисобига суяк бўлақларининг ҳар хил йўналишда ҳаракатланиши юзага келади. Беморлар синиқ бўлақларининг кимирашидан, тишлар жипслашувини бузилишидан, овқатни чайнай олмасликдан шикоят қилади. Оғрик кузатилмайди.

Ташки тарафдан қаралганда ёлгон бўғим бор томонда юмшоқ тўқималар шиши кузатилади. Пайпаслаганда ёлгон бўғим ҳосил бўлган соҳасида бармоқни ичкарига босилиб кириши кузатилади. Оғиз очиш жараёнида ҳар бир суяк бўлагини алоҳида ҳаракати сезилади. Суяк бўлақларини патологик кимираш белгиси мусбат бўлади. Рентген суратида ҳар бир суяк бўлагининг охирида тугалловчи пластинка кўринади (Расм 87).



Расм 87. Пастки жағ суягини ён тарафидан рентген тасвири.
Ёлгон бўғим.

Ёлгон бўғимни даволашда фақат оператив усуллар қўлланилади. Суяк бўлақлари орасидаги чандик ва фиброз

тўқималар кесилади. Суяк охирлари капиллярлардан қон сизиб чиккунча тозаланади. Суяк нуксонлари тишлар жипслашувига эътибор қилинган ҳолатда трансплантантлар ёрдамида тикланади. Ёлғон бўғимни даволашда компрессион–дистракцион усулни қўллаш ҳам яхши натижа беради.

СУЯК БЎЛАКЛАРИНИ НОТЎҒРИ ҲОЛАТДА БИТИШИ

Суяк бўлақларининг нотўғри ҳолатда битиши ўз вақтида малакали ёрдамни кўрсатилмаганлиги ёки хато кўрсатилганлиги оқибатида келиб чиқади.

Суяк бўлақларини нотўғри битишига қуйидаги омиллар олиб келади:

- мос бўлмаган иммобилизация усулини танланиши;
- беморлар томонидан даволаш режимини бузилиши;
- беморларни кеч мурожаат қилиши;
- малакали ёрдамни ўз вақтида кўрсатилмаслиги;
- шифокор томонидан йўл қўйилган хатоликлар.

Пастки жағ суяк бўлақлари горизонтал ва вертикал ҳолатда силжиб битиб қолиши мумкин. Горизонтал ҳолатда силжиб битганида суяк бўлақлари бир бирини устига тушиб қолади. Вертикал ҳолатда силжиб битганида битта суяк бўлағи иккинчи суяк бўлагидан юқорирокда жойлашади. Юқорида кўрсатилган турларни комбинацияси ҳам учраши мумкин.

Юқори жағ суягини синушларида силжиш даражаси таъсир қилувчи кучнинг йўналиши ва катталигига, мушакларнинг тортиш кучига боғлиқ бўлади.

Синик бўлақларини нотўғри ҳолатда битишларида беморлар тишларни ёпилмаслиги, овқатни яхши чайнай олмаслик ва юз деформациясидан шикоят қилишади.

Беморлар ташқи томондан қаралганда соғлом томонда тўқималарнинг чўкиши, энгакни синган тарафга силжиши ва синиш тарафида тўқималарни шиши аниқланади. Пайпаслаганда силжиган суяк тўқималарининг ҳолати аниқланади. Суяк қадоғи деформацияни кўпайтиради.

Рентген текширув усуллари суяк бўлақларининг силжиш даражаси ва суякнинг қанчалик зарарланганлигини кўрсатади (Расм

88). Рентген текширув усулларини тўғри таҳлил қилиш даволаш режасини тузишда муҳим ўрин тутади. Компьютер томографиясини қўллаш синик бўлақларини ҳолати тўғрисида батафсил маълумот беради.

Синик бўлақларини нотўғри ҳолатда битишини даволашда сингандан кейин ўтган вақтни давомийлигига эътибор қаратиш керак. Икки ой муддатгача бўлган нотўғри битган синик бўлақларини даволашда консерватив даволаш усулларидан фойдаланилса бўлади. Консерватив даволашда бимаксилляр шиналардан фойдаланилади. 2–3 ой муддатдан ўтган нотўғри битган синик бўлақларини даволашда фақат оператив усуллар қўлланилади. Юмшоқ тўқималар ўткир ва ўтмас йўл билан кесиб борилиб суяк очилади. Суяк бўлақлари бор ва остеотомлар ёрдамида ажратилиб қайтадан репозиция қилинади ва минни пластинкалар ёки суяк чоклари ёрдамида маҳкамланади. 4–8 ой муддат ўтган синишларда силжиган суяк бўлақлари чегарасини аниқлаш қийин бўлади. Остеотом ва борлар ёрдамида суякни бир биридан ажратиш қийинчилик туғдиради. Суяк бўлақлари ажратиб қайта репозиция қилинган, улар орасида кичик нуқсонлар юзага келади. Суяк бўлақлари икки–учта минни пластинкалар ёрдамида маҳкамланади. Бир йилгача муддатдаги нотўғри битишларда компрессион–дистракцион аппаратлардан фойдаланиб репозицияни амалга ошириш мумкин. Бир йилдан ошган нотўғри ҳолатда битишларда суяк чегараларини аниқлаб бўлмайди. Тишлар жипслашувини тиклашда остеотомия усулидан фойдаланилади. Юқори жағ суягини нотўғри ҳолатда битишларини тўғрилашда қонли репозиция усуллари қўлланилади.



Расм 88. Пастки жағни ён тарафдан рентген тасвири. Синик бўлақларини вертикал йўналишда нотўғри битиши.

ПАСТКИ ЖАҒНИНГ ЧИҚИШИ

Пастки жағни чиқишида пастки жағ бўғим бошчасининг бўғим чуқурчасидан чиқиб кетиши кузатилади. Оғиз катта очилган ҳолатда пастки жағнинг бўғим бошчаси бўғим диски билан биргаликда бўғим дўмбоқчасининг орқа қиялигига бориб жойлашади. Бўғим дўмбоқчасининг баландлиги ва бўғим бойламлари бўғим бошчасини олдинга сурилишига йўл қўймайди. Бирок оғизни катта очилиши натижасида бўғим бошчаси бўғим дўмбоқчасининг олдинги қиялигига ўтиб қолиши мумкин. Натижада пастки жағни олдинга чиқиши кузатилади. Бўғим бошчасини сўргичсимон ўсик тарафга сурилиши ҳам кузатилиши мумкин.

Пастки жағ чиқишларини куйидаги турлари фарқланади (Расм 89):

- олдинга ва орқага;
- бир ва икки томонлама;

– одатий чиқишлари.

Чиқишлар ичида пастки жағни олдинга чиқишлари кўп учрайди. Бўғим чиқишини асосий омилларига қуйидагилар киради:

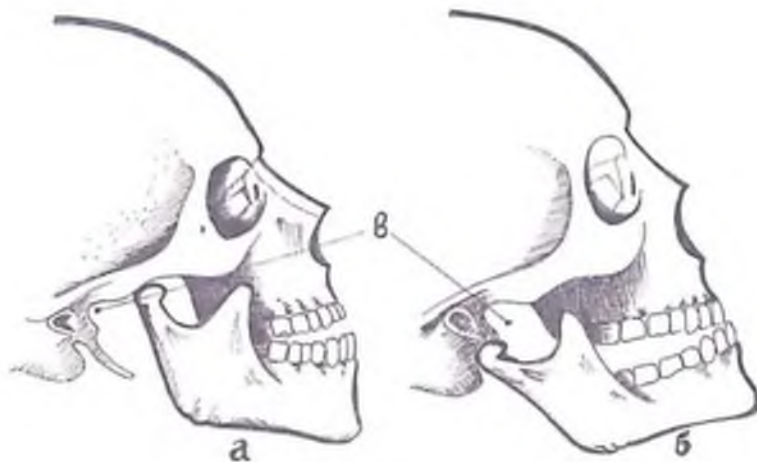
– чакка–пастки жағ бўғими капсуласи ва бойламларининг эластиклигини пасайиши;

– бўғим дўмбокчаси баландлигини пасйиши;

– бўғим дискининг шакли ва ўлчамини ўзгариши.

Оғизни катта очиш, эснаш, кулиш, йўталиш, тиш суғуриш, ошқозонга зонд киритиш, қолип олиш, трахеяни интубация қилиш, ашула айтиш ва шу сингари бошқа ҳолатларда пастки жағни олдинга чиқиши кузатилади.

Пастки жағни олдинга чиқиши бир томонлама ёки икки томонлама бўлади. Икки томонлама чиқишда беморлар оғзини ёпа олишмайди. Оғиздан сўлак ажралиб туради. Беморлар кулок олди соҳасидаги кучли оғрик, оғизни ёпишни хохлаётганлиги ва оғиздан сўлак ажралишини мимик ҳаракатлар билан тушунтиришга уриниб кўришади.



Расм 89. Пастки жағни чиқишлари.
а–олдинги, б–орқа, в–бўғим чуқурчаси

Юзнинг пастки қисмини узайиши ҳисобига юз конфигурацияси ўзгаради. Оғиз очик ҳолатда бўлиб, энгак олдинга

сурилади. Лаблар ёпилмайди. Чайнов мушаклари таранглашган бўлиб, уларни контурлари аниқ билиниб туради. Лунжни яссилашиши кузатилади. Икки томонлама кулок дирилдоғи олдида тўкималарни чўкиши билиниб туради. Ёнок ёйи остида юмолоқ шаклли бўртиш аникланади. Пайпаслаганда шу соҳада бўғим бошчасини сезиш мумкин. Ташқи эшитув йўли орқали пайпаслаб кўрилганда бўғим бошчаси аниқланмайди.

Беморни оғзини ёпиш мақсадида энгакни юкорига мажбуран кўтарганда, пастки жағни пружинасимон қаршилиқ кўрсатаётганлиги ва оғрик сезилади.

Пастки жағни олдинги киргоғи оғиз ичидан пайпасланганда тожсимон ўсиқни олдинга сурилганлиги аникланади. Тишлар жипслашуви очик бўлиб, фақат моляр тишлар бир бирига тегиб туради.

Чакка–пастки жағ бўғимини ён тарафдан олинган рентган тасвирида бўғим бошчасини бўғим дўмбоқчасининг олдинги қиялигида жойлашганлиги кўринади. Бўғим чуқурчаси бўш ҳолатда бўлади. Чакка–пастки жағ бўғимининг ён тарафдан ўтказилган томограммаси бўғим чиқиши тўғрисида батафсил маълумот беради.

Пастки жағни икки томонлама чиқишларини бўғим ўсиғини икки томонлама синишлари билан киёсий такқослаш керак. Бўғим ўсиғини икки томонлама синишларида пастки жағни энгак соҳаси бироз орқага силжийди. Пастки жағни юкорига ва пастга ҳаракати сақланади. Тишларни жипслаштириш мумкин бўлади. Бўғим бошчаси пайпаслаганда ташқи эшитув йўли орқали сезилади. Энгак соҳасидан юкорига кўтарилганда тишлар жипслашиб кулок олди соҳаларида оғрик кузатилади. Рентген тасвирида пастки жағни бўғим ўсиғини асоси ёки бўйнидан синганлиги аникланади.

Пастки жағни бир томонлама чиқишларида беморлар шикоятлари икки томонлама чиқишникидан фарқ қилмайди. Энгакни соғлом тарафга сурилиши хисобига юз конфигурацияси ўзгаради. Беморни оғзи ярим очик ҳолатда бўлади. Лаблари қийинчилик билан ёпилади. Тишлар жиплашмайди ва марказий чизик соғлом тарафга силжийди. Қолган клиник белгилари икки томонлама чиқишникига ўхшайди, лекин бир тарафда кузатилади.

Пастки жағни бир томонлама чиқишларини бўғим ўсиғини бир томонлама синишлари билан киёсий такқослаш керак. Синишларда марказий чизик синган тарафга қараб силжийди.

Бўғим бошчаси ташки эшитув йўли оркали пайпасланади. Пастки жағни ҳаракатланиши сакланади. Синиш бор тарафда тишлар жипселашиди.

Пастки жағни орқага чиқиши. Пастки жағни орқага чиқиши кам учрайди. Оғиз очиш даврида даханга олдиндан орқага йўналишда тушаётган куч таъсирида келиб чиқади. Бўғим бошчаси бўғим чуқурчаси ва сўрғичсимон ўсик ўртасида жойлашиб қолади. Бўғим капсуласи йиртилиб ташки эшитув йўлининг деворини жароҳатланиши кузатилади. Беморлар оғиз очилишини чегараланиши ва кулок атрофи соҳаларидаги огрикдан шикоят қилишади. Энгак орқага сурилади. Пастки курак тишлари қаттиқ танглайни олдинги қисми шиллик қаватига тегиб туради. Пастки жағ тишлари антогонист тишлар билан жипсешмайди. Тил илдизи бироз орқага силжийди. Шунинг ҳисобига нафас олиш, гапириш ва ютиш жараёнлари бироз кийинлашади. Пастки жағ бўғим бошчаси сўрғичсимон ўсик атрофида пайпасланади.

Пастки жағни одатий чиқишлари. Пастки жағни одатий чиқишлари куйидаги сабабларга кўра келиб чиқади:

– бўғим дўмбоқчаси баландлигини сезиларли даражада паст бўлиши;

– бўғим бошчасининг ясси бўлиши;

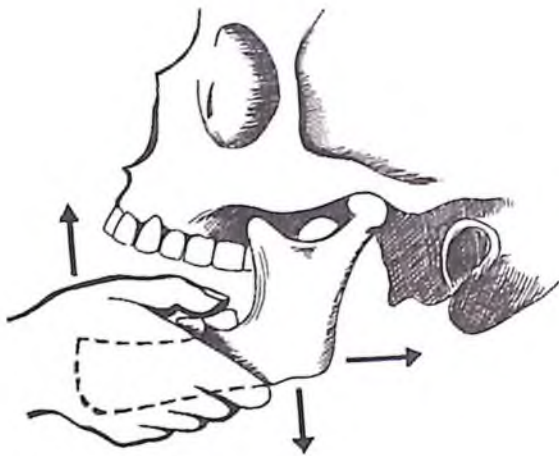
– бўғим капсуласи ва бойламларини сезиларли чўзилувчанлиги;

– қарияларда тишларнинг тўлик бўлмаслиги.

Чакка пастки жағ бўғимидаги бу хусусиятлар пастки жағни одатий чиқишига олиб келади. Оғизни катта очиш, овқат қабул қилиш, тиш даволаш, йўталиш, аксириш ва шунга ўхшаш жараёнларда жағни чиқиши кузатилади. Шифокор ёрдамисиз ҳам беморлар чиққан жағни жойига кўя олишади.

ПАСТКИ ЖАҒНИНГ ОЛДИНГА ЧИҚИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Гиппократ усули (Расм 90). Пастки жағнинг олдинга чиқишини тўғрилашда бемор креслога ўтказилади. Беморнинг пастки жағи шифокорнинг тирсак бўғими сатҳида бўлиши керак. Бемор бошининг энса қисми кресло бош суянцигига тиралиб туриши керак. Шифокор бош бармоғини пастки жағни моляр тишлари чайнов юзасига қўйиб, қолган бармоқлари билан пастки жағ суягини ушлайди. Пастки жағ суяги пастга, орқага ва юқорига сурилиб жойига туширилади.



Расм 90. Пастки жағни чиқишини Гиппократ усулида тўғрилаш.

Бунинг учун шифокор бош бармоқлари билан пастки жағни икки томонида ҳам моляр тишларини пастга қараб секинлик билан босади. Чайнов мушакларининг толалари секинлик билан чўзилади ва оғрик кузатилмайди. Натижада бўғим бошчаси олдинги бўғим қияликларидан пастга тушади. Энгак соҳаси юқорига кўтарилиб пастки жағ суяги орқага сурилади. Бўғим ўсиғи бўғим дўмбоқчасининг орқа қиялиги бўйлаб бўғим чуқурчасига тушади. Тишлар жипслашуви тикланиб, ўзига хос кирсиллаган товуш эшитилади. Моляр тишларига тез босим бериш чайнов мушакларининг рефлектор қисқаришига олиб келади. Натижада

бўғим бошчасини жойига тушириш учун қилинган барча ҳаракатлар самара бермайди.

Пастки жағнинг олдинга чиқилиши тўғрилаш жараёнида шифокор қўлини беморлар тарафидан тишланиши кузатилади. Шунини инобатга олиб бош бармоқларга доқа ўралиши ёки сочикдан фойдаланиш керак бўлади. Жағни ёпилиш вақтида бош бармоқни четга олиб қочиш талаб этилади.

Пастки жағнинг олдинга чиқилиши тўғрилангач, беморларга 3–5 кунга энгак–бош боғлам қўйилади. Жағ ҳаракатини чеклаш, каттик овқатлар истеъмол қилмаслик ва оғизни катта очмаслик тавсия қилинади.

Уч шохли нерв ҳаракатлантирувчи толарини оғриксизлантириб, пастки жағнинг чиқилишларини тўғрилаш мақсадга мувофиқ келади. Бу мақсадда Берше ёки Егоров бўйича оғриксизлантириш усулларидан фойдаланилади. Бу оғриксизлантириш усуллари ҳам мушакларнинг рефлектор қисқаришини олдини олмаса, у ҳолда умумий оғриксизлантириш усуллари қўлланилади.

Г.Л. Блехман усули. Бу усулда пастки жағ суягининг пастга ва орқага ҳаракати тожсимон ўсикни пастга ва орқага босиш орқали амалга оширилади. Муаллифнинг фикрича кучсиз оғрик чайнов мушакларининг рефлектор бўшашиши ва бўғим бошчасини бўғим чуқурчасига қараб сурилишига олиб келади.

Ю.Д. Гершуни усули. Бу усулда тожсимон ўсикқа бош бармоқ билан берилаётган босим лунж тўқималари орқали оғиз ташқарисидан берилади. Пастки жағни бўғим бошчаси пастга ва орқага сурилиб бўғим чуқурчасига тушади.

В.Попеску усули. Пастки жағнинг 4–5 ҳафтадан ошган эскирган чиқилишларида қўлланилади. Муолажа маҳаллий ёки умумий оғриксизлантириш остида амалга оширилади. Бемор тананинг орқа қисми билан ётқизилади. Максимал очилган оғизда моляр тишлар соҳасига 1,5–2см диаметрдаги зич қилиб ўралган доқа киритилади. Энгак соҳасидан пастдан юқорига қараб қўтарилади. Натижада бўғим бошчаси пастга қараб сурилади. Кейинги навбатда орқага қараб сурилиб бўғим бошчаси бўғим чуқурчасига туширилади. Чакка пастки жағ бўғимни тўғрилангач, пастки жағ 2–3 ҳафта муддатга иммобилизация қилинади.

Оператив усули. Консерватив даволаш усуллари ёрдамида натижага эришилмаса, оператив даволаш усули қўлланилади.

Операция махаллий ёки умумий оғриксизлантириш остида олиб борилади. Ёнок равоғининг пастки кирғоғидан 2–2,5 см ўлчамда кесув ўтказилади. Кесилган жойдан пастки жағни ўйиғи топилади. Лимберг илмоғи пастки жағни ўйиғига жойлаштирилиб, пастки жағ суяги пастга куч билан тортилади ва энгак орқага сурилади. Жағни орқага сурилишига диск ҳалақит килса, у олиб ташланади. Жароҳатга ёпик чоклар кўйилади.

ПАСТКИ ЖАҒНИНГ ОРҚАГА ЧИҚИШИНИ ДАВОЛАШ

Пастки жағнинг орқага чиқишларини даволашда шифокор бош бармоқларини оғиз ичидан ташки қийшиқ чизик соҳасига жойлаштиради. Бошқа бармоқлари ёрдамида пастки жағ танаси ва бурчагини ушлайди. Бош бармоқлар ёрдамида пастки жағни пастга босиб, қолган бармоқлар ёрдамида уни олдинга тортилади. Натижада бўғим бошчаси сурилиб бўғим чуқурчасига тушади. Пастки жағ 2–3 hafta муддатга иммобилизация қилиниб, юмшоқ овқатлар истеъмол килиш тавсия этилади.

ПАСТКИ ЖАҒНИНГ ОДАТИЙ ЧИҚИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Пастки жағнинг одатий чиқишларида консерватив ва оператив даволаш усуллари қўлланилади.

Консерватив даволаш усуллари. Бу усуллар асосий касалликни даволашга қаратилади. Чакка–пастки жағ бўғимини капсула ва бойламларини чўзилишини олди олинади. Консерватив даволашда ортопедик аппарат ва шиналар қўлланилади.

1. *Петросов аппарати.* Аппарат юқори жағ учун иккита ва пастки жағ учун ҳам иккита тиш копламасидан иборат бўлиб, тиш копламаларига оғизни очилишини чекловчи ошиқ–мошиқ ўрнатилган. Оғиз очилиш даврида бўғим бошчасини бўғим дўмбоқчасидан ўтиб кетмаслигини таъминлайди.

2. *Бургонская ва Ходорович аппарати.* Юқори жағ премоляр ва моляр тишларига тиш копламаси ясалади. Пастки жағни антогонист тишларига ҳам тиш копламалари ясалади. Тиш копламаларига 45 градус бурчак остида 3мм узунликдаги ва 0,6–

0,7мм диаметрдаги найча кавшарланади. Найча ичидан полиамид ип ўтказилади. Полиамид ип оғизни очиш даврида пастки жағни бўғим чуқурчасидан чиқиб кетишини олдини олади.

3. *Ядро ва ишмаси.* Бу шина юкори жағга тайёрланади. Шинани ўсиғи бўлади. Оғиз очиш жараёнида пастки жағни олдинги киргоғини шиллик қаватига тиралиб оғиз очилишини чеклайди.

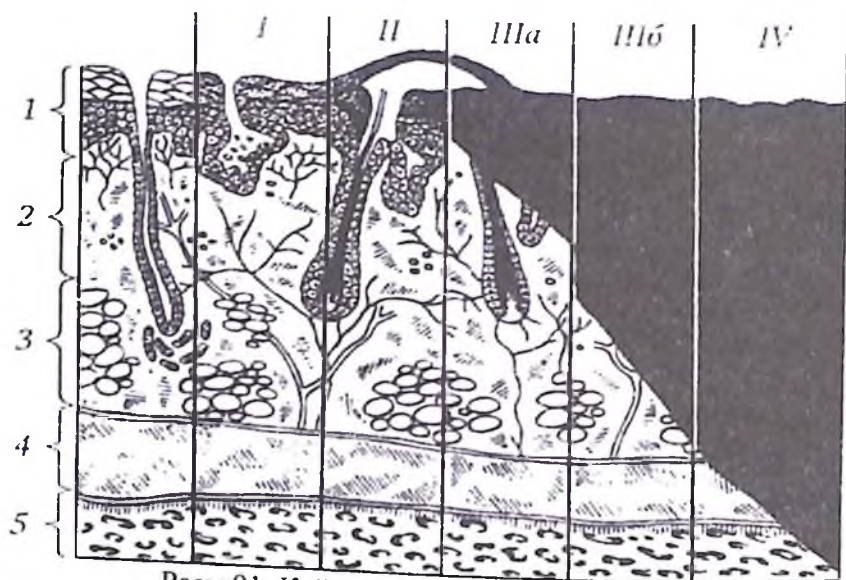
Оператив даволаш усуллари. Оператив даволаш усуллари бўғим капсуласини ўлчамини кичрайтиришга, бўғим бойламларини мустаҳкамлашга, бўғим дўмбоқчасининг баландлигини тиклашга, бўғим чуқурчасини чуқурлаштиришга ва бўғим дискни ҳолатини ўзгартиришга ёки дискни олиб ташлашга қаратилади.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИ ТЕРМИК КУЙИШЛАРИ

Бутун дунё Соғлиқни Саклаш Ташкилотининг маълумотларига кўра инсон танасининг термик куйишлари барча олинадиган жароҳатлар ичида учинчи ўринни эгаллайди. Жабр кўрганларнинг 70%ида куйишлар ишлаб чиқариш жараёнларида вужудга келади. Тинчлик даврида ЮЗ-жағ соҳасининг куйишлари тананинг умумий куйишларини тахминан 25%ни ташкил қилади. Юкори ҳарорат тегиб турган жойида тўқима ва ҳужайраларни зарарлайди. Ҳужайралар зараланиши учун 51°C ва ундан юкори ҳарорат етарли бўлади. Бу ҳолатда оксиллар, липидлар ва углеводларда қайтмас жараёнлар кетади. Иссиқликни нерв тўқималари ва қон томирлари яхши ўтказиши. Суяк тўқимаси эса яхши ўтказмайди.

Тери тагида ётган тўқималарни қизиб кетишини олдини олади. Терининг қалин қисмларида тагидаги тўқималарни куйиши юпка қисмлариникига нисбатан камроқ бўлади. Терининг қалинлиги 2 ммдан 4ммгача бўлади. Юз терисининг қалинлиги пешона соҳасида 1,92–2,07мм, бурун учида 1,67–2,09 мм, юкори лаб терисини қизил хошия билан чегарасида 1,57–1,85 мм, қизил хошияни ўзида 1,03–1,29ммни ташкил қилади. Юз терисида эпидермиснинг қалинлиги 0,1–1,17 ммдан иборат бўлади.

Термик куйишларни куйиш чуқурлигига қараб 4та даражаси фарқланади (Расм 91):



Расм 91. Куйиш даражаларини таснифи.

Вертикал ёй бўйича: 1 - эпидермис; 2 - дерма; 3 - тери ости ёғ қавати; 4 - мушаклар; 5 - суяк. Горизонтал ёй бўйича: рим ракамлари билан куйиш даражалари кўрсатилган; қора ранг билан - куйиш чуқурлиги.

I даража куйиши. Эпидермис зарарланади. Терида қизариш ва шиш кузатилади. Бироз оғриқ сезгиси пайдо бўлади. 2–3 кун ўтгач бу белгилар йўқолади ва зарарланган эпидермис кўчиб тушади. Зарарланган соҳада бир оз вақт пигментация сақланади ва вақт ўтиши билан изсиз йўқолиб кетади.

II даража. Эпидермис билан биргаликда дерманинг юза (сўргичсимон) қаватлари куяди. Қизарган тери юзасида тиник сарикрок суюклик сакловчи пуфакчалар ҳосил бўлади. Пуфакча остида қизил ёки пушти рангдаги тўқима кўринади. Беморларда сезиларли даражада оғриқ кузатилади. Куйиш жароҳати 1–2 ҳафта ичида чандиқ ҳосил қилмасдан битади.

III-а даража куйиши. Эпидермис билан биргаликда дерманинг сўргичсимон ва тўрсимон қаватлари ҳам зарарланади. Соч фолликулалари ва тер безларида куйиш кузатилмайди. Куйиш юзасида бир вақтнинг ўзида пуфакчалар ва қасмоқлар ҳосил бўлади. Пуфакчалар таранглашган ва ўлчами катта бўлади. Пуфакчалар сарик рангдаги суюк ёки желесимон суюклик

сақлайди. Куйиш ярасини туби нам кизил рангда бўлади. Оғриқ сезгиси тўлиқ сақланади ёки бироз пасаяди. Қасмоқ оч сарик рангдан жигаррангача кўринишга келади. Унинг юзаси эластик бўлиб, оғриқ сезгисини камайиши ва тактил сезгисини сақланганлиги аниқланади. Куйиш жароҳати 4–6 ҳафта ичида кўпол чандиқлар ҳосил қилмасдан мустақил битиши мумкин. Баъзан келлоид чандиқлар ҳосил бўлиб функционал ўзгаришларга олиб келади.

III-б даража куйиши. Эпидермис, дерма билан биргаликда соч фолликулалари ва тер безларини куйиши кузатилади. Куйиш юзасидаги қасмоқнинг ранги III-а даражадагига нисбатан тўқроқ бўлади. Ҳосил бўлган пуфакчалар ўзида геморрагик суюқлик сақлайди. Жароҳат туби қуруқ ва хира кўринишда бўлиб, унда ок доғлар ёки тўлиқ оқариш кузатилади. Мармар манзарасини эслатиб юборади. Оғриқ сезгиси кескин камаяди ёки йўқолади. Жароҳат кўпол чандиқлар ҳосил қилиб битади. Куйишни битиш муддати унинг жойлашган ўрни ва ўлчамига боғлиқ бўлади.

IV даража куйиши. Эпидермис ва дерма билан биргаликда тери ости ёғ қавати, фасциялар, мушаклар ва баъзан суяк тўқималари зарарланади. Куйиш юзаси зич жигарранг ёки қора рангдаги некротик қасмоқ билан қопланади. IV даража куйишда битиш жараёнлари секин кечади ва тўқималарни сезиларли нуқсонлари келиб чиқади.

I, II ва III-а даражали куйишлар юза куйишлар ҳисобланади. Куйиш жароҳатлари эпидермис, соч фолликулалари ва тер безларидаги эпителий ҳужайралари ҳисобига мустақил равишда битади. III-б ва IV даражали куйишлар чуқур куйишлар ҳисобланади. Бу куйиш турларида тери қопламларини мустақил битиши кузатилмайди.

Куйиш чуқурлигини дастлабки вақтларда аниқлаш қийин бўлади. Клиникада зараланган тўқималарга маълум масофада ён тарафидан қаралиши мумкин. Юзаки куйишларда зарарланган тўқималар шишган бўлиб, зарарланмаган тўқималарга нисбатан кўтарилган бўлади. Жароҳат туби нам ва ялтираб туради. Чуқур куйишларда зарарланган тўқималар қуруқ, зич, буришган ва соғ тўқималарга нисбатан пастроқ жойлашади. Куйиш чуқурлиги оғриқ сезгиси орқали ҳам аниқланади. I, II ва III-а даражали куйишларда оғриқ сезгиси сақланади, III-б ва IV даражали куйишларда эса

йўколади. Куйиш чуқурлигини 1–2 чи хафтани охирларига бориб аниқ аниқлаш мумкин.

Куйишнинг оғирлик даражасига баҳо беришда нафакат куйиш чуқурлиги, балки куйиш майдони ҳам алоҳида ўрин тутати. Куйиш майдонини аниқлашда “тўккизлик” коидаси ва кафт усулларидан фойдаланилади.

Тўккизлик коидасида тананинг қисмлари куйидагича тақсимланади:

- бош ва бўйин–9%;
- кўкрак–9%;
- корин–9%;
- тананинг орқа қисми–18%;
- ҳар бир қўл–9% дан;
- ҳар бир сон–9% дан;
- болдир ва товон қисми ҳар бири–9% дан;
- оралик–1%.

Кафт бутун тери юзасини 0,8–1,2% ни ташкил қилади. Бемор кафтини коғоздан ясалган андазаси олинади ва куйиш майдони ўлчанади.

Куйиш жараёни нафас йўллари зараланиши билан биргаликда келиши ҳам мумкин. Куйишнинг оғир кечиши шикастланишнинг оғирлик индексига (Франк индекси) боғлиқ бўлади. II ва III-а даражали 1% куйишга бир бирлик, 1% III-б ва IV даражали куйишларга уч бирлик берилади. Биринчи даражали куйиш ҳисобга олинмайди. Нафас йўллари куйишларида Франк индексига 15 бирликдан 30 бирликкача қўшилади.

Куйиш касаллиги катта майдонларда термик жароҳатлар бўлганда кузатилади. Чуқур куйишларда катталарда тананинг 15%дан, болаларда 10%дан кўпи куйганда куйиш касаллиги келиб чиқади.

Куйиш касаллигини кечишида тўрт давр фарқланади:

- куйиш шоки;
- ўткир куйиш токсемияси;
- куйиш септикотоксемияси;
- реконвалесценция.

Куйиш шоки – куйиш пайтидан бошланиб, шикастланишдан сўнг 3 кунгача давом этиши мумкин. Асаб, эндокрин, юрак–қон томир тизимларида функционал ўзгаришлар юзага келади. Моддалар алмашинуви бузилади. Дастлабки икки соат ичида беморлар беҳаловат бўлиб, кучли оғриқдан шикоят қилади. Беморларни ҳуши жойида, саволларга аниқ жавоб беради ва ўзини назорат қилади. Ҳаракатлари бироз секинлашади. Гипотермия, қалтираш, чанқаш ва мушакларни титраши кузатилади. Соғлом тери курук ва консизланиб ерсимон кўринишга киради. Суюқликларни ичиш қайт қилишга олиб келади. Артериал қон босими 105–110 мм сим. уст. атрофида бўлиб, тахикардия кузатилади. Ичакларнинг парези ривожланади. Диурез 300–800млгача камаяди. Сийдикнинг ранги тўқ сарик рангдан жигарранггача ўзгаради.

Куйиш шокини даволашни ўзига хох хусусиятлари бор. Бу шок турида қон плазмаси тезда чиқиб кетади. Катта майдондаги куйишларда плазма миқдори қонда 25–30% гача камаяди. Бу ҳол қонни қуюқлаштиради, «сохта» гемоглобин ва гематокрит ошади. Қон айланиш ҳажми камайганлиги ва гемолиз мавжудлиги тўқима гипоксиясини келтириб чиқаради. Шунинг учун куйишнинг биринчи соатларидаёқ оксигенотерапия ўтказиш, янги қон ўрнини босувчи препаратлар куйиш зарур. Куйиш шокини олдини олиш мақсадида оғриқсизлантириш ўтказилади. Беморларга тинч ва осойишта шароит яратиш керак.

Куйиш токсемияси куйиш шокдан кейин бошланади. Токсемия босқичи 2–4 кундан кейин бошланиб, 10–15 кун давом этади. Беморни тана ҳарорати кўтарилади, беҳоллик ошади, кўзлари киртайиб қолади. Тери рангсизланиб, акроцианоз авж олади. Боши оғрийди, кўнгли айниб, қайт қилади, иштаҳаси йўқолади. Беморларда тана ҳароратини тушиб кўтарилиши кузатилади. Курук қасмок ҳосил бўлганда токсемия даври енгилроқ, нам некроз кузатилганда эса оғир кўринишда ўтади. Ҳароратни тушиб кўтарилиши юза куйишларда 2–3 ҳафтагача, чуқур куйишларда бир неча ойгача давом этиши мумкин. Юз куйишларида турғун гипертермия кузатилади. Кучли интоксикация ҳисобига уйқуни бузилиши ва алаҳсираш ҳолатлари учрайди. Кўриш ва эшитиш галлюцинацияси бошланади. Переферик ва церебрал гемодинамика бузилади. Артериал қон босим пасайиб,

токсик миокардит ривожланади. Ички аъзолар ва тўкималарда дистрофик ўзгаришлар кетади. Диурез тикланиб полиурия бошланади. Жигар, буйрак ва буйрак усти бези функциялари бузилади.

Куйиш шоки токсемия даврига секин ўтганлиги сабабли даволаш ишлари биринчи соатлардан бошланиб, 10–14 кунгача давом эттирилади. Венага куйилаётган суюклик 10 л дан ошмаслиги керак, унинг ярми биринчи 8 соатда, колгани биринчи сутка давомида тенг миқдорда томирга юборилади. Суюклик томчи ёки фракцион усулда куйилиши керак. 3–4 суткадан сўнг ичишга берилаётган суюкликни ўзи кифоя қилади. Кунига 100–200 мл плазма куйилиши керак. Беморга антибиотиклар, витаминлар, юрак–кон томирлар фаолиятини яхшиловчи моддаларни қабул қилиш ҳам буюрилади.

Куйиш септикококсемияси кўпроқ III-а, III-б ва IV даражали куйишлар оқибатида ривожланади. Куйишнинг 10–12 кунларидан бошланади. Бу даврда куйиш қасмоғи кўчиб ўткир яллиғлиниш жараёнлари бошланади. Беморларда пневмония ва сепсис ҳолатлари ривожланади. Септикококсемия даври 4–5 ҳафта давом этади. Беморларда йирингли–резорбтив лихорадка кузатилиб, 2–3 ҳафтадан 2–3 ойгача чўзилади.

Септикококсемия даври юкори ҳарорат, қалтираш, умумий ҳолсизланиш билан кечади. Бемор озиб кетади, иштаҳаси ва уйқуси бузилади. Лейкоцитоз ва нейтрофилёз ошади. Қон куйилишига карамай, гемоглобин миқдори пасаяди. Куйиш жароҳати атрофида бошланган эпителизация жараёни тўхтайдди. Грануляциян тўқима жонсизланади, қорақўтир остида йиринг тўпланади. Беморлар инфекцияга мойил бўлиб, жароҳат атрофида йирингли тўпламлар ва флегмоналар пайдо бўлади. Яра–чақалар вужудга келади. Буйрак–жигар етишмовчилиги, сувсизланиш, ацидоз, гипопро테인емия, оксидланиш жараёнида ўзгаришлар кучаяди.

Буйракдаги ўзгаришлар билан бир қаторда жигар паренхимасида дистрофия ва ўчоқли некрозлар вужудга келади. Ошқозон–ичак йўлининг шиллик қаватида қон куйилиш ўчоқлари пайдо бўлиб, геморрагик эрозив гастрит, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакда ўткир яралар ҳосил қилади. Беморларни озиб кетиши давом этади, мушаклар атрофияга учрайди. Ётоқ яралар

ҳосил бўлади. Бу давр беморларни ўлими билан яқунланиши мумкин.

Септик босқичида маҳаллий даволаш ва беморни парвариш қилиш алоҳида ўринда туради. Септик ҳолатда анемия, гипопротейнемия ва гипоавитаминоз кузатилади. Шунинг учун куйган беморларга юкори калорияли, оксилга, витаминга бой озиқ-овқатлар берилиши тавсия этилади.

Агар касаллик яхши кечадиган бўлса, *реконвалесценция* босқичига ўтади. Реконвалесценция босқичига ўтиш куйишнинг чуқурлиги ва майдонида, даволаш ва парвариш қилишга боғлиқ бўлади. Реконвалесценция босқичи бошланганини беморнинг ташқи кўринишидан билса бўлади. Беморнинг ҳарорати пасайиб, иштаҳа пайдо бўлади, гемограммада лейкоцитоз ва эритроцитларни чўкиш тезлиги пасаяди. Эритроцит ва гемоглобин миқдорини тушиши ва оксил танқислиги тўхтади. Жароҳатдаги йиринглаш жараёнлари тугаб, грануляция кучаяди ва эпителизация бошланади. Терини кўчириб ўтказиш яхши натижа беради. Даволаш физкультураси ва реабилитацияга алоҳида аҳамият бериш керак. Куйиш жароҳатлари битгандан сўнг, уларнинг чуқурлигига қараб, нозик ёки кўпол чандиклар ҳосил бўлади. Бу чандиклар нафақат косметик, балки функционал ўзгаришларга олиб келади. Бу ўзгаришлар юз юмшоқ тўқималари ва бўйинни куйишларида яққол намоен бўлади.

Юз-жағ соҳаси куйишларининг ўзига хос хусусиятлари.

Юзнинг юзаси бутун тана юзасини 3,12% ини ташкил қилади. Юз-жағ соҳаси куйишларининг ўзига хос хусусиятларига куйидагилар киради:

1. Юз-жағ соҳасининг куйишлари нафас йўллари ва кўз олмасининг жароҳатлари билан биргаликда келиши мумкин. Нафас олиш аъзоларининг зарарланиши ёппик жойларда куйиш кузатилганда кўпроқ учрайди.

2. Юзни яхши қон томир ва нерв тутамлари билан таъминланганлиги куйиш вақтида кучли оғрик ва шишларни ривожланишига олиб келади. Бу ҳолат беморлар ҳолатини оғирлаштириб куйиш шоки ривожланади.

3. Юз рельефининг нотекислиги натижасида бир хил кучдаги куйдирувчи омил юз тўқималарида ҳар хил чуқурликдаги куйиш даражаларини ҳосил қилади.

4. Юзнинг кескин хунуклашиши беморларни психоэмоционал ҳолатига салбий таъсир кўрсатади.

5. Юз-жағ соҳасини куйишлари қўл кафтини куйишлари билан биргаликда учрайди. Куйиш жараёнида беморлар юзини рефлектор равишда кафти билан ёпишга ҳаракат қилишади.

6. Табиий тешиқлар атрофида чандикларни ҳосил бўлиши аъзолар ва тўқималарда косметик ва функционал ўзгаришларга олиб келади.

Чуқур куйишлар кулок, бурун, ёнок соҳаси, энгак, пешона, кош ва лаб соҳаларида кўпроқ учрайди.

Кулок супрасини куйишлари чуқур куйишларга кириб, тоғайни кўмирланиш ҳолатигача бориши мумкин. Кулок супрасининг кучли шиши ва кизариши кузатилиб, хондрит ривожланади. Кучли оғрик бўлади. Йирингли яллиғланиш жараёнлари бошланади. Тоғайнинг некрозга учраган қисми тушиб кетгач, кулок супрасининг нуксон ва деформациялари келиб чиқади.

Бурун мураккаб анатомик тузилишга эга бўлган аъзо ҳисобланади. Унинг териси остида сийрак бириктирувчи тўқима қавати жойлашади. Тери ости ёғ қавати бўлмайди. Бурун канотларини юпка тоғайлар ҳосил қилади. Бурун учи ва канотлари кўпроқ куйишга учрайди. Тоғайларни жароҳатланиши хондритни ривожланиши ва некрозга олиб келади. Натижада бурунни нуксонлари ва тургун деформацияланиши келиб чиқади.

Ёнок ва лунж соҳаларини куйишларида тўқималарни кулок олди фасциясигача нобуд бўлиши кузатилади. Кулок олди сўлак бези очилиб қолади. Бу соҳа куйишларида чандикни ҳосил бўлиши пастки ковокни кайрилиб қолиши ва оғиз бурчакларини сурилишига олиб келади.

Лабларни куйиши оғир косметик ва функционал бузилишларни келтириб чиқаради. Улар овқат қабул қилишда катта ўрин тутади. Лабларнинг қизил хошиясида тер ва шиллик ажратувчи безлар ва соч фолликулалари бўлмайди. Қизил хошияни коплаб турган эпителий қавати жуда юпка кўринишда бўлади. Лаб куйишларида қизил хошия некрозга учрайди ва тикланмайди. Жароҳатни устини коплаган қатлам овқатланиш даврида ёрилиб, кучли оғриққа олиб келади. Кучли шиш ҳисобига лаб тўқималари

қайрилиб “балиқ оғзи” ни эслатади. Овкат еганда куйган юза конайди. Оғиздан сўлак ажрални кузатилади.

Пастки лаб билан биргаликда энгак соҳасини куйиши кузатилади. Эркакларда куйиш ярасининг қасмоғи соқол билан маҳкам бирлашиб кетади ва беморларларга ноқулайликлар туғдиради.

Пешона соҳасининг чуқур куйишлари пешона суягининг ташки компакт пластинкасининг некрозига олиб келиши мумкин. Беморларда фронтит ривожланиб, яллиғланишни мия қаттиқ пардаларига тарқалиши кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати, бурун халқум ва юткинни куйиши қизиган газлар таъсирида келиб чиқади. Бу куйишлар хамиша юзаки бўлади. Шиллик қаватларда шиш ва кизариш кузатилиб, оқиш–қулранг парда билан қопланади. Овоз тиниклигини бузилиши кузатилиши мумкин. Оғиз, хиқилдоқ, трахея ва бронхлар шиллик қаватларини чуқур куйишлари беморлар узок вақт ёпиқ жойларда қолиб кетганларида кузатилади. Бу беморларда ташки нафас олиш жараёнлари бузилади. Йўтал ривожланиб, балғам ажралади.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ КУЙИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Юз-жағ соҳаси куйишларини даволаш комплекс усулда олиб борилади ва бир неча босқичдан иборат бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам ходиса рўй берган жойда амалга оширилади. Биринчи навбатда термик агентнинг тўқималарга кўрсатаётган таъсири тўхтатилади. Кийини ёнаётган беморларни вертикал ҳолатда туришига йўл қўйилмайди. Тўқималарни кизиб кетишини олдини олиш мақсадида куйган юзага 15–20 дақиқа давомида совуқ қўйилади. Куйиш юзаси тез совитилганда 1 см чуқурликдаги тўқима 20 сонияда, совутилмаганда 14 дақиқада ўзини ҳолатига келади. Совутишни имконияти бўлмаганда куйган юза очик қолдирилиши керак. Беморларни транспортировкаси олдидан куйган жароҳатга асептик боғлам қўйилади. Кўрсатма бўлса юрак–ўпка реанимацияси ўтказилади.

Шифокоргача бўлган ёрдам ўрта тиббий ходим ёрдамида амалга оширилади. Беморларга наркотик ва нонаркотик анальгетиклар, юрак–қон томир дори воситалари, қокшолга қарши

зардоб ёки анатоксин юборилади. Беморларни чанкоғини кондириш керак. Бир литр сувга бир чой қошиқ ош тузи ва ярим чой қошиқ ичимлик содаси қўшилади. Ичиш учун 0,5 литрдан 2 литргача тайёрланган сув берилади. Тоза сувни ярим литрдан қўп ичиш сув интоксикациясига олиб келади. Кўрсатма бўлса юрак-ўпка реанимацияси давом эттирилади. Куйган юзаларга асептик боғлам қўйилади. Юза куйишларда терига вазелин суртилади.

Биринчи тиббий ва шифокоргача бўлган ёрдам кўрсатиш жараёнларида ёғ асосидаги малҳамлар, котировчи воситалар, метилен қўқи ёки бриллиант яшилидан фойдаланиш мумкин эмас. Бу воситаларни қўллаш куйиш жароҳатига ишлов бериш ва чуқурлигини аниқлашни кийинлаштиради.

Юз-жағ соҳасини юза куйишлари асосан очик усулда даволанади. Куйиш атрофидаги соғлом терига эҳтиёткорлик билан бензин, 96% ли спирт ёки 0,5%ли новшадил спиртининг эритмаси билан ишлов берилади. Эпидермиснинг эркин ётган бўлақлари олиб ташланади. Катта ўлчамдаги пуфаклар ёнидан кесилиб, ичидаги суюқликлари чиқариб юборилади. Пуфакни эпидермис қисми жароҳатни ёпиб биологик боғлам вазифасини бажаради. Кичик ўлчамдаги пуфакчаларга тегмаса ҳам бўлади. Пуфакларнинг ичидаги суюқлик қуюқлашиб ранги ўзгарганда ёки йиринглаганда пуфаклар тўлик олиб ташланади. Куйишни маҳаллий даволаш учун ишлатиладиган дори воситалари эпителийни ўсишини таъминлаши, бактериостатик таъсирга эга бўлиши ва тўқималарга ёмон таъсир қилмаслиги керак.

Юза куйишларни даволашда жароҳатга инфекция тушишини олдини олиш ва эпителизация жараёнини тезлаштириш учун қулай шароитни яратиш керак. Бунинг учун кучсиз дезинфекцияловчи (2%ли бор кислотаси сакловчи вазелин) ва кортикостероидли малҳамлари (оксикорт, преднизолон малҳами) ишлатилади. Куйган терига спирт ёки одеколон билан ишлов беришга руҳсат берилади. Ўз вақтида ёрдам кўрсатилганда, 1–2 кун ичида шишлар кетади ва оғрик тўхтайд. Куйишдан кейинги жароҳатлар очик усулда даволаниб, кунига 3–4 марта малҳам ва эмульсиялар сурилади. Бу мақсадда синтомициннинг 10%ли эмульсияси, гентамициннинг 1%ли, фурациллинни 0,5%ли, анестезин ёки сульфамилоннинг 10%ли малҳамлари ишлатилади. Қумуш сульфадиазиннинг 1% ли эритмаси куйиш жароҳатларига яхши таъсир кўрсатади.

III-а ва IV даражали куйишларда дерманинг ўлиши кузатилади. Куйиш юзасида курук қасмоқни ҳосил қилиш ва қасмоқни тезроқ кўчиб кетишини таъминлаш даволаш жараёнини олдига қўйилган асосий вазифа ҳисобланади. Курук қасмоқни ҳосил бўлиши III-а даражали куйишларда жароҳатни эпителизацияси учун қулай шароитни яратса, III-б ва IV даражали куйишларда соғлом грануляцион тўқимали жароҳат юзасини ҳосил бўлишини таъминлайди. Кейинчалик бу грануляцион тўқимали юзда аутодермопластика операциялари ўтказилади. III-а даражали куйишларда қасмоқ кўчгандан кейин эпителизацияни тезлаштириш мақсадида ёғ-бальзамли боғламлар қўлланилади. Юзни чуқур куйишларида бирламчи ва эрта некрэктомия операцияси қўлланилмайди. Некрозга учраган тўқималарни соғ тўқималар чегарасигача кесиб олиб ташланмаса, кўчириб ўтказилган тери лахтаги битмайди. Юз нерви ва бошқа нервлар ва қон томирларини жароҳатланиши мумкинлиги эътиборга олинмаган бўлса, юзда некрэктомия операциясини амалга ошириб бўлмайди. Шунинг учун юздаги чуқур куйишлар пластик операцияларга консерватив даволаш орқали тайёрланади. Кўчаётган қасмоқлар соғ тўқималарга тегмасдан қайчи ёрдамида кесиб олинади. Жароҳат четларида эпителий тўқимасини ҳосил бўлиши, некротик тўқималарни тўлик ажралиши, йирингли яллиғланиш белгиларини йўқолиши ва куйган юзани тўлик грануляцион тўқима билан қопланиши аутодермопластика операцияси ўтказиш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Кўчириб ўтказилаётган тери лахтагининг калинлиги 3–4 мм атрофида бўлиши керак. Юз куйишларида фақат тўлик калинликдаги тери лахтақларидан фойдаланилади. Лахтада перфорацион тешиқлар ҳосил қилинмайди, чунки улар эстетик нағижани ёмонлаштиради.

Ковок ва киприкларнинг I–II даражали куйишларида куйган соҳалар новокаиннинг 1% ли эритмаси билан ювилади. Кўзларга 30% ли альбуцид эритмаси 2 томчидан 3–4 маҳал томизилади. Бундан ташқари конъюнктива бўшлиғига 2 маҳал гидрокортизон, тетрациклин ва левомецитиннинг кўз малҳамлари қўйилади. Кўздаги оғриқларда 0,25% ли диканн эритмаси томизилади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг куйишларида антисептиқлар ёрдамида ишлов берилади. Шиллик қаватлар резина баллонлар ёрдамида босим остида ювилади. Кўчган тўқималар

олиб ташланади. Оғиз бўшлиғига кунига камида 5–6 марта ишлов бериш керак. Овқат истеъмол қилиш олдидан оғрик қолдирувчи дори воситалари билан оғиз чайилади. Некрозга учраган тўқималар кўчгандан кейин оғиз бўшлиғини шиллик каватига А витаминининг ёғли эритмалари ва облепиха ёғи билан ишлов берилади.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИ ЭЛЕКТР ТОКИДАН КУЙИШЛАРИ

Электр асбобларидан техникада ва уй шароитида нотўғри фойдаланиш, шунингдек бу асбобларнинг носоз ҳолатда бўлиши электрдан жароҳатланишга олиб келади. Электр манбаига тўқималарни тегиб турган жойида электрдан куйиш келиб чиқади. Тўқималарга тегиш жойида электр энергияси иссиқлик энергиясига айланади ва $3000\text{--}4000^\circ\text{C}$ атрофида ҳароратни ҳосил қилади. Маҳаллий ўзгаришлар билан бир қаторда турли аъзо ва тўқималарни функцияларида бузилишлар кузатилади. Биринчи навбатда нафас ва юрак–қон томир тизимлари зарарланади. Электр тоқининг қиска муддатли таъсири остида ҳам нафас олишнинг тўхташи ва юрак мушакларининг фибрилляцияси келиб чиқиши мумкин. Электр тоқи билан куйишнинг ҳам тўртта даражаси фарқланади:

– I ва II даражали турларида бемор ҳушини йўқотмайди, мушакларнинг тиришиб қисқариши кузатилади;

– III даражали куйишда беморлар ҳушини йўқотади ва юрак фаолияти бузилади;

– IV даражали куйиш клиник ўлимга олиб келади.

Агар электр тоқи билан зарарланишда куйиш юзага келса, токдан олинган жароҳат жуда сезиларли бўлмайди. Кўмирланган тўқималар электр тоқини ўтказмай қўяди.

Чакмоқ жуда катта куч ва қучланишга эга бўлиб, электр тоқига нисбатан оғир жароҳатланишга олиб келади. Электр тоқининг танага қирадиган ва чиқадиган йўли ток халқаси деб юритилади. Пастки, юқори ва тўлиқ электр халқалари фарқланади. Пастки халқа оёқдан кириб оёқ орқали чиқиб кетади ва кам хавф тўғдиради. Юқори халқа қўлдан қўлга ўтади ва хавфли ҳисобланади. Тўлиқ халқада ток нафақат қўл–оёқлардан, балки юракдан ҳам ўтади ва ўлимга олиб келади.

Электрдан куйишлар бутун куйишларни 1,3% ни ташкил қилади. Электрдан куйишлар термик куйишлардан фарк қилиб, уларда ток белгилари кузатилади. Токнинг кириш ва чиқиш жойларида электр куйишлар ҳосил бўлади, уларга хос ўзгаришлар ток белгиси деб юритилади. Ток белгилари кичик нуқта кўринишидан катта ўлчамли кўринишга эга бўлиши мумкин. Улар терида курук, ялтироқ, оғриксиз оқ кулрангдан жигар ранг кўринишигача бўлиши мумкин. Уларнинг чегараси аниқ бўлиб, соғлом териға нисбатан кўтарилиб туради. Кейинчалик бу жойлар зич қасмоққа айланади. Чақмоқ билан зарарланганда ток белгилари кизил новдасимон шохланган кўринишга эга бўлади. Электрдан куйишлар чуқур куйиш бўлиб, мушак ва суякларни ҳам зарарланишиға олиб келиши мумкин. Терини куйган юзаси кичик майдонда бўлгани билан, тағидаги ётган тўқималарни куйиши катта майдонға тарқалади. Бу тўқималарнинг электр ўтказувчанлик хусусиятиға боғлиқ бўлади. Куйган соҳада микроциркуляция бузилади. Куйган соҳа оғриксиз бўлиб, некротик тўқималар секинлик билан ажралади. Куйиш атрофидаги соғлом тўқималарда шиш ва қизариш кузатилмайди. Жароҳат йирингли микрофлоранинг таъсириға чидамли бўлади. Тўқималарни озикланиши бузилганлиги учун регенерация жараёнлари сусайган бўлади (Расм 92).

Жароҳатни кечиш жараёни термик куйишларникидек кечади. Аммо терини остидаги тўқималарни сезиларли даражада зарарланиши ҳисобига интоксикация оғирроқ кечади. Иккиламчи инфекциянинг қўшилиш натижасида чуқур абсцесс ва флегмоналар ривожланади. 3–4 ҳафта ўтгач йирик қон томирларидан эрозив қон кетиши кузатилиши мумкин.

Биринчи ёрдам кўрсатиш даврида жароҳатланган кишини зудлик билан электр токи манбасидан озод қилинади. Бу ишни жуда эҳтиёткорлик билан техника хавфсизлиги қондаларига риоя қилган ҳолатда амалға ошириш керак. Имкониятини топиб токни махсус ўчириш пультадан ёки ток ўчиргичдан узиш керак. Агар беморларда клиник ўлим кузатилса, тезлик билан сунъий нафас беришни ва юракни билвосита массаж қилишни таъминлаш лозим. Беморлар горизонтал ҳолатда транспортировка қилиниб, электртравмасини даражасидан қатъий назар реанимация бўлимиға

ёткизилиши керак. Электр куйишлар ва термик куйишларни маҳаллий даволаш деярли бир бирдан фарк қилмайди.



Расм 92. Электр токидан куйиш оқибатлари.
Теридаги чандикли ўзгаришлар.

КИМЁВИЙ КУЙИШЛАР

Кимёвий куйишлар бахтсиз ходисалар ёки ишлаб чиқаришдаги эҳтиётсизликлар оқибатида келиб чиқади. Кимёвий куйишларни кўйидаги турлар фарқланади:

- кислота билан куйиш (нитрат, сульфат, хлорид, фторид кислоталари);
- ишқорлар билан куйиш (ўювчи натрий ва калий, сўндирилмаган оҳак);
- оғир металл тузлари билан куйиш (кумуш нитрат, рух хлорид).

Куйиш чуқурлиги кимёвий моддаларнинг концентрациясига, ҳароратига ва терига таъсир қилиб туриш вақтига боғлиқ бўлади.

Кимёвий куйишлар термик куйишлардан фарқ қилади. Унинг ўзига хос хусусияти таъсир қилувчи модданинг характериға боғлиқ бўлади. Кислоталар буриштирувчи ишқорлар эса илвиллатувчи моддалар бўлиб ҳисобланади. Кислота ва ишқорлар таъсир қилган жой ва атрофидаги тўқималарда микроциркуляциянинг бузилишига олиб келади. Шунинг учун кимёвий куйишларда жароҳатни битиши термик куйишларникига нисбатан секин кечади.

Кислота ва оғир металл тузлари тўқималарда *коагуляция* (курук) некроз келтириб чиқаради. Оксиллар парчаланиб, тўқималарда шиддатли сувсизланиш жараёни кетади. Натижада коагуляцияга учраган тўқималар ҳосил бўлади.

Сульфат кислотаси IV даражагача бўлган чуқур куйишларга олиб келади. Тўқималарга таъсир қилиш жараёнида иссиқлик ажралиб чиқади. Тўқималарда шиш, кизариш кузатилиб, кучли оғриқ сезилади. Жигарранг қасмоқ ҳосил бўлади, баъзан унинг ранги оқ бўлиши ҳам мумкин. Сульфат кислотаси сульфат ангидритини ҳосил қилиб, нафас йўлларини зарарланишларини ҳам келтириб чиқаради.

Нитрат кислотаси сульфат кислотасига нисбатан кучлироқ зарарлайди. Ҳосил бўлаётган бугдан нафас йўллари ҳам зарарланади. Яшилтоб–сарик рангдаги қасмоқ ҳосил бўлади. Пайпаслаганда оғриқ кузатилмайди.

Хлорид кислотаси концентрлангани сарик рангдаги некроз, кучсиз концентрлангани пуфакчалар ҳосил қилади. Нафас йўлларини зарарланиши кузатилиши мумкин.

Фторид кислотасидан куйишга 4–6 соатгача яширин даври хос бўлиб, шундан кейин сезиларли даражада оғриқ бошланади. Пуфакчалар ҳосил бўлади. Пуфакчалар остидаги тўқималар кир–кулранг кўринишида бўлади. Тўқималарни оғир шикастланишлари кузатилади.

Уксус кислотаси кучсиз кислота ҳисобланиб, терида куйиш юзага келганда юзаки қасмоқ ҳосил бўлади.

Ишқорлар таъсирида куйишларда *колликвазион* (нам) некроз ривожланади. Ҳосил бўлган қасмоқ илвиллаган, кир–оқ рангда бўлади. Ишқорлар оксилларни парчалаб, ишқор протеинларини ҳосил қилади ва ёғларни совунлантиради. Терига тушганда улар дастлаб эпидермисни зарарлаган учун тиник пушти рангли эрозиялар пайдо бўлади. Кейин эпидермисни тагида ётган тўқималарни зарарлайди. Тўқималарда яхши сўрилувчи захарли альбуминатлар ҳосил бўлади. Ишқорлар секин ва давомли таъсир кўрсатиб, кислоталарга нисбатан тўқималарга чуқурроқ кириб боради. Шунинг учун ишқорлар билан куйишнинг чуқурлиги термик ва кислоталар билан куйишга қараганда кечроқ аниқланади.

Зарарланган тўқималарда демаркацион вал аниқланмайди. Грануляцияон тўқималарни ҳосил бўлиши кислоталар билан

куйишларга караганда секинрок кетади. Кучли ишқорлар мушак тўкималари, соч ва тирноқларни эритиб юбориш хусусиятига эга бўлади.

Кимёвий куйишларда ёрдам кўрсатишда теридан таъсир килаётган моддалар олиб ташланади. Унинг концентрацияси камайтиради ва тўкималар совутилади. Кимёвий куйиш содир бўлган тери юзаси 20–30 дақиқа давомида оқар сувда ювиб турилади. Сўндирилмаган оҳак ва сульфат кислотаси билан куйишларда оқар сувда ювиб бўлмайди. Бу моддаларни сув билан кимёвий реакцияга киришиши натижасида катта миқдордаги иссиқлик ажралиб чиқади ва тўкималарни кўшимча термик куйишига сабаб бўлади.

Диэтилалюминийгидрид ва триэтилалюминий сув билан ювилганда алангаланиб кетиб, кўшимча термик куйишга олиб келади. Бу моддалар керосин, бензин ёки спирт ёрдамида ювилади.

Кимёвий куйишларда биринчи ёрдам кўрсатиш жараёнида ҳар доим ҳам нейтралловчи дори воситалари билан куйган тери юзасини ювишни амалга ошириб бўлмайди. Нейтралловчи дори воситаларини кучсиз эритмаларини тайёрлаш ҳам ўзига яраша вақтни талаб қилади. Бундан ташқари биринчи ёрдам кўрсатаётган шахс ва куйган бемор кўп ҳолатларда қайси кимёвий моддадан куйиш юзага келганини билишмайди. Бу вазият нейтралловчи дори воситаларини даволаш муассасаларидан ташқарида қўллашни қийинлаштиради.

Стационарда кимёвий агентнинг табиати аниқлангач, унинг нейтраллизацияси амалга оширилади. Кислоталарни нейтраллаш мақсадида натрий гидрокарбонатниг 2–5% ли, фторид кислотаси билан куйишда аммиакнинг 10–20% ли эритмалари ишлатилади. Бу муолажалар бир неча бор қайтарилади. Глицериннинг магний оксиди билан аралашмасидан фойдаланилса ҳам бўлади.

Ишқорларни нейтраллизация қилиш учун 1–2% ли уксус ва лимон кислоталаридан фойдаланилади. Агар жароҳат олган беморлар кеч мурожаат қилса, ишқор билан билан куйган тери юзасига шу кислоталарнинг малҳамлари қўйилади.

Кимёвий моддаларни қонга сўрилиши ҳисобига интосикация белгилари кузатилса, дезинтоксикацион даво ва керакли антидотлар қўлланилади.

Химиявий куйишларни маҳаллий даволаш ишлари термик куйишларникидан деярли фарк қилмайди.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИНГ СОВУҚ УРИШЛАРИ

Юз-жағ соҳасининг совуқ уришлари паст ҳароратнинг таъсири остида келиб чиқади. Юзда бурун, кулок, ёнок соҳалари ва лунжда кўпроқ совуқ уришлари кузатилади. Тоғайли аъзоларда хондрит ривожланиб, узок муддат кечади ва аъзоларни деформациясига олиб келиши мумкин. Юз-жағ соҳаси суяклари камдан–кам ҳолатларда совуқ уришига учрайди. Болаларда совуган метталларга тили ва лабини тегдириши натижасида шу аъзоларни совуқ уриши кузатилади. Табиий ва сунъий иссиқлик алмашинувнинг бузилиши ҳисобига юқори намлик натижасида бироз пастроқ ҳарорат ҳам совуқ уришига олиб келади. Паст ҳароратда тўқималар чуқур зарарланади. Совуқ урган кишининг кон томирлари торайиб, териси оқаради ёки кўкимтир тусга киради.

Совуқ уришининг иккита даври фарқланади:

- реактив олди даври;
- реактив даври.

Реактив олди даври тўқималар гипотермияси даври ҳам деб юритилади. Бу даврда юз юмшоқ тўқималарида санчилиш, куйишиш ва оғриқ ҳислари кузатилади. Совуқ ҳароратни таъсирини давомийлиги анестезия ҳолатига олиб келади. Беморлар кўпинча совуқ урганини билмай қолишади. Объектив кўрилганда бу даврда тўқималарнинг рангпарлиги, локал ҳароратининг тушиши ва оғриқ сезгисининг йўқолиши аниқланади.

Беморлар иссиқ хоналарга киритилиб, совуқ урган жойлари қиздирила бошлагандан кейин реактив даври бошланади. Қиздириш натижасида совуқ урган жойлар кизаради, шишади ва оғриқ сезгилари юзага чиқади. Реактив даврини тўртта даражаси фарқланади.

Биринчи даражали совуқ уриши енгил ҳисобланиб, тўқималарнинг ўлиши кузатилмайди. Теридаги ҳамма ўзгаришлар ўз ўрнига қайтади. Беморлар куйган соҳадаги кичишиш, санчувчи сезиларли даражадаги доимий оғриқ, куйишиш ва теридаги чумоли юраётгандек ҳисдан шикоят қилади. Зарарланган юз териси иситилгандан сўнг кизариб, кўкимтир тусга (мармар ранги) киради.

Совук олган жойда шиш кузатилади. Кўрсатилган ўзгаришлар 3–7 кун ичида йўқолади. Шундан кейин маълум муддат эпидермисни кипиклашиши кузатилади.

Иккинчи даражали совук уришида эпидермисни некрози кузатилади. Беморлар шикоятти биринчи даражаникидек бўлади, лекин оғриқлар кечаси кучаяди ва 2–3 кун сақланади. Ўлган эпидермис кўчади ва тагида битта ёки кўплаб пуфакчалар ҳосил бўлади. Пуфакчалар сариқ ёки геморрагик суюкликлар билан тўлади. Пуфакча олинса тагидаги дерманинг тиник пушти рангдалиги кўринади. Иккинчи даражадаги совук уришларидаги жароҳатлар 10–15 кун ичида битиб кетади.

Учинчи даражали совук урушида терининг бутун қавати ва тагидаги юмшоқ тўқималар шикастланади. Беморлар кучли ва доимий оғриқдан шикоят қилишади. Парестезия кузатилади. Геморрагик суюклик тутувчи пуфаклар ҳосил бўлади. Пуфаклар остидаги дерма қавати қорамтир рангда бўлади. Пуфакчалар ўрнида қорамтир рангдаги қасмоқ ҳосил бўлади ва 6–7 кундан кейин чегараси аниқланади. 3–4 ҳафтанинг охирига бориб грануляцион тўқималар ҳосил бўлади ва қасмоқлар кўчади. Жароҳат четларидан эпителизация бошланиб, чандикланиш орқали битиб кетади.

Тўртинчи даражали совук уришида фақат тери шикастланибгина қолмай, юмшоқ тўқималар ва хатто суякда ўзгаришлар рўй беради. Беморлар шикоятлари учинчи даражаники билан бир хилда бўлади. Кучли шиш кузатилади. Қасмоқ ҳосил бўлиб секинлик билан кўчади. Беморларни ахволи оғир бўлиб, интоксикация белгилари кузатилади. Учинчи ва тўртинчи даражали совук уришларни 5–7 кундан кейин некроз чегаралари аниқлангандан кейин бир биридан фарқлаш мумкин. Тўртинчи даражали совук уришлар бурун, кулоқ, ёноқ соҳаси юмшоқ тўқималарини нуқсонларига олиб келиши мумкин.

Реактив олди даврида ўз вақтида ва тўғри кўрсатиладиган биринчи ёрдам тўқималарда келиб чиқадиган кучли ўзгаришларни олдини олади. Аввало совукда қолган кишини тезлик билан иссиқ уйга олиб кириш, совук олган жойларга иссиқ сувли грелка қўйиш, сўнг беморни касалхонага жўнатиш лозим. Совук урган жойларни спирт, атир ва новшадил спирти билан артиш ёки жундан тўқилган юмшоқ мато, кўлқоп, мўйнали ёқа билан уқалаш ҳам мумкин.

Совукдан оқарган бурун, бўйин, кулоқларни то пушти ранга киргунча, шунингдек, енгил оғрик ҳисси пайдо бўлгунига қадар силаш (енгил уқалаш) керак.

Совук урган тери юзасини қор парчалари билан уқалаш мумкин эмас. Қорпарчалари терини совутиши билан бирга уни жароҳатлайди. Натижада яллиғланиш жараёнлари қўшилади.

Биринчи даражали совук уришларида махсус даво талаб этилмайди. Иккинчи даражали совук уришларида пуфакларни саклаш керак. Уларнинг остида эпителизация жараёнлари кечади. Пуфакча ичидаги суюқликлар йиринглаганда, улар олиб ташланади. Юз тўқималарига антибиотикли ва антисептикли малҳамлар суртилади. Буриштирувчи дори воситалари қўлланилмайди. Учинчи даражали совук уришларида жароҳат юзасига 5% ли йод эритмаси билан ишлов берилади ва қасмокни тезроқ қўчишига эришилади. Қасмоқ қўчгандан кейин жароҳат тўлиқ битиб кетгунча ҳосил бўлган грануляцион юзага антисептик эритмалари шимдирилган боғламлар қўйиб турилади. Тўртинчи даражали совук уришларида реконструктив операция муолажалари ўтказилади. Совук урган беморларнинг барчасига қоқшолга қарши зардоб юборилади.

Совук урган тўқималарни совук таъсирига сезувчанлиги ошиб кетади. Совук урган беморлар қиш вақтларида совук уришини олдини олишга қаратилган чора тадбирларга алоҳида аҳамият беришлари керак бўлади.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИНГ КОМБИНИРЛАНГАН РАДИАЦИОН ЖАРОҲАТЛАРИ

Бир вақтнинг ўзида иккита ёки ундан кўп жароҳатловчи омиллар таъсирида вужудга келувчи жароҳатлар *комбинирланган жароҳатлар* деб аталади. Комбинирланган радиацион жароҳатларда тинчлик давридаги ва жанговар жароҳатларни радиоактив моддаларбилан зарарланиши кузатилади ва нурланиш касаллиги келиб чиқади. Нурланиш касаллиги организмга у заррачалари ва қаттиқ рентген нурларининг ташқи нурланиши ҳисобига тушиши, α ва β заррачаларининг жароҳатлар орқали тушиши ҳисобига ривожланади. $\square\beta\square$ заррачалари ва юмшоқ

рентген нурларини таъсири тўқималарни радиоактив куйишга олиб келади.

Нурланиш касаллигини клиник кечишида кон ишлаб чиқаришни бузилиши, иммунитетни пасайиб кетиши ва инфекцион асоратларнинг ривожланиши муҳим ўрин тутлади.

Бу касалликда организмнинг иммунобиологик хусусиятлари кескин пасайиб кетади. Юз-жағ соҳаси суяқларини синишлари ва юмшоқ тўқималарини жароҳатлари узок муддат ва секинлик билан битади. Нурланиш касаллиги жароҳатни битишига тўсқинлик қилса, механик жароҳат нур касаллигининг клиник кечишини оғирлаштиради (бир бирини оғирлаштириш синдроми).

Организмга ютилган радиациянинг микдорига қараб нурланиш касаллигини оғирлик даражалари аниқланади:

- 1 Гр дан кам бўлса нурланиш касаллиги келиб чиқмайди ва нур жароҳати деб юритилади;
- 1-2Гр да нурланиш касаллигини енгил даражаси;
- 2-4 Гр да ўртача оғирликдаги нурланиш касаллиги;
- 4-6 Гр да оғир даражадаги нурланиш касаллиги;
- 6 Гр дан юқори бўлса, ўта оғир даражадаги нурланиш касаллиги;
- 10 Гр ва ундан юқорисида ўлим кузатилади.

Нурланиш касаллигини 4 та даври фарқланади:

I даври—бирламчи реакциялар даври. Биринчи 24 соат ичида ривожланади. Бир неча соатдан бир неча кунга чўзилади (кўпинча 2 кун). Жароҳатланганлар умумий холсизлик, бош айланиши, бош оғриши, чанқаш, оғизни куруклашиши ва таъм сезгисини бузилишидан шикоят қилишади. Тери қатламларини қизариши, тана ҳароратини кўтарилиши, хансираш, тахикардия ва артериал кон босимини пасайиши аниқланади. Беморлар бесаранжом, лоқайд ва уйқучан бўлиши мумкин. Мушак тонуслари ошиб, менингиал белгилар келиб чиқади. Қориннинг шиши ва хуружсимон оғриқлари пайдо бўлиб, ичакнинг динамик тутилиш белгилари кузатилиши мумкин. Қонда вақтинчалик лейкоцитоз бўлиб, эритроцитларни чўкиш тезлиги ошади. Бу даврда бирламчи жарроҳлик ишлови бериш операцияси ўтказилмайди. Бирламчи жарроҳлик ишловини бериш организмга кўшимча жароҳат бўлиб,

унинг химоя қобилиятини ишдан чиқаради. Бирламчи жарроҳлик ишлови фақат ҳаётий кўрсатмаларга биноан амалга оширилади.

II даври—нурланиш касаллигини яширин даври. Енгил ва ўрта оғирлик даражасидаги шикастланишларда 12–14 кун давом этади. Бу даврда биринчи даврдаги клиник белгилар йўқолади ва қон кўрсаткичлари яхшиланади. Нурланиш касаллигининг яширин даври бирламчи жарроҳлик ишлови бериш учун жуда қулай давр ҳисобланади. Шундай қилиб ЮЗ-жағ соҳасининг қўбинирилган радиацион жароҳатларида эрта эмас кечиктирилган бирламчи жарроҳлик ишлови бериш ўтказилади.

Кечиктирилган бирламчи жарроҳлик ишлови бериш ўз ичига қуйидаги муолажаларни олади:

1. Бирламчи жарроҳлик ишлови бир вақтли, радикал ва охиригиси бўлиши керак. Жароҳатларга албатта ёпик чоклар қўйилади ва нурланиш касаллигини гуллаган даври бошланишигача бирламчи битиши керак. Механик шикастланган тўқималарни новакаинли блокадаси ўтказилади.

2. Бирламчи жарроҳлик ишлови беришда юмшоқ тўқима қирғоқлариодатдаги жароҳатларга қараганда кўпроқ кесилади.

3. Жароҳатдаги ёт жисмлари синчковлик билан олиб ташланади.

4. Қонаётган қон томирлари тикиб ташланади. Катта қон томирлари қонашида томирлар жароҳатда боғланади ёки ташқи уйқу артериясини боғлаш операцияси ўтказилади. Агар нурланиш касаллигининг гуллаган даврида қонаш қузатилса, уни тўхтатишни имконияти бўлмайди.

5. Силиқ чизигидаги тишлар олиб ташланади ва суякни ўткир қирралари текисланади.

6. Суяк жароҳатига ишлов бераётганда барча кичик суяк бўлақчалари олиб ташланади. Суяк бўлақлари репозиция қилиниб, остеосинтез усуллари ёрдамида маҳкамланади (суяк чоки, скобалар, спицалар, минни пластинкалар ва бошқалар). Юқорида кўрсатилган усулларни қўллаш имконияти бўлмаганда суяк қисқичли аппаратлардан фойдаланилади. Тишларга шиналарни тақиш мумкин эмас, улар шиллик қаватни шикастлантиради. Сифатли иммобилизация ўтказилгач, суяк жароҳати оғиз бўшлиғидан холи

килинади ва шиллик каватлари тикилади. Кейин ташқаридаги юмшоқ тўкималарга каватма кават чоклар қўйилади.

7. Маҳаллий тўкималар ёрдамида нуксонларни бартараф этиш операциясига рухсат берилади. Тикилган жароҳатга 24–48 соат давомида резина чиқаргичлар колдирилади ва маҳаллий соҳага антибиотиклар юборилади.

8. Антибактериал ва медикаментоз даво буюрилади.

Агар жароҳатга айрим сабабларга кўра чок қўйилмаса, у узок муддатларда сезиларли асоратлар билан иккиламчи битади. Латент даврининг узунлиги ютилган радиациянинг миқдорга боғлиқ бўлади. Юқори миқдорда радиация ютилганида яширин даври кузатилмасдан, бирламчи реакциялар даври тугаши биланок нурланиш касаллигининг гуллаган даври бошланади.

III даври—нурланиш касаллигининг гуллаган даври. Бу даврда нурланиш касаллигининг клиник белгилар яққол намоён бўлади. Кучайган даври бир ой ёки ундан кўпроқ муддат давом этади. Агар бу даврда ўлим кузатилмаса, касалликни IV даври бошланади. Касалликнинг III даврида тургун гипотония, сезиларли геморрагик синдром, суяк кўмиги функциясини бузилиши, агранулацитоз, неврологик ўзгаришлар, тери озикланишини бузилиши, ич кетиши, кўнгил айниши ва қайт қилиш кузатилади. Ошқозон ичак тизимининг шиллик каватларида эрозия ва яралар ҳосил бўлади. Эндокрин безлари функцияси бузилади. Организмнинг умумий қаршилиги кескин пасаяди. Оғиз бўшлиғи шиллик каватида ўзгаришлар келиб чиқади. Юткин ва муртак безларида шиш ва кизаришлар, лаб ва тилда ёрилишлар кузатилади. Лаб ва тилдаги жароҳатлар қонади. Шартли патоген микрофлора патоген микрофлорага айланади. Эрозия ва яралар оғиз бўшлиғи шиллик каватининг ҳамма қисмини эгаллайди. Суяк тўкимаси очилиб қолиши мумкин. Оғиздан кўланса хид ажрала бошлайди. Оғиз шиллик каватини кичик жароҳатланиши ярали–некротик стоматитларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун барча тиш шиналари ва аппаратлар, яхши ўрнашмаган олиб қўйилувчи тиш протезлари, сифатсиз ишланган тиш копламлари ва ногўғри қўйилган пломбалар оғизда некротик яраларни келтириб чиқаради. Бу асоратларни олдини олиш учун нурланиш касаллигининг яширин даврида оғиз бўшлиғи санацияси қилинади ва тиш протезларини коррекцияси ўтказилади. Яхши ҳолатда

турган металл конструкцияли тиш протезлари ва металл пломбаларни колдириш мумкин. Бу даврда ҳаётий кўрсатмалардан ташқари ҳолатларда жарроҳлик муолажалари ўтказилмайди. Нурланиш касаллигининг гуллаган даврида ўлим қон кетиши, инфекциянинг ҳамма аъзолар ва тўқималарга тарқалиши ва интоксикация натижасида келиб чиқади.

IV даври—нурланиш касаллигининг тикланиш ёки соғайиш даври. Бу даврда нурланиш касаллиги сурункали босқичига ўтади. Бу даврда лаборатор кўрсаткичлар яхшиланиб, жароҳат жараёни одатий кўриниш олади. Нурланиш касаллигини жароҳатлар билан биргаликдаги кечиши жароҳатларсиз кечишидан фарқ қилади. Жароҳат нурланиш касаллигини кечишини ўзгартиради. Нурланиш касаллигини клиник кечишини ўзига ҳослиги бир бирини оғирлаштириш синдромига боғлиқ бўлади. Комбинирланган жароҳатларда у қуйидагича намоён бўлади:

- ўткир нур касаллигининг яширин даврини қисқариши;
- организмнинг инфекцион жараёнларга носпецифик каршилигини сусайиши;
- лейкопениянинг сезиларли даражада бўлиши;
- жароҳатни битиш жараёнларини бузилиши;
- қон ивишини таъминловчи тизимларни функциясини бузилиши ва иккиламчи қон кетиши;
- гипохром анемияни эрта муддатларда бошланиши.

Бир бирини оғирлаштириш синдромини сезиларлилик даражаси ютилган радиацияни миқдорига, турига, қўшимча жароҳатнинг оғирлигига, олган вақти ва организмнинг индивидуал резистентлик қобилятига боғлиқ бўлади. Нурланишдан кейинги жароҳатларда бу синдром оғир кечади. Нурланишдан олдин олинган жароҳатлар баъзан касалликни кечишини оғирлаштирамайди. Бу қонун қондалар фақатгина енгил механик жароҳатларга тегишли бўлади.

КОМБИНИРЛАНГАН РАДИАЦИОН ЖАРОҲАТЛАРДА ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Жароҳатланганлар зудлик билан радиоактив зарарланиш ўчоқларидан олиб чиқиб кетилади. Дозиметрик назорат остида тери қопламлари ва шиллиқ қаватлар радиоактив моддалардан тозаланади. Радиоактив моддалар организмга тушганда уларнинг

антидотлари юборилади. Полоний билан захарланишда 5%ли унитиол эритмаси мушак орасига, нодир ер металлари ва уларни тузлари билан захарланишда 10% ли тетацин кальцийнинг 20мл эритмаси 500мл 5% ли глюкоза эритмаси билан биргаликда 3-4 соат ичида томир ичига томчилатиб юборилади. Булардан ташқари глюкозанинг 40-60мл 40% ли эритмаси, кальций хлориднинг 10мл 10% ли эритмаси, аскорбин кислотасининг 5% ли эритмаси, антигистамин дори воситалари ва дезинтоксикацион даво чора тадбирлари қўлланилади.

Комбинирланган радиацион жароҳатлар комплекс усулда даволанади. Нурланиш касаллигини *бирламчи реакциялар даври*да симптоматик даво ўтказилади. Қайт килишни олдини олувчи (этаперазил, аэрон), юрак кон томир ишини яхшиловчи (кордиамин), транквилизаторлар (диазепам) ва антигистамин (димедрол) дори воситалари буюрилади. Йирингли яллиғланиш жараёнларини олдин олиш мақсадида антибиотиклардан фойдаланилади. *Нурланиш касаллигининг яширин даври*да радикал бирламчи жаррохлик ишлови берилади. Жароҳатланганларнинг умумий ҳолатини яхшилаш мақсадида медикаментоз терапия давом эттирилади. Даволаш жараёнларида нафас аналептиклари ва юрак кон томир дори воситалари билан биргаликда витамин ва гормонлар ишлатилади. Нурланиш касаллигининг I ва II даврларида дори воситалари умум қабул килинган миқдорда берилаверади. Нурланиш касаллигининг гуллаган *даври*да геморрагик синдромга карши курашилади. Бунинг учун беморларга аминаокапрон кислотаси, курук плазма, аскорутин, децинон ва бошқа дори воситалари белгиланади. Тромбоцитар ва эритроцитар массалар кўйилади. Симптоматик даво давом эттирилади. Бу даврда дори воситаларини организмга ножўя таъсирларини ҳисобга олиб наркотик анальгетиклар, нафас аналептиклари ва юрак кон томир дори воситалари камайтирилган миқдорларда ишлатилади. Қон ишлаб чиқишига таъсир қилувчи барбитуратлар, пиразолин ва опий унумлари, суьфаниламид дори воситалари қўлланилмайди. Нурланиш касаллигининг IV даврида фақат симптоматик ва патогенетик терапия ўтказилади. Умумқувватловчи терапия давом эттирилади. Даволаш жисмоний тарбияси ва физиотерапия муолажалари даволаш жараёнига қўшилади. Комбинирланган радиацион жароҳатларни даволаш ишларини стоматолог, хирург ва

терапевтлар биргаликда олиб боришади. Ўз вақтида ва тўғри бирламчи жарроҳлик ишловини ўтказиш, дори воситаларини қўллаш, махсус парвариш ва рационал овқатланишни ташкил қилиш комбинирланган раднацион жароҳатларда беморларни соғайиб кетишини таъминлайди ва нохуш асоратларни олдини олади.

ФАВҚУЛОДДАГИ ВАЗИЯТЛАРДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Фавқулоддаги вазиятларда юз жағ соҳасининг жароҳатлари жуда кўп учрашига қарамасдан, бу соҳанинг энг оғир жароҳатлари ҳам кам ҳолатларда ўлим билан якун топади. Жароҳатларнинг қанчалик даражада оғир кечиши унинг бошқа соҳалардаги жароҳатлар билан биргаликда учрашига боғлиқ бўлади. Юзни танани бошқа аъзолари билан биргаликда учрайдиган жароҳатлари кўпинча фавқулоддаги вазиятлар оқибатида келиб чиқади ва бахтсиз ҳодисаларни ривожланишига олиб келади. Юз жағ соҳасининг фавқулоддаги вазиятларда ривожланадиган жароҳатларининг келтириб чиқарувчи сабабларга техноген талофатлар, баландликдан йиқилиш оқибатидаги жароҳатлар, жанговар жароҳатлар, ҳар кунги иш юмушларни бажариш вақтидаги ҳар хил жароҳатлар киради. Табiiй офатлар оқибатида бир вақтнинг ўзида юзлаб инсонларда жароҳатлар кузатилиши мумкин. Бу сингари ҳолатларда беморларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам яқка жароҳатланганларга тиббий ёрдам кўрсатишдан анчагина фарқ қилади. Бу икки ҳолатда кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг мақсади бир бўлгани билан, тиббий ёрдам кўрсатишни характери бўйича турлича бўлади. Фавқулодда вазиятларда кўрсатиладиган тиббий ёрдамдан мақсад, у биринчи навбатда жароҳатланганларнинг кўпчилигини камраб олиши керак. Бунга эса аҳолига аввалдан инсон ҳаётини сақлаб қолиш бўйича биринчи тиббий ёрдамни кўрсатиш чора тадбирларини доимий равишда ўқитиш орқали эришиш мумкин. Табiiй офатлар содир бўлган жойда биринчи навбатда юқори нафас йўлларини ўтказувчанлигини тиклаш керак. Бунинг учун ҳар бир инсон асфикция ҳолатларида кўрсатилиши керак бўлган биринчи ёрдамни амалга оширишни билиш зарур бўлади. Нафас олишни тиклаш

учун оғиздан-оғизга ёки оғиздан-бурунга сунъий нафас беришни амалга ошириш керак. Ташки кон кетишларида босиб турувчи боғламларни кўйиш, кома ва шок ҳолатларида зарур бўлган ҳолатларни беришни билиш ва босиб қолган жойлардан беморларни кўшимча жароҳатларсиз чиқариб олишни ўргатиш талаб этилади.

Кейинги босқичда кўрсатиладиган ёрдам жароҳатланганларни ҳавфсиз жойга олиб чиқиш, саралашни ўтказиш, эвакуацияга тайёрлаш ва даволаш муассасаларига транспортгировка қилишдан иборат бўлади. Беморларни транспортировка қилиш даврида албатта даволашнинг вақтинчалик иммобилизация усулларидан фойдаланилган бўлиши шарт. Оғир жароҳат олганларни транспортировкаси иммобилизациясиз ва оғриксизлангирмасдан амалга оширилса, бу ҳолат кўшимча жароҳатлар ва травматик шокни ривожланишига олиб келади ва беморларни ҳаётига таҳдид солади. Жароҳат олганларни саралаш даврида жароҳатнинг клиник манзарасига алоҳида эътибор қаратилади. Жароҳат олганларни транспортировка қилиш иложи борича санитар транспортда амалга оширилиши керак.

Жароҳат олганлар саралангандан кейин навбатма навбат тиббиёт пунктлари ва даволаш муассасаларига эвакуация қилинади. Юз жағ соҳасини жароҳати бор беморларни даволаш муолажалари комплекси қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Биринчи ёрдам
- Шифокоргача бўлган ёрдам
- Биринчи шифокор ёрдами
- Малакали тиббий ёрдам
- Махсушлаштирилган тиббий ёрдам
- Тиббий реабилитация

Юз жағ соҳасининг жароҳатларида фавқулодда ҳолат рўй берган жойдаги биринчи ёрдамдан мақсад асфикцияни олдини олиш, кон кетишини тўхтатиш ва жароҳатга инфекция тушишини олдини олишдан иборат бўлади. Бу ёрдам ўз ўзига ёки ўзаро ёрдам тарзида бажарилади. Жароҳат олиш натижасида ҳушини йўқотган беморлар қорин тарафи билан ёки ёнбош ҳолатда ётқизилиши керак. Нафас йўлларида кон ва қусук массаларини тушиб

қолмаслиги учун юзини жароҳат олган тарафи пастда бўлиши талаб қилинади. Жароҳатга инфекция тушиши олдини олиш мақсадида юздаги жароҳатларга асептик боғлам қўйиш керак.

Шифокоргача бўлган ёрдам ходиса рўй берган жойда ўрта тиббиёт ходимлари томонидан амалга оширилади. Бу ёрдамнинг мақсади асфикцияни олдини олиш, шокка қарши курашиш, қон кетишини тўхтатиш ва жағ суяги синишларида вақтинча иммобилизацияни амалга оширишдан иборат бўлади.

Биринчи шифокор ёрдами тез ёрдам шифокори томонидан амалга оширилади. Жароҳатланганларда нафас олиши бузилган ҳолатларда нафас йўллари тозалаб ҳаво ўтказгич қўйилади. Қон кетишини олдини олиш керак. Шокка қарши умумқабул қилинган усуллар бўйича даволаш чора тадбирлари амалга оширилади.

Беморлар даволаш муассасаларига олиб келинганч юз жағ соҳаси ва бошқа соҳалардаги жароҳатнинг характери ва оғирлигига қараб реаниматолог, хирург, нейрохирург, травматолог, оториноларинголог, офтальмолог, юз жағ хирургии ва хирург стоматолог каби шифокорлар томонидан ўтказиб турилган интенсив терапия замида текширилиши ва тегишли ёрдам кўрсатилиши мақсадга мувофиқ келади. Биргаликда олинган оғир жароҳатлар ҳисобига кўпинча жароҳатланганлар беҳуш ҳолатда бўлишади. Жароҳатланганларнинг беҳуш ҳолатда бўлиши ташхис қўйиш жараёнида клиник белгиларни тўлиқлигича аниқлашга ва рентгенологик текширув ўтказишга кенг имконият бермайди. Шунинг учун беморда текширув ўтказаятган юз жағ хирургии юқори малакага эга бўлиб асосан ташқи кўрик ва пайпаслаш орқали юз жағ соҳасидаги ўзгаришларни тўлиқ аниқлаб тўғри ташхис қўйишни амалга ошира билиши керак. Юз жағ хирургии синчиклаб текшириш асосида шу соҳадаги жароҳатлар борлигини тасдиқлаши ёки инкор этиши керак бўлади. Текшириш даврида биринчи навбатда жароҳат олганларни ҳаётга хавф солувчи қон кетиши ва ташқи нафас олишни бузилмаганлигига эътибор қаратилади. Бундай ҳолатларда қон кетишини тўхтатиш ва ташқи нафасни тиклаш чора тадбирлари амалга оширилади. Ташқи кўрик даврида юз юмшоқ тўқималаридаги жароҳатни жойлашган ўрни, ҳажми ва характери аниқланади. Юз суякларининг синиб силжиши натижасида келиб чиқадиган шакл бузилишларига эътибор берилади. Бурун ёки қулоқлардан ликвор ажралмаётганлиги

текширилади. Ташки кўриқдан кейин юз жағ соҳаси суяклари синчковлик билан пайпаслаб чиқилади. Дастлаб пешона соҳаси, кўз косасининг юкори киргоғи ва бурун суяклари пайпаслаб чиқилади ва суякларнинг холатига баҳо берилади. Кейин кўз косасини пастки киргоғи пайпасланиб унинг бутунлиги текширилади. Суяк киргоғида зинапоя белгисини аниқланиши юкори жағ ёки ёнок суягини синиб силжишидан далолат беради. Пастки жағ суягини чегаралари ҳам шу тарзда пайпаслаб текширилади. Фақатгина пастки жағни бўғим ўсигини синишларида битта кўлни бармоғи ташки эшитув йўлига киритилади ва иккинчи кўл билан пастки жағ суяги пассив харакатлантирилади. Шу йўл орқали бўғим бошчасини харакати текшириб олинади. Бўғим бошчасини харакатини сезилмаслиги пастки жағ суягини бўғим ўсиғидан синишини кўрсатиб беради.

Текширув жараёнида ташки кўриқдан кейин оғиз бўшлигини кўриқдан ўтказиш керак. Оғиз бўшлигини кўриғида кон кетаётган жой, жароҳат ўрни, тишлар жипслашувини холати, оғиз бўшлиғида ёт жисмлар бор ёки йўқлиги аниқланади. Танглайга пастдан юкорига йўналишда босиб кўрилади. Юкори жағ суяги харакатланиши текширилади. Юкори жағ суягини харакатланиши бу суякнинг синганлигидан далолат беради. Ютқуннинг орқа деворида кон ёки ливор йўқлигига эътибор берилади.

Эс-хуши сақланган беморларда суяк синган соҳаларда пайпаслаш вақтида оғрик сезгиси кузатилади.

Текшириш жараёнида кўйилган клиник ташхислар рентген текшириш усуллари ёрдамида тасдиқланади. Клиник ва рентген текширув натижаларига асосан даволаш режаси тузиб чиқилади.

Ўтказилаётган интенсив терапия заминида тананинг бошқа соҳаларидаги жароҳатлар ҳам малакали мутахассислар томонидан текшириб чиқилади ва ташхис кўйилиб даволаш режалари тузилади.

Фавқулоддаги вазиятларда кўрсатиладиган тиббий ёрдамни вақти, ҳажми ва характери беморларнинг шокдан чиқиш даври ва жароҳатнинг оғирлик даражасига боғлиқ бўлади. Беморлар шок холатидан чиққач юз жағ соҳаси ва тананинг бошқа соҳаларидаги жароҳатларга бир вақтнинг ўзида интенсив терапия заминида тегишли мутахассислар ёрдамида махсуслаштирилган тиббий ёрдам амалга оширилади. Тез тиббий ёрдам марказларини фаолият

юритаётганлиги ва малакали шифокорларни жалб қилиниши фавкулддаги вазиятларда малакали ёрдамни юқори савияда амалга оширишга имконият яратиш билан биргаликда нохуш асоратларни олдини олишни таъминлайди. Беморлар тегишли даволаш муолажаларини тез тиббий ёрдам марказларида олгандан кейин амбулатор шароитда кузатишга чиқарилади ва реабилитация ишлари давом эттирилади.

VI БОБ ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИ ЖАНГОВАР ЖАРОҲАТЛАРИ

Жанговар курол-аслахалар ёрдамида аъзолар ва тўқималар бутунлигини бузилиши жанговар жароҳатлар деб юритилади. Юзнинг анатомио-топографик тузилиши-унинг бош мия қутисига, кўз, ЛОР аъзоларига яқин жойлашганлиги, Юз-жағ соҳаси жанговар жароҳатларни клиник кўриниши, кечиши ва даволанишини мураккаблашувига олиб келади.

Юз-жағ соҳаси жанговар жароҳатларининг ўзига хос хусусиятларига қуйидагилар киради:

1. *Юз кўринишини кескин хунуклашини.* Инсоннинг юзини кўриниши унинг ташки қиёфасини кўрсатувчи асосий мезон ҳисобланади. Бу соҳадаги жанговар жароҳатлар юз юмшоқ тўқималари ва суякларига кенг майдондаги нуксонларни ҳосил қилади. Бунақа жароҳатлар беморларнинг психоэмоционал ҳолатига кучли таъсир қилади. Чайнаш, ютиш, нафас олиш ва гапириш фаолиятини бузилиши вазиятни янада оғирлаштиради.

2. *Жароҳат соҳасида тишларни бўлиши.* Жароҳатловчи омиллар тишларни синдириб иккиламчи ўқларга айлантиради. Улар ҳар томонга сочилиб юмшоқ тўқималарда кўр жароҳатларни ҳосил қилади. Иккиламчи ўқга айланганкариес бўшлиқлари бор тишлар ва унинг атрофида жойлашган патоген микрофлора яллиғланиш жараёнлари ривожланишини тезлаштириб юборади.

3. *Биргаликдаги жароҳатлар.* Юз-жағ соҳасида жойлашган аъзолар ва тўқималарнинг биргаликдаги жароҳатлари жароҳатнинг кечишини оғирлаштиради. Юз жароҳатлари билан кўрув, эшитув ва бошқа аъзоларнинг жароҳатлари биргаликда келади. Юз-жағ жароҳатлари бор беморларни 20% ида бош мия чайқалиши ва лат ейишлари, мия асоси синиши каби асоратлар учрайди.

4. *Оғиз атрофи ва лаб тўқималарида капилляр тармоғининг кучли ривожланганлиги ва сийрак тери ости ва шиллик ости ёғ қавати борлиги ҳисобига бу соҳанинг жаротларида шу захотиёк тарқалган иши ривожланади.*

5. *Жароҳат оғирлигини унинг кўринишига мос келмаслиги.* Мимик мушакларнинг юқори қисқарувчанлик хусусияти ва юзнинг кон билан яхши таъминланганлиги жароҳат кўринишини

оғирлаштиради. Жароҳат четларини кенг очилиб кетиши ва кучли конаши кузатилади. Жароҳатларни оғиз бўшлиғи, бурун бўшлиғи ва юқори жағ бўшликларига кириши уни клиник кечишини оғирлаштиради.

6. *Юз юмшоқ тўқималарининг юқори регенератив хуссияти.* Юзнинг кон билан яхши таъминланганлиги ва иннервацияси, микробларга резистентлигини юқорилиги ва етарли микдорда паст дифференциялашган бириктирувчи тўқималарга эгаллиги жароҳатларни тез битиб кетишини таъминловчи асосий омил бўлиб ҳисобланади.

7. *Жароҳат олганларнинг овқатланишини бузилиши.* Юз юмшоқ тўқималари, жағ суякларни, ютқин жароҳатлари натижасида овқатни кесиб олиш, чайнаш, лукмага келтириш ва ютиш фаолиятларида бузилишлар келиб чиқади. Беморларни сув ичиши ҳам қийинлашиб қолади.

8. Жағ суякларининг синиши, ютқин, трахея, тил, оғиз бўшлиғи туби жароҳатлари ва беморни ҳушсиз ҳолатда бўлиши *асфиксия*га олиб келади.

9. Оммавий қирғин қуроллари ишлатилган вақтларда *индивидуал ҳимоя воситаларини* қўллаш етарли қийинчиликларни келтириб чиқаради.

Жанговар жароҳатларнинг бошқа жароҳатлардан фарқлари:

- жароҳат канали атрофида некрозга учраган тўқималар зонасини бўлиши;

- молекуляр чайкалиш зонасини бўлиши;

- жароҳатдан кейин дастлабки кун ва соатларда янги некроз ўчоқларини ҳосил бўлиши;

- жароҳат канали бўйлаб тўқималарни ҳар-хил некрозга учраши;

- жароҳат каналида ёт жисм ва тўқималарни мавжуд бўлиши.

Ўқ отиш қуроллари шартли равишда икки гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳ қуроллари *нинг зарарловчи элементи* бўлиб ўқлар ҳисобланади. Иккинчи гуруҳ қуроллари *га ҳар хил турдаги бомбалар кириб, уларнинг портлаши натижасида зарб тўлкини ва бомба парчалари ҳосил бўлади.*

Г.М.Ивашенко зарб тўлкинининг юз тўкималарига зар келтиришини 5 та даражага бўлади:

- тўкималардаги кон талаш ва кизаришлар;
- пуфакларни ҳосил бўлиши;
- терини тирналиши ва терининг шох қаватини зарарланиши;
- юз юмшоқ тўкималарини зарарланиши ва травматик ампутацияси;
- юз скелети суякларининг зарарланиши ва травматик ампутацияси.

Ўқларнинг ҳаракатини баллистика фани ўрганади. Баллистика ўз ўрнида ички, ташки ва терминал турларга бўлинади. Ички баллистика ўқнинг қурол ичидаги, ташки баллистика ўқни ҳаводаги, терминали эса ўқни тирик организмга теккандан кейинги ҳаракатини ўрганади.

Ўқларнинг бошланғич учиш тезлиги унинг кинетик энергияси ва зарб кучини аниқлаб беради. Ўқлар учиш тезлигига кўра фаркланади:

- паст тезликдаги ўқлар (тезлиги 700 м/с гача);
- юқори тезликдаги ўқлар (тезлиги 700–900 м/с гача);
- ўта юқори тезликдаги ўқлар (1000 м/с тезликдан юқори).

Тўқимларнинг зарарланиши учун 50–70 Ж атрофидаги энергия етарли бўлади. Ўқларнинг бошланғич тезлигини 400–600 м/с да бўлиши шу миқдордаги энергияни беради.

Жанговар жароҳатларни ҳосил бўлиши иккита омилга боғлиқ бўлади. Тўқималарга тўғридан–тўғри таъсир қилаётган зарба жароҳат каналини ҳосил қилса, ён тарафдан тушаётган зарба пульсацияланувни бўшлиқларни ҳосил қилади. Натижада чуқур морфофункционал ўзгаришлар келиб чиқади.

Юз-жағ соҳаси жанговар жароҳатларини тешиб ўтувчи, кўра ялаб ўтувчи ва бўшлиқларга кириб борувчи турлари фаркланади.

ЮЗ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИНИ ЖАНГОВАР ЖАРОҲАТЛАРИ

Статистик маълумотларга кўра юз юмшоқ тўқималарининг чегараланган жанговар жароҳатлари умумий жароҳатларнинг 40%

игача ташкил қилади. Кўп ҳолатларда бомбаларнинг портлаши натижасида пайдо бўладиган иккиламчи ўқлар бу турдаги жароҳатларга олиб келади (Расм 93).

Кўр жароҳатлар бир вақтнинг ўзида битта ёки кўплаб бўлиши мумкин. Улар кўпроқ юзнинг лунж, кулок олди чайнов ва жағ ости соҳаларида учрайди. Кам ҳолатларда бурун, лаб ва ковок соҳаларида учраши мумкин. Тўқималарнинг зарарланиш даражаси жароҳат каналининг йўналишига, иккиламчи ўқнинг шакли ва ўлчамига ва унинг учиш тезлигига боғлиқ бўлади. Жароҳат канали 3 смдан чуқур бўлганда юткин, трахея, тил ва катта қон томирларнинг жароҳатланиши кузатилиши мумкин.



Расм 93. Юз юмшок тўқималарини жанговар жароҳатлари.

Кўп сонли кўр жароҳатлар портлаш натижасида кўплаб иккиламчи ўқлар ҳосил бўлган вақтда кузатилиб, юзда жойлашган аъзоларнинг биргаликдаги жароҳатлари билан кечади (Расм 94).

Ялаб ўтувчи жароҳатлар ҳам кўпроқ иккиламчи ўқлар ҳисобига келиб чиқади. Бу жароҳатлар асосан лаб, бурун ва энгак соҳаларида жойлашади. Юза жойлашганда енгил ҳисобланиб, бирламчи жароҳатлик ишлови бериш учун қулай бўлади. Кўпинча бу жароҳатлар тўқималар нуқсони билан бирга келади ва даволашда қийинчиликлар туғдиради.

Тешиб ўтувчи жароҳатлар кўпинча ўк отиш курулларида
 отилган ўқдан, кам ҳолатларда иккиламчи ўқлар таъсирида юзага
 келади. Бу жароҳатларниги кириш ва чиқиш тешиклари фаркланади.
 Ҳар доим чиқиш тешигининг ўлчами кириш тешигининг
 ўлчамидан катта бўлади. Жароҳатловчи ўк мушакларни, катта кон
 томирларини, тил, юмшоқ танглай, юткин, кулоколди ва жағ ости
 сўлак безларини жароҳатлаганда жараён оғир кечади. Бу
 жароҳатларнинг клиник манзараси ҳар хил бўлади. Жароҳатларни
 кириш ва чиқиш тешиклари ҳам ўқни тузилишига боғлиқ равишда
 бир-бирига мос келмаслиги мумкин.



Расм 94. Юз-жағ соҳасининг жанговар жароҳатлари.

Жанговар жароҳатларни битиши ўз навбатида учта даврни ўз
 ичига олади:

- яллиғланиш босқичи;
- регенерация босқичи;
- эпителизациява чандикни қайта шаклланиш босқичи.

Жароҳатларни битиш босқичлари бир-бири билан чамбарчас
 боғланиб кетади. Дастлабки 5 кун ичида жароҳатланган жойда кон
 томир деворларининг ўтказувчанлиги ошади. Натижада шу соҳада
 травматик шиш юзага келади. Дастлаб жароҳатдан серроз ёки
 серроз-геморрагик суюқлик ажралади. Кейинчалик серроз-
 йирингли суюқликка айланади. 3–4 кунларда яллиғланиш
 жараёнлари шиддатли тарзда ривожланади. Мушак, тери ости ёғ
 қавати ва дермада деструктив ўзгаришлар кучаяди. Экссудат кўп

ажрала бошлайди. Шу даврдан бошлаб регенерация боскичига кадам кўйилади.

Жароҳатнинг 5–6 кунларида грануляцион тўқималар ҳосил бўла бошлайди. 7–9 кунлари жароҳат тозаланиб, томирларга бой грануляцион тўқима билан қопланади. Жароҳат четлари фиброз бириктирувчи тўқима ҳосил бўлиши ҳисобига торая бошлайди. Иккинчи ҳафта охирида регенерация боскичи тугалланиб боради. Жароҳат четлари янада яқинлашади. Жароҳатда юзасида чандиқ тўқималари ҳосил бўла бошлайди.

Эпителизация ва чандиқни қайта шаклланиш боскичи 12 кундан 30 кунгача давом этади. Коллаген толаларининг кўпайиши ҳисобига грануляцион тўқима зичлашиб боради. Қон томирлари бўшаб уларнинг сони камаяди. Жароҳатнинг четки қисмида эпителизация бошланиб грануляцион тўқима юзасини қоплаб боради. Эпителий тўқимаси грануляцион тўқимани 7–10 кун ичида 1 мм қисмини қоплайди. Демак катта ўлчамли жароҳат тўлиқ эпителий тўқимаси билан қопланмайди ёки қопланиши учун бир неча ойлар керак бўлади.

Шундай қилиб Юз-жағ соҳасининг жанговар жароҳатлари иккиламчи чандиқланиш йўли билан узоқ муддатларда битади.

Юз юмшоқ тўқима жароҳатларида бирламчи жарроҳлик ишлови бериш тананинг бошқа соҳасидаги жарроҳлик ишловидан фарқ қилади. Юзда жароҳатни четларини кесиб текислаш амалга оширилмайди, чунки тўқималарда етишмовчилик кузатилиши мумкин. Бунинг учун жароҳат атрофлари сочлар, қон қолдиқлари ва ёт жисмлардан тозаланади ҳамда унга спирт ёки бензин билан ишлов берилади. Жароҳатга антисептик ишлов беришдан олдин 0,25% ёки 0,5% анестетиклар (новокаин, тремикаин, лидокаин ва ҳ.о) билан оғриқсизлантирилади. Ҳажми жуда катта жароҳатлар ёки қўшма оғир жароҳатларда олдин премедикация қилиниб, умумий оғриқсизлантириш остида жароҳатларга антисептик ишлов берилади. Жароҳат тафтиш қилиниб ёт жисмлар олиб ташланади. Жароҳатларда бирламчи жарроҳлик ишлови 24 соатгача ўтказилса эрта, 48 соатгача кечиктирилган, 48 соатдан кейин кечки ишлов бериш ҳисобланади. Жароҳат четлари тежаб кесилади. Оғиз бўшлиғи, кўз атрофи жароҳатларида айлана мушакларга сўрилувчи чоклар кўйилади. Қон томир жароҳатларида қон томирлар

боғланади. Зарур бўлганда маҳаллий тўқималар пластинкаси ўтказилади.

Юкори ва пастки ковок, бурун каноти, кулок супраси, юкори ва пастки лаб жароҳатларига ёпик чоклар қўйилади. Бу ишлов 48 соат ичида ўтказилиши керак. Юзни тешиб ўтувчи жароҳатларида дастлаб шиллик каватга, кейин мушак ва териға чоклар қўйилади. Лаб жароҳатларида чок қўйиш тартиби бошқача бўлади. Чоклар дастлаб мушакларга, кейин лаб кизил хошияси ва териси чегарасига, тери ва охирги навбатда шиллик кават кетма-кетлигида қўйилади. Катта нуксонли жароҳатларда тери шиллик кават билан қўшиб тикилади. Жароҳатнинг шу тарзда битиши кейинчалик нуксонни косметик бартараф этишда яхшироқ шароит яратади. Баъзи вақтларда бирламчи жарроҳлик ишлови берилган сўнг ҳам жароҳатда яллиғланиш жараёнлари ривожланади. Бундай вазиятларда чоклар олиниб жароҳатга қайта жарроҳлик ишлови берилади. Бу ишловга иккиламчи жарроҳлик ишлови деб аталади. Иккиламчи жарроҳлик ишловларидан кейин ҳеч қачон ёпик чоклар қўйилмайди. Жароҳат четларини пластинкасимон чоклар ёрдамида яқинлаштириш мумкин. Жароҳатни тозаланишига қараб иккиламчи эрта (7–14 кун) ёки иккиламчи кечки (15–30 кун) чоклар қўйилади. Жанговар жароҳатларда пластинкасимон чоклардан ҳам фойдаланилади.

Пластинкасимон чокларнинг турлари:

- яқинлаштирувчи (жароҳат четларини яқинлаштиради);
- йўналтирувчи (керакли йўналишда юмшоқ тўқима лахтақларини ушлаб туради);
- босимни камайтирувчи (олдин қўйилган ёпик чокларга тушадиган босимни камайтиради);
- эрта иккиламчи (грануляция билан копланган жароҳатларда ёпик чок вазифасини ўтайди).

Пластинкасимон чокларни қўйиш учун стандарт эгилган 1–2 та тешиги бор алюминий пластинкалар, ичи тешик кўрғошин доначалари ва 0,4 мм диаметрли бронзо-алюминийли симлар керак бўлади (Расм 95). Жароҳат четларидан 1–2 см узоқликда нина санчилади. Нина тери ва мушак қаватларидан ўтиши керак. Сим ўтказиб олингач, унга пластинка жойлаштирилиб ва сим охирларига иккита кўрғошин дочалари киритилади. Жароҳат

киргоклари яқинлаштирилгач, симда турган четдаги кўрғошин доначаси крампон ёрдамида сиқиб қўйилади.

Жаррохлик ишлови берилгандан кейин умумий антибактериал даво буюрилади. Бундан ташқари жароҳатларни маҳаллий даволаш учун малҳамлар, эмульсиялар қўлланилади.



Расм 95. Пластинкасимон чоклар қўйиш чизмаси.

ЮЗ СУЯКЛАРИНИНГ ЖАНГОВАР ЖАРОҲАТЛАРИ

Юз суяқларининг жанговар жароҳатлари ҳамиша юмшоқ тўқима жароҳатлари билан биргаликда кечади. Юз суяқларининг жанговар жароҳатлари тинчлик даврида олинган жароҳатлардан ўзига хос хусусиятлари билан фаркланади. Юмшоқ тўқима жароҳатлари билан биргаликда кечганлиги учун доимо очик ҳисобланади. Юмшоқ тўқима ва суяқнинг жанговар жароҳатларига қўйиш жараёни ҳам қўшилади.

Синик бўлаклари кўп сонли бўлиб, суяк нуқсонлари ҳам кузатилади. Тинчлик давридаги синишларга нисбатан анча оғир кечади. Суяк бўлақларини силжиши унга бириккан мушаклар, синик бўлақларини оғирлиги, жароҳатловчи ўқнинг учиш тезлиги ва йўналишига боғлиқ бўлади.

Пастки жағ синишларида ҳар доим пастки альвеоляр нерв жароҳатланади. Пастки жағни синишларида синган суяк бўлаги иккиламчи ўқ вазифасини бажариб, жағ суягини иккинчи тарафини ҳам синдириши мумкин. Пастки жағ синишлари бир вақтнинг

ўзида чизикли, бўлакли ва дарчали бўлиши мумкин. Бу ҳолатлар юзнинг бошқа суякларини синишларида ҳам кузатилади. Беморнинг хушсиз ҳолатда бўлиши пастки жағни синишларида асфиксияга олиб келиши мумкин. Пастки жағ суягининг жанговар жароҳатларини оғир кечиши куйидаги омилларга боғлиқ бўлади:

- жароҳатловчи ўкни турига;
- синишнинг жойлашган жойи ва хусусиятига;
- суякка яқин жойлашган аъзолар ва юмшоқ тўқималарнинг зарарланиш даражасига;
- суяк жароҳатининг оғиз бўшлиғи билан туташганлигига;
- жароҳат содир бўлган
- вақтга;
- ўз вақтида ва самарали ёрдам кўрсатилганлигига;
- беморнинг умумий ҳолатига ва ҳоказо.

Пастки жағнинг жанговар синишларида нафас олиш, чайнаш, ютиш ва гапириш фаолиятлари бузилади. Пастки жағ синишларини тешиб ўтувчи, кўр ва ялаб ўтувчи турлари фаркланади.

Тешиб ўтувчи жароҳатларда кириш ва чиқиш тешиклари мавжуд бўлади. Кириш тешиклари бурун лаб бурмаси, лунж, ёноқ, кулоқ олди чайнов ва жағ ости сохаларида жойлашса, чиқиш тешиклари сўргичсимон ўсик орти, жағ ости ёки бўйиннинг орқа юзасида жойлашади. Чиқиш тешиги ўлчами бўйичахамиша кириш тешигидан катта бўлади. Пастки жағ синишлари оғиз бўшлиғи туби, тил, юмшоқ танглай, ютқин, бўйин тўқималари ва катта қон томирларини жароҳатланиши билан биргаликда кечади. Пастки жағни шох қисмидан тешиб ўтувчи жароҳатлари ўта хавфли бўлиб чайнов мушаклари, кулоқ олди сўлак беzi, юз нерви ва уйқу артерияларини зарарланишига олиб келади.

Кўр жароҳатларда жароҳатнинг кириш тешиги бўлиб чиқиш тешиги бўлмайди. Улар кўпинча иккиламчи ўқлар таъсирида келиб чиқади. Бир вақтнинг ўзида жағ суягининг битта ёки бир неча қисмида учраши мумкин. Жароҳатловчи ўқ ҳеч қачон суяк ичида қолиб кетмайди. У суяк тўқимасининг ички ёки ташқи юзасида жойлашиб қолади. Тиш қаторида сезиларли деформация кузатилиши мумкин. Тишлар жипслашуви сезиларли даражада бузилади. Тил ости, юмшоқ танглай, ютқин ёни соҳаси юмшоқ

тўқималарида шиш ва қон қуйилишлари кузатилади. Баъзан тил шишган бўлиб, ўзида иккиламчи ўқни саклайди. Тилни шиши ҳисобига сезиларли даражада катталашиши асфиксиянинг сабабчиси бўлиши мумкин.

2–3 кун ўтгач жароҳат канали ичидаги тўқималар некрозга учрай бошлайди. Жароҳат атрофида тўқималарда сезиларли даражада шиш ривожланади. Йирингли яллиғланиш белгилари намоён бўлади. Беморни умумий ахволи ёмонлашиб, жароҳат соҳасида оғриқлар кучаяди. Жароҳат четлари некрозга учраб кулранг ранга киради. Жароҳатдан қўланса хид кела бошлайди. Жароҳат орқали суяк бўлақларининг учлари кўриниб туради. 3–4 хафта ўтгач жароҳат тозаланиб грануляцияцион тўқима билан копланadi. Суяк учларида грануляцияциянинг бўлмаслиги, суякнинг некрозга учраганлигидан далолат беради. Жароҳатланган соҳада йиринг ажралиб турувчи оқма йўллари ҳосил бўлади.

Ялаб ўтувчи жароҳатлар ён тарафдан тегиб ўтувчи ўқ парчалари ёки ўқлар таъсирда келиб чиқади. Бу вақтда суяк тўқимасида қўплаб ёрилиш ва суяк бўлақчаларини ҳосил бўлиши кузатилади. Суяк тўқимасида нуксонлар келиб чиқади. Юмшоқ тўқимадаги жароҳатлар ўлчами бўйича анча катта бўлиб, кесилган жароҳат клиник манзарасини эслатади. Суяк нуксонлари билан бир қаторда юмшоқ тўқималарда ҳам нуксонлар кузатилади.

Пастки жағни жанговар синишларини ташхислашда умумқабул қилинган текширув усулларидан фойдаланилади. Рентген текширув усулларини самарали қўллаш даволаш режасини тузиш ва бажаришда алоҳида аҳамият касб этади.

Юқори жағ суягини жанговар жароҳатлари ҳар хил кўринишда бўлиб, ёндош жойлашган суяк синишлари билан биргаликда кечади. Юқори жағ суягини жанговар синишларида эстетик нуксон билан бирга бир қатор функционал ўзгаришлар келиб чиқади. Функционал ўзгаришларнинг яққол намоён бўлишида қўйидаги омиллар асосий вазифани бажаради:

- суяк ва атроф тўқималаринг зарарланиш даражаси;
- жароҳатни жойлашган жойи;
- жароҳат каналининг йўналиши;
- жароҳатловчи агентнинг тури ва ўлчами.

Беморларда нафас олиш, гапириш ва овкат қабул қилиш фаолиятлари яққол бузилади. Агар жароҳат оғиз ёки гаймор бўшлиқлари билан туташган бўлса, унинг клиник кечиши оғир ўтади.

М.Б. Швырков (2001) юқори жағ жанговар жароҳатларини хусусиятларига алоҳида тўхталиб ўтади.

Юқори жағ танасини юпка деворли бўлиши, унинг минимал зарарланишига олиб келади. Суякда ҳосил бўладиган нуқсонлар ўлчами жароҳатловчи ўқнинг ўлчамидан деярли фарқ қилмайди ёки бироз катта бўлади.

Альвеоляр ўсикнинг зарарланиши нафақат юқори жағни сезиларли даражада шикастланиши, балки ёндош жойлашган суяк ва юмшоқ тўқималарнинг жароҳати билан кечади. Синган альвеоляр ўсик суяқлари ва тишлар иккиламчи ўқ вазифасини ўтайди.

Агар юқори жағ бўшлиғида пульсацияланувчи бўшлиқ ҳосил бўлса, тўқималар ичида портлаш содир бўлиб юқори жағ суягини бутунлай парчалаб юборади. Бу ҳолатда беморлар тирик қолишмайди.

Юқори жағни тешиб ўтувчи жароҳатлари ўқлар таъсирида келиб чиқади. Тешиб ўтувчи кўндаланг йўналишдаги жароҳатларда (фронтал текисликда) ўқ юқори жағ бўшлиғи марказидан ўтади. Юқори жағ суягининг дарчали синиши кузатилади. Бу синиш энг енгил синиш ҳисобланади. Суяк ва юмшоқ тўқималарда жиддий ўзгаришлар кузатилмайди. Агар жароҳат канали йўналиши марказий ўққа нисбатан юқорига (кўз косаси), пастга (альвеоляр ўсик), орқага (юқори жағ дўмбоғи) тарафга оғса жароҳатни оғирлик даражаси кескин ортиб кетади. Жароҳат канали йўналишидаги барча тўқима ва аъзоларни зарарланиши кузатилади.

Юқори жағнинг сагиттал текисликдаги синишларида жароҳат каналини ўрта чизик бўйлаб жойлашиши жароҳатланганларнинг ўлими билан яқун топади.

Юқори жағни ноксимон тешиқ соҳасидан тешиб ўтувчи жароҳатларида чиқиш тешиғи кириш тешиғига нисбатан бир неча марта катта бўлади. Юз юмшоқ тўқималарида катта нуқсонлар келиб чиқиб, юзни кескин хунуклашишига олиб келади. Жароҳатланиш натижасида жуда кўплаб кичик суяк бўлакчалари ҳосил бўлиб, улар иккиламчи ўқ вазифасини бажаришади. Чиқиш

тешигининг катта бўлиши юқори жағ суяги деворининг қалинлиги ва ўкнинг учиш тезлигининг юқорилигига боғлиқ бўлади.

Қийшиқ йўналишда тешиб ўтувчи жароҳатларда кириш ва чиқиш тешиклари ҳар хил сатҳда жойлашади. Бунининг натижасида жағнинг бир тарафида зарарланиш кам бўлса, иккинчи тарафида сезиларли даражада катта бўлади.

Кўз ости соҳасининг кичик бўлакли тешиб ўтувчи жароҳатларини клиник кечини оғир ўтади. Юқори жағ суяги пастга осилиб қолади ва барча йўналишда ҳаракатланади. Бурун суяги ичкарига ботиб киради. Бу жароҳатлар бош мияни чайқалиши ёки лат ёйиши билан биргалликда кечади. Менингит ёки мия абсцесси каби асоратлар келиб чиқиши мумкин.

Юқори жағни тешиб ўтувчи жароҳатларида кириш тешиги юмалоқ шаклда 1 см атрофида бўлса, чиқиш тешиги 100 см² ва ундан ҳам катта ўлчамда бўлиши мумкин. Жароҳат каналининг узунлиги бир неча сантиметрдан 25 см гача боради. Натижада оғиз ва юқори жағ бўшлиқлари, тил, танглай, ютқин, катта қон томирлари жароҳатлари келиб чиқади.

Юқори жағ суягининг кўр жароҳатлари кўпинча ўк парчалари ёки иккиламчи ўклар воситасида келиб чиқади. Жароҳатнинг оғирлиги ўк парчаларининг таъсир кучига, ўлчамига ва кириш тешигининг жойлашган жойига боғлиқ бўлади. Жароҳат каналлари ҳам фронтал ва ҳам сагиттал сатҳлар бўйлаб жойлашиши мумкин. Кириш тешигининг ўлчами ўк парчаларининг ўлчами ва шаклига боғлиқ бўлади. Жароҳат каналининг узунлиги 2–3 см дан 20 см гачава ундан узунроқ бўлиши ҳам мумкин. Бундай жароҳатлар одатда юқори жағ бўшлиғи, тил, қаттиқ танглай, ютқин ва кўрув аъзоларини зарарланиши билан биргалликда кечади. Ёт жисмлар чакка ости, қанот–танглай, кўз косаси, ёноқ равоғини ости, ютқин ва тил тўқималарида жойлашиши мумкин.

Юқори жағнинг кўр жароҳатларида биринчи навбатда олдинги девори зарарланади. Бемор текшириляётган даврда жароҳатлаган ўк парчаларини аниқлаш мумкин бўлади.

Юқори жағнинг ялаб ўтувчи жароҳатлари ён тарафдан тегиб ўтувчи ўк парчалари ёки ўклар таъсирида келиб чиқади. Жароҳатнинг оғирлик даражаси жағнинг жароҳатланган қисмини ўлчамига ва шу соҳадаги тўқималарнинг қандай анатомик ва функционал аҳамиятга эга эканлигига боғлиқ бўлади. Юқори

жағнинг ён тарафидаги жароҳатларида суяк тўқималарининг сезиларли даражадаги зарарланиши кузатилади. Жароҳат каналининг узунлиги 1 см дан 7 смгача бориши мумкин. Бунинг натижасида юқори жағ бўшлиғи билан биргаликда кўз, бош мия ва катта қон томирлари жароҳатланади.

Юқори жағ суяклари синишини клиник кечишида гаймор бўшлиғининг жароҳатланиши алоҳида ўрин тутади. Юқори жағ бўшлиғи ичига қон куйқалари билан бирга кичик суяк бўлакчалари ва ёт жисмлар жойлашиб қолиши мумкин.

Юқори жағ суяги юз суяклари билан мустақкам бириккан бўлиб, кўз қосаси ва бурун бўшлиғини ҳосил бўлишида иштирок этади. Унинг шундай муқамал анатомик жойлашувини ўзи, унда учрайдиган жанговар жароҳатларни мураккаб кечишидан далолат беради. Юқори жағ суягининг алоҳида жанговар жароҳатлари жуда кам учрайди, аксарият ҳолатларда юқори жағ таъкидлаб ўтилган ёндош суяклар билан биргаликда жароҳатга учрайди. Юқори жағ синишларида адашган, тил-юткин, юз нервларини жароҳатлари ҳам кузатилиши мумкин. Юмшоқ тўқималарда катта ўлчамли лахтакли жароҳатлар юзага келади. Тишлар жипслашувининг бузилиши, тиш қаторидаги деформациялар, жағ суягининг вертикал, олдиндан орқага ва ён тарафларга эркин сурилиши юқори жағ суягининг синганлигидан далолат беради. Қўшимча текшириш усулларидан рентген текширув усули етарли маълумот беради. Рентген текширув усулларидан бурун-пешона ва бурун-энгак проекциялари қўлланилади.

Альвеоляр ўсикнинг жанговар жароҳатлари жағ суяги синишларининг 8%гача ташкил қилади. Асосан юқори жағни альвеоляр ўсигини синиши кузатилади. Альвеоляр ўсик синишларида овқатни кесиб олиш ва чайнаш функциялари бузилади. Баъзан беморлар овқатни юта олишмайди. Жароҳатнинг оғирлиги оғиз атрофида жойлашган аъзолар ва юмшоқ тўқималарининг зараланганлик даражасига боғлиқ бўлади. Альвеоляр ўсикнинг ён соҳасидаги жароҳатлари юқори жағ бўшлиғининг зарарланиши билан биргаликда кечади. Альвеоляр ўсик синишларида кўплаб суяк бўлакчалари ҳосил бўлади. Ҳосил бўлган суяк бўлакчалари иккиламчи ўқ вазифасини бажариб, атрофда жойлашган суяк ва юмшоқ тўқималарни зарарлайди. Синган тиш бўлакчалари оғиз туби юмшоқ тўқималари ва тилни

ичига кириб қолиб ўткир яллиғланиш касалликларини келтириб чиқаради.

Жароҳатнинг дастлабки соатларида лаб, лунж ва бурун бўшлиқларидан қон кетиши кузатилади. Тиш пульпаси очилиб кетганлиги учун беморлар кучли оғриқ сезишади. 2–3 кун ўтгач оғиздан йиринг ҳиди келиб, тўқималар некрозга учрай бошлайди. Беморларни оғзини очиб ёпиши, овқат чайнаши оғриқли бўлади. Тишлар жипслашуви бузилади. Синган альвеоляр ўсик шиллик қават ҳисобига жойида туриши мумкин. Перкуссия кучли оғриқли бўлади. Альвеоляр ўсик нуксонларида жағ суягининг четлари кўриниб туради. Рентгенологик текшириш натижалари қўйилган ташхисни аниқлаштириб беради.

Ёноқ суяги ва равогининг жанговар жароҳатлари юз суяклари жанговар жароҳатларининг 7% ни ташкил қилади. Бу жароҳатлар кечиши ва келтириб чиқарадиган асоратлари билан хавфли саналади. Ёноқ суяги ва равогининг жанговар жароҳатлари чайнов мушаклари, кўз косаси, бурун ва юқори жағ суяклари жароҳатлари билан биргаликда кечади. Кўпчилик беморлар хушини йўқотади. Беморлар бош оғриғи, бош айланиши, қулоқда шовқинлар борлиги, эшитиш ва кўриш фаолиятларини пасайганлигидан шикоят қилишади. Оғиз очилиш оғриқли ва чегараланган бўлади. Оғриқ ҳисобига беморлар яхши овқат чайнай олишмайди. Қулоқ ва бурундан қон оқиши кузатилади.

Юз-жағ соҳаси жанговар жароҳатларида биринчи ёрдам жанг майдонида кўрсатилади. Бу ёрдамни ҳажми қўйидагилардан иборат бўлади:

- асфиксияни олдини олиш;
- жароҳатга боғлам қуйиш;
- жароҳат олганларни чанқоғини кондирнш;
- зарур бўлганда жароҳатланганларга противогаз тақиш;
- жароҳат олганларни жанг майдонидан эвакуация қилиш.

Биринчи ёрдам кўрсатилгандан кейин кейинги босқичда шифокоргача бўлган ёрдам кўрсатилади. Бу ёрдамни ўрта тиббий ходимлар кўрсатишади ва бу ёрдам ўз ичига қўйидаги ишларни олади:

– олдин кўйилган боғламни текшириш, тўғрилаш ёки кучли бўккан бўлса кўшимча боғлам кўйиш;

– тилни орқага кетиб қолмаслигини таъминлаш;

– антибиотик ва оғрикколдирувчи дори воситаларини буюриш.

Эвакуациянинг кейинги босқичида биринчи шифокор ёрдами кўрсатилади ва уни умумий амалиёт шифокори амалга оширади. Бу ёрдамни ҳажми кўйидагилардан иборат бўлади:

– қарахтликни олдини олиш;

– қон кетишини олдини олиш;

– асфиксияга қарши кураш;

– жағларни вақтинчалик имобилизациясини қилиш.

Кейинги босқичда малакали жаррохлик ёрдами кўрсатилади.

– қарахтлик, қон кетиши ва асфиксияга қарши кураш;

– жароҳатдаги қон кетаётган томирларни боғлаш;

– юз тўқималари жароҳатларига чоклар кўйиш;

– жағларни доимий имобилизациясини қилиш.

Беморларга ёрдам кўрсатишни кейинги босқичи махсус фронт госпиталларида олиб борилади ва кўйидаги ишлар амалга оширилади:

– юмшоқ ва суяк тўқималари жароҳатларига тўлик жаррохик ишлов бериш;

– пластик жаррохлик операцияларини ўтказиш.

Юз-жағ соҳасининг жанговар жароҳатлари нисбатан яхши битиб кетади. Беморларнинг 85%и тўлик тузалишади. Шунинг билан биргаликда Юз-жағ соҳаси жанговар жароҳатларида кўйидаги асоратлар келиб чиқади:

– ёлғон бўғим;

– юз тўқималарини эстетик нуқсони;

– тишлар жипслашувини бузилиши;

– сурункали остеомиелит;

– жағ суяклари контрактураси;

– менингит ва пневмония.

Юз-жағ соҳаси жанговар жароҳатлари ичида тешиб ўтувчи жароҳатлар хавфлилиги бўйича биринчи ўринда туради. Жанг майдонида келиб чиқадиган қон кетиши, қарахтлик ҳолатлари ва асфиксия жароҳатланганларнинг ўлимига сабабчи бўлади.

Китобда келтирилган терминлар учун қисқартириш белгилари

БФ – бакелито–фенол

ГА – гидроксилпатит

ГБО – гипербарик оксигенация

ДНК – дизоксирибонуклеин кислота

ОБШҚ – оғиз бўшлиғи шиллик қавати

РНК – рибонуклеин кислота

УТ – ультра товуш

ЧПЖБ – чакка-пастки жағ бўғими

ЭОД – электроодонтодиагностика

А.А. ЖИЛОНОВ, Б.Т. НАРМАХМАТОВ

ЮЗ-ЖАҒ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ТРАВМАТОЛОГИЯСИ

*Мухаррир М.Талипова
Мусаххих И.Турсунова
Сахифаловчи Б.Ҳайдаров*

Босишга руҳсат этилди 14.03.2021 й.
Бичими 60x84 ¹/₁₆. “Times” гарнитураси.
Шартли босма табағи 14.25. Нашр ҳисоб табағи 11,9.
Адади 400 нусхада. Буюртма № 11-04

«IMPRESS MEDIA» МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди
Манзил: Тошкент ш., Кушбеги кўчаси, 6-уй

ISBN 978-9943-7505-6-2



9 789943 750562