

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
Абу али Ибн Сино номидаги Бухоро тиббиёт институти**

С. А. Гаффоров, Ф.Э. Идиев

Ж. А. Ризаев

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва лаб касалликлари

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни
сақлаш вазирлиги тиббиёт олий ўқув юртлари учун
ўқув қўлланма сифатида тавсия этган**

“Ўзбекистон миллий энциклопедияси”

Давлат илмий нашриёти

Тошкент – 2008

56.6

F 29

УДК 616.31/317-018.73

Ю 34639
391

Маллифлар: С. А. Гаффоров — Тошкент Врачлар малакасини ошириш институти 2-стоматология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори.

Ф.Э. Идиев — Бухоро тиббиёт институти ортопедик стоматология кафедраси доценти, т.ф.н.,

Ж. А. Ризаев — Тошкент Врачлар малакаси ошириш институти 2-стоматология кафедраси доценти, т.ф.н.

Тақризчилар: Тиббиёт фанлари доктори, профессор — О.С. Йўлдошхонова; тиббиёт фанлари доктори, профессор — С.Н. Мақсудов; тиббиёт фанлари доктори, профессор — М.Б.Камолов

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликлари: *тиббиёт ўқув юртлари учун ўқув қўлланма*/ С. А. Гаффоров, Ф.Э. Идиев; Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлиги. — Тошкент: “Ўзбекистон Миллий энциклопедияси” давлат илмий нашриёти. 2008. 360 б.

1. С. А. Гаффоров ва бошқ.

Мазкур ўқув қўлланмада оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда кузатиладиган патологик ўзгаришлар этиопатологиясидан қатий назар кенг ёритилган. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги барча ўзгаришларнинг этиологияси ва патогенизи, клиник кечиши, ташхиси, даволаш ҳамда олдини олиш чоралари кенг ёритилган.

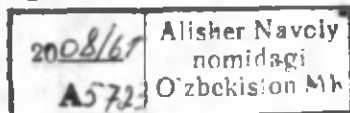
Шунингдек, ушбу ўқув қўлланмада оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг турли касбий стоматологик касалликлари тўғрисида, стоматологик касалликларнинг физиотерапияси, фитотерапияси тўғрисида фикр юритилади.

Ушбу ўқув қўлланма тиббиёт институтларининг стоматология факультети IV-V курс талабаларига, клиник ординаторларга, магистрларга, стоматология мутахассислиги бўйича малакасини ошираётган курсантларга, амалиётдаги стоматолог врачларга назарий ва амалий ўқув қўлланма сифатида тавсия этилади.

ББК 56.6

№ 675-2007/1117 А.Navoiy nomidagi
O'zbekiston Milliy kutubxonasi

ISBN 978-9943-07-057-8



© Гаффоров С.А., 2007й.

СЎЗ БОШИ

Ҳозирги кунда стоматологиянинг асосий замонавий йўналиши оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил ҳошияси қаватининг касалликларини ўрганиш ва даволашдан иборатдир. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясига доимо турли-туман ташқи ва ички омилларнинг таъсир этиши билан бирга, у одам организмидаги ҳар-хил ўзгариш белгиларини ўзида акс эттиради.

Кўп ҳолларда организмдаги турли аъзолар тизимига тегишли патологик ўзгаришлар оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясида намоён бўлади; бунга стоматолог ва бошқа тиббиёт мутахассислари ҳам кам эътибор қаратишади. Замонавий стоматологиянинг ютуқларини оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги патологик ҳолатлар натижасида юзага келган бирламчи клиник даражаси белгиларини ва шиллиқ қобик қаватидаги ўзгаришларни ўз вақтида кўра билиш ҳамда ўзгаришларга аниқлик киритиш билан баҳоланади. Шу ўринда таъкидлашимиз жоизки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги ўзгаришлар бир бутун организмдаги айрим аъзо ҳамда аъзолар тизими касалликларида, жумладан қон ва қон яратувчи аъзолар касалликларида, эндокрин без фаолияти бузилишларида, меъда-ичак тизими патологияларида, витаминлар етишмовчилигида ҳам кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги патологик ҳолатларни ўрганиш ва ташхислашда қатор қийинчиликларга; касаллик белгиларининг турли кўринишлари, жойлашган соҳаси, юзага келишидаги клиник белгилари ва бемор ҳис қилаётган ноқулайликлар, касаллик белгилари этиопатологияси ҳамда потогенезининг турлича бўлишига дуч келамиз. Шу ўринда таъкидлашимиз лозимки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг кўплаб касалликлари ва дерматозларнинг этиологияси ҳамда потогенези охиригача ўрганилмаган. Ҳозирги вақтга келиб, оғиз

бўшлиғи шиллиқ қаватида турли патологик жараёнларнинг юзага келиши ва кечиш жараёнлари, бутун бир организмнинг турли аъзолари касалликлари, модда алмашинуви жараёнларининг бузилиши, асаб тизими фаолияти, иммунитет ҳолати ўзгаришлари билан чамбарчас боғлиқлиги ҳеч кимда шубҳа тудирмай қўйди.

Юқорида таъкидлаганларимиздан ҳам аёнки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати патологиясидаги муаммоларни фақатгина стоматолог, дерматолог, патофизиолог, морфолог ва бошқа мутахассислар биргаликда ёндошиб ҳал қилиши мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ўрганишга бўлган комплекс ёндошишгина кейинги йилларда ушбу соҳадаги билимларимизни кенгайтиришга имкон бермоқда.

Ушбу ўқув қўлланмада оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликлари тўғрисида: касаллик патогенези, клиникаси, патогистологияси, этиологияси, кечиши, ташхислаш, даволаш ва олдини олиш ҳақида кенг, аниқ ҳамда тартибли баён қилинган. Текширишнинг замонавий усуллари, яъни, айнан ушбу касаллик патологиясини ўрганишда қўлланиладиган электрон, сканерловчи микроскопда кўриш, иммунологик ташхис тестлари, иммунофлюоресценция реакция турлари ва замонавий физиотерапевтик услублардан фойдаланиб, касалликларни даволаш ҳамда табиий доривор ўсимликлардан тайёрланган ашёларни қўллаш тўғрисидаги фикр ва мулоҳазалар ёритиб берилган.

Мазкур ўқув қўлланмада оғиз бўшлиғи ва лаб соҳасидаги касалликлар ҳар томонлама кенг ва мукамал баён этилган. Касалликларнинг келиб чиқишидан тортиб токи даволаш ва олдини олиш чоралари ҳозирги замонавий илмий маълумотлар ва текшириш натижаларига таянади.

Республикамиз тиббиёт институтлари стоматология факультети талабалари, магистрлари, клиник ординаторлари, стоматология мутахассислиги бўйича малакасини ошираётган курсантлари, амалиётдаги стоматолог врачлар учун ўзбек тилида яратилган дастлабки ўқув қўлланмада бўлиб, кенг қамровли ва мукамаллиги билан ўқувчи эътиборини ўзига тортади.

Биринчи боб

Мавзу: ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБ КАСАЛЛИКЛАРИ ҲАҚИДА ТУШУНЧА. КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШҲИСЛАШ АСОСЛАРИ

Таълимдан мақсад: Талаба ўқиш жараёнида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги меъёрий физиологик ҳолатни ҳамда турли кўринишда кечадиган патологик ўзгаришлардаги ҳолатни фарқлай билиши, бунинг учун эса албатта: оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликларини халқаро синфланишини, соҳада жойлашган касалликларни қиёсий ташхислашни, ташхисни тўғри қўйиш учун оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати жароҳатланиш элементларининг клиник ҳолатини билиши зарур. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги жароҳатлари билан мурожаат қилган бемор учун очилган касаллик варақасини тўлдиришда, касаллик патогенизи, клиникаси, патогистологияси, этиологияси, кечиши, ташхислаш асослари, даволаш ва хасталикнинг олдини олиш ҳақида кенг, аниқ ҳамда тартибли баён қилишни ўрганиши зарур.

Машғулотларнинг техник таъминоти: Кўргазмалар расмлар, слайдлар, муляжлар, жадваллар ҳамда албатта клиникада даволанаётган ва бирламчи мурожаат қилаётган миждозларнинг тиббий ҳужжатлари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликларининг этиопатогенетик тизим асосидаги синфланиши.
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликларига ташхис қўйиш асослари.
3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг жароҳатланиш элементлари ҳақида тушунча, бирламчи ва иккиламчи жароҳатланиш элементлари.
4. Ўсмалар жароҳатланиш элементларининг тавсифи ва умумий қиёсий ўзгаришларни фарқлаш.

Машғулотлар ўтказиладиган жой: Ўқув хоналари ва клиникалар.

Талабаларнинг мустақил ишлашлари учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, касаллик варақалари ва бевосита клиникага мурожаат этган ва даволанаётган беморлар талабаларга бириктирилиши шарт.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Ҳозирги кунда биз оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликларини этиологик ёки патогенетик омилларга асосланиб, қуйидаги тартибда тизимли таснифлашдан фойдаланамиз:

1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг юқори ва паст

ҳарорат, нурланиш, ноқулай метереологик омиллар, кимёвий моддалар ва бошқа жароҳатли таъсирлардан шикастланиши, инфекцияли касалликлари;

II. А. Ўткир ва сурункали юқумли касалликларда шиллиқ қават жароҳатланиши:

- 1- скарлатина;
- 2- қизамиқ;
- 3- қизилча;
- 4- дизентерия;
- 5- сувчечак;
- 6- кўк йўтал;
- 7- юқумли моноклеоз;
- 8- грипп ва парагрипп;
- 9- захм;
- 10- сил;
- 11- мохов ва бошқалар.

В. Фақат оғиз шиллиқ қавати ва лабнинг ўзига хос инфекцияли ҳамда паразитар касалликлари:

1. вирусли (герпес, сўгал ва бошқалар);
2. фузоспирохеталар;
3. бактериялар (стрептококк ва стафилакоккли, гонорейли ва бошқалар);
4. замбуруғли (кандидоз, актиномикоз ва бошқалар).

Г. Ўта хавfli юқумли касалликлар: ҳаёт давомида орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС ёки ВИЧ инфекция).

III. Аллергик ва токсик-аллергик касалликлар:

1) Алоқали аллергияли стоматит, гингивит, глоссит, хейлит (дори ашёларидан, овқат маҳсулотлари ва бошқа аллергиялардан, одам организмига турли йўллар билан тушадиган моддалардан).

2) Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида токсик-аллергик йўл билан келиб чиқадиган дерматозлар (кўп шаклли экссудатив эритема, Стивенс-Джонсон синдроми, Лайелли синдроми, васкулитларнинг бирламчи тизими, Вегенер синдроми).

IV. Аутоиммун компонент ўзгариши натижасида юзага келадиган касалликлар:

1) Қайталанувчи афтали стоматит (бунга чандиқланувчи афталар ҳам киради);

2) Бахчет синдроми (Туренани катта афтаси ҳам киради);

3) Шегрен синдроми;

4) Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг жароҳатланиши натижасида келиб чиқадиган дерматозлар (пуфакча, пемфигоид, Дюринг касаллиги, қизил югириқ склеродермия).

V. Тери-шиллик қавати реакцияси: қизил ясси темирлатки.

VI. Экзоген интоксикацияларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар.

VII. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясининг турли аъзо ва аъзолар тизими касалликларида ҳамда моддалар алмашинуви бузилишларидаги ўзгаришлари:

- 1) висцерал ва эндокрин патологияларда;
- 2) гипо ва авитаминозларда;
- 3) қон ва қон яратувчи аъзолар касаллигида;
- 4) асаб тизими касаллигида;
- 5) ҳомиладорликда.

VIII. Генетик ва туғма тавсифга хосли касалликларда:

1) Эпителиал дисплазия ва невусларда: томирли невуслар, Стердж-Вебер синдромига тегишли ўзгаришлар, сўғалсимон ва пигментли невуслар, эпидермоид йирингли халтача, Фордайс касаллиги, оқ лаб неуси (юмшоқ лейкоплакия, лунжнинг тишланиши ва бошқалар), наслга боғлиқ яхши сифатли интраэпителиал дискератоз;

2) бурмали тил ва ромбсимон глоссит;

3) glandуляр хейлит;

4) оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб жароҳаланишидаги дерматозлар: буллёз эпидермолиз, атопик дерматит (хейлит), псориаз, ихтиоз, Дарье касаллиги, Пейтц-Егерс-Турен синдроми, туғма пахионихия, ангидротик эпителиал дисплазия.

IX. Рак олди касалликлари, яхши сифатли ва ёмон сифатли ҳосилалар:

1) Облигат рак олди: Боуен касаллиги, сўғалсимон рак олди, лаб қизил ҳошиясидаги чегарали гиперкератоз, преанкрозли ҳосилалар, Мангинатти хейлити.

2) Факультатив рак олди: лейкоплакия, мугузланувчи папиллома ва папилломатоз, кератоаконтома, шохланган тери ва бошқалар.

3) Яхши сифатли янги ҳосилалар.

4) Саратон (рак).

Келтирилаётган тизимли таснифлашимиз кейинчалик касалликлар тўғрисида, уларнинг этиологияси ва патогенезида фикрларимизни баён этишда мукамаллик тугдирувчи асос бўлиши мумкин. Масалан: инфекцияли аллергияларни ёки экс-судатив эритема касаллик белгисини токсик-аллергик касалликлар гуруҳига шартли киритишга бир қатор асослар бор. Чунки токсик-аллергик касалликларнинг ҳар иккитадан битта кўриниши айнан экссудатив эритема белгисига тўғри келмоқда. Айни токсик-аллергик касалликлар гуруҳига биз ҳозирги кунда ортопедик стоматология клиникасида долзарб бўлиб турган “галваноз”, “протезли стоматит”, “парестезия” каби янги ташхислар тўғрисида ҳам чуқурроқ таъриф беришни маъқул топдик.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликларининг этиопотогенизига аҳамият берадиган бўлсак, асосан қайсидир бир ташқи омилнинг иштироқи борлигига албатта дуч келамиз. Шунинг учун ҳам биз узоқ йиллар олиб борган ва ҳозирги кунда ҳам давом эттирилаётган илмий изланишларимиз ва қатор ҳамкасбларимиз фикрлари асосида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касбий касалликларининг келиб чиқиши, клиникаси, кечиши, даволаш ва олдини олишда ўзгача ёндошишга қўлланмамизнинг XXII-XXIII бобларини бағишладик. Шу билан бирга айни оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликлари бор беморларга ортопедик стоматологик хизмат кўрсатишнинг ўзига хос томонларини ушбу бобда кенг ёритиб беришга ҳаракат қилдик.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликлари этиологияси ва патогенезига асосланиб, тизимли таснифлашимиз касалликни даволаш ва олдини олишдаги ёндашишимиз ўрнини аниқлашга ёрдам беради.

Ушбу адабиётда биз маълумотларни баён этиш жараёнида юқорида кўриб ўтилган таснифлашдан қисман бўлсада узоқлашиб, уни “Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг дерматозли жароҳатлари”, “Тил касалликлари”, “Хейлитлар” ва бошқаларга ажратдик.

Қўлланмада оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати (ОБШҚ) касалликлари ўзгаришларидаги элементларни, клиник ҳолатларни, шунингдек текшириш натижаларимиздаги расмлар, жадвалларни бериб борамиз.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ АСОСЛАРИ

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лаб ҳошияси касалликларини ташхислашда дастлаб лабнинг кўриниб турган шиллиқ қобиғи, айрим ҳолатларда тери қопламларини яхшилаб кўриш ва текшириш зарур. Одатда врач ва бемор орасидаги дастлабки мулоқот бемор томонидан касаллик тўғрисидаги шикоятни баён қилишдан бошланади. Касалликнинг тавсифига боғлиқ ҳолда, бемор куйиш белгисидаги оғриқ, қизиш, шишдан, қичишишдан ва бошқалардаги шикоят қилади, айрим ҳолатларда турли касалликлар билан оғриган беморларда турли кўринишдаги оғриқнинг кучайиб бориши кузатилади. Шунинг ҳам таъкидлаш жоизки, қатор касалликлар субъектив сезиларсиз ҳам кечади.

Беморнинг шикоятини тинглаб бўлгандан кейин, уни юзак кўриб, кейин анализ йиғишга киришиш керак. Олдиндан

беморни кўриш врачга тахминий ташхис учун фикр туғдиради ва бемор билан суҳбатлашишни иложи борича зарурий йўналишга қаратиш лозим. Анализ йиғиб бўлингач, беморни чуқурроқ кўришга киришилади. Бунда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги жароҳатларга, жумладан, дерматозларнинг жойлашган ўрнига, айти вақтда организмнинг умумий ҳолатига эътибор берилади; тўғри ташхислаш мақсадида қўшимча клиник ва лаборатория текшириш усулларидадан фойдаланилади.

Беморнинг ҳаётий анамнезини йиғашган вақтда касалликнинг патогенезида ташқи омиллар таъсирига, беморни яшаш ва ишлаш шароитларига эътибор бериш зарур. Бемор олдин қандай касалликларни бошидан кечирганлиги тўғрисида, оиласи ва аждодларида қандай касалликлар кузатишган, улар алкоғолли ичимлик ичадими, чекадими, деган саволларга жавоб аниқлаб олиш аҳамиятлидир. Бемор билан суҳбатлашганда, иложи борича унинг асаб тизими ҳолатини, тушкунлик ҳолатлардаги реакциясини ва ўзининг касаллигига муносабатини аниқлаб олиш лозим.

Касалликнинг ривожланиш тарихини, унинг давомийлигини, касаллик бошланишидан олдин бемор қандай ҳолатларда бўлганини (асабий зўриқиш, совуқ қотиш, қандайдир доридармон ичганлиги, еган овқатининг тури, кимёвий моддалар таъсири, инсоляция ҳолати ва бошқ.), касалликнинг кечиш тавсифини аниқлаш, қайталанаётганини, йил фаслларида боғлиқлигини ҳамда қўзиши ёки пасайиши даврини тўлиқ билиб олиш зарур. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватини кўришда, ёруғ электр нуридан ва сўлакдан осон қурийдиган чўгли шпательдан фойдаланиш керак.

Шиллиқ қават ва терида юзага келадиган тошмалар алоҳида элементлардан иборат бўлиб, бирламчи ва иккиламчи турларга ажратилади. **Бирламчи элементлар** бу - терини, лаб қизил ҳошиясини ва оғиз шиллиқ қобик қаватини ўзгаришсиз тошмалари, шунингдек, касаллик бошланишида, улар кўчадиган (трансформацияли) бўлмай, балки функционал тошмалардир. **Иккиламчи элементлар** бу - кўчишлар ёки жароҳатлар оқибатида ривожланган функционал элементлардир, бироқ, элементлар бирламчи ва иккиламчи турга шартли равишда ажратилади. Касалликда элементлар юзага келиши билан уларни иккиламчи элементлар деб баҳолаш мумкин. Эксфолиатив хейлитнинг қуруқ турида касаллик қалпоқча ҳосил бўлиши билан бошланади, у иккиламчи элемент саналади: қизил ясси темирткининг эрозия-яралли турида эса эрозия пуфак кўчиши натижасида пайдо бўлмайди.

Элементларни шартли бўлишга қарамасдан уларни ташхис-

лашда қўллаш жуда аҳамиятли ва зарур. Фақат тошма элементларни тўғри билишгина, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликларини тўғри ташхислай олишга, маҳаллий ўзгаришларнинг клиник кўринишига асосланиб, организм ҳолатини, жароҳат ўчоғини ва бутун бир организмга ташқи омиллар таъсирини баҳолашга ҳамда бутун бир хулосалар асосида касалликка аниқ ташхис қўйишга асос яратади.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШ ЭЛЕМЕНТЛАРИ

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг юзасида патологик жараёнларнинг ривожланиши жароҳат элементлари пайдо бўлиши билан кечади. Турли касалликлардаги элементларнинг келиб чиқиши ва морфологик белгиларининг асосий клиник кўринишларидаги бир-бирига ўхшашлигига таяниб, барча жароҳат элементлари асосий белгилари бўйича қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

- 1) рангининг ўзгариши;
- 2) чегараланган экссудация;
- 3) шиллиқ қобиқнинг қаватланиши;
- 4) тўқималарнинг шишиши;
- 5) шиллиқ қаватда кемтик ҳосил бўлиши.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва терида жароҳат элементлари ҳосил бўлиши бир хил - мономорф шаклдаги элементлар ҳамда турли шаклдаги - полиморф элементлар ҳосил бўлиши билан кузатилади.

Шунинг учун бирламчи жароҳатланиш элементлари ва уларнинг ривожланиши натижасида кузатиладиган иккиламчи жароҳатланиш элементлари фарқланади. Бирламчи жароҳатланиш элементларига доғ, тугунча, тугун, дўмбоқча, пуфакча, пуфак, йирингли пуфак, қаттиқлашган йирингли халта, қабарик, абсцесс киради. Иккиламчи жароҳатланиш элементларига эрозия, афта яра, ёрилиш, чандиқ, караш, қалпоқча, тангача, қобиқ қуриши, ўсма киради.

Бирламчи жароҳат элементлари: Доғ (macila): Шиллиқ қават рангининг ўзгариши. Яллиғланишли ва яллиғланишсиз доғларга фарқланади. Яллиғланиш жараёни натижасида ҳосил бўлган доғ тўқималарнинг аниқ чегарали қисмининг қизариши билан тавсифланади.

Эритема - шиллиқ қаватнинг тарқалган кўринишидаги қизариши.

Розеола - бу 1,5 - 2 мм дан 10 мм гача катталиқдаги айлана шаклдаги эритемали доғ бўлиб, аниқ кўринишга эга.

Яллиғланишсиз доғларга геморрагик ва мугузланувчи доғлар киради. **Геморрагик** доғ катталигига қараб, петехия - нуқтали ва эххимозлар - овал ёки айлана шаклдаги кенг тарқалган геморагиядир. **Мугузланувчи** доғ келиб чиқишига боғлиқ ҳолда ташқи ва ички бўялувчан моддалар тўпланишидан юзага келадиган карашли ҳосила. Доғларнинг жойланиши ва кўриниши турлича: бир хил ҳолатларда улар аниқ чегараланган, бошқа ҳолларда кўпроқ тарқалган бўлади. Кўрғошин, висмут ва симоб моддалари таъсирида келтириб чиқарадиган доғлар мугузланиб, милк четлари бўйлаб ҳошия ҳосил қилиб жойлашади. Кумушдан милкда караш ҳосил бўлса, шакли аниқ бўлмаган, тарқалган ҳолатдаги доғлар пайдо бўлади. Мугузланиш оғиз бўшлиғида милкдан бошқа соҳаларида, масалан, оғиз бурчагида ҳам кузатилиши мумкин.

Тугунча (Papula) - шиллиқ қаватдан ранги билан фарқланувчан, шиллиқ қобиқ юзасидан кўтарилиб турадиган бўшлиқсиз ҳосиладир. Папула диаметри 3-4 мм дан ошмайди. Унинг шакли турлича: туби ўткирлашган, ярим айлана-айлана, тўмтоқсимон ва бошқа шаклларда кузатилади.

Айрим ҳолатларда папуланинг ҳосил бўлиши эпителий ҳужайраларининг катталашуви, бошқа ҳолатларда шиллиқ қаватнинг ўзига хос қатламларининг фаол иштироки натижасида кузатилади. Кўпинча папулалар эпителийлар катталашиши ва ўзига хос шиллиқ қатламларнинг фаол, бирвақтдаги иштироки натижасида вужудга келади. Тугунчали тошмалар бевожута яллиғланиш таъсирида пайдо бўлади. Оғиз шиллиқ қобигининг тангали қавати учун хос **тангали тошма** - бу қизил ясси темирлаткида кузатилади. Папуланинг ривожланиши тескари кечганда, унинг ўрнида излар қолмайди. Папула қўшилишидан тошмалар юзага келади.

Тугун - ҳосил бўла бошлаганда шиллиқ қобиқ остида қаттиқ ҳосила пайдо бўлади. Пайпаслаганда айлана, қаттиқ оғриқсиз инфилтрат аниқланади. Тугун йиринглаб, оқма йўли ёки яраланиш (захм гуммаси мисолида) ҳосил қилиши мумкин.

Думбоқча - шиллиқ қаватнинг ҳамма қатламларини эгаллаб, қобиқ юзасига кўтарилувчи, бўшлиқсиз инфилтратли ҳосиладир. Унинг катталиги 0,5-0,7 см бўлади. Думбоқчалар зич жойлашган бўлиб, уларнинг тезда тушиб кетишидан яра қолади. Яра битгандан кейин чандиқ ҳосил бўлади.

Пуфакча - суюқликларнинг (экссудат, қон) кам миқдорда қуйилишидан ҳосил бўладиган бўшлиқти элементдир. У шиллиқ қобиқ қаватнинг юза қисмида жойлашиб, 1,5-2 мм дан 3-4 мм гача катталиқда бўлади. Пуфакча деворлари эпителий-

нинг юпқа қаватидан ташкил топган бўлиб, тезда тешилиб, эрозия ҳосил қилади.

Пуфак - пуфакчадан фарқли ўлароқ, катта ҳажмдаги, суюқлик тутувчи ҳосиладир. Бундан ташқари пуфак интроэпителиал ва субэпителиал қаватда жойлашиши мумкин. Пуфакнинг серозли ёки геморрагик суюқлик билан тўлган бўлади. Пуфак катталиги 5-6 мм дан бир неча сантиметргача бўлиши мумкин.

Микроабсцесс - йирингли экссудат билан тўлган бўшлиқли ҳосила.

Киста (қаттиқлашган йирингли халта) - қобиқли бириктирувчи тўқимадан иборат қаттиқ ҳосила, у эпителиал қисмдан ташкил топган.

Қабарик - сўрғичсимон қаватнинг аниқ чегарали шишидан ҳосил бўлган бўшлиқсиз ҳосила. Шиллиқ қават юзасида 0,2 см дан 1,5-2 см гача ясси кўтарилиб турадиган шаклни ҳосил қилади.

Абсцесс - йиринг билан тўлган, аниқ чегараланган турли катталиқдаги бўшлиқли ҳосила. Тўқималарда патологик ўзгаришлар оқибатида яллиғланиш ўчоғига йиринг қуйилишидан ҳосил бўлади. Абсцесс жойлашган соҳаларда турли катталиқдаги бўртишлар юзага келиб, шиллиқ қават ёки шиллиқ ости қаватига жойлашганда, чегараси аниқ сезилади. Абсцесс чуқур қатлам тўқималарида жойлашганида, унинг чегарасини аниқлаш мураккаб бўлади ва унда флегмонали жароҳат кузатилади.

Элементларни морфологик текшириш вақтида уларнинг симметрик жойлашиши ва тарқалганлигига эътибор бериб, уларнинг бирламча элементлари бир хил шакллими (мономорф тошма) ёки тошмалар турли-туман шаклдами (полиморф тошма) аниқлаш зарур. Ташхислашда элементларнинг бир-бирига нисбатан қандай жойлашганлигига, оғриқ ва қизариш белгиларига эътибор бериш муҳим.

Кўплаб касалликларни ташхислашда пуфак ичидаги суюқликнинг ҳужайравий таркибини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга, эрозия юзасидан аконтолитик ҳужайраларни олинган суртма ашёдан топиш ва цитологик текшириш ўтказиш зарур.

Иккиламчи жароҳатланиш элементлари: **Эрозия** - жароҳатланиш натижасида, папула ёрилишидан, эпителий ўлишидан ҳосил бўлган бўшлиқнинг очилиши натижасида, эпителий бутунлигининг бузилишидан келиб чиқади. Жароҳат натижасида юзага келган эрозия **экскорация** деб аталади. Эрозия чандиқ ҳосил қилмасдан битиб кетади.

Афта - овал ёки айлана шаклдаги эпителийнинг юзадаги

кемтиги бўлиб, 0,3-0,5 мм катталиқда, шиллиқ қаватининг яллиғланган соҳасида жойлашади. Афта атрофи оч-қизил, ҳошияси қизарган кўринишда, элементга оқ ёки сарғиш ранг берувчи фибринли қобиқ билан қопланган. Афта чандиқсиз битади.

Яра - шиллиқ қаватнинг барча қатламлари бутунлигининг бузилиши билан кечадиган тубли ва қиррали ҳосила.

Ёрилиш - шиллиқ қобиқ эпителий қатлами ёки шиллиқ қобиқ юза қатламларида, тўқима эластиклигининг йўқолиши оқибатида юзага келадиган чизиқли кемтиқдир. Ёрилиш шакли жиҳатидан тўқимага йўналиб бораётган понани эслатади. Шиллиқ қобиқ қават бутунлигининг қайси даражада шикастланишига қараб, юзаки ва чуқур ёрилишларга фарқланади. Юзаки ёрилиш эпителий қавати чегарасида, чуқур ёрилиш эса шиллиқ қаватнинг хусусий пластинкасигача давом этади.

Чандиқ - шиллиқ қобиқ қаватнинг хусусий пластинкаси ва шиллиқ ости қавати жароҳатлари ўрнида ҳосил бўлган кемтиқдир. Гистологик жиҳатдан шу соҳада бириктирувчи толади тузилма сонининг ошиши ва ҳужайра элементларининг камайиши натижасида эпителийлар бирлашади ва унда гипертрофик ва атрофик чандиқлар фарқланади.

Гипертрофик (келлоид) чандиқ жароҳат натижасида ва жароҳлик муолажаларидан кейин юзага келади. Одатда, у чизиқли шаклда шиллиқ қават ҳаракатчанлигини кўпинча чегаралаган бўлиб, консистенцияси қаттиқ бўлади.

Атрофик чандиқ сил, захм, қизил югирик элементлари битишидан кейин ҳосил бўлади. Бу чандиқлар учун нотўғри шакл ва эътиборни тортувчи чуқурлик тавсифлидир.

Атрофия - шиллиқ қават ялтироқлашади ва эгатларга йиғилади ҳамда бурушиб, силлиқ бўлиб қолади,

Караш - бу эпителийдан ажралган, микроорганикалар йиғиндисидан ташкил топган, фибринли қаватдан иборат ҳосиланинг шиллиқ қаватга тўпланишидир. Истемол қилинадиган овқат маҳсулотига ва оғиз бўшлиғи сўлак миқдорига, таркибига боғлиқ ҳолда караш оқ, кир ранг, қўнғир, жигарранг, қорамтир рангда бўлиши мумкин.

Қалпоқча - эпителий ҳужайраларининг шохланишидан ташкил топган шиллиқ қобиқдан ажралган юпқа пластинка. Қалпоқча патологик шохланишдан вужудга келади. Ранги оқ-ялтироқ, кир ранг ёки қўнғир-сарик ҳолда бўлади.

Тангача - пуфакчалар, микроабсцесслар, ёриқлар ва яралардан ажралган экссудатли модданинг қуришидан ҳосил бўлади. Тангача ранги экссудатни таркибига (серозли, йирингли, геморрагик) боғлиқ.

Ўсма ёки оғиз бўшлиғида учрайдиган ўсмалар ва ўсмали

ҳосилалар - физиологик фаолият учун яроқсиз ҳужайраларнинг зичлашишидан патологик кагталашишидир. Ўсма ва ҳужайраларнинг бир қатор омиллар таъсирида ўзига хос, яъни метёрий ҳужайраларга нисбатан ҳам сифатий, ҳам миқдорий ўзгаришлари кузатилади.

Одамнинг ҳар қандай тўқима ёки аъзосида ўсма ривожланиши мумкин. У айлана ёки овал шаклдаги тугунлардан иборат бўлади, гулқарам шаклидек катталаниб борадиган қаттиқ ҳосиладан иборат. Шиллиқ қават қобиғида жойлашган ўсмалар кўп ҳолларда яраланиб кетади.

Ангиоматоз - томирлар туғма физиологик фаолиятининг бузилиб кагталашиши ёки капиллярларнинг ҳаддан ташқари кенгайиши (телеангиэктазия) бўлиб, у организм пайдо бўлиши жараёнидаги механизмнинг шаклланишида ўзига хос етишмовчилик ва ички аъзолар фаолиятининг шаклланиши давридаги каби сезгирликнинг патологик ўзгаришлар билан кечадиган жараёни оқибатидир.

Маҳаллий ангиоматоз - тананинг маълум чегарали соҳаларидаги томирларнинг жойлашишидаги ўзгаришлардир. Юз териси, оғиз шиллиқ қавати, кўз пардаси, меъда ва ичакларнинг шиллиқ қаватида тез-тез учраб туради. Клиник кечишида ривожланиш кузатилмайди. Ангиоматоз бинафша, қизғиш, кўкиш рангли доғ шаклида, бошқа ҳолатларда шиллиқ қават ва тери устига чиқиб турган ҳолатда кузатилади. Доғ юзаси ғадир-будур қалпоқча ва тангача билан қопланган бўлиши мумкин.

Беморларда элементларни морфологик текширишда яна бир бор унинг тарқалганлигига, симметрик жойлашишига, бемордаги элементларни бир турдаги кўринишига нисбатан ёки турли кўринишдаги тошмалар эканлигини аниқлаш муҳимдир.

Элементларнинг бир-бирига нисбатан жойлашишига аҳамият бериш ташхислашда муҳимдир. Тошмалар чегараланган ва гуруҳ-гуруҳ ҳолида жойлашиши, турли хилдаги шакллар ҳосил қилиши ёки бир чизик бўйлаб жойлашиши мумкин. Тошмалар алоҳида гуруҳларга ажралиб жойлашадиган бўлса, у ҳолда герпетик шаклли деб юритилади. Тошмалар марказга томон қуйилиш кўринишида ёки периферияга тарқалувчи кўринишида жойлашиши ҳам мумкин. Ташхис учун жароҳат элементининг чегараси ҳам муҳим аҳамият касб этади; чегараси аниқ ёки сезиларсиз бўлади. Кўпинча тошмаларнинг жойлашиши, масалан терининг очиқ қисми ва шиллиқ қаватида ҳамда фақат лаб қизил ҳошиясидалиги ҳам аҳамиятлидир.

Морфологик элементни текшираётганимизда унинг рангини, шакл кўринишини, атроф тўқимага нисбатан жойлашиши ва консистенциясини, қанчалик чуқурликда жойлашганлигини пайпаслаб билиб олишимиз зарурдир. Бемордан сўраш

ва кўриш асосида ҳар бир тошманинг даврийлигини, вақти-вақти билан пайдо бўладими, қанча вақтгача шаклини тутиб туради, асоратли чандиқ қоладими ва қандай хусусиятли, деган саволларга ойдинлик киритамиз. Ташхис учун изоморфли реакция (Кебнер симптоми), янги бирламчи элементларнинг пайдо бўлиши, элементнинг суюқлик таркиби, унинг шикастловчи ўрни, тери ёки шиллиқ қават экзоген омилларининг (олиниши, суқимлик, тилиниши, куйиши, қуёш нури таъсири) аҳамияти муҳим ўрин эгаллайди.

Айрим ҳолатларда морфологик элементнинг у ёки бу турига тегишлилигини аниқлаш мақсадида махсус текшириш усули, “витропрессия” - шишали ёки ашёвий ойна билан жароҳат босилиб соат йўналиши бўйича буралади; бунда жароҳатнинг бўялишига қараб, ичидаги суюқлиги (массаси) аниқланади.

Агар этиологияси асосида инфекцияли тавсифли касалликка гумон пайдо бўлса, бактериоскопик, айрим ҳолатларда бактериологик ташхислаш ўтказилади, бунда текширилаётган ҳосила элементдан ашё олинади.

Касалликларнинг айрим турларида пуфак суюқлиги таркибини, суртмаларнинг цитологик таркибини, эрозия юзасидан оконтолитик ҳужайра элементларини топиш учун текшириш ўтказиш зарурати туғилади. Дерматологиянинг мураккаб томонларидан яна бири шуки, кўпчилик касалликларда унинг этиологик ва патогенетик келиб чиқишидан қатъи назар, бири-бирига ўхшаш белгили тошмалар кузатилишидир. Бундай ҳолатларда текширишнинг гистологик тури - биопсия усулини қўллашга тўғри келади. Текшириш учун жароҳатдан ҳам, соғлом тўқимадан ҳам қисман бўлак узилиши зарур. Ҳужайраларни гистологик солиштириш ташхислаш учун асос бўлади.

Охириги 15-20 йиллар мобайнида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва дерматозли касалликларни ташхислаш мақсадида касаллик патогенезида иммунитет ҳолати муҳим аҳамиятли, шунингдек, аутоиммун механизмларни текшириш каби воситали ва тўғридан-тўғри **иммунофлюоресценция (РИФ)** усули қўлланилмоқда. **Воситали (биринчи)** усулда циркуляцияли иммуноглобулинлар (антитело), А, М ва G синфини, **тўғридан-тўғри (иккинчи)** усулда турли тўқима компонент, фибринда А, М, G синф иммуноглобулинлар аниқланади. Бундай РИФ реакциялар қизил югириқ ва бошқа касалликлардан пуфакли касалликларни қиёсий ташхислашда қўлланилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабида ўзгаришлар кузатилган беморларни текширишда, уларнинг фақат шиллиқ қаватинигина эмас, балки бутун бир организмни умумий текшириш натижаларига катта эътибор бериш зарур. Бунда мар-

казий ва периферик асаб тизимини текшириш, жумладан, дермографизм, оғриқ ва ҳароратга сезгирлигини, модда алмашувини аниқлаш, ички аъзолар, қон яратувчи аъзолар, ички секретция аъзолари, юрак-қон томир тизими кабиларни, яъни, дерматостоматологик касалликларнинг патогенезида муҳим ўрин эгаллайдиган организм тизимларини ўрганиш шарт.



1. Бирламчи жароҳат элементларининг асосий белгиларини санаб ўтинг?
2. Бирламчи жароҳат элементларини патофизиологик жараёндаги ва патоанатомик ҳолатидаги ўзгаришлари қандай?
3. Бирламчи ва иккиламчи жароҳат элементларининг фарқларини санаб ўтинг.
4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларини таъхислаш усуллари қайдай?
5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларини таъхислашда воситали ва тўғридан-тўғри усуллар нималардан иборат?

Иккинчи боб

Мавзу: ОФИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ ШИКАСТЛИ ЖАРОҲАТЛАРИ

Таълимий мақсад: Талабалар ўқиш жараёнида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати тўқималари учраши мумкин бўлган шикастланишлар, уларнинг турлари, кўринишлари, юзага келиши мумкин бўлган тўқиманинг патологик бузилишлари ва асоратлари тўғрисида билимга эга бўлишлари керак. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг маҳаллий ёки ташқи омил таъсиротларидан шикастланганини фарқлашда фундаментал - одам анатомияси, физиологияси, гистологияси ва патофизиологияси фанларидан олган билимларини чуқурлаштиришлари, шикастли жароҳатларга ташхис қўйишни, даволашни, олдини олиши ҳамда салбий оқибатларининг олдини олишни билишлари зарур.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютерда тайёрланган материаллар ва албатта поликлиника, клиника ёки бўлимлардаги беморларнинг тиббий ҳужжатлари.

Мавзунинг асосий саволлари:

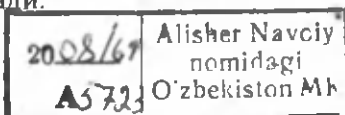
1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб тўқималарининг анатомик тузилиши ва ҳимоя хусусиятлари.
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги тўқималарнинг жароҳат турлари ва этиологияси.
3. Механик шикастланишлар, кимёвий ва физик таъсирловчилардан шикастланишлар; жараённинг ўткир ва сурункали кечиши.
4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги жароҳат ҳолатлари кузатилганда кўрсатилиши зарур бўлган дастлабки тиббий ёрдамнинг ўзига хослиги.
5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб жароҳатларининг таъсирловчи омилни эътиборга олган ҳолда даволаш, асоратларининг олдини олиш.

Машғулотлар ўтказиладиган жой: Дастлаб жарроҳлик стоматология бўлимлари, токсикология, аллергология ва травматология бўлимлари, ўқув хоналари.

Талабаларнинг мустақил ишлари учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, касаллик варақалари, клиникадаги беморлар.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати жуда ўткир ҳимоя хусусиятига эга бўлиб, овқат ейиш вақтидаги кучсиз механик ва физик таъсирлар унга сезиларли жароҳатлар етказмайди. Бироқ, шу таъсирловчилар оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватига кучлироқ таъсир қилса, у ёки бу кўринишдаги патологик ўзгаришларни юзага келтиради.



Турли даражадаги таъсирловчилар кучи турли соҳаларда ўзига хос даражадаги жароҳат ўчоқларини юзага келтиради. Агар яллиғланиш сабабчиси пластмассали протезлар бўлса, унда яллиғланиш ўрни протез ётган соҳада, милкда яллиғланиш кузатилса, сабабчи омил тиш сунъий коронкаси ва тиш тоши тил ён томонларида ёки тил учидаги жароҳатга, тишлаб олиш ҳолатлари; оғизнинг шиллиқ қобиқ соҳаси олдинги қисми ва тилни олдинги 2/3 қисмида жароҳат кузатилса, сабабчи бирор-бир ташқи ўткир шикастловчи омил, милк сўргичларидаги яллиғланишларнинг сабабчиси, осилиб ёки босиб турган пломба; милк четларини доимий жароҳатланиб ёки яллиғланиб туришига сабаб синган тиш коронкаси ёки қолдиқ тиш илдизлари эканлигини аниқлаб олиш қийинчилик туғдирмайди.

Оғиз бўшлиғидаги жароҳатларнинг ўзига хослиги шуки, у доимо турли микроблар таъсири остида бўлади. Клиник кечишида эса организмнинг реактивлиги ва беморнинг ёши муҳим аҳамият касб этади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида шикастланиш жароҳатларининг клиник кўриниши таъсирловчининг тавсифига, тезлигига, давомийлигига, қўшимча микробли таъсирларга, шунингдек, шиллиқ қават тузилишидаги ўзига хосликка боғлиқдир. Шунга боғлиқ ҳолда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгариш механик, ҳарорат, нурли ва кимёвий омилларнинг тавсифига хос ҳолдаги кўринишда ўзгаради.

МЕХАНИК ШИКАСТЛАНИШ

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг механик шикастланиши; **ўткир** - шиллиқ қаватнинг тезда жароҳатланиши ва **сурункали** - жароҳатловчи омиллар узоқ вақт таъсир қилса, бунда шикастловчи омил ўрнида жароҳат кузатилади. Оғиз шиллиқ қобиғининг ўткир механик шикастланиши - ўткир ашёдан ёки тишлаб олиш натижасида кузатилади. Тишлаб олиш оқибатида шиллиқ қаватда қон уюшиши - **гематома** (шиллиқ қобиқ қават бутунлиги бузилмаган ҳолда) ва эрозия ёки яра шаклида жароҳат вужудга келади. Тўқима ичидаги қон уюлишида кучсиз оғриқ пайдо бўлиб, 1-3 кун вақт ўтгач оғриқ йўқолиб, ўрнига кўкиш-қорамтир рангда, нўҳат ҳажми катталигида ёки ундан каттароқ гематома пайдо бўлади. Эпители жароҳатланганда, **оғриқли сўргич** ҳосил бўлиб, унинг атрофида шиллиқ қобиқ қаватининг инфилтрацияли, чегарали яллиғланиши кузатилади. Агар жароҳат ўрнига такрорий шикастланиш кузатилмаса, эрозия тезда эпителизацияланади.

Айрим ҳолатларда, шиллиқ қаватнинг бутун қалинлиги

бўйлаб жароҳатланиш аломатлари; тилда ва лунжда гапириб турганда, овқат еганда ёки тутқаноқ тутганда тишлаб олиш, ўткир ашё, стоматологик борлар, чархловчи дисклар тегиб кетганда юзага келади. Бундай ҳолатда, жароҳат атрофида яллиғланиш инфилтрати кузатилади. Жароҳатга инфекция тушиши натижасида, жароҳат тубида тўқиманинг ўлиши (*некроз*) кузатилади ва оқибатда яра ҳосил бўлади.

Шиллик қобик қаватнинг ўткир жароҳатланишини *ташхислаш* қийинчилик туғдирмайди; бемор анамнезидан сабабчи омил тўғрисида хулоса ойдаинлашади.

Даволаш жароҳатнинг ўзгариш тавсифига боғлиқ бўлади. Эрозия ва кичкина яраларда шикастловчи омилни бартараф қилиш зарур; 0,25-0,5% водород перикиси, 2% бор кислота билан чайқалади, эпителизацияни тезлаштирадиган наъматак, А витамин малҳамлари суркалади. Шиллик қаватнинг чуқурроқ жароҳатланишларида иплар билан тикилади.

Сурункали механик шикастли жароҳатлар асосан тишларнинг ўткир қирралари, сифатсиз тайёрланган ва муддати тутаган протезлар, анатомик шакли бузилган тишлардан, тиш ёйи қаторларидан ташқарида жойлашган тишдан, ўткир (аччик) овқатлар таъсиридан келиб чиқади. Жараённинг клиник кўриниши ва кечиши жароҳатнинг жойлашишига, бемор ёшига боғлиқ бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг сурункали жароҳатланишлари беморга узоқ вақтгача сезилмаслиги, оғриқ бўлмаслиги, вақти-вақти билан ноқулай ўзгаришларнинг такрорланиб туриши, қисман оғриқ ва шиллик қобикда шиш кузатилиши мумкин. Шиллик қобик қават кўрилганда, катарал яллиғланиш (шиш, қизариш), бутунликнинг бузилиши; эрозия, яра, пролифератив ўзгариш (милк сўргичлари ва четларида қизариш), тил сўргичларида папилломатоз типиде гипертрофия жараёни ва шохланишнинг тезлашиши (*лейкоплакия*) кузатилади. Бу ўзгаришлар комбинациялашган ҳолатда ҳам кечиши мумкин. Механик шикастланиш билан биргаликда бошқа омиллар, жумладан, микроблар таъсири қўшилса касалликнинг клиник кўринишида ўзгаришлар вужудга келади.

Сурункали шикастланишларда, кўп ҳолатларда катарал яллиғланиш, қизариш, қон-томир деворлари ўтказувчанлиги ошиши натижасида шиш бўлиши, бошқа ҳолатларда тўқималарда инфилтрация кузатилади.

Бу ўзгаришларнинг кечишидаги жароҳатловчининг тезлик кучига ва давомийлигига боғлиқ бўлади. Жараёнларнинг кечишида клиник ўткир экссудация ҳолати ҳамроҳлик қилиши мумкин. Экссудат *серозли* (қисман шиллик, лейкоцитлар, эпителий қоплаган хужайрали, аралашган суюқ экссудат), *шил-*

лиқли (серозлидан фарқлироқ шилимшиқ тутувчи) ва **йирингли** (ёпишқоқ, қуюқ, қўнғир-сарғиш рангдаги қуюқ масса) бўлиши мумкин.

Катарал яллиғланишнинг **ўткир** ва **сурункали** тури мавжуд. Ўткир яллиғланиш 2-3 ҳафта давом этиб, жароҳатловчи омиллар бартараф этилгач, асоратсиз ўтиб кетади. Экссудация дастлаб серозли, шиллиқли кейин йирингли ҳолатда ҳам учрайди. Йирингли экссудацияда бошқа ҳолатлардагига нисбатан унинг шиллиқ қават юзаси кўпроқ бузилган ва эрозияланган бўлади. Жароҳатловчининг бартараф қилиниши ва ўз вақтида даволаш ишларининг ўтказилиши жароҳатнинг тезда бартараф қилинишига олиб келади. Даволанмаса, жароҳат ўрнига чегара фокуси - сурункали йиринг ўчоғи ҳосил бўлиб, у ўлган массали йиринг тўқимада тўлиб туради. Бундай шикастланган жароҳат оқибатда яллиғланиши ярани ҳосил қилади, у **декубитал** яра деб ҳам юритилади.

Шикастланган яраларнинг клиник кўриниши жароҳатловчининг кучига, шикастланган соҳа ўрнига ва беморнинг умумий аҳволига боғлиқ. Шикастланиш яралари бир хил кўринишда, яъни, шикастланган яра атрофидаги шиллиқ қават шишган, қизарган, кучсиз ёки тезда оғриқ сезадиган бўлади. Яранинг четлари, одатда ноаниқ, туби осон юлинадиган, фибринли караш билан қопланган, маҳаллий лимфа тугунлар катталашган ва оғриқли бўлади. Оғзида кучсиз сурункали таъсиротларни сезган беморлар врачга таъсирловчи кучининг бошланишидан 7-10 кун, бошқа ҳолларда 1-2 ой ёки ундан кўп вақт ўтгач, узоқ вақтдан буён мавжуд яранинг безовта қилишидан шикоят қилиб мурожаат этишади. Яра четлари ва туби инфилтрация ҳисобига қаттиқлашади, атрофидаги тўқима шишади, кўкаради, яра туби кўпинча кўчувчи караш билан қопланади. Катта ҳажмли яралар мушак, ҳатто суяк тўқимасигача ўтиши мумкин. Ярани пайпаслаганда оғриқ сезилади. Яра узоқ вақт сақланиб турганда, атрофидаги тўқималар хираланиб, ёмон сифатли асоратга ўтиб кетиши ҳам кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг протез босимидан ҳосил бўлган яллиғланиш соҳалари ўчоғи нуқта-нуқтали шаклда, кўпинча бутун протез ости соҳасига тарқалган бўлади. Шиллиқ қаватнинг яллиғланиши ва шишини кўринишида нуқтали қон кўйилиши, эрозия, шунингдек, шиллиқ қобиқ қаватнинг шолисимон гиперплазияси, кичкина ёш грануляция тўқимаси ҳосил бўлиши кўринишида кечади. Айрим ҳолатларда яллиғланиш ўчоғи протезнинг тўла ёпишмаган соҳаларида юзга келади.

Шикастловчи омилнинг таъсир қилиш даражаси жароҳатнинг клиник кўриниши билан боғлиқлиги табиий ҳолдир. Ен-

гил шикастланишда шиллиқ қаватда катарал яллиғланиш юзага келади, ўткирроқ шикастланишларда эса эрозияли ва ярали яллиғланиш ҳолатлари учрайди. Бундай ҳолатда жароҳат ўчоғи оғриқли, эрозия ва яранинг қонаши кузатилади. Шиллиқ қаватдаги ўткир яллиғланиш (эрозия ва яралар) протезни коррекциялаш давомида тезда тузалиши мумкин. Агар 15-20 кунгача бўлган вақтда жароҳат битмаса, унда ёмон сифатли ҳосилага гумон қилинади.

Шиллиқ қаватда патологик ўзгаришлар олиб қўйилмайдиган протезларни тақийшдан ҳам кузатилади. Тайёрланган протезнинг қирралари милк четларини босиб қўйса, унинг физиологик фаолиятида бузилиш (ўзини тозалаши қийинлашуви, овқат қолдиқлари тўпланиши учун муҳит пайдо бўлиши) ҳолатларини юзага келтиради.

Сунъий тиш тўғри тайёрланганда ҳам қисман бўлсада, милкка зўриқиш тушиб қизартиради, шиширади, текканда осон қонайди. Агар протез жуда кучли шикастловчи омил бўлиб хизмат қилса, милк шишади, милк қон томирлари тўлишиб таранглашади, чуқур тиш-милк чўнтағи юзага келади, доимий қонаши кузатилади. Бошқа ҳолатларда милк сўргичлари қаттиқлашади, бемор овқат еганда, жароҳат ўрнидаги оғриқдан шикоят қилади, милк қонайди, бемор оғзидан ҳид келишидан нолийди. Кўприксимон протезларда оралик қисм протез ўрнидаги жароҳатни аниқлашда қийинчилик туғдиради. Агар алвеоляр шиллиқ қаватни кўприксимон протезнинг оралик қисми тўла қаттиқ босиб қўйса, олиб ташлаш масаласи кўтарилади.

Кўп ҳолатларда пластмассали сунъий тишлар шиллиқ қобик қаватда ўзгаришлар келтириб чиқариши кузатилади. Амалий-клиник текшириш маълумотларига кўра, оғиз шиллиқ қобик қаватидаги ўзгаришларнинг ўткир кўриниши ва оғирроқ кечиш ҳолатлари айнан пластмассали сунъий қоплама тишлар атрофида кузатилар экан. Пластмассали сунъий тишларни, металл сунъий тишларга нисбатан қалинлиги ҳам маълум даражада аҳамият касб этади. Бундан ташқари, оғиз бўшлиғида пластмасса бўлиши милкка қўшимча таъсирловчи сифатида таъсир қилади.

Алоқали стоматит кўринишида шиллиқ қобик қаватда жароҳат кузатилади, цитологик текшириш учун шиллиқ қобик қаватдан олинган бўлакда нейтрофиллар ёки уларнинг қўшилиши, эритроцитлар кўринишида бўлиши ҳамда кам миқдорда макрофаглар кўринади. Шикастланиш яралари узоқ вақт давомида сақланиб турганда, яллиғланишдан олинган суртмада ясси эпителий ҳужайралари кузатилади. Кўплаб нейтрофилларни, унинг фагоцитоз босқичидаги ҳолатда ёки фагоцитоз

нинг бузилган кўринишида учраши ҳамда якка-якка лимфоцитлар, полибластлар, макрофаглар, айрим ҳолатларда икки ядроли эпителиал ҳужайраларни топиш мумкин. Эрозия ва яраларни битиши нейтрофиллар, фогицитозга ўтиш даврида хўжайра кўринишлари, полибластлар, макрофаглар, фибробласт типиди ва плазматик ҳужайралар ҳосил бўлаётгани кўринади. Бактериологик текшириш ўтказилганда, одатда, оғиз бўшлиғи микрофлорасида кокклар, таёқчалар, лептотрихиялар кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватини механик жароҳатланиши **“аналгия синдроми”** деб аталувчи ҳолатдир, бу тишлар сабабли ҳам кузатилиши мумкин. Ҳозирги вақтда “аналгия синдроми”нинг сабабчи оғриғи, физиологик тизимнинг ривожланишдан орқада қолиши натижасида юзага келиши аниқланган. Бу касаллик оила аъзоларининг кўпчилигида учраши унинг наслга боғлиқ етишмовчилик эканлигини кўрсатмоқда. Бунда тиш чиқиши бошланиши биланоқ болаларда лабини, лунжини, бармоқларини тез-тез тишлаб олиши кузатилади, натижада оғиз шиллиқ қаватида кўп сонли чандиқлар юзага келади. Тишлаб олиш натижасида қонаш; айрим ҳолатларда шу даражада кучли тишлаб олиш ҳолатлари кузатиладики, бу нарса жарроҳлик муолажаларини қўллашга олиб келади. Бундай беморларда жароҳатни шикастланиш ва кўчиш оқибатида юзага келаётган инфекциялар тушиши ва ёмон битиши каби ҳолатлари кўп кузатилади. “Аналгия синдроми” ёш улғайиб бориши билан қисман бўлсада, яширин ҳолатга ўтади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги шикастли жароҳатларни саратон яралардан, миляр-ярали силдан, қаттиқ шанкрдан, трофик ярадан; шикастланиш эрозиясини эса пуфакчадан **қийсий фарқлашимиз** керак. Шикастли яралар учун беморга кўрсата оладиган таъсирловчи омилнинг мавжудлиги, жароҳат ўрнидаги оғриқ, яллиғлиниш, инфилтратнинг борлиги, цитологик текшириш натижасида махсус хусусиятли ўзгаришлар йўқлиги тавсифлидир. Шикастланиш жароҳатлари таъсирловчи омил бартараф этилгач, 3-5 кундан кейин битиб кетади.

Ракли яралар узоқ вақтгача (бирнеча ойгача) давом этади ва дастлаб яра ҳосил бўлганидан оз вақт ўтгач, кучсиз оғриқ белгилари кузатилади. Ракли яраларда жароҳат атрофи ва тубининг қаттиқлиги хос бўлиб, атрофи карам гулига ўхшаб ёйилиб, айрим ҳолатларда четлари мугузланади. Рак ярасида шикастловчи омил бартараф қилинганда тузалиш кузатилмайди.

Ташхислашда цитологик ёки гистологик текшириш муҳим аҳамиятга эгадир. Рақда юлиб олинган тўқималарда атипик

ҳужайралар кузатилиб, ҳам ҳужайра, ҳам ядро полиморфизи-
мини учратамиз. Ядро-цитоплазматик муносабатнинг бузили-
ши оқибатида кўп ядроли ҳужайралар кузатилиб, ядро турли
хил шаклда, нотўғри ўринда жойлашиб, гиперхром кўринишда
бўлади. Атипик ҳужайраларда митоз ҳолати кўп учрайди. Пре-
паратда кўрилганда, кўп миқдорда “яланғоч” ядролар куза-
тилади.

Ёмон сифатли ўсмалар тўқимасида емирилиш кузатилган-
да ташхислашда цитологик усулни қўллаш яхши натижа бе-
ради. Бошқа ҳолатларда эса гистологик текшириш якуний таш-
хис учун муҳим натижа беради. Қачонки гистологик ва цито-
логик текшириш натижалари ҳамда касалликнинг клиник бел-
гиларидаги симптомларда қарама-қарши, англашилмовчилик
ҳолатлари пайдо бўлиб қолса, албатта такрорий гистологик
текшириш ўтказиш шарт.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ярали жароҳат милиар-яра-
ли силда, худди ўпка силининг очиқ тури кўринишида; тезда
оғриқли, юмшоқ, четлари йирингли, яра туби дондор,
кўпинча яра атрофида сариқ нуқталар – “треля донлари” шак-
ли кузатилади. Жароҳатнинг сабабчи омили бартараф қилин-
гандан кейин ҳам ярада эпителизация жараёни кузатилмайди.
Яра юзасидан юлиб олинган тўқимани бактериоскопик тек-
ширганимизда, микобактериялар топилади.

Қаттиқ шанкр (ярали шакли), шикастланиш яраларидан
ўзининг типик хусусияти - асосининг қотиши билан қиёсла-
нади. Шанкр четлари текис, қаттиқ, туби юмшоқлашган ясси,
оғриқсиз, қизил рангли гўшт ҳолида бўлади. Шанкр атрофи-
даги шиллиқ қобик қават ранги ўзгаришсиз, лимфа тугунла-
ри қаттиқлашган, оғриқсиз, ҳаракатчан, қаттиқ эластик ху-
сусиятига эга. Ярадан юлиб олинган тўқимадан топилган тре-
понемалар ташхисга якуний аниқлик киритади. Бундай ҳолат-
ларда Вассерман реакцияси шанкр ҳосил бўлганидан 3 ҳафта
ўтгач, мусбат натижа беришини инobatта олиш зарур.

Трофик яралар маълум узокроқ давр мобайнида сақланиб
туриши, умумий касалликлари бор беморларда кучсиз кечи-
ши билан тавсифланади. Агар яра шикастловчи омил таъси-
рида кузатилса, бу таъсирловчи бартараф этилиши билан яра-
нинг битиши жараёнида кучсиз ижобий ўзгариш кузатилади.
Трофик яраларда цитологик, бактериологик текшириш усул-
лари ташхислаш учун қўшимча асос бўла олмайди.

Эрозияли шикастланиш жароҳатлари пуфакчада пайдо бўла-
диган эрозияга ўхшаши мумкин. Бироқ, Никольский симпто-
мининг мусбатлиги, суртмада аконтолитик ҳужайра бўлиши,
ядроларнинг полиморфизми, пилигоид эрозияни шикастла-
ниш эрозиясидан фарқлаш учун асос бўлади.

Даволаш: шикастланиш жароҳатларида таъсирловчи омилнинг бартараф қилиниши даволашнинг биринчи йўналишидир. Ўлган тўқима қолдиқлари мавжуд яраларга дастлаб антисептик дори ашёлари (1:5000 нисбатдаги калий перманганат эритмаси, водород пероксида, 1:5000 нисбатдаги фурациллин), протеолетик ферментлар билан ишлов берилади. Агар кучли оғриқлар пайдо бўлса, оғриқсизлантириш ўтказилади. Эрозия ва яраларни эпителизациясини кучайтирувчи ашёлар билан ишлов берилади, бунда облепиха ёки наъматак малҳами, А витамини эритмаси ишлатилиши мумкин. Юмшоқ тўқималарнинг гипетрофияси - протезли гранулёма ҳолати кузатилса, сунъий протезлар тақиш таъқиқланади. Жароҳатланган ва гипертрофияга учраган тўқима эпителизациялангандан кейин кесилиб, протез қайтадан тайёрланади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати шикастланиши жароҳатларининг олдини олиш учун оғиз бўшлиғидаги барча жароҳатловчиларни бартараф қилиш, кариес ковакларини пломбалаш, протезларнинг ҳолатини назорат қилиб туриш зарур. Шикастланишларнинг олдини олишда, яқка олиб ташланган тишлар ўрнини тезда ортопедик даволаб, тиш қаторларидаги камчиликни вақтида бартараф қилиш мақсадга мувофиқдир.

ПАСТ ҲАРОРАТЛИ ТАЪСИРЛОВЧИЛАР

Охириги йилларда стоматологиянинг даволаш йўналишида паст ҳароратли даволовчи усуллар кенг қўлланилмоқда. Бу болада асосан гипертрофик гингивит, эпүлис, папиллома, лейкоплакия, сурункали яралар, Манганотти хейлити, лаб ёрилиши ва бошқаларни даволашдаги эришилаётган ижобий натижаларни таъкидлаб ўтиш мумкин.

Клиник-экспериментал текширишларнинг кўрсатишича, тўқималар чуқур қатламини қисқа муддатли музлатиш - шиллиқ қобиқ қават юзасининг некрозига олиб келади. Азотнинг буғли суюқлигини (-1196°С) 15-20 сония тўқимага таъсиридан ёки махсус криоинструмент билан криотаъсир (130-175°С) қилинганда, шиллиқ қават қобиғи қорға ўхшаш музлаган қаватни ҳосил қилади. Музлаган тўқима соҳаси атрофидаги тўқимадан аниқ ажралиб туради. Криотаъсир тўхтатилгандан кейин 10-20 дақиқа ўтгач, тўқима олдинги ҳолатига қайтади. Орадан 2-3 соат ўтгач, музлатилган соҳа қизаради, шишади (шиш 2-3 кундан кейин қайтади), бир кун ўтгач кўпчилик беморларнинг музлатилган тўқима соҳасида некротик қатлам юзга келиб, у тагидаги тўқимага зич ёпишган оч-сарик, лабда эса қорамтир-сарик рангда бўлади. Некротик тўқима атрофидаги шиллиқ қаватдан ингичка қизарган чизик билан аниқ чегара

ланган бўлади. Некротик тўқима тўкилиши (ажралиши) 5-6 кундан кейин кузатилади. Некротик тўқима маълум муддатда тўкилиб, тўқиманинг эпителизацияси 12-16 кун давом этади.

Ҳозирги вақтда стоматологик амалиётда криотаъсир мақсадида КР-1, КР-4, КАС-01 криоорасител курилмалари қўлланилиб, улар азотнинг буғли суюқлигини сепиш тартибига асосланиб ишлайди. Шунингдек, КУАС-01МТ русумли дросил микробиоген тизимни ҳалқали ёпиқ цикл асосида ишловчи курилма ҳам кенг қўлланилади.

Тўқималар музлаши жараёнида асосан қуйидагилар кузатилади: музлаш даврида тўқималар локал оқариб, музлай бошлайди, бунда ҳужайра ичидаги ва ҳужайра ташқарисидаги суюқлик кристаллизацияланиши кечади. Музлаш даврида тўқималарнинг оқариш соҳаларини аниқлаб олиш мумкин. Тўқималарда қизариш ва шишиш даври бевосита музлаш даври ўтиб бўлгандан кейин - ҳужайраларо ва ҳужайра ичидаги кристалланган суюқликнинг ўз ҳолига қайтиши асосан капилляр қон томирлари бузилиши оқибатида кузатилади, бунга сабаб мембрана структураси музлаганда ўзгаради ва эриш жараёнида қон томир деворларининг ўтказувчанлиги ошади. Крионекроз даври 2-3 кун давом этиб, тўқималарнинг соғлом ва некрозланган соҳаси орасида аниқ чегара ҳосил қилиб, шиллиқ қаватдаги тўқималар шиши камаяди. Криодеструкция соҳаси катталигига қараб, регенерация даври 6-10 кундан кейин бошланиб, 8-12 кунгача давом этади. Бу вақтда шиллиқ қаватда тўла тикланиш жараёни давларини, вақтини аниқ билиб олиш, даволашга ҳаракат қилиш учун муҳим аҳамият касб этади.

Дори-дармонлар билан *даволашда* яллиғланишга қарши муколитик таъсир қилувчи, асептик некроздан сақланишга қаратилган, шиллиқ қават регенерациясини меъёрлаштирувчи моддаларга қўпроқ эътибор берилади. Криодеструкцияларни даволаш мақсадида қўллаётганимизда атроф соҳадаги тўқималарга таъсир қилмаслиги учун турли криопротекторлар қўлланилади. Шулардан энг оддий усули индифферент малҳамлар билан ёпишдир.

ЮҚОРИ ҲАРОРАТЛИ ТАЪСИРЛОВЧИЛАР

Юқори ҳароратли шикастланишлар иссиқ сувдан, буғдан, қизиган ускунадан, электр токидан бўлиши мумкин.

Бу шикастловчи омиллар оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида одатда чегараси аниқ тарқалган жароҳатни чақиради. **Ташхислаш** қийинчилик туғдирмайди. Беморнинг анамнезидан сабабчи омил аниқланади.

Иссиқ сув ёки буғ таъсирида куйиш ҳолатларида шиллиқ қаватнинг кенг қатарал ўзгариши кузатилиши мумкин. Бундай ҳолатда тез ўтадиган оғриқ синдроми кузатилади. Оғир ҳолатларда тезда қизариш ва эпителий мацерацияси кузатилади. Кучли куйишдан кейин шиллиқ қаватда пуфакчалар пайдо бўлиши ва тез ёрилиб, ўрнига кенг эрозия ҳосил бўлиши кузатилади. Бемор турли шикастловчи омиллар текканда оғриқ бўлишидан шикоят қилади. Иккиламчи инфекциялар тушиши ва маҳаллий шикастловчи омиллар таъсирида жароҳат ўчоғида эпителизация секинлашади, асоратли кечиш вақти узаяди.

Эрозияни *даволаш* - турли шикастловчи омиллар таъсирини бартараф этиш ва антисептик ишлов ўтказиб яллиғланишга қарши дори-дармонлар, эпителизацияни тезлаштирувчи малҳамлар қўллашдан иборат. +100°Сдан юқори ҳароратли шикастловчилар шиллиқ қаватда некроз ҳосил қилади. Бу ҳолатда ҳам шикастловчи ярани даволаш қўлланилиши некроз соҳа тўқимаси ажралгандан кейингина ўтказилади.

МИКРОТОКЛИ ТАЪСИРЛАНИШЛАР

Микротоклар тўғрисидаги дастлабки маълумотлар XIX аср охирида пайдо бўлиб, унда оғизда таъм сезишнинг бузилиши билан кузатилган. Оғизда гальваник тоқлар пайдо бўлишига оғиздаги металл пломба ва протезлар сабаб, деб қаралган. Ортопедик даволаш усуллари оғизда кўпайиши ва кенгайиб бориши шу каби маълумотлар тўғрисидаги фикрларни тасдиқлай бошлади.

Металл моддалар орасидаги потенциалларни биринчи бўлиб, 1929 йилда Sikoга гальванометр ёрдамида ўлчади. Липпман (1930) эса оғиздаги тоқларнинг ҳажмини микроамперметрда ўлчади. Кейинчалик Марей М. Ф. (1952), Высоцкий А. В. (1962), Рубенова И. С. (1962), Курланский В. Ю. (1968), Хватова В. А., Маш (1959) ва бошқалар оғиз бўшлиғида металл сунъий тишлар ҳамда кўприксимон протезлар "*гальванизм*" - патологик жараёни юзага келтиришини таъкидлашган. Протез таққандан кейин бир қатор беморлар оғизда кислота, туз, металл, иссиқлик ва таъм сезишнинг ўзгариши, сўлак ажралишининг бузилиши кабилардан шикоят қилишади.

Кўпинча тил, танглай, лунжнинг шиллиқ қаватида куйишиш, кўнгил айниш ва ҳатто қусиш ҳолатлари кузатилади. Металл гладилка билан сунъий тишга теккан вақтда оғриқ синдромлари юзага келиши мумкин. Бу сезгилар кўпинча кечқурун, чекишдан кейин кучаяди ва овқат егандан сўнг йўқолади. Кўпинча бундай ноқулай сезгилар турғун бўлиб, фақатгина металл сунъий тишларни олиб ташлагач ёки протезлар пла

стмассага ҳамда олтинга алмаштирилгач йўқолади. Бошқа ҳолатларда сезгилар ўз-ўзидан пасайиб бориб, кейинчалик бутунлай йўқолиб кетади. Кўпчилик шундай “гальванизм” билан оғриган беморларда оғиз шиллиқ қаватида ўзгаришлар кузатилмайди. Айрим беморларнинг металл сунъий тишлари яқинидаги шиллиқ қаватида қизариш, шиш, эрозияланиш, ҳатто йиринглаш жараёни ҳам юзага келади.

Оғизда металл пломбаси бор беморларга металл сунъий тиш қўйилгач, биринчи кундан бошлаб, 20-90 мкА микроток ҳосил бўлганини кузатиш мумкин. Кейинчалик микрооклар камайиб бориб, 1 йил ўтгач, 7-20 мкА гача тушиши кузатилади. Металли сунъий тишлар олиб ташлангандан ёки алмаштирилгандан кейин улардаги микрооклар 0-3 мкА гача камайишини кузатиш мумкин.

“Гальванизм”ни глоссалгия ва оғиз шиллиқ қаватини аллергик реакцияси билан *қийёсий ташхислаш* мумкин. Анализ жуда аҳамиятли бўлиб протезни тақишгача беморнинг оғзида қандайдир таъм сезишлар кузатилганми ёки кузатилмаганлигини билиб олишдир. Т.В. Никитина ва М.А. Тўхтабоева (1980) томонидан ишлаб чиқилган “Галванотест” қурилмаси жуда қулай, хавфсиз ва жуда юқори аниқликда микроокларни аниқлайди.

Даволаш учун металл сунъий тишлар олтинга алмаштирилади. Оғизда металл пломбалар бўлса, уларни алмаштириш зарур. Маҳаллий, яллиғланишга қарши оғиз чайқашлар, 10% ли анестезинни глицериндаги аралашмаси қўлланилади.

НУРЛИ ТАЪСИРЛАНИШЛАР

Организмга ионлашган радиацион нурлар таъсири натижа-сида оғиз шиллиқ қаватида нурли реакция пайдо бўлади. 1922й. Кантар биринчи бўлиб оғиз бўшлиғи шиллиқ ва ютқинида бу реакцияни кузатган.

Юз-жағ соҳасида даволаш мақсадида турли рентгенорадионурлар қўлланилиши, яъни, масофали, калтафокусли, тўқима ичидан нурлар қилиниши мумкин. Даволаниш дозаси бир марталик ёки умумий нурланиш йиғиндиси миқдорига қараб, тўқимада реакция турлича бўлади. Шу омилларга асосан оғиз шиллиқ қобиқ қавати реакцияси чегараланган (қисқафокус-лида ва гамма-терапияни тўқима ичида) ёки бутун шиллиқ қобиқни эгаллаган (масофали рентгеннурланишда). Нурли даволаш жараёнида шиллиқ қобиқ қават реакцияси турлича талқинланади; рентгенорадиоэпителит, нурли эпителиит, мембраноз эпителиит, радиостоматит, нурли стоматит, мукозит ва бошқалар. Кўпчилик мутахассислар бундай ҳолатни “*радиомукозит*” деб аташни таклиф қилганлар.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини нурлантиришдаги реакция, жойлашган соҳага қараб, ўзининг клиник асосларига эгадир. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати бузилишининг биринчи клиник белгиси шохланувчи эпителий бўлган ҳолатидир. Нурланиш дозаси ошиши билан шиллиқ қаватнинг қизариши, шишиши ортиб боради, шиллиқ қобиқ қават хиралашади, ялтироқлигини йўқотади, қаттиқлашади ва шохланиш кузатилади. Шиллиқ қаватнинг бундай ўзгариши лейкоплакия ёки қизил ясси темирткини эслатади. Кейинчалик шохланувчи эпителийлар ажралиши, эрозия кучайиши, некротик қараш (ўчоқли қават радиомукозити) қоплами ҳосил бўлади. Некротик жараён катта соҳа бўйлаб тарқалиши (қораоли қаватли радиомукозит) ҳам мумкин.

Юқорида таъкидланганларга асосан, юмшоқ танглай, лунж, оғиз туби нури таъсирловчиларга сезгирроқ соҳа саналиб, жараён тез вақтда шохланишсиз кечади. Қаттиқ танглай, милк, тил деворлари камроқ сезгир, кам шохланувчан соҳалардир. Тилнинг шиллиқ қобиқ қаватида эпителийлар десквамацияси ва ўчоғли қават радиомукозити дастлаб тилнинг ён юзаларида, кейин деворида пайдо бўлади. Қаттиқ танглайда гиперемия кўринишида шохланиш кузатилиб, милк четларида жойлашган эрозия камдан-кам ҳолатда юзага келади.

Оғиз шиллиқ қобиқ қаватида максимал даражада ўзгариш кузатилса, сўлакнинг кам ажралиши юз бериб, унда нур сўлак безига (масофадан нурлантириш усулида) таъсир қилади. Сўлак безлари нурга нисбатан юқори сезгирликка эга. Нурланишнинг дастлабки даврида сўлак безининг секрецияси кучаяди, 12-14 кун ўтгач эса оғизда қуриш, таъм билишнинг йўқолиши кабилар кузатилади.

Сўлак ажралишининг пасайиши билан бир вақтда оғизда сўлакнинг фермент фаоллиги пасайиши оқибатида, овқатни эзиш жараёни пасаяди, сўлакдаги водород ионлари (рН) концентрацияси ва сўлакнинг ёпишқоқлиги ўзгаради.

Беморлар боши соҳасида рентген нурланиш ўтказилганда, сўлак ажралиш фаолияти айнан нур йўналтирилган соҳага боғлиқ ҳолда ўзгаради. Агар юзнинг пастки соҳасида нурланиш ўтказилса, оғиз туби ва тилда; юқори жағ соҳасида нурланиш ўтказилганда, юмшоқ ва қаттиқ танглайда даволаш охирида сўлак ажралиши жараёни бузилиши кўринади. Нури даволашдан кейин одатда сўлак ажралиши меъёрлашади. Меъёрлашувнинг муддати нурланиш ўтказилган соҳа ва нурланишнинг умумий йиғиндисига боғлиқ. Нурлангандан кейин ўртача 4-6 ҳафта вақт ўтгач, сўлак ажралиши қисман ёки тўла тикланади. Айрим ҳолатларда; бемор ёшига, соғлиғига нурланиш йиғиндиси тўғри келмаса, сўлак ажралиши жуда узоқ вақт тикланмайди ёки умуман тўла тикланмайди.

Сўлак ажралишдаги зўриқишларнинг биринчи белгиси - эр-талаб ва кечкурун бемор оғзи қуришини сезишидир. Оғиз қуриши доимий ривожланиб боради, овқатни чайнаш ва ютиш, сўзлашиш нисбатан қийинлашади. Бир вақтда таъм сезиш ўзгаради. Бундай ўзгаришларнинг дастлабки клиник белгиси - тил учида ва ён томонида қичишиш пайдо бўлишидир. Кейинчалик тил учи ва ён томонида қизариш жараёни кузатилади. Тил сўрғичлари атрофи яланади ва бутунлай йўқолиб кетишигача давом этади. Таъм сезиш умуман йўқолади. Таъм сезишнинг ўзгариши сўлак ажралишидан фарқлироқ, юқори дозада нур узатганда кузатилиб, унинг меъёрлашуви учун узоқ вақт талаб қилинади. Шиллиқ қобигидаги қават қуришнинг кучайиб бориши ва таъм сезишнинг умуман йўқолиши беморнинг психикасига таъсир этиши мумкин.

Шуни ҳам таъкидлаш жоизки, оғиз бўшлиғидаги ўзгариш, қорин бўшлиғи, кўкрак қафаси, чаноқ соҳасидан нур ўтказилганда ҳам кузатилади. Бироқ, бундай ўзгаришлар юқори дозада нур узатилгандагина юзага келиб узоқ муддатгача зўриқишнинг умумий (уйқу бузилиши, иштаха йўқолиши) кўринишида юзага чиқади.

Масофадан нурлантиришда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги ўзгаришлар, тўқима ичидаги гамма-терапияда ҳам кузатилиб, ўзига хос кўринишда бўлади. Ҳаққон ва қораоли қаватли радиоэпителит жуда тез муддатда ривожланади ва аниқ, локал жойлашади, узоқ кечади. Оғиз шиллиқ қаватида ўткир ўзгаришларда бемор лабидаги куйишишдан, оғизнинг олдинги соҳасидаги қуришдан шикаят қилади. Пастки лаб шу даврда сезиларли шишган, лаб қизил ҳошияси қизарган, қуруқ бўлади. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати жуда юқори даражада регенератор хусусиятга эга бўлиб, тезда меъерий ҳолатга қайтиши мумкин. Бироқ сўлак беши ва оғиз шиллиқ қобиқ қаватида қайтмас жараён (нурли яра, суяк тўқимаси некрози) кузатилиши ҳам мумкин.

Нурли яра турлича чуқурликда ва ҳажмда бўлади. Четлари аниқ, қаттиқ, кўпинча ичкарига буралган, тубида некротик тўқима мустаҳкам жойлашган. Нурли яра учун доимий, кучли оғриқ хос бўлиб, бу нурли неврит билан изоҳланади. Бемор уйқусизликдан қийналади, озади, руҳи тушади, доимий ноқулай сезгидан қийналади. Нурли яра ўсмани даволаш жараёнида ўша соҳадаги тўқималарда ҳам кузатилади, шунинг учун нурли яра ёки ўсманинг рецидивни деган фарқли фикрларни ойдинлаштириш зарур.

Қиёсий ташхис учун цитологик текшириш муҳим аҳамиятга эгадир. Оғиз бўшлиғи санация қилинмаган беморларнинг оғзидаги патологик жараён тез ривожланади, маҳаллий ноқулай омиллар асосий патогенетик аҳамият касб этади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг нурланиши реакцияларининг **профилактикасида** стоматолог муҳим ўрин эгаллайди. Оғиз бўшлиғида нур билан даволаш ўтказишдан олдин уни санация қилиш зарур.

Стоматолог врач бундай беморларни диспансер ҳисобга олиши шарт. Санация жуда қисқа муддатда - 2-3 кунда ўтказилиши керак. Куйидаги тартибда санация чоралари кўришни таклиф қиламиз:

1. Қимирлайдиган, илдизи учида сурункали яллиғланиш ўчоғи бўлган тишларни оғриқсизлантириб, олиб ташлаш, ўрнини жарроҳлик иплари билан тикиш керак. Тиш коронкаси шикастланган, олиб ташлаш учун кўрсатмаси бўлмаган тишларнинг ўткир қирраларини бартараф қилиш зарур. Тишларни нурлантиришни бошламасдан 3-5 кун, энг камида 1,5-2 кун олдин олиш мумкин.

2. Сунъий тишларнинг илдиз қолдиқларини ва милк ости тиш тошларини тозалаш зарур.

3. Барча кариоз ковакларни пломбалаш керак; бунинг учун пломба цемент ёки пластмассадан қўйилади.

Нурланиш билан даволаш ўтказишда бемор оғзидаги металл сунъий тишлар қатор муаммолар туғдиради. Ҳаммага маълумки, нурлантириш вақтида металл иккиламчи нурлантириш манбаи бўлиб хизмат қилади. Натижада металл шиллиқ қобиқ қаватнинг қўшимча реакцияланиши эҳтимолини туғдиради. Бунинг олдини олиш мақсадида металл сунъий тиш устига 1-2 мм қалинликда “каппа пластмассаси” кийдирилади. Нурланиш ҳам 1-2 мм чуқурликка ўтишини инobatга оладиган бўлсак, қўшимча нурланиш эҳтимолидан беморни ҳимоялаган бўламиз.

Нурланишдан кейинги шиллиқ қобиқ қават реакциясининг олдини олиш - организм қаршилиқ кучини оширишга, тўқималар ўтказувчанлигини камайтиришга, шиллиқ қобиқ қаватга ёмон таъсир қилувчи омилларни бартараф этишга йўналтирилган бўлиши зарур. Мақсадли равишда рутин, никотин кислоталар, аевит, В₁₂ витамини, кальций дори воситалари, ўткир яллиғланиш жараёнлари кучайганда эса корти-костероидлар қўлланилади.

Нурли реакция авж олган вақтда патологик тиш милк чўнтаклари, айниқса, пародонтда антисептик эритмалар билан ювилади. Шиллиқ қават 1%ли нитрал яъни, перикис малҳами ёки қораоли, облепиха, кунгабоқар малҳами эритмаси билан артилади. Нурланишдан кейинги даврда кортикостероидли суртма ва малҳамлар суркалади. Оғриқсизлантириш мақсадида 1%ли тримекаин ёки новокаин эритмалари, 0,5-1%ли дикаин эритмаси, 10%ли анестезиннинг мойли аралашмаси

ишлатилади. Реакция авж олган вақтда тишларни ва тиш тошларини олиш, милк чўнтаklarини кюретаж қилиш, куйдирувчи дори-ашёларни ишлатиш умуман мумкин эмас.

Нурли ярани даволаш жуда қийинчилик туғдиради. Мақсадли равишда прополис, арчали-каротин пасталар, витаминли маз — V_{12} лар билан қўшиб суркалади, шунингдек, ҳужайраларнинг ҳаётий фаолиятига зарур бўлган субстанция биосинтезини бошқариш, модда алмашинувини меъёрлаш зарур. V_{12} витамини билан бир ярим-икки ярим ой давомида мақсадли даволаш ўтказилиши зарур. Агар консерватив даволаш натижа бермаса, нурли ярани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш зарур.

Тил абсцесси. Тил тўқимаси шикастланиши оқибатида унга инфекциялар тушиб, абсцесснинг юзага келиши ва ривожланишига сабаб бўлади. Абсцессларни тилнинг шиллиқ қобиқ қаватида жойлашган юзаки абсцесслар ва чуқур қаватларда жойлашган (мушак қаватда) чуқур абсцессларга ажратамиз. Юзаки абсцесслар тил девори соҳасида жойлашади. Яллиғланиш жараёни тез юзага келади ва тезда ўтиб кетади. Кўрилганда абсцесс соҳасида қизарган ва бўртиб турган ҳамда шишли соҳа аниқланади. Пайпаслаганимизда, шу соҳада кучли оғриқ ва қаттиқлик сезилади. Тил фаолияти қисман бузилишига, унинг оғришига сабаб бўлади. Кейинчалик абсцесс пайдо бўлган соҳада лўқиллаш кузатилади. Абсцесс пайдо бўлган соҳа юзасидаги шиллиқ қобиқ юпқалашиб боради ва бир неча кундан кейин ёрилиши мумкин.

Агар тилда абсцесс тил қалинлиги бўйлаб жойлашса, касаллик белгилари оғирроқ ўтади, яллиғланиш жараёнида тана ҳарорати кўтарилиши, бемор ўзини ёмон ҳис қилиши, эритроцитлар чўкиш тезлигининг (соэ) ошиши, лейкоцитоз ривожланиши кузатилади. Тил айрим ҳолларда оғизга сифмас даражада шишиб кетиши мумкин. Бундай тил иллизининг яллиғланиши кузатилганда, яллиғланиш узоқ давом этади, жараён оғиз тубидан, овоз ёриғи соҳасигача тарқалиб, нафас олиш қийинлашади. Жағ остидаги лимфа тугунлар катталашади, оғриқли ва остидаги тўқималарга ёпишмаган бўлади. Ташхис қўйишда кечикилса ёки даволаш кечиктирилса, фиманали глоссит ривожланиши, бу вақтда эса яллиғланиш энгак ости ва бўйин соҳасига тарқалиши мумкин. Оқибатда медиастинитга олиб келиши хавфи ҳам пайдо бўлади.

Даволаш. Жараённинг бошланишида антисептиклар билан оғизни тез-тез чайқаш, абсцесс ривожланишидан сақланиш мақсадида антибиотик воситаларни ичиш тавсия қилинади. Абсцесс пайдо бўлганда, уни жарроҳлик усулида очишдан фойдаланилади. Жароҳат очилганидан кейин, бўшлиққа антибио-

тиклар ва протеолитик ферментлар қўшиб юбориб ювилади ҳамда оқма йўли ҳосил қилиб, тиқин (дренаж) этилади. Антибиотик ва поливитами́нлар тавсия қилинади. Жарроҳлик муолажасидан сўнг, оғиз тез-тез антибиотик эритмалар билан чайқаб турилади.



1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавитининг шикастли таъсирловчи омилларини санаб ўтинг.
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавитининг механик шикастланишидаги ўзгаришларга нималар киради?
3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавитининг термик шикастланиши белгилари нимадан иборат?
4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавитининг микротокли шикастланиши белгилари нима?
5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавитининг нузли шикастланиш жа-роҳатларига нималар киради?

Учинчи боб

Мавзу: ЎТКИР ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДАГИ ЖАРОҲАТЛАР

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида организмда кечадиган ўткир юқумли касалликда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги патологик ўзгаришларни билиши; бунинг учун албатта танадаги юқумли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзига хос касаллик белгиларини, клиник кечиши, этиологиясини, таъхисини, даволаш ва олдини олиш усулларини билиши керак. Юқумли касалликларда оғиз бўшлиғида кузатиладиган ўзгаришларни қайси юқумли касалликка хослигини фарқлай билиши, ҳамда асосий касалликни, яъни организмдаги юқумли инфекция ўчоғини даволаш тўғрисида тушунчага эга бўлиши зарур.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютерда тайёрланган материаллар, поликлиникада, клиникада ва юқумли касалликлар бўлимларидаги беморларнинг тиббий ҳужжатлари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Ўткир юқумли касалликларда таъхис қўйиш асослари.
2. Юқумли касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари.
3. Ўткир юқумли касалликларга жавобан оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзига хос хусусиятлар.
4. Ўткир юқумли касаллик таъхиси қўйилган беморга биринчи ёрдам кўрсатишнинг ўзига хослиги.
5. Сувчечак, қизамиқ ва кўк йўтал касалликларини таъхислаш ҳамда даволаш босқичларининг ўзига хос асослари.

Машғулот ўтказиладиган жой: Поликлиника, клиник ва юқумли касалликлар бўлимлари, ўқув хоналари.

Талабанинг мустақил ишлари учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, касаллик варақалари, бевосита клиникада мурожаат этган ва даволанаётган беморлар.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Ўткир юқумли касалликларнинг клиник белгиларидан бири бу – оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида кечадиган асоратли жараён белгиларини аниқлаш ва таъхис қўйишда қўл келишидир. Шиллиқ қобик қаватнинг турли қисмларида касаллик учун хос ўзгаришлар кузатилади, масалан, қизамиқда, Белскова-Филатов-Коплика доғи; гриппда алоҳида геморрагия, шиллиқ қаватни барча майда қон томирларининг жароҳатланиши ва бошқалар.

Ўткир юқумли касалликларда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида, бир вақтда таъсир қилувчи омиллар, овқат ҳазм

қилиш фаолияти бузилиши, оғиз билан нафас олиш натижасида оғиз қуриши ва иштаҳа йўқолиши, сўлак кам ажралиши каби ҳолатни акс эттирувчи кутилмаган ўзгаришлар ҳам организмда сўлакдаги кислота-ишқор мувозанатини бузади, тўқималар кислородга тўйинмайди, дисбактериоз, гило ва авитаминоз ҳолатлари кузатилади, иммунитет пасайишига олиб келади. Демак организмдаги умумий ўзгариш ҳам оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ўзгаришида маълум даражада аҳамиятлидир. Ўткир инфекцияли касаллик кечиши жараёнида организмнинг номахсус реактивлиги пасайиши кўринишида турли вирусли, бактерияли, замбуруғли, ўткир герпетик стоматитли, пародонт касаллиги хуружлари, импетиго, кандидозлар кузатилиши, буларнинг аралаш ёки бир вақтда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида юзага келиши ва кечиши, касалликни кўзгатувчисининг вирулентлигига, организмни ўзига хос томонларига (ёшига, жисмоний ҳолатига, генетик мақомига ва бошқ.) боғлиқ.

Ўткир инфекцияли касалликларнинг болаларда кечиши ва клиникасида ўзига хос асосли томонлари — тўқималарнинг морфологик жиҳатдан тўла етилмагани ва тўлиқ ҳаёт кечириши тизими фаолияти тикланмаганлигидир. Экспериментал ва клиник текширишлар натижасига кўра, организмда тўла ривожланаётган турли инфекцияларга қарши реакция кўп томондан организмнинг иммунологик жиҳатдан етилганлиги даражасига тўғридан-тўғри боғлиқдир. Организмнинг ривожланиши ва мураккаблашиши билан турли бактерияларга нисбатан сезгирлиги ошади, кейинчалик аллергик реактивлиги пайдо бўлади. Янги туғилган ва кўкрак сути эмадиган болаларда аллергик реакция нисбатан кучсиз бўлади, реактивликнинг бундай пастлиги ҳимоя реакциясининг ўз вақтида тўлиқ шакланмаганлиги ва яллиғланиш жараёни турли йўсинда кечишидан далолат беради. Шунинг учун ёш болаларда яллиғланиш ўчоғининг жойлашиши қаршиликсиз ва чегарасиз бўлиб, яллиғланиш ўчоғи атрофида ҳужайра ҳимоя қобиғи ҳосил қилиш қобилияти йўқлиги, натижада инфекция кирган жойда жавоб реакцияси кучсизлигидан деструктив-некротик ўзгаришлар тез юзага келади. Барча ўткир инфекцияли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида патологик жараён кузатилади, лекин тавсифлиси шуки, турли ташхисларда ўзгаришлар турлича кўринишда намоён бўлади ва кечади.

Скарлатинада ўзига хос касаллик белгиси — тил малина-симон тусга киради. Касалликда тана ҳарорати уч кун юқори бўлади, тилни ўткир караш қоплайди, тўртинчи кундан бошлаб, бу караш тил ипсимон сўргичлари билан ювилиб тушади, кейинчалик ўткир замбуруғсимон ясси сўргичлар тил юза-

сини қоплаб олади. Қачонки тил тамоман тоза бўлганида, унинг юзаси малина меваларини эслатади. Кейинчалик замбуруғсимон сўрғичлар емирилиб боради ва гунтерссимон тилни эслатувчи ҳолат пайдо бўлади, тил юзаси яссилашади ва бирқанча вақтдан кейин эпителиал қоплами қайта тикланади.

Скарлатинанинг оғиздаги доимий белгиси “Гулхансимон ҳалқум” юмшоқ танглай марказида кичик нуқтали оч қизғиш тошмаси шиллиқ қават қобигида пайдо бўлади. Скарлатина учун хос бўлмаган, лекин кўп ҳолатларда кузатиладиган жараён бу - сўлак ажралиши ва тилнинг десквматив эпителизация даврида кучаядиган катарал гингивитларнинг пайдо бўлишидир.

Даволаш. Скарлатинада оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ўзгаришларини даволашда, дастлаб, юқори десквматив эпителиал жараённи шиллиқ қаватдаги қуриши, айрим ҳолларда ачишиш белгиларини тўхтатиш зарур. Бунинг учун оғиз шиллиқ қобиқ қаватига шафтоли ёғини анестизин эмулсиясидаги 1-2% ли аралашмасини суркаш ва ҳар овқатланишдан кейин оғизни аччиқ чой билан чайқаш керак.

Оғиз бўшлиғининг иккиламчи инфекция манбаи - бу тишларда кариоз ковак мавжудлигидир. Буни ҳар куни дезинфекцияловчи бойлам билан ёпиш, бемор тишини чая олмаса, унда антисептик эритмалар (1% этакридин лактат, фурацилин 0,02%, оч пушти рангдаги калий перманганат) билан яхшилаб ювилади. Агар бутун шиллиқ қобиқ қават бўйлаб қизариш ва қуриш аломатлари - ўткир десквматив стоматит кузатилса, аллергия реакция сабабчисини йўқотиш, кейин керактопластик ашёлар (коротоллин, наъматак ёғи, облепиха ёғи ва бошқ.) қўллаш керак.

Қизамиқ. Қизамиқ тошмалари терида пайдо бўлишидан 1-2 кун олдин юмшоқ ва қаттиқ танглайда 1 мм дан бир неча мм гача бир-бирига қуйилувчи, ноаниқ кўринишдаги қорамтир-қирмизи рангдаги энантемалар кўринишида юзага келади. Айни вақтда, лунжда майда озиқ тишлар қаршисида, кам ҳолларда лаб ва милкда қизамиқ учун хос бўлган белги — “Бельский-Филатов-Коплин” доғи юзага келади. Ҳосил бўлган 1 мм ҳажмдаги кичкина оқ рангли доғ шиллиқ қобиқ қаватда, суюқлик тўпланган жойда, некротик эпителий ҳисобига енгил туради, атрофи ингичка қизил супургисимон қизарган бўлади. “Бельский-Филатов-Коплин” доғи гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади, лекин бир-бирига ҳеч вақт қуйилмайди, шунинг учун уларни тампон билан олиш мумкин эмас.

Касалликнинг бошланғич даврида милк шиллиқ қобиқ қаватида оқ рангдаги энантема жойлашган бўлиб, уни пахта тугун билан олиш қийин. “Бельский-Филатов-Коплин” доғи келиб чиқишига некроз ва эпителийнинг вирусли жароҳатлани-

ши сабаб бўлади. “Бельский-Филатов-Коплин” доғи - энанте-ма терида тошма тошгандан кейин оғиз бўшлиғида 1-3 кунгача сақланиб қолади ва кейин йўқолиб кетади. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг ҳамма соҳаси қизаради. Лабда қизариш кўринишида ёрилиш белгилари, оғиз бурчагида яламалар қолади.

Даволаш. Оғиз бўшлиғининг гигиеник тозалигига эътибор бериш зарур; оғиз бўшлиғи ва тишларни ҳар куни кучсиз антисептик эритмалар билан чайиб туриш керак. Лабнинг ёрилган ва ялама пайдо бўлган жойига кератопластик дори-ашёлар суркалади. Ҳар доим овқатланишдан кейин оғиз бўшлиғи аччиқ чойда чайқалади.

Қизилча. Қизилчада оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида ўзига хос ўзгаришлар бўлмайди. Хусусиятлари: шиш, ҳалқум, ютқун орқа деворларининг қизариши, қулоқ олди ва энса лимфа тугунларининг касаллик авж олиши давридаги реакцияси учрайди. Касалликнинг оғир кечиши ҳолатларида гингивит, лаб ёрилиши, оғиз бурчагида яламалар ва оғиз қуриши ҳолатлари юз беради.

Дизентерия (ичбуруғ). Дизентерияда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати организмда юқори заҳарланиш жараёни борлигини, тана ҳарорати ошиши ва дегидратация ҳолатини акс эттиради. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати оқарган, шишган, лунжларда тишлар ён томони шаклининг акси билиниб туради. Тилнинг ипсимон сўрғичлари қизарган ҳолатда, қуруқ, оқиш бўлади. Бу белгилар 6-7 кун давомида сақланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати соғайиш жараёнини ушбу қаватнинг пушти рангга айланиб бориши билан кузатиш мумкин. Агар дизентерия организмда узоқ давом этадиган бўлса, оғиз шиллиқ қобиқ қавати оқиш, сариқ тусда сақланади. Милк соҳасида шаффоф томирлар яхши тусда кўзга ташланади.

Касалликнинг 11-15-кунидан бошлаб, оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар йўқолади. Агар витамин танқислиги юзага келадиган бўлса, лаб ва ҳалқумда яллиғланишсиз ёрилиш жараёни кузатилади. Агар дизентерияни даволашда антибиотиклар узоқ муддат қўлланилса бу дизентериядан кейинги ичак кандидозлари ривожланишига олиб келади.

Касалликнинг дастлабки кунларидаги оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида юзага келадиган ўзгаришлар махсус даволаш талаб қилмайди. Кейинчалик кандидознинг юзага келишига йўл қўймаслик зарур.

Сувчечакда оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва тана териси бир хилда ўзгаради, лекин шиллиқ қобиқ қават юзасида ҳосил бўладиган папулалар ва везикулалар юпқалашиб, тез емирилиб кетади. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватида, лабда, оғиз даҳлизида дастлаб доғ, папула, кейин пуфак ҳосил бўлади ва тез

тешилади, ўрни фибринли қараш билан қопланади. Натижада афтани эслатувчи шакл юзага келади; у юмшоқ инфилтрацияли ҳосила устида жойлашиб, сариқ-кулранг қараш билан қопланган овал шаклда аниқ чегараланган бўлади. Лабнинг қизил ҳошиясида бундай элементлар устига ярали қават вужудга келади. Сувчечакда тошмалар теридаги каби оғиз шиллиқ қобиқ қаватида бир-бирини такрорловчи шаклда жойлашади, улар кўп шаклли кўринишда (доғ, пуфак, папула) учрайди. Бу элементлар қаттиқ ва юмшоқ танглайда, лунж ички юзасида, лаб ва оғиз даҳлизидида жойлашади.

Даволаш. Даволашдан олдин ҳосил бўлган пуфак ичидаги суюқлик таркиби ўрганилади, унда сувчечак вирусини топилса, биринчи кундан бошлаб, вирусга қарши дори-ашёлар: интерферонли, оксолинли, тебрафенли ёки флореналенли мазлар билан ишлов берилади. Овқат ейдиган вақтдаги оғриқнинг олдини олиш мақсадида анестизин эмулсияларидан солкосерил, дентил адгезив пастадан фойдаланилади. Ҳар кунги овқатланишдан кейин антисептик ишлов берилади ва кератопластик дори (наъматак мойи, облепиха мойи, каротелин мойи) суркалади, лабнинг қизил ҳошиясидаги элементларни қуритиш мақсадида қуйидаги дори-ашёлари: бриллиант ёки метилен кўкининг 1-2 % ли сувдаги эритмаси суркалади.

Кўжйўтал - болалар орасида кўп учрайдиган ўткир юқумли касаллик. Оғиз бўшлиғи учун тавсифли белгиси - шиллиқ қобиқ қаватнинг оч-қизил рангда қизариши ва шишишидир. Бу ўзгаришлар беморнинг тез-тез, узоқ вақт йўталиши натижасида тўқималарга кислород етишмовчилигидан келиб чиқади. Касалликнинг биринчи даврида юқори нафас йўлларидаги сурункали катарал яллиғланиши кузатилади. Иккинчи даврида эса, юзага келаётган сурункали йўтал натижасида кўпинча пастки кесувчи тишлар тилни шикастлайди ва ярачалар пайдо қилади.

Инфекцияли мононуклеоз. Тахминий фикрларга кўра, кўпроқ вирус табиатли касаллик бўлиб, тана ҳарорати ошиши ва бемор ўзини ёмон ҳис қилиши, томоғида оғриқ бўлиши, томоқ шиллиқ қобиқ қавати, бурун шиллиқ қобиқ қавати ва лимфа тугунида шиш пайдо бўлиб, нафас олиш қийинлашиши кузатилади. Кўкрак ўмров сўргич мускуллари бўйлаб халқа шаклида бўйин лимфа тугунлари катталашади ва полиаденит беради. Лимфатик тугунлар қаттиқ эластик ҳолатда бўлиб, бирига бирикмаган ва кам оғриқли. Касаллик авж олганда, ангина билан биргаликда ёки алоҳида катарал стоматит ва баъзи ҳолларда ярали гингивит кўринишида ривожланади. Сурункали пародонтитда касалликнинг кўзгатувчанлиги пасаяди. Касалликнинг кечиши узоқ давом этади, 7-8 кун давомида танада юқори ҳарорат сақланади, жигар ва талоқ катталашади. Пе-

риферик қонда моноцитоз, лимфоцитоз, айрим ҳолатларда лейкоцитоз аниқланади. Кенг базофил цитоплазма билан бир ядроли хужайра, кенг плазмали лимфоцит, лимфомоноцит ёки мононуклеарлар ҳосил бўлиб, қоннинг ивувчанлиги ошади. Гингивостоматит касаллик кечишидаги асосий кўриниш бўлиб юзага чиқади.

Даволаш. Даволаш гингивостоматитни келтириб чиқарувчи омиллар таъсирини тўхтатишдан иборат: милкдаги ўлган тўқималарни олиб ташлаш, тиш тошларини олиш, тиш-милк чўнтақларини ювиш, микробларга ва вирусларга қарши дори-ашёларини (каланхоэ, эктерицид шарбати ва бошқ.) қўллаш кабилардир.

Грипп, парагрипп ва аденовирусли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида турли ўзгаришлар кузатилади: қизариш, геморрагия, томирларнинг бўртиши, шишинг буғдойсимон тусда ўзгариши, тилла рангли қараш ва дескваматив эпителий ҳосил бўлиши кабилар. Парагрипп ва аденовирусга қараганда, гриппда томирли кўринишлар кучаяди, геморрагия кўпроқ кузатилади. Аденовирусли инфекцияларда буғдойсимон доғ шиллиқ қават қобиғида кўпроқ кузатилиши статистик маълумотларда келтирилган (Мельниченко Э. М., 1972). Бундан ташқари, айрим ҳолатларда (20% гача) вирусли касалликлар ташхисланганда, у асосий касаллик замбуруғли дори-ашёлари таъсирида ва герпетик стоматитли кўринишларда ҳам учрайди. Бундай ҳолатларда аралаш инфекциялар тўғрисида фикр юритиш мумкин. Шундан хулоса қилиб айтганда, агар грипп, парагрипп, аденовирусли касалликларда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида тошмалар пайдо бўлса, унда албатта асосий вирусли касалликни даволаш зарур; вирусга қарши хусусиятга эга бўлган маҳаллий даволаш дори-ашёлар (оксолин мойининг 0,25-0,5% лиси, флоренал малҳамининг 0,25-0,5% лиси теброфен малҳамининг 0,5-1% лиси ва бошқ.), кандидозда замбуруғларга қарши дори-ашёлари (нистатин, леворин малҳамининг 5% лиси, йодиол, натрий боратнинг глицериндаги 20% ли эритмаси ва бошқ.) қўлланилади. Айни вақтда аскорутинни ичиб туриш мақсадга мувофиқ бўлади.

1. Қандай ўткир юқумли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ўзгаришлар кузатилади?
2. Ўткир юқумли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг клиник кечиши.
3. Ўткир юқумли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларни қиёсий таққослашда нималарга эътибор бериш керак
4. Ўткир юқумли касалликларни ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларни даволаш усуллари?

Тўртинчи боб

Мавзу: СУРУНКАЛИ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида сурункали кечадиган юқумли касалликларни ўткир тури билан қиёсий фарқлай билиши, сурункали юқумли касалликларда кечадиган оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг ўзига хос хусусиятларини, меъерий ҳолатидаги ва патологик ҳолатини, сурункали юқумли касалликларни келтириб чиқарувчи сабабларини ва юқиш йўллари билан, сурункали юқумли касалликлар оқибатида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги патологик ўзгаришлар билан шикоят қилган беморларни текширишни, тўғри ташхис қўйиш ва даволаш усулларини аниқлаб, бошқа юқумли касалликлар билан қиёсий ташхислаш ҳақида тушунчага эга бўлиши керак.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютерларда тайёрланган маълумотлар, поликлиника ва клиникаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар билан шикоят қилган беморлар, юқумли касалликлар бўлимларидаги беморлар билан бевосита мулоқот олиб боришлари шарт.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Сурункали юқумли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг ўзига хослиги.

2. Заҳм ҳақида тушунча. Унинг клиник кечишининг ўзига хос белгилари.

3. Сил ҳақида тушунча ва унинг ижтимоий ҳаётдаги салбий аҳамияти, уларни келтириб чиқарувчи асосий сабаблар.

4. Сурункали юқумли касаллик билан оғриганларга ташхис қўйишининг ўзига хос асослари.

5. Сил касаллиги ташхиси қўйилган беморларни даволашдаги ўзига хос хусусиятлар.

Машғулот ўтказиладиган жой: Махсус даволаш муассасалари, силга қарши диспансерлар.

Талабалар мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, клиникада даволанаётган беморлар касаллик тарихи варақалари, шикоят маълумотлари.

Мавзунинг асосий мазмуни: Дастлаб заҳм ҳақида фикр юритамиз. **Заҳм** — оқ **трепонема** келтириб чиқарадиган сурункали юқум касаллиқдир. Заҳм доимо ўзига хос тавсифда кечиши билан ажралиб туради: **биринчидан**, инфекция яширин даврларга эга бўлган тўлқинсимон фаоллиги билан юзага чиқиб туриши; **иккинчидан**, секинлик ва кейинги сораглари жараё

нида аъзо ва тўқималарда клиник ҳамда патологоанатомик кўринишни кучсиз ўзгаришлардан то аъзони сиқиб, босиб унинг фаолиятини тўхтатишгача, айрим ҳолатларда беморни ўлимга олиб келадиган чуқур инфекция гранулёмалари ҳосил бўлиши, кучли ўзгаришларга олиб келиши билан тавсифланади.

Захмнинг тўлқинсимон кечиши, секинлик билан жараённинг оғирлашиб бориши натижасида инфекция касалликка қарши организм томонидан клиник ва морфологик жиҳатдан иммунитет ҳосил бўлади, айни вақтда инфекция даражаси кучайиб бориб организмдан зўрлик қилади, оқибатда иммунитет тизимининг гуморал кучсизланишига олиб келади. Натижада инфекцияга қарши хужайра иммунитет пайдо бўлади.

Захм туғма ва *ҳаёт давомида орттирилган* турларга ажратилади. Туғма захм — захм билан оғриган онанинг ҳомила чиқиш йўли орқали ҳомилага оқ трепонемалар тушишидан келиб чиқади. Одамга захм инфекцияси асосан жароҳатланган тери ёки шиллиқ қобик қават орқали тушгандагина юқтирилади. Шунингдек, бир қатор муаллифларнинг таъкидлашларича, оқ трепонема шикастланмаган шиллиқ қобик қавати орқали ҳам юқиши мумкин. Захм инфекциясида оқ трепонема кам кузатилсада, қон орқали, гемотрансфузия вақтида ва тиббий муолажалар вақтида укол ёки операция вақтида юқтирилиши ҳам мумкин. Бундай ҳолатда юқтирилган захм ривожланади, юқтирилгандан икки ой вақт ўтгач, иккиламчи захм даври белгилари пайдо бўлади. Захми оқ трепонемаси билан бевосита ёки алоқали ифлосланганда, инфекция терига, шиллиқ қаватга асосан қаттиқ шанкр, эрозияли папула, эмизикли она сутидан, барча экссудат ва трансудатдан ўтади. Сийдик, тер, сўлак, кўз ёш суюқлиги кабилар оқ трепонемани ўзида сақламайди. Лекин уларнинг чиқиш йўли ифлосланиши мумкин.

Одатда инфекциядан ифлосланиш жинсий алоқа орқали кузатилади. Жинсий алоқадан ташқари инфекция касб билан боғлиқ ҳолатларда, идиш-товоқлардан, лаб бўёқларидан, бошқа безак ашёларидан умумий фойдаланилганда юқади.

Захмнинг тўлқинсимон кечиши, турли тавсифлаги клиник ва морфологик ўзгаришларнинг касаллик турли босқичларида турлича бўлишига қараб *яширин* (инкубацион), *бирламчи*, *иккиламчи*, *учламчи*, *орттирилган захмлар*, шунингдек, *номаълум*; *висцерал захм* ва *асаб тизим захмига* ажратилади.

Захмнинг инкубацион даври ўргача 3-4 ҳафта, айрим ҳолатларда 10-12 кун, бошқа ҳолатларда 6 ойгача бўлади, бу даврнинг муддати асосан инфекция юқтирган кишининг олдин тур-

ли таносил касалликлар (гонорея)га чалингани, антибиотиклар истеъмол қилиши билан боғлиқ.

Захмининг биринчи даври инфекция юқтирилгандан кейин оқ трепонема, қаттиқ шанкр (бирламчи сифилома) ҳосил бўлишидан бошланади. Бирламчи давр 6-7 ҳафтага чўзилади. Қаттиқ шанкр ҳосил бўлгандан 5-7 ҳафта ўтгач, бирламчи даврнинг иккинчи белгиси юзага келади, яъни, соҳа лимфа тугунлари катталашади (бубин ёки соҳа склераденити). Бу тугунларда оқ трепонемалар **ғужжа** жойлашади. Лимфа тугунларидан лимфа йўллари орқали бирламчи даврнинг бошларида трепонема қонга туша бошлайди, бунга жавобан қонда антителолар ҳосил бўлади, бу даврнинг 3-ҳафтаси охирида қонда синфли серологик реакция-Вассерман реакцияси, чўкма реакцияси ўтказиб захмни аниқлаш мумкин; иммунофлюоресценция (РИФ) реакцияси билан дастлаб оқ трепонема иммобилизацияси РИБТ ёки РИТ реакцияси билан кейинроқ аниқланади. Тўртинчи ҳафтадан бошлаб, синфли серологик реакция ва РИФ қониқарли натижа бериши захмнинг бирламчи даврида бирламчи **серонегатив** (қаттиқ шанкр ҳосил бўлишидан то серологик реакцияга ўтиш даврида манфий натижадан мусбат натижагача) ва бирламчи **серопозитивга** бўлинади. Кўпчилик беморларда қаттиқ шанкр бутун бирламчи даври давомида ва иккиламчи даври бошланишигача сақланиб туради.

Бирламчи захмнинг охириги ҳафтаси давомида полиаденит ривожланади. Барча ёки кўплаб лимфа тугунлари нўхат ҳолатигача катталашади, қаттиқ зичлик эластик ҳолига айланади, улар оғриқсиз, ҳаракатчан, устидаги тери қоплами ўзгаришсиз бўлади. Бундай полиаденитлар кейинги 2-3 ой давомигача сақланади.

Захм бирламчи даврининг охирида 20% беморларда касалликнинг умумий белгилари (тана ҳарорати 38-39,5°C га кўтарилади, ҳолсизлик, бош оғриғи, суюқлардаги оғриқ (асосан кечқурунги оғриқ) пайдо бўлади, периферик қонда қисман анемия, лейкоцитоз, қоннинг чўкиш тезлиги (ҚЧТ) ошиши кузатилади. Шу тариқа 4-6 кун ўтгач, сон ички соҳалари, айрим ҳолатларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида тошмалар пайдо бўлади, бу захмнинг бирламчи даври тугаб, иккиламчи даври бошланишидан далолат беради.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабнинг қизил ҳошиясида захмнинг барча даврларида, шунингдек, бирламчи захмда ҳам тошмалар бўлади. Захмнинг жинсий алоқасиз юқтирилган турларида оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва лабда қаттиқ шанкр кўпроқ кўринади. Қаттиқ шанкр оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабнинг барча соҳаларида учрайди аммо кўпроқ лабда, тилда, бодом безида кузатилади.

Қаттиқ шанкр ҳосил бўлишида оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати, лаб ва бошқа соҳаларда чегараси аниқ, қизариш аломати кузатилиб, у 2-3 кун давомида яллиғланиш инфилтрати ҳисобига қаттиқлашади. Бу ҳосила қаттиқлашиб бориб, 1-2 см диаметрли чегара вужудга келади. Жароҳат марказида ўлган тўқима пайдо бўлиб (некроз), қизил-гўшт, камдан кам ҳолда, ярали эрозия ҳосил қилади. Қаттиқ шанкр 1-2 ҳафта давомида тўла шакллангунча шиллиқ қобиқ қаватида қизил-гўшт ёки эрозия ярали оғриқсиз думалоқ ва ялтироқ қиррали шаклда 3 мм дан 1,5 см диаметргача қаттиқ эластик инфилтрат пайдо бўлади. Оқ трепонема шанкр юзасидан илғич билан осон олинади. Айрим ҳолларда эрозия юзи оқ сарғиш-караш билан қопланади. Баъзан қаттиқ шанкр лабда жойлашса, атрофида шиш кузатилади ва узоқ вақт сақланади. Кўпинча шанкр битта, кам ҳолатларда бир-нечтаси ривожланиши учрайди. Агар шанкрга иккиламчи инфекция тушадиган бўлса, эрозия чуқурлашиб, яра сарғиш ифлос ўлган тўқима караш билан қопланади.

Захмининг атипик шакллари оғиз бурчагида, милқда, ўтиш бурмасида, тилда, бодомча безида жойлашади. Оғиз бурчаги ва ўтиш бурмада қаттиқ шанкр ёриқли кўринишда, тортилган шанкр шаклдалиги аниқланади. Қаттиқ шанкр оғиз бурчагида жойлашганда, клиник жиҳатидан ярани эслатади, лекин асосининг қаттиқлиги билан фарқланади.

Қаттиқ шанкр кўпинча тилнинг учинчи қисми ўртасида якка-якка жойлашади. Қаттиқ шанкр тилнинг деворига жойлашса, шанкр асосидаги инфилтрат ҳисобига атроф тўқималар устига чиқиб кетганлигини кўрамиз, юзаси эса қизил гўштли эрозияга эга. Шанкр атрофидаги яллиғланиш ва оғриқсизлик ўзига эътиборни тортади.

Милқда жойлашган шанкр оч-қизил ясси эрозияли, 1-2 тиш атрофида ярим ой кўринишида ўрнашади. Милқдаги қаттиқ шанкрни ярали турида ҳеч қандай яроқли белгилари бўлмай, бирламчи сифломага хос. Жағ ости соҳасида бубон бўлиши ташхислашга асос бўлади.

Қаттиқ шанкр бодомча безида жойлашганда, учта кўринишдан биттаси ҳолида учрайди: айни ярали ангинага ўхшаш (амигдалит) ва комбинирлашган - ангинага ўхшаш шаклдаги ярали тури; миндалиниани бир томонлама жароҳатлайдиган тури. Ярали шанкр миндалинида катталашган, қаттиқлашган, қизил-гўшт кўринишида аниқ чегарали, яра атрофидаги шиллиқ қават қизарган бўлади ва бу жараён оғриқ сезгилар билан бирга кечади. Ангинага ўхшаш шанкрда эрозия ва яра бўлмайди, миндалиниани бир томонлама катталашади, қизил-мис рангда, оғриқсиз ва қаттиқлашган бўлади. Ангинадан бу жараённинг фарқи,

бир томонлама жароҳатланиши, оғриқ ва ўткир яллиғланиш қизаришининг йўқлигидир. Умумий ўзгаришлар кузатилмайди, тана ҳарорати меъёрида бўлади.

Қаттиқ шанкр лаб ёки оғиз шиллиқ қобиқ қаватида жойлашса, уни пайдо бўлишидан 5-7 кун кейин соҳа склероадени-ти юзага келади. Одатда, бундай турда энгак ва жағ ости тугунлари катталашади. Лимфа тугунлари қаттиқлашган, ҳаракатчан, оғриқсиз ва бир-бирига ёпишмайди. Агар иккиламчи инфекция тушса ёки жароҳатланса, лимфа тугунлари оғриқли бўлади. Эн-гак ости, жағ ости лимфа тугунлари билан бир вақтда бўйин ва энса тугунлари ҳам катталашиши мумкин.

Лабда жойлашган шанкрнинг фарқли ташхиси; оддий пу-факли темираткидан - унда ачиши, қичиши, қизарган соҳа-сида емирилиш бўлиши, асоси енгил шишли ва кичик ярим айланма шакл намоён этади. Бундан ташқари пуфакли теми-раткида пуфакчалар қайта-қайта ҳосил бўлиши билан ажра-либ туради. Герпетик эрозияда қаттиқ шанкр тезда пайдо бўлиб, тезда эрозияга учраши, шунингдек, рецедив кечиши ҳолатлари кузатилмайди. Агар герпетик эрозия узоқ давом этса, унинг асосида инфилтратнинг қаттиқлашиши кузатилади, бу нарса қаттиқ шанкр билан ўхшашликни яқинлаштиради. Таш-хислашда кўпинча бирламчи сифиломони - герпетик шанкр-дан кам фарқли, оддий пуфакли темиратки каби тўлқинси-мон кўриниши, бундай ҳолатларда шанкрда эрозия тубини қат-тиқлиги субъектив сезгирликни кузатиш муҳим аҳамиятга эга.

Қаттиқ шанкрни шанкрсимон пиодермиядан фарқлашда, асосан, шанкрда эрозия ёки яра атрофида йиринги ажралмай-диган, чуқурча йўқ ва асосан оқ трепонема учун лаборатор (серологик реакция) текшириш ўтказиш зарур.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабдаги ярали шанкр емирилиб тушадиган рақ ўсмасини эслатади. Бунда ҳосил бўлаётган рақ ярасининг чуқур жойлашишига, жуда қат-тиқлигига, четлари нотекис ва осон қонашига эътибор бериш керак; рақ секинлик билан ривожланади, кўпинча катта ёш-лиларда кузатилади, шанкр эса тез ривожланиб, асосан ёш-ларда кузатилади. Таққосий ташхис ўтказишнинг ҳал қилувчи аҳамияти бу - лаборатория текширишларидир: захмда-оқ тре-понема, рақда-рақ ҳужайралари аниқланади.

Милиар-ярали силда - оғиз шиллиқ қобиқ қавати яраси қаттиқ шанкрдан фарқли ўлароқ, яра атрофининг кўплаб қи-ррали нотекис, тилинган, оғриқли, сариқ буғдойсимон - Тре-ля буғдойи нуқталарига ўхшашлиги билан ажралиб туради. Жа-роҳатли эрозиялар, афталар ва бошқалар қаттиқ шанкрдан фарқлидир ҳамда тубининг юмшоқлиги сабабли хасталик оми-ли бартараф қилинганда тезда соғаяди.

Турли касалликларда (қизил ясси темирлатки, лекоплакия, қизил югирикда) оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватидаги ва лабдаги эрозияларнинг қаттиқ шанкрдан фарқи - тубида қаттиқлиги йўқ, шиллиқ қаватда ҳар бир касалликка хос қизариш ёки ўзгариш аломатларининг мавжудлигидир.

Қаттиқ шанкрга хавф сезилганда, бир неча бор кетма-кет ярадан ажралаётган тўқимада оқ трепонема учун текшириш ўтказилади; агар у топилса, бирламчи захм учун аҳамиятлидир, худди махсус серология реакцияси каби мусбат; фақат бунда, қаттиқ шанкр ҳосил бўлгандан уч ҳафта кейин натижа мусбат бўлади. Қаттиқ шанкрда ажралган тўқималарда оқ трепонема топилмаса, бунда соҳалардаги лимфа тугунларидан олинган суюқликдан аниқлаш мумкин.

Захмининг иккинчи даври қаттиқ шанкр ҳосил бўлгандан 6-7 ҳафта вақт ўтгач бошланади (қаттиқ шанкр соҳаларида склероаденит, полиаденит белгилари юзага чиқади), бу даврда розеола-папула тошмалари бир текисда пайдо бўлади. Захмининг иккиламчи даври 3-5 йил давом этиб, серологик реакция мусбат бўлиши доимий кузатилади. Иккиламчи захм кечишининг асосли томони тўлқинсимон кечиши; касаллик яширин ва фаол кечиши белгилари билан ҳам бир-ярим, икки ойда алмашилиб такролланиб туради.

Захмининг фаол босқичи, иккиламчи даври бошланишига тўғри келади; инфекция генерализацияси, кўп миқдорда розеола-папула, айрим ҳолларда, пуфакли тошмалар, полиаденит, склероаденит жараёнлари кузатилиб, иккиламчи тоза захм деб юритилади. Иккиламчи тоза захм даври охирида қаттиқ шанкр ҳосил бўлиб, розеола-папула-тошмалар, соҳа склероденит полиаденитлари йўқолиб кетади.

Бу даврда яширин бирдан-бир белгиси қондаги серологик реакциялардир (Васерман реакцияси, чўкма реакцияси, РИФ, РИБТ). Кейинчалик беморда захмининг фаол белгилари юзага чиқади; рецидивлар (жинсий аъзоларда, орқа чиқариш йўлида, оғизда, тирсакда, пешонада тошмалар) папула ва розеола, кенг жойда тарқалган ва кичик ўчоқли лейкодермиялар пайдо бўлади.

Захмининг иккиламчи даври учун тавсиф: яра юзасига кўп миқдорда оқ трепонема тўпланиб, юқишнинг хавфлилик даражаси ошади; шу даврни кечишидаги вақт даволаниш учун сўнги нажотдир; даволанмаслик эса организмнинг тўла реакцияга йўлиқишидир. Бу фақатгина тери, шиллиқ қават учун тегишли бўлмай, балки ички аъзолар, асаб тизимига ҳам таъсир қилади.

Оғиз шиллиқ қобик қаватидаги захм иккиламчи даврдаги белгилари жойлашиши жиҳатидан айрим беморларда кузатилади; касалликка чалинганларнинг ярмиси оғиз бўшлиғи шил-

лиқ қобиқ қаватида розеола, папулэз, пустулэз, тошма элементлари жуда кам ҳолларда кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида розеола тошмалари симметрик ҳолда юмшоқ танглайда, тилда, бодомча безида, халқумда кўринади. Розеола тошмалар бу соҳада бир-бирига қўшилиб, жароҳат ўчоғига қўшилади, (эритематоз ангина). Жароҳат соҳаси тўлишган, қизил рангда, айрим ҳолларда мис тусида, аниқ чегараланган. Бу соҳанинг шиллиқ қавати энгил шилинган; бемор ютингандан оғриқ сезади, лекин субъектив сезилмалар бўлиши ҳам, бўлмаслиги ҳам мумкин.

Иккиламчи захмда оғиз бўшлиғи қобиқ шиллиқ қаватида, айниқса бодомча безида, халқумда, юмшоқ танглай, тилда, лунж шиллиқ қаватининг барча жойида, кўпинча тишлар бирикиш чизиғи бўйлаб энгил юза чизиқ ҳосил бўлади. Папула шакли унинг сақланиш муддатига боғлиқ, дастлаб папула асоси 1 см гача диаметрда, тўқ қизил рангдаги очиқ чегарали ўчоқдан иборат. Бир оз вақт ўтгач, экссудат сўрилиб, папулани қоплаб турган эпителий турли тавсифда кўриниш беради.

Папулалар 3-10 мм катталиқда айлана, қаттиқлашган, оғриқсиз, оқ-сарғиш рангда, меъерий шиллиқ қават билан чегараланган, атрофида супургисимон инфилтрация ёйи сезилиб туради. Папула атрофи шиллиқ қобиқ қават қияларидан баланд кўтарилмаган бўлиши ҳам мумкин, қоплаб турувчи қатлам олинса, қизил гўштли эрозия кўринади, ундан олинган ажратмада оқ трепонема кузатилади. Папула юзасидаги карашдан ўлган тўқима ажралиб тушади ва папула эрозияга учрайди.

Кўп ҳолларда шиллиқ қобиқ қаватда бир неча папула ҳосил бўлади. Бунда ёлғон полиморфизм тошмалари юзага келади, кўринишлар популанинг ривожланишидаги турли босқичларидир. Эрозия популада оғриқ сезгилари пайдо бўлиши мумкин, айниқса оғиз бурчагида жойлашган захм (захм яра) попула узоқ вақт сақланиб туришидан, айрим ҳолларда, жароҳатланади ва гипертрофик ҳолат кўринади. Бу ҳодиса кўпинча оғиз бурчагида попула жойлашганда, ўтиш бурмада, тил ён юзасида, тишларнинг беркилиш чизиғи бўйлаб кузатилади. Бундай популалар кўпинча эрозияга учрайди, юлинади, қонайди ва сарғиш-кўкиш караш билан қопланади.

Тил деворида жойлашган захмли попула ўзига хос кўриниш бериши мумкин. Унинг устида жойлашган ипсимон сўргичлар гипертрофияга ёки атрофияга учрайди ва попула катта айлана ўрама шаклига киради. Сўргичларни атрофиясидан текисланган, ясси, ялтирок юзали атроф тўқималардан озгина чуқур жойлашган айлана баргсимон шакл ҳосил бўлади.

Юмшоқ танглай, бодомча безида захмининг ёмон асоратли

кечиши оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг бошқа соҳаларига нисбатан камроқ кузатилсада, пуфакли захм (ярали) ҳосила пайдо қилади. Бошланишида катта инфилтратли шиш юзага келади ва тезда тушиб, ўлган тўқима ва йирингли яра ҳосил қилади. Яра танглайнинг катта қисмини жароҳатлаши мумкин. Яра тушиши ютқиннинг қичишуви билан кечади.

Иккиламчи захмнинг **ташхиси**, илгак орқали олинган тўқималардан топилган оқ трепонема ва серологик реакциядаги мусбат натижалар билан тасдиқланиши зарур. Эритематоз захмли ангинани ташхислашда, банол катарал ангинадан, оғриқли, тана ҳарорати кўтарилиши, бодомча безлари шишиши, эритмаларнинг оч-қизил рангда бўлиши каби белгиларидан фарқланади. Оғиз шиллиқ қаватидаги дори-ашёларидан бўлган тошмалар эритематоз захмли ангинадан, жароҳатнинг катталиги (бу-тун лунж ва тилга тарқалган) билан фарқланади. Одатда оғиз шиллиқ қобиқ қавати қизарганда пуфаклар пайдо бўлади, тезда оғриқли эрозияга ўтиб кетади; дори-ашёлари сабаб бўлган тошмаларда ачишиш кузатилади. Сабабчи бўлган дори-ашёлари истеъмоли тўхтатилиши билан тошмалар йўқолади.

Шиллиқ қобиқ қаватидаги захмли папула лейкоплакияни, қизил ясси темиртки папуласини, қизил югирик ўчоғини эслатади, уларнинг юзаси эрозияланиши натижасида оқ-сарғиш рангга кирган, лекин оч-сарғиш караш захмли пуфак юзасидан илмоқ билан осон олинади, аммо лейкоплакия, қизил ясси темиртки, қизил югирикда юлинмайди. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати кандидози (молочница) захмли пуфакдан фарқли, унда ўчоқ илмоқ билан юлинганда қизил духобасимон караш ажралади, захмли пуфакда эса эрозияли юза ажралади.

Захмли эрозив пуфагини кўп шаклли экссудатли эритма, пемфигаида қалбаки пуфакча, оддий пуфакли темирткилардан фарқи; бу жараёнларга эрозия тубида инфилтрация йўқ, тошма кўпинча оғриқли тавсифи билан кечади. Гиперимияда эрозия атрофида оч-қизил рангда чизиқ пайдо бўлади. Пуфакчада Никольской симптоми мусбат ва аконталитик хужайра суртмада юзаси эрозияли бўлади.

“Баргсимон” пуфак десквматив глосситнинг келиб чиқишини эслатади. Десквмация қисмини қонли, оч-қизил, уни атрофида оқ тармоқлар, қаттиқлашиш йўқ, қисман кўчган тўқималар касалликни сурункали кечиши “географик” тилни захмли жароҳатдан фарқли қилади.

Захмнинг учламчи даври бемор даволанишидан қатъий назар узоқ ҳолда давом этаверади. Касаллик бошлангандан 4-6 йил ўтгач организм реактивлигининг оқ трепонемага сезувчанлиги ошиши билан учламчи захм бошланади ва оқибати ёмон кечади. Захмнинг учламчи даври ўнлаб йиллар давом

этиб, ҳаётий аҳамиятга эга тана аъзолари ва тўқималарда яллиғланиш инфилтиратлари (гумма ва дўмбоқлар), деструктив ўзгаришлар ҳосил бўлиши ва уларнинг ўлиши билан кечади. Бу даврда учламчи захмнинг тошмалари атрофлагилар учун юқумли эмас, чунки ажралмада оқ трепонемалар учрамайди.

Учламчи захмни **фаол** ёки манифес ҳамда **яширин** турига ажратамиз. Учламчи захмдаги фаол турда синфли серологик реакция 70-80% беморда, яширин турида 50-60% беморда мусбат натижа беради. Лекин захмнинг учламчи даврида РИФ ва РИБТ барча беморларда, ҳатто захмга қарши даво муолажасидан кейин ҳам мусбат натижа қайд қилинади.

Учламчи захмнинг белгилари кутилмаганда пайдо бўлиб якка-якка нотекис, гуруҳ-гуруҳ, ассиметрик тошмалар ҳолида юзага келади, жараён тез-тез суякларда, ички аъзолар ва асаб тизими аъзоларида ҳам кузатилади. Учламчи захмнинг охирида асорат сифатида белдан асабий узилиш кўринишида, оғир яллиғланиш-дегенератив жараён ривожланиб, шоллик аломати асаб тизимидаги ўзгаришларга олиб келади.

Захмнинг учламчи даврида оғиз шиллиқ қобиқ қаватида, гуммалар тарқалган, гуммали инфилтрат ва **бююрли** тошмалар пайдо бўлиши билан оғиз шиллиқ қобиқ қавати, захмнинг клиник белгилари юзага чиқаётган ягона соҳаси эканлигидан даволат беради.

Гуммали захм оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг турли соҳасига жойлашиши мумкин, кўпинча гумма қаттиқ ва юмшоқ танглай ҳамда тилда кузатилади. Одатда гумма санокли сонда учрайди. Дастлаб оғриқсиз тугуни ҳосил бўлиб, у секинлик билан катталашиб, кейинчалик ёрилади. Гумма ўртасидаги асосий ўқ чиқиб кетади ва ўрнига гумма яраси ҳосил бўлади. Бу жараён 3-4 ой давом этиб, айрим ҳолатларда субъектив шикоятлар билан бирга кечади. Гумма ёрилмаган вақтида қаттиқ тугун қизарган аниқ чегарали, юзи ясси, тугун устки шиллиқ қават қобиғи қисман яллиғланган кўринишида бўлади: гумма ёрилиб, марказидан илдиз ажралгандан кейин, ўрнига четлари қаттиқ, оғриқсиз, туби гранула билан қопланган, қобиқ юлдузли чандиққа ўхшаб қолади: гумма танглайда жойлашган бўлса кўпинча перфорация (тешик) ҳосил бўлиши кузатилади. Гумма жойлашган ўрнига боғлиқ ҳолда турли клиник кўринишларни юзага келтиради. Агар гумма тилда жойлашса, тугунли глосситни ёки тарқалган емирилувчи глосситнинг клиник аломатини эслатади.

Тарқалган емирилувчи глоссит, оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги захмнинг энг оғир жароҳати саналади. Бунинг учун аввал тилнинг бутун қалинлиги бўйлаб плазмасимон ҳужайрали инфилтрат кузатилади, тил қисман катталашади, тилнинг

кўп соҳасидаги шиллиқ қаватлари қалинлашади. Кейинчалик инфилтрат бириктирувчи тўқимали ҳосила чандиқлаша бориб, тил ҳаракатини чегаралайди; тил кичкиналашади, қаттиқлашади, юзаси дум-думалоқ бўлиб қолади. Тил деворида оғриқли ёриқ-трофик яра ҳосил бўлиб, ёмон асоратли ўзгариш томон кечади.

Қаттиқ танглайда гумма одатда, ўрта чизиқ бўйлаб жойлашади ва шиллиқ қават қобиғи юпқа бўлганлиги учун жараён тезда суяк усти пардаси, кейин суякка тарқайди. Гуммада инфилтрат тезда тушиб кетади, суякли оқ девор ҳосил бўлиб, кейинчалик оғиз ва бурун оралиғида тешик ҳосил бўлади.

Гумма жароҳатлари юмшоқ танглайда икки хил кўринишда жойлашиши мумкин; танглайни осилиб турадиган қисмида кўп тарқалган гумма инфилтроти ва катта тугунли гумма инфилтроти ҳолида, юмшоқ танглайда ўзига хос жараён гумма қизариши ва шишиши аломати билан кузатилади. Гумма тилда жойлашганда, тез-тез тушиб, тил бутунлигига жароҳат етказилади. Юмшоқ танглайдаги чандиқли жароҳатда танглай қанотлари ютқинга тарқалиш йўналишида тортилиб, юмшоқ танглай калталашади. Гумма лабда жойлашганда томирларни тортиб, бошқа соҳаларга нисбатан дастлаб шиш пайдо бўлади.

Дўмбоқли захм оғиз шиллиқ қобиқ қаватида гуммали захмга нисбатан кам учрайди. Дўмбоқча оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг турли соҳасига жойлашиши мумкин, лекин кўпинча лабда алвеола ўсиғида ва танглайда кузатилади. Дўмбоқли захм оғиз бўшлиғида қобиқланган кўринишда ёки тез тарқалувчи яра инфилтроти кўринишида учраши мумкин. Дўмбоқли захм оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва лабда жойлашганда қаттиқ, қизил, жигар ранг кўринишида бўлади ва тезда чандиққа айланади. Танглайнинг осилиб турадиган соҳасида жойлашганда якка-якка, бир-бирдан қобиқланган элементлар кўринишида бўлиб, жуда тез яра ва чандиқ ҳосил қилиб, тушиб кетади, кейинчалик юмшоқ танглайнинг тортилишига олиб келади. Субъектив белгилар – сўлак ажралишининг кучайиши иссиқ ва ўтқир овқатлар еганда кучсиз оғриқ бўлиши билан кечади. Дўмбоқчалар тушиб кетгандан кейин чандиқдан ўзига хос чуқурчасимон, четлари тўлқинсимон шаклда, такрорий тошмаларсиз шаклда из қолдиради.

Оғиз шиллиқ қаватининг гуммали жароҳатланишига ташхис қўяётганда уни милиар-яралли сил ва рақдаги ўхшашликлари инобатга олинади. Милиар-яралли силда яра оғриқли, осон қонайдиган, четлари тилинган, тубида тарқалган сўргичли ва илмоқда осонгина сил микробактериялари аниқланади. Саратонда янги ҳосила тезда қаттиқлашади, оғриқли, чет-

лари тилинган, тез қонайдиган ва ҳужайра шакли бузилганлиги (атипик) аниқланади.

Ярали гуммани тилда ёки лабда кузатилган тури қаттиқ шанкрнинг ярали турига ўхшаб кетади, лекин қаттиқ шанкр учун хос белги бу соҳа лимфаденити ва оқ трепонеманинг тезда топилишидир. Гуммани янги маховдан фарқлаймиз, махов яраси тубида махов микроблари бўлади.

Дўмбоқли захми сил югирикидан фарқи; югирикнинг секинлик билан ривожланиши ва жароҳат юмшоқ ҳолатда бўлишига эътибор қаратилади. Учламчи захмда РИФ ва РИБТ текшириш натижалари ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Туғма захм асосан захм билан оғриётган онадан плацента орқали ҳомилага тушиши натижасида ривожланади. Туғма захм; **эрта туғма захмга** (5 ёшгача); бу ўз ичига кўкрак ёшидаги ва эрта ёшда болалар захмини олади ҳамда **у кечки ва яширин туғма захмларга** ажратилади.

Эрта туғма захм кўкрак ёшидаги болаларда турлича юзага келади, яъни у бир вақтда бир қатор аъзо ва тизимларга тарқалади. Захмнинг бу даврдаги белгилари боланинг дастлабки 2 ойлигида аниқланади (Райц, М.М., 1948, 1959). Жараён терида, шиллиқ қобиқ қаватда, суякларда, ички аъзоларда оқ трепонемаларни ўзида сақлайди ва жуда юкумлидир. Қонда серологик реакция мусбат бўлади. Захмнинг бу даврида пуфакчалар розеолпапулёз тошмалар, терида Гохзингер инфилтрацияси кабилар сонлар орасида, пещонада, энгак ости ва лаб соҳасига тошади. М. М. Райцнинг маълумоти бўйича, Гохзингер инфилтрациялари одатда, бола ҳаётининг 8-10 ҳафтасида юзага келади.

Жараён дастлаб тарқалган ўчоқли, кўзга аниқ ташланмайдиган эритмалар ҳосил бўлиши билан бошланади, кейин бу жойларда инфилтрациялар пайдо бўлиб, тери бўғинлари текисланиб, юмшоқлигини йўқотади. Лаб қизғиш-сарик рангга кириб шишади, қалинлашади, лаб қизил ҳошияси тортишади, илмоқда қотишган қатлам ва кўп миқдорда оқ трепонемалар аниқланади. Бола йиғлаганда, лабларда юзаки оғизга чуқур нисбатан кўндаланг йўналтирилган ёриқлар пайдо бўлиб, қисман қонайди, кейин тезда қоплам билан ёпилади. Даволамаган тақдирда ҳам 2-3 ой ўтиб, Гохзингер инфилтратлари тушиб, ўрнига оғиз атрофида радиал йўналган чандиқлар (Робинсон-Фурнье чандиғи) ҳосил бўлади. Туғма захмда ретроспектив ташхис учун бу чандиқлар аҳамиятлидир. Кўкрак ёшидаги болаларда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида захм папулалари юзага келиши мумкин. Б.М. Пашков (1955 й.) маълумоти бўйича бу туғма захм папулаларидир.

Эрта ёшдаги туғма захмнинг клиник белгилари: 1 ёшдан 5 ёшгача, иккиламчи захм рецидивига ўхшайди, тошмаларда

оқ трепонема бўлади, тошмаларнинг жуда юқувчанлиги, серологик реакциянинг мусбатлиги, оқибати яхши кечиши билан тавсифлидир. Бу даврда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида эритемали ангина, папулалар айрим ҳолларда емирилган ҳолда кузатилади. Кўпинча папула бодомчасимон безда, тилда, лунж ва лаб шиллиқ қобиқ қаватида жойлашади.

Кечки туғма захм боланинг 5 ёшидан кейин бошланади. Захмнинг бу даврида аъзо ва тўқималардаги чуқур ўзгаришлар кузатилиши туғма захм учун хосдир. Оқибатда, беморлар кам ҳолларда ноғиронликка чиқишади. Б. М. Пашков маълумотига қараганда, кечки туғма захмнинг дастлабки белгилари 47% беморларда - 5 дан 8 ёшгача, 84% беморларда - 9 дан 12 ёшгача бўлган даврда кузатилади. Кўпчилик кечки туғма захм билан оғриганларда, серологик реакция мусбат, РИФ ва РИБТ эса даволанмаган беморларда мусбат натижа беради.

Туғма захмларнинг барча белгилари икки гуруҳга: ишонарли (гетчинсон учлиги, паренхиматоз, кератит, гетчинсон тишлари, лабиринт карлиги) ва нисбатан ишонарли (эгарсимон бурун, қиличсимон тирсак, кистасимон биринчи моляр, қозиклар оғиз атрофидаги чандиқлар, думбасимон калла суяги ва бошқ.) белгиларга ажратилади. Агар кечки туғма захм билан оғриган бемор оғиз шиллиқ қобиқ қаватида жароҳатланиш кечса, унга учламчи захм учун хос бўлган гумма ва думбоқли тошмалар учрайди. Бу чандиқлар лабнинг қизил ҳошиясидан, айрим ҳолатда Клейн соҳасидан бошланиб, кейин терига ўтиш қисмига кўчади. Бурненинг фикрича, захмнинг аниқ белгиси бу лаб қизил ҳошиясидаги чандиқнинг юпқа ялтироқ чизиқ бўлиб аниқ кўзга ташланишини оддий кўз билан кўринишидир. Туғма захмда оғиз атрофидаги чандиқларнинг фарқли белгиси - оғиз бурчаги, энгак остига эрозияли пуфак ва чуқур инфилтрат ҳосил қилади ҳамда тарқалган инфилтратли захмдан кейин оғиз атрофидаги чандиқ 19 % кечки туғма захм билан оғриганларда кузатилади (Б. М. Пашков). Туғма захмлардаги чандиқларга хослик, айрим ҳолатларда турли дерматозларда - пиодермияда, тери силидаги чандиқларга ўхшаши билан ажралиб туради.

Даволаш. Захм билан оғриган беморларда клиник ташхис аниқ қўйилгандан кейингина - бирламчи ва иккиламчи захмда оқ трепонема топилгандан ёки серологик реакция мусбат натижа берганидан кейин даволашни бошлаш лозим. Захмга қарши даволаш муолажасидан сўнг у бошланғич даврдаги бошқичга ўхшаб қолади, лекин бемор захмни даволаш учун талаб қилинадиган даво курсини тўла олмаса, беморда касллиқнинг серологик ва клиник белгилари қайтланади. Шунинг учун касалликнинг кечиши даражасини аниқлаб, тўла синфли ре-

акциялар, шунингдек, РИБТ реакцияси натижасини билиб, тўлақонли даволаш курсини ўтказиш зарур. Ҳозирги кунда захмни даволашда пенициллин ва унинг қаторидаги дори ашёлари (эконопеницилин, бицилин), висмут дори воситалари (бийохинол, бисмоверол, пентабисмол) ва йод, иккиламчи захм қайталанишида ҳамда учламчи захмда комбинациялашган махсус бўлмаган даволашдан (пироген дорилар, В₁₂ витамин, метилурацил, алоэ ва бошқалар) фойдаланилади. Захм билан оғриган беморларни даволаш тартиби 1976 йилда соғлиқни сақлаш вазирлиги тасдиқлаган ва 1982 йилда қайта тўлдирилган кўрсатма асосида олиб борилади.

Ҳозирги кунда захмнинг асл кўринишини (бирламчи ва иккиламчи тоза захм) даволашда тўхтовсиз (бир даво муолажаси) усул қўлланилса, бунда қайсидир пенициллин ёки пенициллин қатори воситалари, кейин захм бицилин ва фақат бицилин даволангунигача қилинади. Узлуксиз даволаш усулида пенициллин қўлланилади, бицилинни висмут препаратлари билан узлуксиз қўллаш иккиламчи захм қайталанганда ҳам ишлатилади.

Стоматолог врач ўз иш амалиёти давомида учламчи захм билан оғриган беморга дуч келади, гуммозли ёки думбоқли тошмалари оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида пайдо бўлган бундай беморларни даволашни пенициллин билан бошлаш мумкин эмас, чунки бунда - захм тошмалари сўрилиши оқибатида касаллик белгиларини қайталаниш реакцияси кузатилиб (айниқса, ҳаётини муҳим аъзоларда жойлашган бўлса), бу ўлимга олиб келиши мумкин. Бу даволаш жараёни оқибати тошмалар бириктирувчи тўқималарга қўшилишга улгурмаганлиги сабабли 2-3 кун ичида рўй бериши кузатилади. Шу билан боғлиқ ҳолда, учламчи захмни даволаш, дастлаб 2-4 ҳафта давомида йод қабул қилишдан бошланади, сўнг ярим доза миқдорида висмут дори йоди қабул қилинади, кейинчалик доза хажмида висмут дори-ашёлари, иккинчи даво курси ярмидан бошлаб пенициллин киритилиб даволаш охиригача етказилади.

Тахминий даволаш (комбинациялашган) захм ташхисини аниқлаб олиш йод ёки висмут дори воситалари билан ўтказилади. Бу дори воситаларидан фарқли ўлароқ, пенициллин воситалари касалликни фарқли ташхислашга қаршилиқ аломатли натижаларини кўрсатади.

Стоматолог врач иш жараёнида танглайи тешилган беморларда кемтикни ёпувчи операция жараёнида беморга яқин алоқада бўлади, учламчи ёки кечки туғма захм билан оғриган бемор даволаниб бўлганидан кейин 5 йил давомида диспансер назоратида туриши шарт. Шунга асосан, кемтикларни ёпиш операциялари беморлар диспансер назоратидан ўчирилгандан

кейингина ўтказилади. Агар кемтик беркитиш операцияси бемор диспансер назоратидан чиқарилмасдан олдин қилишни тақоза этса, у ҳолда тери-таносил касалликлари врачининг назорати остида беморга пенциллиннинг мумкин бўлган юқори дозаси берилиб, касалликни юқишидан ҳимояланилади.

Захмда оғизда пайдо бўлган тошмаларни пенициллин ва висмут препаратлари билан даволаш жараёнида бир қатор асорат кузатилиши мумкин. Пенициллин ва висмутли дорилари беморда ўткир аллергик стоматит келтириб чиқариши мумкин; у ҳолда тезда даволаш тўхтатилади. Кандидозда пенициллин даво курсини тўхтатиш шарт эмас. Висмут дори воситалари оғизда висмутли ҳошия, висмутли гингивит ва стоматит каби асоратлар пайдо қилади.

СИЛ

Одатда оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва лабда силни сил микобактериялари келтириб чиқариб, иккиламчи бўлади, кам ҳолатларда оғиз шиллиқ қобиқ қавати бирламчи сили комплекс турда кузатилади. Сил микобактериялари оғиз шиллиқ қобиқ қаватида эндоген (қон орқали, лимфа орқали) ва экзоген йўл билан тушиши мумкин.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати сил микобактериялари жойлашиши учун ноқулай озуқа муҳити саналади; шиллиқ қобиқ қаватга тушаётган кўплаб сил микобактериялари ўлади. Агар тушган микобактерия ривожланса, у жараённинг кечishi; организм иммунологик ҳолатининг силли реакцияга жавоб даражасига боғлиқ бўлади.

Организмда силнинг келиб чиқиши жараёнида, инсоннинг овқатланиши тавсифи, ички-асабий зўриқиш ва бошқа ҳолатлар муҳим ўрин эгаллайди.

Оғиз шиллиқ қобиқ қавати силнинг иккиламчи туридан жароҳатланса, у силли югирик ҳисобланиб, бунда дастлабки иккита кўринишда силли реакция мусбат, милиар-яралли силда аллергия кўринишида бўлиб, силли реакция манфий натижа беради.

Оғиз шиллиқ қобиқ қават ва лабнинг бирламчи сили. Бирламчи силда - бирламчи сил комплекси — сил шанкри кам учрайди, асосан болалар оғиз шиллиқ қобиқ қаватида кузатилади, у кўпинча экзоген ифлосланишдан; ҳаво томчиси, кам ҳолларда алиментар йўл билан юқади. Силнинг бу тури организмда сил микобактерияси йўқ ва сил реакцияси мусбат бўлмаган кишиларда ривожланади.

Силда 8 кундан 30 кунгача инкубацион давр ҳисобланиб, инфекция тушган жойда 1-1.5 см катталиқда туби ифлос ҳосила

сарик бўлади, асаб толалари жароҳатланганда оғриқли ҳосила бўлади. Тубининг четлари қисман қаттиқлашган; бу асосан лабда жойлашса, яққол кўринади. Яра ҳосил бўлганидан 2-4 ҳафта ўтгач, жағ ости лимфа тугунлари қаттиқлашади. Дастлаб лимфа тугунлар ҳаракатчан, кейинчалик улар ўзаро ва тери билан бирикади. Кўп ҳолатларда бу тугунлар йиринглайди ва ёрилади.

Силнинг бу тури оғир кечади, айниқса кўпроқ атрофдаги болаларда силнинг тарқалиб кетадиган турининг хавфи кузатилади. Даволаш жараёни секинлик билан олиб борилса, бемор тузалиш томон ўзгаради. Лаб раки ва қаттиқ шанкрдан сил шанкри осон фарқланади: унинг ривожланиши бемор ёшлиғи билан лимфа тугунларининг бирикиб кетиши, ярадан сил микробактериялари ажралиши билан тавсифланади.

Силли югирик. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати ва лаб силлари ичида силли югирик кўп учрайди. Касаллик учун ўрнашиб олинган, қайталаниб туриши ва юз соҳасида кузатилиши тавсифли, айна вақтда лаб қизил ҳошиясида, бурун соҳасига тез ўтади. Айрим ҳолларда, юқори лабнинг қизил ҳошиясидаги сил чегараланган бўлиши ҳам мумкин.

Силли югирикнинг бирламчи элементи бу дўмбоқча (липома). Липома дастлаб ясси, кичик тўғноғич бошли, катта ёки қисман каттароқ қизил, сарғиш-қизил, юмшоқ, оғриқсиз ҳосила бўлиб, тармоқланган қисмлари билан қўшни ҳосилаларга қўйилади. Қўйилиш жароҳат ўчоғи турли катталиқ ва шаклга кириши мумкин.

Липомаларни ташхислаш учун икки хил: диаскопик ва зондаш усулларидан фойдаланилади. Липомани диаскопия қилганда, оддий шиша мосламадан фойдаланилади; шиша билан терига ва лаб қизил ҳошиясига босилганда, қобик қонсизланади, бунда липома қизил ҳошиядан йўқолади, перифокал қон томирлар кенгаяди, липома қўнғир-сарик ёки шағам рангда кўринади ҳамда олма бўтқаси рангини эслатади. Бир неча липомалар бир-бирига қўйилиши натижасида диаскопияда катта доғ, айрим ҳолатларда 1 см катталиқкача бўлган бир-нечта алоҳида кичкина қўнғир доғлар вужудга келади. Иккинчи усулда ташхислашда тугмасимон зонд билан липомага босилганда, зонд осонгина кириб кетади. Бу феноменни 1896 й. А. И. Поспелов аниқлаган, ҳозирги вақтда каллоген ва шакли ўзгарувчанлик шакл бузилиши билан изоҳланади.

Югирик (волчанка) ўчоғи лабнинг қизил ҳошиясини ва айниқса оғиз шиллиқ қавати қобигини ярайди. Яра қирралари бирлашмаган, нотекис кўринишда бўлади. Яра туби сарғиш-ифлосланган қараш ёки кенгайган папуланнинг грануляцияли шакли, бошқа ҳолларда, оч рангдаги пишган малинани эсла

тади. Лабнинг қизил ҳошиясидаги югирик яра юзасида юпқа қотма караш камдан-кам ҳолда, жуда йўғон караш кўп ҳолларда кузатилади.

Жароҳат ўрнида юзаки чандиқнинг атрофияли ҳолати; липоманинг алоҳида чандиғини такрорловчи кўринишда бўлади. Яраларнинг ўрнида кўпол ҳусн бузувчи чандиқлар қолиши ҳам мумкин. Югирикнинг ярали жараёни камдан-кам бўлсада, тўқималарнинг бутунлигига жароҳат етказди.

О. Н. Подвысоцкаянинг айтишича, югирикнинг эрта инфилтратив кўриниши ҳам бўлиб, у кўпроқ лабда жойлашади. Лабнинг бу жароҳати қисман катталашган кўринишда, лаб териси ва лаб қизил ҳошияси тортишган тўқ-қизил рангда бўлиб, диаскопияда олма бўтқаси кўринишида кузатилади.

Югирикнинг бу кўринишида инфилтрат тезда тушиб кетади ва тўқимага сезиларли жароҳат етказди. Юқори лабда югирик жойлашганда, элефонтиза типиди шиш кузатилиб, у кейинчалик узоқ сақланиб қолади.

Оғиз шиллиқ қобиқ қавати силли югирик кўп учрайдиган соҳа ҳисобланиб, кўпинча юз терисигача аралаш тарқалиши ва аксинча, юз терисидан лаб ва оғиз шиллиқ қобиқ қаватига тарқашини натижасида юзни кўп қисмининг катта-катта жароҳатларига сабаб бўлиши мумкин. Бир қатор муаллифларнинг таъкидлашларича, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида силли югирик 18-дан 35% гача миқдорни ташкил қилади. Оғиз соҳасининг асосан милк, қаттиқ ва юмшоқ танглайда югирикнинг кўп жойлашиши кузатилиб, тилда эса кам учрайди.

И. Г. Лукомский силли югирикнинг клиник кечишини тўртта босқичга; **инфилтратли, дўмбоқли, ярали ва чандиқли** турларига ажратади. Клиник кечишнинг биринчи босқичида инфилтрация кузатилиб, одатда дўмбоқчалар кузатилмайди. Жароҳатли шиллиқ қобиқ қават соҳаси оч-қизил рангда, шишган ва атроф тўқималардан жароҳатланган ўчоқ кўтарилиб туради.

Иккиламчи босқичда қизарган ва шишган кўринишдаги, алоҳида-алоҳида кичкина дўмбоқчалар бўлиб, осон олинувчи эпителий билан қопланган. Кейинчалик, аксарият беморларда дўмбоқчалар турли катталиқда, текис бўлмаган кўринишда, кўпинча якка-якка, лекин четлари юлинмаган ҳолатдаги яра ҳосил қилиб, тушиб кетади. Ярадан ажралган ҳосила таркиби микроскопда кўрилганда, сил микобактериялари топилади. Жараён охирида чандиқ ҳосил бўлади, агар жараён ярасиз ҳолда, унда дўмбоқлар текис, ялтироқ ва атрофияга учраган ҳолда кўринади. Жараён яраланиб кечса, чандиқлар қаттиқ, кўпол бўлиб, шиллиқ қобиқ қават остида ётган тўқима билан бирикиб кетади.

Оғиз шиллиқ қобиқ қаватида алоҳида *линома* ҳосил бўлса, унда (тўғноғич бошидай) кўкиш-сарик ёки сарғиш-қизил рангли юмшоқ ҳолатдаги, текканда осон қонайдиган, юзага осон ёпишиб турган кўринишли ҳосила пайдо бўлади.

Силли югирик жойлашишига боғлиқ ҳолда ўзига хос клиник кўринишида кечади. Юқорида таъкидлаганимиздек, сил югирикчаси оғизнинг юқори соҳаси - милкда кўп жойлашади. Милкда жойлашган силнинг жароҳатини И. Г. Лукомский 4 та кўринишга: 1) **қирғоқли** - дастлаб милкнинг четларида банал инфилтрат пайдо қилиб, кейинчалик дўмбоқли эрозия (яралли) кўринишда ўтадиган; бунда милк қирралари ва тишлар аро сургичлар тезда шишади, милк четлари текисланади, шиллиқ қобиқ қават оч-қизил рангда тобланади, милк худди қалбаки тўғноғинчдай, оғриқсиз, силлиқ, хира, осон қонайдиган бўлиб қолади; 2) **юқори қирғоқли** инфилтратли ёки милк чўнтақларига босилмайдиган дўмбоқ-яралли жароҳатланиш; 3) **тотал инфилтрат**, кўпинча, эрозив, камдан-кам ҳолатда, яралли жароҳат бутун юзасини қоплаб олади. Бу турдаги силда алвеола суяклари кўпроқ жароҳатланади, “гипертрофик люпоз кўринишли гингивит” ҳам ривожланади; 4) **икки томонлама яралли югирик** кўринишида намоён бўладиган тури.

И. Г. Лукомский ва В. А. Васильевлар югирикни, асосан яралли турида, милк жароҳатланганда жағнинг ўсиқларидаги ўзгаришларни таъкидлашган, яралли кечишида, суяк тўқимасининг ўлиши оқибатида алвеоляр ўсиқлар томонидан жағ асосий танаси томон жараён давом этади ва тишлар қимирлаб қолади, аралаш чайнов юзаси ҳосил бўлади. Милкни жароҳатловчи югирик тури оғир кечишида алвеоляр суяклар тўла емирилиб кетади, тишлар тушиб кетиши кузатилади. Силли югирикда танглай ва милк жароҳатини биргаликда келиши тез-тез учраб туради. Танглай олдини 1/3 қисми жароҳати юқиш йўли билан ривожланадиган тури, яралли югирикка тавсифли ҳолатдир. Дўмбоқча ўрнида ҳосил бўладиган яра тўқима юзасига қандай тарқалса, чуқурликчага ҳам шундай тарқалади. Танглай ўрта қисмидаги яра лимфоген ёки гематоген йўл билан инфекция юқиши натижасида кузатилади. Бундай жароҳат ўчоғи қаттиқ ғадир-будир дўмбоқли, кўкиш-қизил ёки очпушти, айрим ҳолда шаффоф ёриқли кўринишга эга. Югирик танглайнинг охири учинчи қисмида жойлашса, одатда тил, шу қаторда танглай тилчаси, ютқун ва қизилўнғач жароҳатланади. Патологик жараён лимфоген йўл билан юққанда, дўмбоқли, кам ҳолларда, яралли кўринишда бўлади. Тилда югирикнинг яралли кўриниши дўмбоқли туридан кам учрасада, тил жароҳатланганда шишади, қалинлашади ва кўринишини йўқотади, юзи ялтироқ, данакдек, дўмбоқча кўринишида, деструктив ўзга-

риш томонга эгилган ҳолда бўлади. **Оқибатда**, деструктив жараён тилни бутунлай йўқолиб кетишигача олиб келади.

Тилдаги югирик тил илдизида ёки тил деворида жойлашади. Клиникада тил юзасида, думалоқлар тарқалиб жойлашади, емирилаётган яралар одатда аниқланади. Жароҳат соҳаларида варикоз ва папилломатоз ҳосилалар кузатилади. Бу ҳосилалар қаттиқ склерозлашмаган, кенгайган, оғриқсиз карашлар ёки юмшоқ сургили ўсмалардан иборат бўлиб, одатда бемор шикоят қилмайди.

Лаб шиллиқ қобиқ қавати жароҳатлари клиник жиҳатидан ярали кўринишда бўлиб, лабни қимирлатганда оғриқ сезилади. Яра битганидан кейин чуқур деформацияга учраган лаб чандиғи қолади. Юқори лаб ярали жароҳатида ўзига хос понасимон нуқсон, чандиқ ҳосил бўлиб, лабни ён томонга тортади, нутқ бузилади ва овқат ейиш қийинлашади. Агар иккала лаб жароҳати аниқланса, бемор оғзининг кичрайиши - *микростома* ҳолати кузатилади.

Югирикнинг **кечиши** сурункали. Касаллик даволанмаса, жараён бир неча ўн йиллаб давом этиши мумкин. Одатда, югирик асосан ўпка сили борларда (фаол бўлмаган турида) ва лимфоаденит сили бор беморларда кузатилади. Силли югирик айрим ҳолатларда сарамас яллиғланишли асорат беради. Оғир асорати раkning ривожланишидир (люпус-карцинома). Люпус - карцинома битмайдиган, четлари қаттиқ, туби емирилувчи ва тезда тарқалувчи ярадир.

Силли югирикнинг **таққосий ташхиси** асосан, дўмбоқли захм, махов ва қизил югирик билан қилинади.

Қизил югирикнинг фарқи лабдаги жароҳат чегараланган бўлсада, силнинг ҳосиласида липома бўлмайди, Вуд ёритгич нурида кўрилганда якка-якка суюқлик оч тусли жароҳатли ва ўткир гиперкератоз, шунингдек, корцинмон-кўкиш рангда товланади.

Санчиқли сил. Санчиқли сил ёки *скрофулодерма*, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида камдан-кам ҳолда учрайди ва асосан болаларда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида, чуқур қатламларда тугунлар ҳосил қилади. Бу тугун секинлик билан юмшоқлашиб боради ва жароҳатланиб, оз миқдорда қон аралаш йиринг, шунингдек, кичик бўлак ўлган тўқима чиқади, ҳосил бўлаётган яра юмшоқ, якка-якка, узилган кўринишда, четлари оғриқли, яра туби кучсиз грануляция билан қопланган бўлади. Яралар ўзаро бир-бири билан най йўллари орқали қўшилмайди. Чандиқланишда, текис бўлмаган бўлак-бўлак чандиқлар ҳосил этади.

Оғиз бўшлиғидаги шиллиқ қобиқ қават скрофулодермаси ва захм гуммаси бир-бирига ўхшаш. Актиномикозда шиллиқ

қобиқ қават ва шиллиқ ости қаватда жойлашган тугунлар, санчикли силдан фарқли, уларда доскасимон қаттиқлик, оқма йўл бўлиши ва унда нурли замбуруғлар ажралади. Тушиб кетаётган ўсмали яраларда қаттиқлик, оғриқли, илғакда атипик хужайралар борлиги билан фарқланади.

Милиар-ярали сил; касаллик асосан касалликка берилувчан кучсиз-ўпка ва ҳиқилдоқ сили билан оғриган беморлар сўлаги орқали чиқадиган сил микобактериялари инокуляцияси оқибатида келиб чиқади. Микобактериялар шиллиқ қобиқ қаватига ўрнашади ва касалликни келтиради. Бундай беморлардаги тошмалардан ажралган ҳосиладан кўп миқдорда микобактериялар топиш мумкин.

Милиар-ярали силда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати дастлаб кўкиш-сарик ёки қизғиш рангда, нуқтасимон, шиллиқ қаватдан қисман кўтарилган ҳосилалар - кичик абсцесслар ажратилади, улар кейинчалик милиар дўмбоқларга айланади. Касалликнинг бу босқичи яралиси билан тез алмашинади, шунинг учун милиар-ярали силда касалликнинг бирламчи элементларини кузатиб бўлмайди. Бемор оғриқли яра пайдо бўлгачгина, врачга мурожаат қилади. Дастлаб шиллиқ қобиқда нуқта-нуқтали яралар ҳосил бўлиб, улар бир-бирига тезда қўшилиб кетишидан 2,5 см катталиқда ҳосила пайдо бўлади. Бу яралар чуқур жойлашмаган, нотўғри шаклда, четлари узилган шаклда, юмшоқ бўлади. Яра атрофида қисман яллиғланиш реакцияси кузатилади. Яра туби текис бўлмаган паст-баланд, сарғиш, кўкиш, қизил рангда, бир-биридан узоқроқ жойлашган, сўрғичларда, айрим ҳолатда йирингли караш ёки қон уйилиб қолган ҳолатни кўриш мумкин. Бундай яраларнинг тубида оз миқдорда сарғиш ёки кўкимтирсарғиш миллиард дўмбоқчалар, кичкина абсцесслар (Трел дони)ни учратамиз.

Касал даволанмаса хасталик жуда секин кечади, жараён аста-секинлик билан тарқалиб боради. Ўз-ўзидан чандиқланиш, камдан-кам ҳолатларда кузатилади. Одатда, яраси оғриқли бўлиб, жараён кўпинча жағ ости лимфаденити билан бирга кечиши мумкин, лекин лимфа тугунларининг йиринглаши кузатилмайди.

Милиар-ярали сил кўпинча танглай, тил, баъзи ҳолатларда милк ва лунжда жойлашади. Тошмалар жойлашишига қараб, ўзига хос жароҳатларга эга. Милиар-ярали сил танглайда жойлашганда, тошмалари қизара бошлайди, яллиғланиш инфилтрати тилда ёки танглай халқасида бўлиб, кейин яра ҳосил бўлади. Танглайнинг ён юзасида аввал ёрилиш кузатилади, ичкаридан четга йўналган бу ёриқлар яраининг қирралари бўйлаб, узилган шаклга киради.

Тилда эса жараён қисман сезиларли ёриқлардан бошланади, кейинчалик ўртага йўналган бўлиб, миляр ярали силга хос оғриқли яра ҳосил қилади. Тилда инфилтрация сезиларсиз бўлиб, айрим ҳолатларда тилда сарғиш-кўкиш Трел дони шакли кузатилиб, тезда ярага айланади. Миляр-ярали сил билан кўпинча эркаклар оғрийди.

Миляр-ярали силни гуммали яралардан *фарқли ташхислаймиз*. Айрим ҳолатларда, миляр-ярали сил ва югирик силни бир-биридан фарқлаш қийин. Миляр-ярали силда субъектив жиҳатидан оғриқ сезилади, югирик силда эса, оғриқ камдан-кам ҳолатда ёки умуман кузатилмайди.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати силини *даволаш* умумий силни даволашдагидек усулда олиб борилади, одатда бемор силга қарши диспансер назоратига олинади. Югирик силни даволашда, самарали усул изоникотин кислоталари гидролизидан (фтивазид, изониазид ёки тубозит, солюзит, метозит, Инга 17 ва бошқ.), булар сил микобактерияларига ҳам бактериоостотик ҳам бактерицид таъсир қилади. Катталарда фтивазид кунига 1-1,5 г дан 6-7 ой давомида, болаларда кунига 0,03-0,04 г дан/1 кг тана оғирлигига ҳисоблаб берилади. Силли югирикни клиник даволаш 45-60% беморларда самарали бўлади.

В. И. Класс ва Н. Я. Косова (1954 й.)нинг айтишича, оғиз шиллиқ қобиқ қавати силида фтивазид яхши натижа беради, унда 90% беморларда терапевтик самарали натижа кузатилади. Лекин даво курси тугагандан бир неча ой ўтгач, 16% беморларда касаллик қайталади ва уларга такрорий даво муолажаси ўтказилади. Шунинг учун югирикнинг даво курси тугашидан кейин касалликнинг клиник белгилари юзага чиқишини кутмасдан туриб, 2-3 ой вақт ўтгач, такрорий даво (60-200 г даво курси) ёки D_2 витамини бериш, асосан югирик силини ярали турига яхши фойда беради. D_2 витаминни 100000 Медан кунига, 6-7 ой давомида берилади.

Силга қарши воситаларга яна стрептомицин кунига 0,5-1г, 6-7 ой давомида қўлланилади. Лекин фақат стрептомицин билан даволашда айрим ҳолатларда касалликнинг эрта қайтала ниши кузатилади. Юқорида айтилганлардан хулоса қилиб, силни даволашда аниқ фойдали натижаларга эришиш учун фтивазидни D_2 витамини билан, комплекс номахсус дорилар (витамин С, В гуруҳ витаминлар), шунингдек, умумий ултрабинафша нурлантириш ва тузсиз овқатлар истеъмолига эътибор берган ҳолда даволаш зарур. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг миляр-ярали силида жуда кўп микобактериялар ярадан ажралишини ҳисобга олиб, комбинациялаштирилган даво усулларни, стрептомицин ва фтивазид, шунингдек, организм имунитетини кучайтирувчи дори ва озқалар қўллаш зарур.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати силининг **оқибати** асосан беморнинг узоқ вақт даволанишига ва дори воситасининг сифатига боғлиқ. Силни эрта кўринишдаги турлари белгиларини аниқлаш биланоқ, беморларни махсус даволаш муассасаларига жойлаштириш, тезда диспансер назоратига олиш зарур. Бунинг учун стоматолог врачнинг ҳам бевосита иштироки беморни тезда даволашда муҳим аҳамият касб этади, сабаби - миллиар-ярали ва югирикли силда бемор биринчи ўринда стоматологга шикоят билан келади.

МАХОВ

Маховни Ганзеннинг маховли микобактериялари чақиради, у сурункали тарқалган инфекцияни ўзида сақлаб, асосан, аъзо, тўқима, асосли эндодермада фаол мезенхимага бой элементларда ривожланади. Махов сурункали ривожланиб борувчи, вақти-вақти билан даврий алмашиниб турувчи (Маховли реакция) ҳолда кечиб даволанилмаганда, кейинчалик ногиронликка ва оқибатда ўлимга олиб келади.

Маховнинг икки тури: **силли** ва **маховли** тури фарқланади. Бу иккала турдаги махов касаллиги организмнинг махов инфекциясига қаршилиги пасайганда (бу теридаги махов синамасида аниқланади) юзага келади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати жароҳатланиши ва организмнинг қаршилик фаолияти тушиб кетиши (махов синамаси манфий) **маховли терида** кузатилади. Бундай беморлар терисида, оғиз шиллиқ қобик қаватида, ички аъзоларда, асосий асаб толалари бўйлаб, махов инфилтратлари - махов хужайралари юзага келади, улар маховнинг силли туридан фарқли ўлароқ Ганзен таёқчаларининг ютилиши қобилияти кузатилмаганлиги сабабли бу хужайралар тартибсиз йиғилади.

Оғиз шиллиқ қобик қаватида маховли жараён инфилтратив босқичдан бошланади, кейин шу кўринишда дўмбоқли тошмалар кўринади ва бир-неча вақтдан кейин йўқолиб кетади. Жараён чандиқланиш билан тугалланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида маховли жароҳатланишнинг тўртала босқичида ҳам бирламчи ҳосилалар: **инфилтратив, дўмбоқли, ярали ва чандиқли** жараён кузатилади. Маховли жароҳатланишда барча босқич ўзгаришларида у ёки бу босқич ҳосилаларда ўзига хос полиморфизм ҳолатида клиник фарқлари намён бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида маховли жароҳат чегарали инфилтрат ҳосил бўлишидан бошланиб, сарғиш-оқиш, айрим ҳолатда, қорамтир-кўкиш рангдаги атроф тўқималардан фарқланувчи тошмалар ҳосил қилади. Кейин инфилтра

ция ўринларида турли катталиқдаги — дондан то олча катталигича келадиган дўмбоқлар ҳосил бўлади. Дастлаб дўмбоқлар қаттиқлашади, кейинчалик юмшайди. Дўмбоқчалар тизимсиз жойлашиб, периферик ўсиш томонга қўйилади. Дўмбоқларнинг кўпчилиги сариқ-бинафша, бошқа ҳолларда кўкиш-бинафша рангда бўлади. Юзаси одатда ялтироқ тус беради. Кўпинча дўмбоқлар ярага айланади. Дўмбоқча ўрнидаги яра дастлаб катта бўлмаган, туби паст-баланд сарғиш, оч-ифлос рангда, четлари нотекис шишган юмшоқ ҳолатда бўлади. Айрим ҳолатларда, жараён суяк тўқимасига ўтади. Бунда кўпинча, суякнинг алвеоляр ўсиқлари емирилади. Яра кейинчалик чандиқланади, лекин дўмбоқча ёки инфилтрат фиброзланганда чандиқ яна яраланиши мумкин. Чандиқ ҳосил бўлиши бу соғайиб кетиш жараёни бўлмаслиги ҳам мумкин; чунки айтилиши вақтда инфилтрат дўмбоқча ёки яра ҳосил қилиши мумкин. Махов чандиқлари оғиз шиллиқ қобиқ қаватида айлана ёки нурсимон кўринишда бўлади. Чандиқлар жойлашган ўрнига ва катталигига боғлиқ ҳолда фаолиятга таъсир қилиши мумкин. Кўпинча юмшоқ танглай ва тилни деформацияга учраши, айрим ҳолларда, йўқолиб кетиши кўринади. Маховдан жароҳатланиш лабда ҳам кузатилади. Бунда шиш билан кечадиган ўткир инфилтрат пайдо бўлади, натижада махов элефантеази юзага келади. Лаб қаттиқлашади, кам кимирлайди, қалинлашади. Лаб териси ва қизил ҳошияси бир-биридан кам фарқланади. Шу кўринишда, яхши аксланадиган дўмбоқлар юзага келади.

Лабнинг ички юзасидаги маховли ўзгариш тарқалган эритмалардан бошланиб, кейин инфилтрация ривожланади, у кўкимтир доғдаги қалинлашган эпителийлар билан қопланган. Шу кўринишда шиллиқ қобиқ қават устига кўтарилмайдиган дўмбоқлар ҳам пайдо бўлиши кузатилган. Лабдаги маховли ўзгаришлар узок вақтгача ўзгаришсиз қолиши мумкин, айрим ҳолларда у яраланиб кетади. Дўмбоқ устида жойлашган унча чуқур бўлмаган яра ҳосил бўлиб, унинг суюқ ажралмаси куриб, оч-кўкиш караш ҳосил қилади.

Лабдаги яраланишнинг асорати доимо унинг деформацияси — юпқаланиши ёки тешилиб қолиши ва чандиқланишидир. Агар дўмбоқлар чуқур жойлашган бўлса — фиброзланса, унда лаб чандиқланиб нутқ бузилади, лаб қизил ҳошиясида доғлар пайдо бўлади. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг маховли ўзгариши камдан-кам ҳолатда ўтиш бурмагача давом этиб боради.

Маховли тошмаларнинг кўпинча учрайдиган соҳаси бу олдинги тишлар, кам ҳолларда, чайнов тишлар соҳасидир. Милкда маховли жароҳатлар инфилтрат ҳосил бўлиши билан бошланади. Милк бўкади, шишади, қаварган бўлади, милк сўр-

ғичлари тўлишади, милк кўринишидай текисланади ва осон қонайдиган бўлиб қолади. Кўпинча бу жараёнга сўлак ажралишининг кучайиши кўшилади. Тезда милкнинг шиллиқ қобиқ қавати хира тортиб, устида ярача ҳосил бўлади, у кейинчалик чандиқланади ва милк четлари тескари буришиб қолади. Милк калталашиб, тиш илдиэлари очилиб қолади. Чандиқланиш билан бирвақтда, милкда янги инфилтрат пайдо бўлади. Оғриқсиз кечиши унинг ўзига хос тавсифидир. Каттиқ танглайдаги шиллиқ қобиқ қаватда ўзгариш қуйидагича кечади: агар жараҳат танглайнинг олдинги 1/3 қисмида бўлса, марказий соҳасидан қозиқ тишларгача инфилтрат юзага келади. Шиллиқ қобиқ қаватни инфилтратланган жойи орқага сиқилиб боради ва кўпинча танглайнинг ўрта соҳасини учинчи қисмида тугалланади, натижада, олдинга ингичкалашиб борган учбурчак ҳосил бўлади. Кам ҳолатларда инфилтрат орқа йўналишда, 2 см кенгликда, юмшоқ танглайнинг ўрта чегарасигача давом этади. Каттиқ танглайнинг ён томонларида инфилтрат камдан-кам ҳолатда учрайди. Инфилтратнинг кўп қисми кўкиш-қизил рангда бўлиб, умуман оғриқсиздир. Сўнгра инфилтратланган соҳада тариқдан каттароқ келадиган кўкиш-оқ рангдаги дўмбоқлар пайдо бўлиб, кейинчалик уларнинг юзаси яраланади.

Юмшоқ танглайда жараҳат қизариш билан бошланиб, инфилтрат корамтир тусга киради. Айрим ҳолатларда юмшоқ танглай оч-сарик рангга киради. Танглай тилчаси инфилтрацияланиб, катталашади. Юмшоқ танглайнинг инфилтрацияланган соҳаси ва тил оч-кўкиш рангда бўлиб, дўмбоқчалар жойлашиши ва катталиги билан тариқ донидан нўхат катталигича ўзгаради, кейин дўмбоқлар тушиб кетиб, ярачалар ҳосил бўлади. Айрим ҳолда майда ярачалар бир-бирига қўшилиб, кичик юзани ҳосил қилади. Яра четлари қисман кўтарилган ва йиртилган, туби кўкиш карашли, ғадир-будир бўлади. Ранги оқ-кўкиш ифлос тусга киради. Ярали жараҳат тилни тўла ёки қисман шикастлайди. Каттиқ ва юмшоқ танглайда ярали жараён чандиқланиш билан тугалланади, ҳосил бўлган чандиқ турли кўринишда, нурсимон, юлдузсимон, айрим ҳолларда айлана тусида бўлади. Чандиқ одатда, юзаки жойлашган, оқ рангда, ялтироқ бўлади.

Чандиқлар тортилишидан каттиқ танглай, олдинги тишлар соҳаси ва милк ғадир-будир бўлиб, тиш илдиэлари очилиб қолади. Бужмайган милк четлари тиш илдиэи томон тескари буралиб, унга мустаҳкам ёпишади, юмшоқ танглайда чандиқланиш қабарик ёй шаклига кириб, олдинга йўналган бўлади. Юмшоқ танглайда фибринланиш мустаҳкам деформация ҳосил қилади, натижада юмшоқ танглай юқорига кўтарилади, бу-

рун-ютқин йўли сиқилади. Айрим ҳолларда юмшоқ танглай қисқариб кетади.

Маховнинг бирламчи ҳосилалари, асосан, тилнинг илди-зидан то учигача тил деворининг ўрта чизигида жойлашади. Тил инфилтрацияланади, йўғонлашади, катталашади, натижада тилни ҳаракатлантириш қийинлашиб, нутқ тушунарсиз бўлиб қолади. Тилнинг инфилтратланган юзасида турли катталиктаги дўмбоқчалар ҳосил бўлади, лекин улар кенг асосли, ясси юзали шаклда жойлашади. Дўмбоқчалар юзаси ялтироқ эпителиялар билан қопланган ("кумушли" тил). Дўмбоқчалар сони кўпайиши ва улар кўшилиши (маховли тил) натижасида тил деворида валиксимон дўппайиш кузатилиб, ўртасида ёриқ чизиқ ўрни пайдо бўлади. Тилдаги дўмбоқлар аста-секин тушиб кетиб, яра ҳосил қилади. Ҳосил бўлган яра тишли, тилинган, инфилтрацияли қирраларга эга бўлиб, юзага тарқалади. Яра туби унча чуқур бўлмай, туби ғадир-будир кўкиш караш билан қопланган. Бир қанча ҳолатларда, бу яралар кўшилиб, юпқа кўкиш караш билан қопланган яра юзасини ҳосил қилади. Яра ўрнида кўкиш-оқиш рангли ва ялтироқ юзали чандиқлар ҳосил бўлади.

Маховни *ташхислаш* учун бурун тўсиғидан ёки махов яраси четидан илмоқ билан олинган экмани бактериологик текширганда, Ганзин таёқчалари осонгина топилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг маховдан жароҳатланиши учламчи захм ва сил юғиринини эслатади. Силли юғириқ ва санчиқли силдан маховли тошма қаттиқлиги билан ва махов микобактерияларининг бирламчи ҳосилаларини кузатилиши билан фарқланади.

Сульфанил қаторига кирувчи диамино-дифенил-сульфон (ДС), авлосульфон, допсон, сульфетрон (СО-люсульфон, новатрон) кабиларни узоқ вақт қўллаганда, тузалиш қисман кузатилади, худди шундай таъсир механизмига айна вақтда тирокарбинил этиологен воситаси эгадир; кам захарли дори, чумоли кислота мойи ва унинг аралашмалари, жумладан, этил эфири ва мигрол қўлланилади.

Даволаш натижасининг самарадорлигига тўла эришиш мақсадида комбинациялашган даво тартиби: маховга қарши доривоситалари билан биргаликда, организмга қувват берувчи воситалар ва физиотерапевтик даволаш ўтказиш зарур.

Маховнинг оқибатлари охириги ўн йилларда амалиётга киритилган дори воситаларидан самарали фойдаланишга боғлиқ бўлиб қолди. Маховнинг олдини олиш умумий аҳамиятга эга бўлиб, бу касаллик аниқланганда, уни тезда муҳсул шароитга - маховлар учун алоҳида ажратилган жойга жойлаштириб, аҳolidан ажратиш заруратини тақозо қилади. Бу беморлар шу жой-

да яшаб, ишлашлари таъминланади. Махов белгиларини аниқлаган врач албатта соғлиқни сақлаш ташкилотларига хабар бериши зарур.



1. Қандай сурункали юқумли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ўзгаришлар кузатилади?
2. Захм касаллигида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг жароҳатланиш элементларининг асосий белгилари қайсилар?
3. Сил касаллигида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати жароҳатланиш элементларининг асосий белгилари қайсилар?
4. Сурункали юқумли касалликлар ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар, симптомлар, элементлар қандай?
5. Махов микобактерияларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар, таъхислаш, даволаш ва оқибатлари.

Бешинчи боб

Мавзу: ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБНИНГ ЎЗИГА ХОС ЮҚУМЛИ ҲАМДА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Таълимий мақсад: Талабалар ўқиш жараёнида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб учун хос юқумли ҳамда паразитар касалликларни, клиникасини, ташхислашни, даволашни, ниҳоят профилактикасини билишлари зарур. Бемор мурожаат қилганда йирингли, импетига, сарамас, ялама, чипқон, шанкирли пиодермия, замбуруғли ўзгаришлар, кондидалар, ганоккок ва трихомонозли жароҳатлар, актиномикоз каби терминлар орқасида стоматолог врач учун мавжуд муаммоларни тиббий нуқтаи-назардан тўла билиши зарур. Касалликни даволашда замонавий дори воситаларидан тўғри фойдаланишни билиши керак.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, замонавий дарсликлар, интернет орқали олинган янгилликлар, слайдлар ва беморларнинг тиббий ҳужжатлари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатиладиган йирингли касалликлар ҳақида тушунча, патологик ва физиологик асослари.
2. Замбуруғли жароҳатларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатиладиган бирламчи ва иккиламчи элементлар, уларнинг ўзига хослиги.
3. Актиномикотик нурли жароҳат ва унинг ўзига хос эпидемиологик хусусияти нима?
4. Гонококкли ва трихомонозли жароҳатлар, учраши, белгилари, эҳтиёт чоралари ва давоси.
5. Симбиоз ва синирохетали сопрофитлар ҳақида тушунча ва уларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги жароҳатларга сабаб бўлиши.

Машғулот ўтказиладиган жой: Ўқув хоналари, поликлиника, клиника ва юқумли касалликлар бўлими хоналари.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, расмлар ва ушбу бўлимдаги мавзуга тегишли ташхисли беморлар билан тўғридан-тўғри мулоқотлар.

Мавзунинг асосий мазмуни: Дастлаб йирингчали касалликлар тўғрисида фикр юритамиз.

Йирингчали касалликларни одатда, стафилаккок ва стрептококк, камдан-кам ҳолатларда кўк йирингли таёқчалар келтириб чиқаради. Соғлом тери ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида доимо стофилакокк ва стрептококк бўлади. Бунда коккларнинг миқдори жуда кўп омилларга: одам ёшига, иши-

га ва ҳаёт тарзига, гигиена қоидаларига риоя қилишига боғлиқ. Одам териси шиллиқ қобиқ қаватида жойлашган стафилакокк, стрептококк штаммлари турли-туман; кўпроқ патоген хусусиятга - тилларанг стрептококкларга. Микроблар шартли-патоген ва патоген штаммларга ажратилсада, бу кўрсаткич организмдаги микробларнинг турғунлигини кўрсатмайди, яъни ўзгариши мумкин.

Пиодермияларнинг келиб чиқишида, кўзгатувчи сифатида, кичик-кичик жароҳатлар ҳам аҳамиятли бўлиб, натижада коккли микробларнинг кириш йўли очилиб, организмнинг ҳимоя фаолияти пасаяди. Бундай жараёнларнинг режали кечишида пиодермияларнинг ривожланишида бир қатор омиллар: ички аъзолар фаолияти бузилиши; эндокрин безлар (қандли диабет) фаолияти бузилиши ва бошқалар муҳимдир. Организм реактивлигининг пасайиб кетишига кўп ҳолларда, кейинги йилларда кортикостероид (глюкокортикоидлар) ва цитостатикларни кенг қўллаш сабаб бўлмоқда, оқибатда пиодермиялар асоратлари кўпайиб келмоқда.

Пиодермия касалликларини, фақат стафилакокк ёки фақат стрептококк келтириб чиқариши ва у аралаш учраши мумкин. Пиодермия кўпинча ўткир кечади, айрим ҳолатларда, сурункали кечиши ҳам мумкин. Пиодермияларни *юзаки* ва *чуқур* турларга ажратамиз. Пиодермия асосан терида, жумладан, лаб терисида, баъзи ҳолатларда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида, лабнинг қизил ҳошиясида, оғиз бурчагида учрайди.

Импетиго. Юзаки стрептококкли импетиго кейинчалик стрепто-стафилококк аралашмали бўлиб, юз терисида, лаб қизил ҳошиясида, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида кутилмаганда пайдо бўлади. Касаллик болаларда кўпроқ учрайди. Жараён 3-6 мм диаметрдаги ҳосила пайдо бўлишидан бошланади, у тезда кўкиш йирингчага айланади. Ҳосил бўлган филектина атрофи қизарган, уни қоплаб турган юмшоқ караш нозик ва жуда тез тешилади, тагидан оч-қизил мугузли эрозия кузатилади. Лаб қизил ҳошиясидаги филектина суюқликка тўлган бўлиб, усти кўкиш-сарғиш рангдаги қоплама билан қопланган. Унга иккиламчи инфекция - стафилакокк қўшилса, қоплам тилларанг-сарғиш “асалсимон” тусга киради. Лабда қисман шиш, оғиз бурчагида ўткир жараён намоён бўлади.

Стрептококкли импетигони лабда жойлашгандан кейин оғиз шиллиқ қобиқ қаватида тарқалиши кузатилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида жароҳат чегараланган ҳолда ҳам кўринади, унда флектиналар ҳосил бўлиб, у оғриқли эрозиялар ҳосил қилади, улар кўкиш-сарғиш йирингли-фибрин караш билан қопланган бўғма касаллиги ҳосилаларини эслатади. Бу карашлар олиниб ташланганда қонайди. Айрим

ҳолатларда жараён тезда тана ҳароратининг ошишига олиб келади. Касаллик болаларда эпидемик тавсифда бўлиши мумкин. С. А. Завейтый ва Т. М. Куперманларнинг (1949) ёзишларича, 66 нафар мактаб ўқувчиларида эпидемик алоқали стоматит кузатилиб, бир вақтда уларда кўкиш стрептококк борлиги аниқланган.

Сарамас (рожа). Касалликнинг стрептококк кўзгатувчиси тери ёки оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватига тушиб, яллиғланиш чегарали кузатилиб, ўткир умумий кечадиган жараён дир. Сарамас касаллиги одатда, бемор турли ҳаяжонли операция ва оғир йўлдош касалликларни бошидан кечириши оқибатида организмнинг реактивлиги пасайган болалар ва катталарда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидан унча катта бўлмаган жароҳатлар орқали: лаб ёрилиши, шикастланган жойдан, бошнинг тери соҳасидан ўтади. Чегараланган ёки қобиқланган сарамасли яллиғланиш камдан-кам ҳолатларда кузатилади. Организмда тана ҳароратининг тезда кўтарилиши, қалтираш, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида эритемалар, шиш, оғриқ белгилари намоён бўлади. Шиллиқ қобиқ тузилишининг асосли хусусиятларидан келиб чиқиб, қизарган соҳада пуфакча ва юзи ўлган тўқима, фибриноз-йиринг караш билан қопланади. Оғиз атрофи терисида ва лабда четлари тўлқинсимон эритемалар кўринади. Регионал лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли бўлади. Сарамас яллиғланиш ўчоғидан бинафша чизикли лимфангит топилади. Лаб соҳасидаги сарамаснинг қайталаниши макрохейлит туридаги элефантиазанинг ривожланишига ёки Мелкерссон-Розентал синдромидаги ҳолатни юзага келтиради.

Оғиз бурчаги яллиғланиши - ялама (заеда). Касаллик асосан ёш болаларда ва олиб қўйиладиган протез тақадиган қарияларда кузатилади. Оғиз бурчаги яллиғланиши ривожланган болаларнинг оғиз бурчагида доимий мугузланиш ва сўлак ажралиши сезилади, натижада стрептококк кириши учун қулай шароит ҳозирлайди, протез таққанларнинг прикуси пасаяди ва оғиз бурчагида бурмалар пайдо бўлиб инфекция тушиши учун шароит туғдиради.

Ҳар қандай ҳолатда ҳам жараён оғиз бурчагида фликтеналар ҳосил бўлиши билан бошланади. Жароҳатланиш оқибатида шиллиқ қобиқ қават тилиниб, ўрнида эрозия ҳосил бўлади. Оғиз бурчагида жараённи жойлашиши ва кечиши эрозиянинг кечиши, чизикли тури пайдо бўлиши билан изоҳланади. Лаб доимий тортилиши натижасида қонайдиган бўлиб қолади ва устида қонли - йирингли қопламали ёриқлар кўринади. Тери атрофи қизарган, баъзан кучсиз инфилтрация кузатилади. Айрим ҳолатларда жараён атроф териларга ва оғиз бўшлиғи

шиллик қобиқ қаватига тарқалади. Стрептококкли оғиз бурчаги яллиғланишини ачитқили яллиғланишдан фарқлаймиз: оқ, осон юлинувчи карашнинг ҳеч қандай қопламасиз бўлиши ачитқили яллиғланиш учун хосдир.

Чипқон (фурункул). Чипқон - бу соч қопчаси ва атрофидаги бириктирувчи тўқиманинг ўткир-йирингли яллиғланиши жараёни бўлиб, уни теридаги патоген ва вирулент стофилакоклар келтириб чиқаради. Чипқон кўпинча, соч ўқи ва қопчаси атрофида яллиғланган тугун ёки остеофолликулит каби бошланади. Баъзан тери қалинлашиб, унда оғриқсиз тугун пайдо бўлади. У катталашиб, соч устидаги терида конуссимон шаклда чегарасиз ўзгариш яратади. Тугун устидаги тери лойқа-қизил рангга кириди. Чипқон оғиз бурчагида ва лабда жойлашса инфилтратлар лимфа тугунларини босиб, лабда, юз-яноқ, лунж соҳасида шиш ҳосил қилади. Жараён оғриқли ва айрим ҳолатда тана ҳарорати ошиши билан кечади. 3-4 кундан кейин тугун марказида ўлган тўқимали ўқ кўринади, ўқининг чиқиб кетиши натижасида доимий йирингли ўлган ажралма чиқиб турадиган яра ҳосил бўлади. Яра унча катта бўлмасада, чуқур тез кенгайдиган, грануляцион тўқимага тўлиб, 2-3 кунда чандиқ ҳосил қилади. Шундай қилиб, чипқоннинг ривожланиш даври 10-12 кунга чўзилади. Агар чипқон ўзи ёрилмаса, унда йирингли ҳосила чуқурлашиб, абцессли чипқонга айланади. Бундай ҳолатларда жароҳат катталашиб лўқиллама (флюктуация) вужудга келади.

Чипқонлар юқори лабда, яъни бурун-лаб учбурчагида кўпроқ жойлашади, бу жойлашиш ўрни бемор учун сезиларли хавф туғдиради, чунки соҳа олдинги юз венаси ва каверноз синуси билан бевосита боғлиқ. Чипқонни сиқиш, зўрлик билан ўлган тўқима ўқини ярадан чиқариш, кесиш ва бошқа шу каби уринишлар оқибатида, инфекция каверноз синусига тушиши, менингит, каверноз синуси тромбози каби асоратларга олиб келиши мумкин, натижада бу беморнинг ҳаётдан кўз юмишига сабаб бўлади.

Шанкримон пиодермия. Касаллик ўзининг клиник белгилари билан қаттиқ шанкрга ўхшаганлиги, оғиз шиллик қобиқ қаватида ва лаб қизил ҳошиясида жойлашганлиги учун шундай номни олди. Шанкримон пиодермияда, кўпинча, стрептококкли ва стофилакоккли инфекциялар борлиги аниқланади. Е. И. Абрацова ва С. М. Ремизов (1978й.) лар шанкримон пиодермия тил орқаси юзасида жойлашади, деб ёзишди. Касаллик тез ёриладиган пуфакчалар ҳосил бўлиши билан бошланади, кейин ўрнида йирингли шиллик ажраладиган яра ҳосил бўлади. Яра айлана шаклда четлари текис, қаттиқ тарқалиш йўналишида қисқача қизарини шаклида кўринади. Кучсиз

оғриқ, айрим ҳолда умуман оғриқ кузатилмайди. Маҳаллий лимфа тугунларнинг катталашиши кузатилади. Лимфа тугунлар қаттиқлашган, ҳаракатчан, оғриқсиз, тугун устидаги тери ўзгармаган бу жиҳатлари билан захмли шанкрга янада қўпроқ ўхшаб кетади. Бирламчи захмнинг йўқлигига ишонч ҳосил қилиш учун ярадан олинган экмада оқ трепонема йўқлигини аниқлаш ва серологик реакцияни сифатли ўтказиш керак.

Йирингли касалликларни даволаш жароҳатнинг тавсифига боғлиқ. Пиодермия юза жойлашганда, асосан юзаки даволаш усулидан фойдаланилади. Импетиго, оғиз бурчаги яллиғланиши, шанкрсимон пиодермияда бактериоцид хусусиятга эга аралашмалар бор дори воситалари: анилин буёқлари эритмалари (бриллиант кўки, пиоктонин, Каstellани суюқлиги) ишлатилади. Лабдаги яра қопламачаларини олишда бактериоцид хусусиятли ва юмшатувчи суртмалардан (эритромицин, тетрациклин, гелиомицин мазлари) қўлланилади. Антибиотикларни бемор қабул қила олмаса, симобнинг сариқ 10% суртмаси ва бошқалар ишлатилади. Яра қоплами юмшагандан кейин осон ажралади, сўнг анилин буёқларини спиртдаги эритмасидан суркаш мумкин. Пиодермияда ювиниш ва чўмилиш мумкин эмас.

Оғиз бурчагининг яллиғланиши қайталанишида, асосан, катта ёшларда чайнов юзаси баландлигини текшириш ва зарурат асосида ортопедик даволаш керак, чипқонни юзаки даволашда эса, тезда ихтиол билан бутун жароҳат юзини беркитиш зарур. Устига ҳеч қандай бойламли пахта қўйилмайди. Бундай ихтиолли суртма 1 кунда бир марта алмаштирилади. Бунинг учун илиқ сув билан чипқон усти аста ювилади; ихтиол суртмаси эрийди. Кейин спирт билан секин тозаланади ва қуритилгандан кейин ихтиол малҳами суртилиб, пахта билан енгил ёпилади. Ўлган тўқима ўқи олиб ташлангандан (ҳеч вақт мажбурий олинмайди) кейин гипертоник (шўр сув) эритма ишлатиш мумкин. Яра йирингдан тоза бўлгач, унга грануляцияланишга ёрдам берувчи суртмалар: Вишневский малҳами линементи қўйилади ва яра атрофига яна ихтиол суркалади. Чипқон юқори лабда жойлашганда, унинг асорати хавфлилиги ҳисобга олиниб, беморни стационар шароитда даволаш зарур. Беморга тўшакка ётиб даволаниш тартиби, антибиотиклар (пенициллин-мушак орасига ёки натрий фузидин ва бошқ.) ёки сульфаниламидлар (кунига 3 марта 0,5 г дан) тавсия этилади.

Ийфекция тарқалишининг олдини олиш мақсадида, жароҳат атрофидаги тери спиртли эритмалар (камфорали, салицилатли, бор спиртлари) билан артиб турилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати импетигосида ўткир, аччиқ ва иссиқ овқатлар ейиш мумкин эмас, оғиз тозалигига доимий эти-

бор бериш, кислотали этакридин лактат, фурациллин эритмалари билан оғизни чайқаб туриши керак. Чайқашдан кейин жароҳатланган соҳага анилин бўёқларининг 20-30% спиртли эритмаси суркалади. Оғиз бўшлиғини тозалаш (оксикорт ва бошқ.) яхши натижа беради.

ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАР

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати касалликлари ичида патоген замбуруғлар келтириб чиқарган хасталиклар ачитқисимон замбуруғлар жароҳатлари кўринишида бўлади. А. И. Марченко ва бошқа муаллифларнинг (1970) маълумотларига қараганда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати касалликлари ичида тарқалганлиги жиҳатидан кандидоз учинчи ўринни эгаллайди. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг чуқур қатламларидаги микозларидан актиномикоз кўпроқ кузатилади.

Кандидоз. Ачитқисимон замбуруғлар *Candida* (*Oldium*. *Mipilia* ва бошқ.) туркумига киради ва табиатда кенг тарқалган. Моғорда улар сапрофит ҳолда яшаб, 50% аҳолининг оғиз бўшлиғида фаол бўлмаган турлари кузатилади. Маълум шароитларда бу замбуруғлар патоген ҳолатга киради ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватини: терининг - асосан бурмаларини, шунингдек, тирноқ атрофи ва тирноқни жароҳатлайди. Касаллик турли кўринишдаги қўзғатувчилар номи билан: молилаз, левуроз, юзаки бластомикозлар, кандидомикоз, кандидоз, энг кенг тарқалган тури “кандидоз” номи билан юритилади.

Ачитқисимон замбуруғлар - *Candida* туркумига кирувчиларни мева ва сабзавотлардан топиш мумкин. Бу замбуруғлар соғлом одамлар шиллиқ қобиқ қавати ва терисида сапрофитлик қилади. Кўпинча янги туғилган болаларнинг шиллиқ қобиқ қаватида учрайди; болаларга онанинг туғиш аъзоларидан юқади. *Candida* туркумига кирувчи замбуруғлар ўзи учун яхши шароитларга тушиб қолса патоген ҳолатга ўтади. Меъда-ичак касалликларида кўпинча, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида кандидозлар пайдо бўлади. Модда алмашинувининг айниқса, углеводлар алмашинувининг бузилиши кандидоз ривожланиши учун яхши шароит яратади. Қандли диабетдаги бирламчи белгилар натижасида кўпинча оғиз шиллиқ қобиқ қаватида кандидоз юзага келади. Витаминлар алмашинуви бузилишида, рибофлавин, пиридоксид, никотин кислота етишмаслигида, организм реактивлиги тезда тушганда, инфекцияга нисбатан организм ҳимояси пасайганда кандидоз ривожланади.

Антибиотиклар ва кортикостероид дори воситаларини кейинги йилларда тиббиётда кенг қўлланилиши оқибатида оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида кандидозлар учраши кўпай-

моқда. Антибиотиклар билан узоқ вақт даволаниш оқибатида организмда дисбактериоз (меъёрий бактерияларнинг ўлиши) жараёни кучаяди ва *Candida* туркумига кирувчи замбуруғлар ривожланиши учун шароит туғилади. Узоқ вақт кортикостероид ва цитостатик дори воситаларидан даволаш мақсадида ишлатиш, организм реактивлигини пасайтиради, углевод алмашинувини бузади, витаминлар тенглиги йўқолади: бу эса замбуруғларнинг ривожланиши учун қулай шароит яратади, уларнинг сурункали кечиши, айниқса, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида ҳужайра иммунитетни етишмовчилиги оқибатида, турли омиллар таъсири натижасида; масалан, уй бекаларида идиш товоқ ювишда, ширинликлар ишлаб чиқариш корхонаси ишчиларида, сабзавот-меваларга ишлов берувчиларда кўпроқ учраши кузатилади.

Кандидозларни клиник юзага чиқиши ва кечиши беморнинг ёшига, жисмоний ҳолатига, бошидан кечирган умумий касалликларга, дори воситаларининг ичилган миқдорига (антибиотиклар, кортикостероидлар) ва бошқаларга боғлиқ. А. М. Ариевич ва З. Г. Степаненовалар (1965й.) айтишича, уч хил кўринишдаги кандидозлар фарқланади: **шиллик қават кандидози, тери кандидози, висцерал (тизимли) кандидоз.**

Шиллик қават кандидози кандидозли стоматит, милк кандидози, тил кандидози, оғиз бурчаги кандидози ва бошқаларга ажратилади.

Кандидозли стоматит (бошқача номи Соог-молочница, ёлғон мембранали кандидоз) - оғиз шиллиқ қобик қаватида кўп учрайди. Касаллик кўпинча кўкрак ёшидаги болаларда кузатилади, лекин қандли диабет, қон касаллиги, витамин етишмаслиги, узоқ вақт кортикостероид оладиганлар, цитостатик ва антибиотик қабул қиладиган катта ёшли одамларда ҳам намоён бўлади.

Касалликнинг бошланишида шиллиқ қобик қаватда, танглайда, милкда, лунжда, тилда осон тилинадиган карашларнинг пайдо бўлиши тавсифлидир. Ўзаро перефирик ўсиқлар ҳисобига нуқта-нуқта карашлар кўшилади. Бундай карашларни тилганимиздан кейин текис, қисман шишли қизарган юзани кўрамыз. Бу жараён узоқ турганда фибрини сўрилади, натижада оқ-кўкиш рангдаги кўпол қоплам ҳосил бўлиб, у тубидаги шиллиқ қават билан қаттиқ бириккан бўлади. Е. Я. Мороз (1971 й.) бу жараённи **ёлғон лейкоплакияли ёки гиперпластикли ҳосилга** дейди. Бу лейкоплакиядаги карашга ўхшашлиги билан эътиборли ва юзаки қатлам юлинганда, оч эрозив қонли юза ҳосил бўлади.

Кандидозли стоматитда оқ караш эпителийлашган, ҳужай-

ралар десквамирланган яъни унда фибринли овқат қолдиқлари, бактериялар, ачитқисимон мицелиялар учрайди.

Жараён томоқ, хиқилдоқ ва қизилўнғач шиллиқ қаватига тарқалиши мумкин. Бир қатор беморларда чегараланган кандидозлар (кандидозли глоссит) тилни бўғинларга ажратиб қўядиган (бўғинли тил) даражада клиник кўринишни акс эттиради. Тилнинг бўғин чуқурчаларида *Candida albions*лар яхши ўрнашади, бу жойлар тилнинг жароҳатланган бошқа соҳасидан фарқланмайди. Шунини таъкидлаш зарурки, тилда майда, кўп ҳолатда ёлгон лекоплакия ёки гиперпластик кўринишда жароҳатланиш ҳолати кузатилади. Бемор оғиз куйиши, қуриши, эрозия натижасида бўладиган оғриқдан шикоят қилади.

Кандидоз – вирус ҳамда бактерия табиатига эга бўлиб, кўпинча қайталанувчан ва асоратли кечеди. Шиллиқ қобик қаватнинг турли атрофик жараёнини витамин етишмовчилиги ва ечиб қўйиладиган протезлардан жароҳатланиш кабилар юзага келтиради.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида кандидозларни аниқ ташхислай олишимиз учун *Candida* туркимига кирувчи замбуруғларни соғлом кишиларда ҳам, касалларда ҳам ташувчиларини аниқлаб, билишимиз зарур. Е. Я. Морознинг маълумотларига қараганда, 3 ёшгача бўлган болаларнинг 97% ида кандидида ташувчилар кузатилади. *Candida albicons* да ташувчилар болалар ва қатталарда замбуруғларни кўплаб ажралиб чиқиши билан бирга, иммунологик кўрсаткич ўзгаришига тўғридан-тўғри боғлиқ (Глуховцев Б. В., 1958й., Мороз Е. Я, 1971й.). Тил шиллиқ қобик қаватининг лунждаги суяқлигидан микроскопик текширишда замбуруғ элементлари аниқланганда ҳам клиник кўринишларидаги белгилари бўлмасидан туриб, кандидоз ташхисини қўя олмаймиз.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг ачитқисимон замбуруғли жароҳатларини қизил ясси темиртки ва лейкоплакиядан **фарқли ташхислаймиз**. Бу касалликларда шиллиқ қобик қаватидаги оқиш-кўкиш караш гиперкератозланади, шунинг учун шпател билан кучли ишқаланганда ҳам уларни ажратиб бўлмайди. Бундан ташқари, шиллиқ қобик қават кандидозини юмшоқ лейкоплакия ёки оқ лабсимон невосдан фарқлаймиз, бунда жараён лаб шиллиқ қобик қаватида ва тишларнинг беркиладиган чайнов юзаси чизиғи бўйича жойлашади. Шиллиқ қават чандиқланганга ўхшаш оқ рангда бўлади. Эпителийнинг қисман сиқилиши ёки ювилиши натижасида унча қатта бўлмаган юзани сўргичлар кўринади. Агар олинган йиғмада замбуруғ элементлари кузатилмаса, кандидоз ташхиси бекор қилинади. Кандидоз билан оғиз бўшлиғидаги пластмасса протезга аллергия берган ҳолатдаги ҳосилаларни фарқ-

лашда, асосан протез оғиздан олиб қўйилгандан кейинги ўзгаришлар асос бўлади: аллергик ўзгаришлар тезда тузалишини кузатамиз. Айни ҳолатда бактериоскопик текшириш ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Оғиз бурчагидаги кандидоз (микотик ёки ачитқисимон, заеда) кўпинча катта ёшли одамларда оғиз бурчагидаги бурмалар чуқур бўлганда ва прикуси пасайганда (адентия, тишлар емирилиши, протезнинг нотўғри тайёрланиши) кузатилади. Касаллик бурмаларда эрозия, усти оқ рангли осон олинадиган карашлар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Бир вақтда мацерация ва лойқалашган хира ранг ҳосил қилиб, оғиз шиллиқ қобик қавати ҳам жароҳатланиши мумкин. Ачитқисимон оғиз бурчаги ёрилишида лаб ёпилиш чизиғи бўйлаб қийин фарқланадиган чизик билан чегарали жароҳатланиш кузатилади. Жараён узоқ давом этади ва оғиз бурчагида чуқур ёрилиш бўлса, осон қонайди.

Оғиз бурчаги бўйлаб лаб қизил ҳошиясининг ҳам жароҳатланиши (кандидозли хейлит) кузатилади. Бемор лаби ва оғиз бурчагининг куйишидан, қуришидан шикоят қилади. Лаб қизил ҳошияси қизарган, шишган, юпқа кўкиш қалпоқча билан қопланган, ўрнига чуқур мацерация ва унда юзаки эрозия ҳам бўлиши мумкин.

Ачитқисимон замбуруғли яллиғланиш лабда ва энгак ости терисида кўп тарқалган, тез-тез такрорланиб турадиган стрептококкли инфекциядан фарқланади. Бундан ташқари, стрептококкли яллиғланишда доимий экссудат тавсифли, илмоқ билан экма олингандан кейин ташхис аниқ қўйилади. Оғиз бурчагидаги захмли папулалар ҳам ачитқисимон замбуруғли яллиғланишни эслатади. Захмнинг фарқи; ҳосила асоси ҳам қаттиқлашган бўлади ва терида, оғиз шиллиқ қобик қаватининг бошқа соҳаларида ҳам жойлашади. Якуний ташхис қўйиш фақат захм учун серологик реакция ўтказилиб, оқ терепонема топилгандан кейин қўйилади. Ачитқисимон замбуруғли жароҳатларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати ва лабда учраши, клиник кўриниш ҳамда лаборатор текширишлар натижаларига асосланади. Кўпинча, караш юзасидан илмоқда олинган воситани метилен кўкига бўялган ҳолатда, ойнага ёки акс эттирувчи бошқа жиҳозга қўйилиб, микроскопда текшириш қўлланилади. Оғиз бўшлиғидан замбуруғ элементларини шпатель билан эрталаб бемор тишини ювмасдан олдин ва овқат егандан ёки оғизни чайқатганидан 3-4 соат кейин олинади. Оғиз бурчаги ёки лабдаги жароҳат ўчоғидан караш ўткир қошиқча билан ойна устига қириб туширилади. Акс эттирувчи тайёр жиҳозга илмоққа олинган элементлар қўйилиб, ойнача устига 20-30% ли ишқор қўйилади. Агар оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик

қаватидан караш олинган бўлса, унда ишқор қуйилганидан 10-15 дақиқа ўтгач, агар караш қатлами ёки қалпоқча шаклида элементлар олинган бўлса, унда 30-40 дақиқа кейин текшириш тавсия қилинади.

Элементлар кам миқдорда аниқланса ёки элементларнинг бузилиш ҳолатидаги босқичи аниқланса, унда ташхис ноаниқ саналиб, улар ташувчи замбуруғлар деб баҳоланади. Кўп миқдорда замбуруғ элементлари, мицелия ва қалбаки мицелия аниқланса, унда элементлар паразитлиги тўғрисида Ж. В. Степанова, В. М. Лешенко, Л. С. Ильченколар тоза олинган қонда *Candida* туркумига кирувчи замбуруғлар элементлари топилсагина ташхис қўйиш учун асос деб санашади. Биз юқоридаги муаллифларнинг фикрига қўшилмаймиз.

Кандидозни *даволашда* кузгатувчига таъсир қилиш, умумий йўлдош касалликларини даволаш, организмни касалликларга қаршилигини ошириш, оғиз бўшлиғини санация қилиш керак. Замбуруғ кузгатувчиларига таъсир қилиш учун 20% ли натрий боратнинг глицеринли, люголниг глицеринли эритмалари, анилин бўёқли эритмалар; бинафша ранг, метилен кўки, бриллиант яшили, Кастелен суюқлиги кабилар ишлатилади. Ачитқисимон заеда ва хейлитларда 100000-200000 Ед 1 г асосдаги таркибли нистатин суртмаси, 5% ли леворин, 0,5% ли декамин суртмаси яхши натижа беради. Оғизда қуришни пайсйтириш ва замбуруғларга таъсир қилиш учун 2-3% ли йодид калий эритмасини, бир ош қошиқда ичишга, кунига 2-3 марта овқатдан кейин берилади. Кандидоз авж олганда, маҳаллий даво самара бермаганда, кунига 6-8 марта ичишга 500000 Ед нистатин ёки 20000 Ед леворин таблеткаси тавсия қилинади. Кунлик дозаси 300000 Ед дан кам бўлмаган ҳолатда, 10 кундан кейин даво бўлмаган кунлар учун такрорий ичилади. Таблеткани меъда-ичак тизимида ёлғон ёки ноаниқ сўрилишини ҳисобга олиб, уни эзиб ёки тил остига қўйиб шимиб, истеъмол қилиш керак. Декаминни кунига 6-8 карамелдан (1 карамел 0,00015 г декамин сақлайди) ичиш яхши самара беради.

Охириги йилларда кандидознинг тарқалган турларини даволаш учун амфотерицин В қўллашнинг фойдаси катта бўлади. Даволашда қонестендан фойдаланилиши яхши натижа бермоқда. (Ziebenski, Коганіас ва бошқ., Сажосог), уни 1 кг тана оғирлигига 60 мг дан ва 1% ли малҳам ёки мойи суртмаси маҳаллий ишлатилади. Кандидоз билан оғриган беморлар тўла ва кучли овқатланиши керак, енгил сўриладиган углеводларни камайтирган ҳолда, В₁, В₂, В₆, РР, С, ярим витаминларни ичиш тавсия этилади.

Оғизда прикусни меъёрлаштириш касалликни даволаш учун асосий омидир. Ўз-ўзидан маълумки, оғиз санациясига аҳа-

мият бериш зарур. Кандидозни даволаш даври 7-10 кундан кам бўлмаслиги керак, яъни касалликнинг клиник кўринишлари тўла йўқотилгунча давом эттирилади.

Профилактика асосан оғиз бўшлиғи гигиенасига тўғри риоя қилишдан иборат. Антибиотиклар, кортикостероидлар билан даволаниш организмни, айниқса, бола организмни кучсизлантиради, шунинг учун профилактика мақсадида нистатин ёки леворин 1500000 Ед дан кунига берилади, витаминлар ичиш ва оғизни ишқорий чайқаш тавсия этилади.

Актиномикоз. Касалликни нурли замбуруғлар - актиномицетлар чақиради. Актиномицетлар билан оғриганларнинг 70% ида юз жағ-соҳасидаги жароҳатлар кузатилади, шунингдек, у одам танасидаги турли аъзо ва тўқималарни шикастлаши мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати нурли замбуруғлар жойлашадиган ўрин, лекин унинг бирламчи жароҳати кам учрайди, юз-жағ соҳаси актиномикозлари 2% шиллиқ қобик қаватда кўринади.

Ўзбекистон, умуман иссиқ минтақаларда яшовчи аҳоли орасида актиномикоз жуда кам ҳолатда учраши қайд этилган. Лекин тиббиёт ходимлари касаллик тўғрисида тушунчага эга бўлишлари шарт деб ҳисоблаймиз.

Нурли замбуруғлар оғиз бўшлиғида доимий ўрнашиб олади. Улар шиллиқ қобик қаватида, тиш тошлари таркибида, тиш қарашлари таркибида бўлади. Актиномицетлар тиш кариоз бўшлиғида илдиз учидagi ўчоқларда, тиш-милкдаги паталогик чўнтакларда, бодом безида, сўлак беши йўлларида жойлашади. Лекин актиномицетларни шиллиқ қобик қаватда жойлашишининг ўзи касалликнинг ривожланиши учун етарли эмасдир.

Оғиз шиллиқ қобик қавати актиномикоз - нурли замбуруғларнинг асосий кириш йўли ҳисобланади. Шиллиқ қобик қаватда учрайдиган шикастланиш ва яллиғланишлар касалликнинг ривожланиши учун аҳамиятли ўринни эгаллайди. Организмнинг реактивлиги ҳам актиномикознинг ривожланишида катта аҳамият касб этади. Актиномикоз асосан организмда компенсатор ҳолатни пасайиши кўринишида ривожланади. Бунинг учун актиномикоз келиб чиқишида организм сезгирлигини, ўзига хос хусусияти, нурли замбуруғларни такрорий ривожланиши ва номахсус яллиғланишнинг йирингли табиати актиномикоз кучайиши учун асос яратади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати **актиномикози бирламчи ва иккиламчи** бўлиши мумкин. Бирламчи актиномикознинг ривожланишида кўпинча оғиз шиллиқ қобик қаватидаги **ўткир жароҳатлар, ўткир воситалар:** балиқ суяги, тишларни ўткир қирраси сабабчи бўлади. Сурункали яллиғланишлар, албатта жароҳат оқибатида юзага келган ва актиномикоз ривожлани-

ши хавфини сақлайди. Иккиламчи актиномикозда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватига яқин жойлашган тўқималардан: шиллиқ қобик қавати ости, тери ости ҳужайраси, суяк усти пардаси, юз-жағ суякларидан шиллиқ қобик қаватга ўтиб уни жароҳатлайди; кўпинча пастки лаб, лунж, тил ости соҳаси, тилни пастки ва ён юзаси актиномикоз билан жароҳатланади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиги қаватини бирламчи актиномикозда тана ҳарорати кўтарилмайди, сезиларсиз оғриқ белгилари секинлик билан юза жойлашган яллиғланиш инфилтиратларини пайдо бўлиши билан бошланади. Жараён пастки лаб ёки лунжда жойлашганда, инфилтират аниқ чегарали, кўпинча айлана кўринишда, шиллиқ қобик остида жойлашган тўқимага бирикади. Жараён тил ости соҳасида, тилнинг пастки ва ён юзасида кузатилса, инфилтират юза жойлашган ва тарқалган бўлади. Жароҳат атрофидаги шиллиқ қобик қават қизил ёки тўқ қизил рангда бўлади. Айрим ҳолатларда жароҳат соҳаси бўшашган, шиллиқ қавати қуруқ ялтироқ тусли ранг беради, кейинчалик инфилтират юмшаб боради ва чегараси кичраяди, шиллиқ қобик қават янада турғун рангда тусланади. Қасалликнинг бу даврида нисбатан оғриқ сезилади. Жароҳат ўчоғи лаб ва лунжда жойлашганда йиринглиниш кузатилади. Ўчоқ кесилганда бўшлиқ ҳосил бўлиб, даво курси ўтказилса барча яллиғланиш жараёнлари ўтиб кетади.

Жараён тил остида, тилнинг пастки ва ён томон юзасида жойлашса шиллиқ қобик қават қуриydi, алоҳида кичкина оқма йўллари ҳосил бўлади, улар юзага кўтарилиб сероз ёки йирингли-сероз суюқлик (таркибида майда қаттиқ ҳосилалар бўлади) ажрала бошлайди. Бундай жараёнлар секин ва жонсиз кечиши билан ажралиб туради. Шиллиқ қобик қаватнинг актиномикозли бундай жароҳатланиши жараёни тарқалмайдиган хусусияти билан фарқланади.

Оғиз шиллиқ қобик қаватини актиномикоз билан иккиламчи жароҳатланишида ўзига хос жараён, яъни чуқур ётган тўқималардан шиллиқ қобик қават томон жароҳатланиши кузатилади. Шиллиқ қобик қаватдаги яллиғланиш ўткир кечади, қачонки шиллиқ қобик қават остидаги тўқималар билан бирикиш жараёни юз беришида инфилтират оқмалари жуда тез чандиқланади (тери шаклида эса чандиқланиш секин кечадиган жараён эди). Бунда шиллиқ қобик қават атрофи қисман емирилади. Жараён тез-тез йўналиш бўйича янги шиллиқ қобик қават соҳаларига тарқалади, тўқималар айрим ҳолатларда тоғай зичлигигача қаттиқлашади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватидаги актиномикозли жароҳат лунжда, тилнинг ён томон юзасида жойлашса қаттиқ шанкр ва силли волчанкадан *фарқланади*. Инфилтиратнинг қат-

тиқлашиши даражасида ўтишидаги ҳолат оғриқсиз кечиб актиномикоз ва захмли жараёни кечишига ўхшайди. Лекин захмда инфилтиратнинг марказий қисми эрозияга учрайди ёки яраланади. Актинимикозда эса, ўчоқ чегараланади, юмшашади ва абцессланади. Бундан ташқари захмда маҳаллий лимфа тугунлар қаттиқлашади, катталашади, актиномикозда эса бундай ўзгаришлар кузатилмайди.

Силли югирик билан актиномикоз дўмбоқлари (люпома) кенг инфилтрат ҳосил қилади. Актинимикозда инфилтират қаттиқ, кейин юмшайди ва абцессланиб оқма йўл ҳосил бўлади, натижада тезда чандиқланиш кузатилади.

Актинимикоз оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида тилнинг ён ва пастки юзасида, лабда жойлашиб, узоқ вақт жараён давом этса пиоген гранулёмани ва шанкрсимон пиодермияни эслатади. Оқма йўлидан чиқадиган маълум миқдордаги грануляцияли молда ҳосил бўлиши жараёни кучсиз, сурункали кечишидан ва оғриқни бўлмаслигидан далолат беради. Лекин пиогенли гранулёма оёқча шаклидек жойлашиб осон қонайди, оч-қизил рангда этади, шанкрсимон пиодермияда эса, яна тезда яраланиб айлана ёки овал кўринишли, қаттиқ текис чегара ҳосил этади. Оқма йўлини текширганда актиномикозда жонсиз кўкиш грануляцияли бўшлиқ ва грануляция билан тўлган ўчоқ асосида тўқима қаттиқлашган. Бу белгилар пиоген гранулёма ва шанкрсимон пиодермияда кузатилмайди. Бундан ташқари оқмадан ажралаётган ҳосилада мицели ёки актиномицит ачитқилари аниқланади.

Шиллиқ қобиқ қаватнинг иккиламчи актиномицитлари учун қаттиқлик, остидаги тўқималар билан бирлашган шиллиқ қобиқ қават кузатилади, шунга асосан шиллиқ қобиқ қаватнинг, рақни тугунли формасидан фарқли ўлароқ тугунларнинг тезлик билан катталаниши сезилади ва яра ҳосил бўлиб оғриқ кучаяди. Бундан ташқари рақда тарқалиш яқин лимфа тугунлар бўйлаб метастаз кузатилади. Цитологик ва гистологик текшириш натижасига асосан ҳал қилувчи ташхис қўйилади. Актинимикознинг ташхисини клиник белгилар; микробиологик, тери-аллергик, гистологик текшириш натижалари тўла тасдиқлаши керак. Шиллиқ қобиқ қават актиномикози ўзига хос қийинчиликлар асосида ташхисланади; абцесслангандан кейин йиринг текширилиб нурли замбуруғ ачитқисмонлигини, у тўсатдан топилганми ёки замбуруғнинг сапрофитли формасими, деган иккиланишни бартараф этиш зарур. Бунинг учун такрорий текшириш ўтказилади.

Цитологик текшириш актиномицет мицелини ва иккиламчи флораларни, шунингдек, ҳужайрали таркибини аниқлаб актиномикоз гранулёмалар асосли томонларини кўрсатади. Бу

текшириш натижаларига асосан ўрганилмоқда. Анаэробдан экамага ёки термофилга олинганда, ўсувчи культура тезда кўпаяди, шунингдек аэроб актиномицетнинг ретро культураси актиномикоздан дарак беради.

Тери-аллергик реакцияни актинолизит билан ўтказиб шиллиқ қобиқ қаватнинг актиномикозини аниқ ташхислаш мумкин. Актиномикознинг айнан шу шаклида кўп миқдордаги манфий ёки иккиланиш натижалари кўринади. Агент сифатида актинолизитда лейкоцитлар миграциясининг секинлашиш реакцияси кuzатилиши аҳамиятлидир. Бу иккала текширишларни баҳолашда, организмни актиномицетга муносабатини иммунобиологик ҳолати жиҳатидан баҳолаш зарур бўлади.

Актиномикоз ташхиси учун жароҳатни гистологик текшириш аҳамиятли, айниқса, қачонки касаллик янги ҳосилалари йиғилаётганидан бошлаб текшириляётган жароҳатли тўқималарда 25-30% ҳолатлардагина актиномицит ачитқилари аниқланиши мумкин холос, лекин актиномикозли гранулёмани аниқ морфологик кўриниши ва сурункали яллиғланиш жараёни танихис учун етарли белгиларни кўрсатади. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати актиномицитида сийдикни, қонни текшириш, актинолизитнинг антиген сифатида серологик реакциясини ўтказиш тўла маълумот тўплаш учун етарли эмас.

Даволаш: Оғиз шиллиқ қобиқ қавати актиномикозини даволаш комплекс тартибда ўтказилиши керак. Буларга иммунотеропия (актинолит актиномицетни ярим валентли вакцинацияси), стимулловчи, организмни умумий кучайтирувчи ва жарроҳтик даволаш усуллари киради. Актинолизат (А. И. Аснин схемаси бўйича) тери ёки мушак ичига ҳафтасига 3 мл дан 2 марта, ҳаммаси бўлиб 20-30 инъекция даво қилинади. Актиномицитнинг ярим валентли вакцинацияси (АПВ) тери ичига ёки тери остига 0,1 мл дан бошлаб, 1 мл гача оширилади ва кейинги 10-15 инъекция 1 мл дан қилинади.

Актинолит ёки АПВ даво курсидан кейин бир ойлик танаффус, кейин яна даволаш курси такрорланади.

Клиник соғайишдан кейин ва ойлик танаффусдан сўнг 10-15 инъекция профилактика мақсадида ўтказилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати актиномикозида одатда иммунли дори воситалари ва профилактик даво курси ўтказилади. Бемор даволангандан кейин 2 йил диспансер ҳисобида туради.

Умумий ҳолатини кучайтирувчи, стимулловчи даволаш курси катта аҳамиятга эга, турли дори воситаларини, организм реактивлигини оширувчи, умумий ҳолатга таъсир қилувчи даволар иммунотерапиянинг самарадорлигини кучайтиради. Гемотерапия, витаминотерапия ва дори-воситалари билан даволашда организмнинг номахсус реактивлигини ошириш (про-

дигиозанлар), иммунотерапия билан бирга маҳаллий тавсия қилинади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги актиномикозни маҳаллий даволаш учун ўчоқни очиб, грануляциядан тозалаш муолажаси ўтказилади. Очилган жароҳат ўчоғини антисептик эритмалар билан ювиш учун фуранин таркибли, 1%, 2%, 5% ли йоднинг спиртли эритмаси киритилади, ўчоқ тозаланади. Ўчоққа иккиламчи йирингли инфекциялар тушмаслиги учун стрептококкли ва стафилакоккли бактериофаглар киритилади.

Физик даволашга кўрсатмалар. Жароҳат ўчоғи соғлом шаклланиши даврида кальций хлорид ва димедрол билан электрофорез ўтказилади. Қолдиқли инфилтрацияларда ўчоқ очилгандан кейин йод, лидаза билан электрофорез қилинади ва флюкторизацияланади.

Оғиз шиллиқ қобиқ қавати актиномикози касалликлар ичида нисбатан асорати қолмаслиги билан характерлидир: одатда турли даволаш усуллари ва иммунотеропияни комплекс қўллашда, яллиғланиш жараёни тезда тўхтатилади. Шикастловчи омилларни йўқотиш, танадан ёт моддаларни олиб ташлаш ва оғизнинг гигиеник ҳолатини яхшилаш касалликни даволашда муҳим аҳамият касб этади.

ГОНОКОККЛИ СТОМАТИТ

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг гонококкли жароҳатланиши - **гонококкли стоматит** камдан-кам учрайди. Касаллик, онанинг туғиш аъзоларидан ҳомилага ўтади. Айрим вақтларда, туғруқхона дояларидан туғдириш вақтида ёки чақалоқни парварийш қилиш пайтида болага юқиши мумкин. Одатда, бир вақтда гонококкли инфекция бола оғзини, бурни, кўз конъюнктивасини ифлослайди. Гонококкли стоматит катталарда ҳам учрайди. К. И. Каришованинг фикрича, гонококкли стоматит аслида жуда кўп кузатилади; сабаби, биринчидан, бурун ва оғиз бўшлиғи кўпчиликда гонорея учун текширилмайди: иккинчидан, стоматология ва стомариноларингологияда беморлар бошқа шикоятлар билан ўзи билмаган ҳолда айнан шу гонококкли стоматитдан шикоят қилади; учинчидан, гонореяли стоматит кўпинча, субъектив сезгиларсиз кечади ва беморлар врачга мурожаат қилмайдилар.

Охирги йилларда катталар орасида жинсий аъзолар орқали тарқаладиган гонореялар кўпайган. Бунда кўпинча, ютқин ва бодомчасимон безлар, айрим ҳолатларда стоматит, гингивит, ларингит ривожланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати жароҳатланиши гомосексуалист-эркакларда, яъни, орогенитал алоқа қиладиганларда кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида ва ютқинда гонорея

ҳеч қандай белгиларсиз кечади. Бунда, айниқса болаларда сўриш ҳаракати бузилмаган бўлади. Катталарда кам ҳолатларда, томоғда оғриқ ва тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Гонококкли стоматитнинг биринчи белгиси - қизариш, шиш, шиллиқ қобик қаватнинг қисман эрозияси, кўк-йирингли шилимшиқ секрет ажралишидир. Касаллик даволанмаса, оқибати оғирлашиб, лунж, тил, милк шиллиқ қобик қаватидаги эрозия ва яра катталашади. Ярача юза жойлашган, унча катта бўлмаган нотўғри шаклли четлари кам тилинган бўлиб, юмшоқ, кам оғриқли, сариқ-кўкиш бўлиб, ажралмада гонококк топилади ва тапхис тасдиқланади. Гистология текширишида яллиғланган жараёнда эпителийлар ости бириктирувчи плазмали хужайралар инфилтрацияси кузатилади.

Гонореяли стоматитларни даволашда, худди сийдик-жинсий йўллар гонореясини *даволашда* фойдаланилган дозада антибиотиклар қўлланилади ҳамда перманганат калийнинг 0,01-0,1% эритмаси билан жароҳат артилади. Катта ёшли беморларда сийдик-жинсий йўллари гонореяси билан оғриганларда оғиз бўшлиғи ютқин шиллиқ қобик қавати ўрганилиб, ажралмадаги гонококкга текшириш ўтказилади.

ОГИЗ БЎШЛИҒИ ТРИХОМОНОЗИ

Оғиз бўшлиғида оғиз трихомонадасини (*Trichomonas Fenax*) жуда тез-тез учратиш мумкин, уни дастлаб Mullek 1773 йили аниқлаган ва С. Штенберг 1962 йилда тўла маълумот берган. Ҳозирги кунда унинг *оғиз бўшлиғи, ичак* ва *сийдик-жинсий йўл тизими* мустақил трихомонадаси турлари фарқланади.

А. Гигов, А. Ф. Тумка, Gherman ва бошқа муаллифларнинг айтишларича, стоматологик касалликларнинг кўпида трихомонадаларнинг оғиздаги тури кенг тарқалгани аниқланган. Пародонтозда, кўпинча, милк чўнтақларида оғиз трихомонадаси жойлашади. Трихомонаданинг ҳаракатчанлик хусусиятлари борлиги сабабли, инфекция милк чўнтагидан тезда бурун атрофи суяк бўшлиқларига ва юза шиллиқ қобик қаватига ўтади.

Оғиз трихомонадасини тиббий суюқлик манбаларидан (йиринг томчиси, милк чўнтагидан олинган суртма) топиш мумкин, шунингдек, А. Ф. Тумканинг айтишича, экилган озўуқа муҳитида трихомонадани табиий суюқлик манбасига нисбатан солиштирилганда 7-9 марта кўп учратиш мумкин экан.

Кўплаб муаллифларнинг таъкидлашларича, барча пародонтозли беморларнинг милк чўнтагидан ажралаётган йирингда оғиз трихомонадаси аниқланади.

Пародонтознинг I-IV босқичи билан оғриган 150 нафар касалдан 64 нафарининг (43%) милк чўнтаги ажралмасида, 67

бемордан 7 нафарининг лунж шиллиқ қобиқ қавати эрозия-сидан олинган экмадан оғиз трихомонадаси топилди. Шуларнинг 5 таси узоқ вақт кортикостероид дорилар қабул қилган ёки узлуксиз тошмали вулгар пуфакчалар билан 2 таси эса қизил ясси темираткининг эрозив ярали тури билан оғритан. Соғлом одамларни текшириш натижасида 75% кишида оғиз трихомонадаси аниқланганини Е. В. Боровский ва бошқалар (1984й.) таъкидлашади.

Кўплаб муаллифлар трихомонадани Симич экмасида (от зардобидан тайёрланган озуқа муҳит) кўпроқ аниқлаш мумкин дейишади, лекин тайёр тиббий-йиринг томчиси ёки суртмаси орқали аниқлаш ҳам қулай ҳам энгил усулдир.

Ҳозиргача оғиз шиллиқ қобиқ қавати касалликларининг ривожланишида, оғиз трихомонадаларининг аҳамияти тўла ўрганилмаган. Соғлом одамларнинг жуда кам қисми оғизда трихомонада аниқланган, бу эса трихомонаданин оғизда сапрофитлигини кўрсатмоқда. Шундай экан, қачонки оғизда трихомонада кўпайиши учун қулай шароит юзага келса, у патоген тавсифга ўтади.

Оғиз трихомонози аниқ клиник кўринишларга эга эмас. Оғиз бўшлиғида трихомоноз касаллиги кўпинча йўлдош касалликларнинг вужудга келиши билан юзага чиқа бошлайди, масалан вулгар пуфакчалар, қизил ясси темираткининг эрозив-ярали тури ва шунга ўхшаш бошқа оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг сурункали яллиғланишлари шаклида, тиш тошлари катталаниши, милк чўнтаги ва эрозив юзада йиринг ҳидини келиши каби белгилар кузатилади.

Оғиз бўшлиғи трихомонозининг *ташхиси* тиббий ҳосила экмалардан, Симич озуқа муҳитга экишдан, эрозиядан олинган суртмадан оғиз трихомонозлари топилиши асосида қўйилади. Симич озуқа муҳитида оғиз трихомонадалари тез — 3-4 кунда кўпайиб ўсади.

Оғиз трихомонадасига ташхис қўйилгач, метронидазол (трихопол, флагил) 2 кун давомида 0,25 гр дан кунига 3 марта ичиш, қолган кунлари 0,25 гр дан кунига 2 марта ичиш, даво курси 20 таблетка тавсия қилинади. Бир вақтда бемор дезинфекцияловчи оғиз чайқашларини (0,01-0,1% калий перманганат ва 3% водород пероксиди) ўтказилиши ва ҳар кун тишларини икки маротабадан ювиб, милкни уқалаш зарур. Трихомонаданин олдани олиш мақсадида оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати касалликларини ўз вақтида даволаш ва оғиз бўшлиғини тартибли санация қилиб, оғиз гигиенаси қоидаларига риоя этиш зарур.

ВЕНСАННИНГ ЯРАЛИ - НЕКРОТИК СТОМАТИТИ

Венсаннинг ярали - некротик, стоматити (ўхшаш синонимлари: *яра-қопламали стоматит, траншейли, оғиз ярали - некротик гингиво стоматити таёқчали симбиози (Bacillus FusiFormis), Венсан спирохеталари (Borellia Vinceni)*) келтириб чиқарадиган инфекциян касалликдир.

Биринчи мартаба бацилла симбиози ва спирохетасини Венсан 1893 йили топган. Бир йил ўтгач, Плаут бўғмасимон ангинани беш беморда аниқлайди. Кейинчалик С. П. Боткин Финляндияда Плаут-Венсан ангинасини эпидемия ҳолида кузатади, Н. П. Симановский буни 8 та беморда учратганини ёзди.

Одатда Венсаннинг варақасимон бацилла ва спирохетаси оғизда сапрофитлик қилади, уни танглайнинг катта бодомча безида, тиш ва милк чўнтакларидида учратиш мумкин. Касаллик кўпроқ организми кучсизланган ёшларда, болаларда патоген микроблар қўзғалиши билан кузатилади.

Плаут-Венсан симбиозини оғизда ўрганаётганда 126 та текширилганларнинг барчасида Венсан спирохеталари топилган, уларнинг 27 таси клиник соғломдир. Кўпчилик муаллифлар оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида яллиғланиш жараёнларини дастлаб стафилакокк ва стрептакокклар чақиради, кейин фузоспирилла-факультатив сапро-фитли жараёнга қўшилиб, ўзига хос жароҳат кўринишларини рўёбга чиқаради, деб таъкидлашади.

Шунга асосан, уруш йиллари бир қатор болалар жамоалари, ўқув юртлари, солдатлар гуруҳлари орасида бу касаллик эпидемия сифатида кузатилган, бироқ, Венсан стоматити ва ангинасини юкумсиз касаллик деб айта оламиз. Кўпчилик олимларнинг фикрича, бу эпидемик касаллик кўпинча яшаш учун ноқулай саналган жойларда истиқомат қиладиган болалар ва ўсмирлар орасида кузатилади. Одатий яшаш тарзида, соғлом шароитда Венсан стоматити ва ангиналари юкумсиз ҳисоблади. Кўкрак ёшидаги болаларда ва иккиламчи адентияда фузоспираллар патоген кўринишга ўтмайди. Плаут-Венсан симбиозининг патогенлиги, тиш-милк чўнтаги ва ақл тиши соҳаси, кариоз ковакли тишлар соҳасида қисман ноқулай шароит бўлганда юзага чиқади. Венсан стоматити ва ангинаси кўпинча, учинчи - катта озиқ тишнинг чиқиши қийинлашганда, айниқса, пастки жағда юзага келади. Лекин Е. М. Гофунг 184 та ярали-некротик стоматитдан 36 тасида тиш чиқишининг қийинлашуви ушбу касалликка сабаб бўлишини аниқлаган.

Касалликнинг келиб чиқишига сабабчи бўладиган омиллар сифатида бошдан кечирган хасталиклар натижасида орга-

низмнинг кучсизланиши, тўйиб овқатланмаслик, чекиш, алкоголли ичимликларни кўп истеъмол қилиш, совуқ қотишни санаб ўтишимиз мумкин. Касаллик ривожланишига ёрдам берувчи омиллардан яна бири - оғиз гигиеник ҳолатининг ёмонлигидир. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати бутунлигининг бузилишига асосий сабаблардан яна бири, бу - пародонтдаги яллиғланиш жараёнидир. Патологик жараён милкда, асосан тишининг орқа соҳасидан лунж шиллиқ қобиқ қаватига кенг тарқайди. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати билан бир вақтда жинсий аъзолар ҳам жароҳатланиши мумкин.

Клиник кўринишида; ифлос сариқ рангда ўлган тўқима ҳосиласи билан қопланган вулқонсимон яра ҳосил бўлади, оч қизил рангдаги қисман қаттиқлашган яра 2-4 см катталиқда бўлиши аниқланган. Асосий ярага яқин соҳада кичкина яралар ҳосил бўлиши мумкин. Яра атрофидаги шиллиқ қобиқ қават қизарган ва шишган. Яллиғланиш жараёни алвеолалар ўсиқ шиллиқ қобиқ қаватга - милкка ўтишда қисман шишади, милк юзида ўлган тўқима яралари ҳосил бўлади, уларни олганимизда бироз қонайди. Айрим ҳолатларда чуқур шиллиқ қобиқ остки қаватигача, мускул ва ҳатто суяккача борадиган некроз яралар вужудга келади. Кўпинча бундай чуқур жароҳатли яра қаттиқ танглайда жойлашганда кузатилади. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати жароҳатининг ўткир шиши натижасида касалликнинг дастлабки кунларида овқат еганда, оғизни очганда ва ёпганда мушаклар тортишиши натижасида кучли оғриқ пайдо бўлади.

Субъектив сезгилар камайиб бориб, кейинчалик йўқолиб кетиши мумкин, лекин оғиздан йирингли нохуш ҳид келиши сақланиб қолади. Соҳага яқин жойлардаги лимфа тугунлари катталашади ва оғриқли бўлади. Кўпчилик ҳолларда касалликнинг дастлабки 2-3 кунда тана ҳарорати 37,5-38°C га кўтарилади. Қон таркибида унча катта ўзгаришлар кузатилмасида, қисман лейкоцитознинг чапга эгилиши ва қон чўкувчанлиги (ҚЧТ) тезлашиши сезилади.

Ярали туридан ташқари қалбаки шиллиқ қобиқ сили ёки Венсан ангинасини бўғмали тури кузатилади. Жараён кўпинча бодомчасимон безда кузатилиб, сарғиш-кўк қоплам ҳосил қилади. Яллиғланиш белгилари атроф тўқимага умуман тарқалмаган бўлади. Қоплам олиб ташлангандан кейин секинлик билан эпителизацияланувчи грануляция қолади. Венсаннинг қоплам шаклидаги ангинаси ярали шаклига нисбатан кам учрайди.

Касаллик бошлангандан 2-3 ҳафта ўтгач, секинлик билан чекина бошлайди. Камдан-кам ҳолатларда, хасталик даволанмаса, сурункали тавсифда кечади, узоқ вақт йирингли-некротик жараён милк четлари бўйлаб давом этиб, кейин бирлам-

чи яра эпителизацияланади. Венсан ангинасига *ташхис* - касалликнинг клиник кўриниши ва симбиоз фузоспираллари топилиши асосида қўйилади. Венсан ангинасининг *фарқли ташхиси* - бўғма (дифтерия) билан қилинади. Венсан ангинасидаги симбиоз фузоспираллари ва дифтерия инфекцияси бир вақтда бир жароҳат ўчоғидан топилади. Симбиоз топилиши дифтерия ташхисидан узоқлашиш деб ўйламаслик зарур, чунки дифтерия таёқчалари топилмасоғина, аралаш инфекцияли ташхисни йўққа чиқариш мумкин. Шуни эсда тутиш зарурки, дифтерияли аралашма оғир белгиларни намоён қилади, жараён симметрик тавсифда кузатилади, дифтерия яллиғланиш қопламаси асоси устига мустақкам ўрнашган бўлади.

Венсан ангинаси қон касалликларидаги (лейкоз, агранулоцитоз) эрозия-ярали яллиғланишлардан фарқли ташхисланади. Бунда Венсан ангинасининг ўткир кечишини унутмаслик зарур. Қон касаллигида лейкозли ёки агранулоцитозли ўзгариш пайдо бўлади. Венсан ангинаси ва стоматити оқибатини касалликнинг узоқ вақт давом этишини ҳисобга олмаганда, яхши деб айта оламиз. Баъзи ҳолатларда касаллик қайталаниши ҳам мумкин.

Ҳозирги вақтда Венсан ангинасининг барча турларини тез даволашга эришилмоқ; биринчи навбатда бензилпенциллиннинг 300000-500000 Ед дан кунига 4 марта 3-5 кун давомида даволаш ўтказилади. Сувда эрувчи пенициллинни дюронт дори воситалари билан ҳам алмаштириш мумкин. Экмоновоциллинни 600000 Ед дан кунига 1 марта ёки бициллин -3 (300000 Ед дан 1 марта ёки 600000 дан 6 кунда 1 марта) тавсия қилинади. Кенг таъсир доирасига эга, эритромицин, тетрациклин, олететрин туркумли ва бошқа антибиотиклар кунига 800000-1000000 Еддан 5-10 кун давомида қўлланилади. Витаминлар; биринчи ўринда, аскорбин кислота, В гуруҳ витаминлари тавсия этилади. Дезинфекцияловчи эритмалар - 1:5000 нисбатдаги калий перманганат, 3% водород перикиси билан тез-тез оғиз чайқалади. Бемор ўзи учун доимий тўла овқатланиш тартибини ўрнатиши зарур.

Касалликнинг ўткир даврида оғиз бўшлиғида жарроҳлик муолажалари, тиш олиш, кесиш мумкин эмас, некротик тўқималарни механик усулда турли хил ферментлардан фойдаланиб олиш, тиш тошлари терилиши керак. Шиллиқ қобик қаватга ишлов бераётганда, куйдирувчи воситалар қўлланмайди. Оғизда ўткир яллиғланиш жараёнлари бартараф этилгандан кейин, тартибли санация ўтказилади; тиш тошлари терилади, тиш илдизлари олинади, кариоз тишлар ва пародонт хасталиклар даволанади.

Фузоспиралоздан ҳимояланиш мақсадида оғиз бўшлиғида доимий санация ўтказиш, оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш, айниқса, инфекциян касалликлар вақтида, иммунитет пасайганда ва висмут дори воситалар билан даволанганда алоҳида эътибор бериш зарур.



1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ўзига хос юқумли ҳамда паразитар касалликларига нималар киради?
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ва лабнинг ўзига хос йиринг-чали касалликларини даволаш усулларини санаб ўтинг.
3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватинининг ва лабнинг ўзига хос замбуруғли касалликларига нималар киради? Актиномикоз, уни даволаш асослари.
4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида Венсана ярали некротик стоматити ва унинг клиник кечиши.
5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ўзига хос юқумли ва паразитар касалликларини даволаш усуллари.

Олтинчи боб

Мавзу: ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБНИНГ ВИРУСЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг вирусли касалликлари оқибаотида келиб чиқадиган патологик ўзгаришларни қиёсий фарқлай билиши; вирусли касалликларнинг ўзига хос белгиларини ва уларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда намоён билишини, бундан ташқари вирусли касалликларнинг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш, ташхислаш, даволаш босқичларини билиши лозим. Вирусли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги юзага келадиган патологик ўзгаришларнинг симптомларини, клиник кечиши босқичларини ва касалликни даволашни билиши лозим.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар ва албатта поликлиникада, клиникада даволанган беморларнинг тиббий ҳужжатлари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Вирусли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда содир бўладиган ўзгаришларнинг ўзига хос хусусиятлари.

2. Герпеслар ҳақида тушунча ва уларни келтириб чиқарувчи асосий сабаблар.

3. Вирусли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги ўзгаришларни ташхислашнинг ўзига хос асослари.

4. Ўткир герпетик стоматит ҳақида тушунча ва унинг клиник кечиши, босқичлари.

5. Вирусли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги ўзгаришларни даволашнинг ўзига хослиги, эҳтиёткорлик, профилактика асослари.

Машғулот ўтказиладиган жой: Поликлиника ва клиника, вирусли касалликлар бўлимлари.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, бевосита клиникада даволанаётган беморлар касаллик тарихи, интернет маълумотлари.

Мавзунинг асосий мазмуни: Дастлаб **Герпеслар** ҳақида фикр юритамиз.

Оддий пуфакли темиратки (оддий герпес). Одам оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида кўп учрайдиган касаллик, оғиз шиллиқ қобиқ қавати лаб герпесининг сеvimли соҳаси ҳисобланади. Герпес вируси ўзининг ривожланиш даврини ҳужайра ядросидан бошлайди. Одам организмга тушган бирламчи герпетик инфекция организмнинг бутун ҳаётида сақланиб қолади ёки касаллик белгиларининг қайталанишига

олиб келади. Герпес одам ҳаёти давомида бир марта чиқиши ёки қайталанувчи бўлиб кечиши мумкин. Турли одамларда касалликнинг қайталаниши турлича даврда ва тавсифга эга бўлиб, бир хил бўлмаган интенсив кечиш жараёнидан иборат. Касалликнинг қайталаниши ёки юзага чиқишига турли-туман омиллар таъсир қилади (организм ҳимоя кучининг пасайиши, совуқ қотиш, исиб кетиш, пневмония, ангиналар, меъда-ичак тракти касалликлари, аёллардаги ҳайз даври ва бошқалар). Кўпинча герпес вируси локал жароҳат кўринишида, айрим ҳолатларда эса у тарқалган тавсифда юзага келади, бу кўпинча янги туғилган чақалоқларда кузатилади.

Оддий пуфакли темиртки турли ёшдаги одамлар орасида ривожланиши мумкин. Герпеснинг юзага чиқиши терида ва шиллиқ қобиқ қаватда кузатилган. Касаллик бошланишида мош донининг ярмисига ёки ундан озгина катталиқдаги қизарган, чегаралари аниқ, пуфак шаклида юзага келади. Пуфакчалар сони 2-3 тадан 10-15 тагача ва ундан кўп бўлиши мумкин. Пуфакчалар шаффоф суюқлик тутувчи, кейинчалик суюқлик лойқаланувчи бир нечта гуруҳларга ўхшаб жойлашади. Айрим ҳолатларда, кичкина пуфакларнинг бирлашишидан бир ёки иккита 1,5 см келадиган пуфакчалар пайдо бўлади. Лабдаги пуфакча 2-3 кундан кейин қуриб, сарғиш-кўкиш қопламга айланади.

Кўпинча пуфакчалар оч-қизил рангда эрозия ҳосил қилиб, айлана кўринишида тешилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида ўткир яллиғланишли реакция кузатилиб, пуфаклар ҳосил бўлган биринчи соатлардаёқ тешилади. Ўрнидаги эрозияда нотўғри, тўлқинсимон чизмали юмшоқ фибринли қатлам билан қопланган шаклга киради. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги жараён чегарали ёки тарқалган герпетик стоматитлар кўринишида, 8-12 кун ўтгач, турли ҳолатлардаги эрозия эпителизацияси кузатилади. Тошмалар кўпинча атрофидаги тўқималарнинг шишиши билан бирга кечади. Беморнинг умумий ҳолати кўпинча ўзини ёмон сезиши, қусиш ва мускулларда оғриқлар кузатилиш билан кечади. Тана ҳарорати субфебрил ёки 38-39°C гача кўтарилиши мумкин.

Оддий герпес қайталанувчи герпеслардан **фарқланади**. Қайталанувчи герпес турли даврларда, йилнинг фаслларига боғлиқ бўлмаган ҳолатларда такрорланади. Кўпчилик беморларда касаллик ойида 3-4 маротаба ёки тез-тез қайтарилиши билан тавсифланади. Қайталанувчи герпес, оддий герпесдан клиник кўринишлари билан фарқланмайди.

ЎТКИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ

Ҳозирги кунгача стоматология ва педиатрияга оид адабиётларда стоматитлар иккита мустақил турига: ўткир афтозли ва ўткир герпетик стоматитларга ажратиб келинмоқда. Катта гуруҳ касалларни замонавий клиник текширишлар - вирусологик, серологик, цитологик, иммунофлюоресцент тадқиқот натижаларининг кўрсатишича, бу касалликлар этиологик ва клиник жиҳатдан бир хил эканлиги аниқланмоқда.

Олинган натижалар асосида ягона, ўткир герпетик стоматит номи қўлланилиши, касалликнинг вирусли этиологиясига асосланиб берилмоқда. Бу стоматит - болалар инфекцион касалликлари ичида кенг тарқалганлиги билан скарлатина, қизамиқ, эпидемик паротит, сувчечақдан устун туради.

Ўткир герпетик стоматит юқувчанлиги юқори даражада бўлгани учун иммун ҳолати шаклланиб бўлмаганлар орасида кўп учрайди. Мактаблар, боғчалар, болалар касалхонаси палаталарида касалликнинг эпидемик кенг тарқалиши ҳолатларида 3/4 қисм болалар касалланишини кузатиш мумкин.

Инфекция алоқали ва ҳаво-томчи йўли орқали юқади.

Касалликнинг ривожланиши учун оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва тери бутунлигининг бузилиши аҳамиятлидир. Касалликнинг аниқ йилнинг бир фаслида тарқалиши аниқланмаган. Болалар орасида 6 ойликдан 3 ёшгача даврда касаллик энг кўп тарқалади, бу улардаги антителоларнинг йўқолиши, махсус тизимли иммунитетнинг шаклланиб улгурмаганлиги билан изоҳланади.

Ўткир герпетик стоматит бошқа инфекцион касалликлари сингари бешта ривожланиш даврига бўлинади: *инкубацион* (яширин), *продромал* (катарал), *касалликнинг ривожланиш бо-сқичи* (тошмали), *касаллик сўнаётган* ва *клиник соғайиш* (реконваленценция) даврларидан иборат. Организмнинг умумий захарланиши ва касалликнинг маҳаллий белгиларининг юзага келиши даражасига қараб *касаллик енгил, ўрта ва оғир шаклларда* кечади.

Касалликнинг умумий белгилари учун тавсифли гиперергик реакцияда тана ҳароратининг 40°C гача қўтарилиши, ўзини лоҳас сезиши, кучсизлик, бош оғриғи, тери ва мускуллар сезирлигининг ошиши, иштаҳа йўқолиши, тери қопламанинг оқариши, марказий асаб тизимига боғлиқ ҳолда кўнгил айланиши ва қусиш кабилар кузатилади. Демак, бу вируснинг энцефалотроп таъсиридан далолат беради. Инкубацион ва продромал даврида жағ ости, бўйин лимфа тугунлари катталашади.

Тана ҳарорати кўтарилаётган вақтда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида қизариш ва шиш кузатилади, лаб, лунж, тилнинг шиллиқ қобиқ қаватидаги яллиғланишларда, 2 тадан то бир неча ўнtagача жойлашган пуфаклар тезда ёрилади. Унинг ўрнида 0,5-1 см катталиқдаги афта элементини эслатувчи некрозли эрозия пайдо бўлади. Лабдаги тошмалар тезда қоплам билан қопланади. Бунда жароҳат фақат оғиз бўшлиғида эмас, балки оғир шаклда юз терисида ҳам учраши кузатилади. Шу билан боғлиқ ҳолда тошмалар тошиши бир неча кунгача давом этиши мумкин, бунга эътибор бериб, турли даврдаги тошма элементларини кузатиш орқали клиник белгилар тўғрисида билиш мумкин. Тошмаларнинг навбатдагилари пайдо бўлиши билан, бола аҳволи ёмонлашиб боради, у безовталанади, ҳарорати ўзгаради, тана ҳарорати олдинги кундаги ҳолатдан яна 1-2°C га кўтарилади. Ўткир герпетик стоматитнинг аниқ белгиларидан бири - бу сўлак ажралиши кучайиши, сўлак қуюқлашиб ёпишқоқ бўлиши, оғизда ҳид пайдо бўлиш кузатилади.

Касалликнинг катарал даврида кўпинча узоқ вақтдан бери сурункали белгилари билан давом этиб келаётган эрозив-яралли гингивит ўткир шаклга айланади. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва милқда ўткир қонаш жараёни кузатилади. Касалликнинг оғир кечишидан болалар қонида лейкопения, таёқчасимон ядроларнинг чапга томон оғиши, эозинофилия, якка-якка плазматик ҳужайралар, ёш нейтрофиллар кўринади. Бошқа ҳолатларда сийдикда оқсил пайдо бўлади. Сўлакда дастлаб рН-муҳитни кислотали томонга, кейин ишқорий томонга силжиши кузатилиб, бунда сўлакда интерферон бўлмайди, лизоцимнинг камайганини кўриш мумкин. Организм ҳимоя фаолиятининг гуморал омиллари, жумладан, касаллик авж олган вақтда фагоцитоз тезда пасайиб кетади.

Ўткир герпетик стоматит **ташхиси** касалликнинг клиник кўриниши ва эпидемиологияси асосида қўйилади. Ташхисни аниқ қўйиш мақсадида герпетик эрозиядан экма олиниб, Романовский-Гимза усулида бўялган экмадан йирик кўп ядролли ҳужайраларни топишга асосланган цитологик текшириш ўтказилади. Йирик кўп ядролли ҳужайралар герпес учун тавсифлидир.

Иммунофлюоресценцияли усулда касалликнинг этиологик ташхисини аниқлаш мақсадга мувофиқдир, бунда касалликдан ашё олингандан 2-2,5-3 соат ўтганда тезда натижа аниқланади. Маълумотларга қараганда, ўткир герпетик стоматитни текширишдаги иммунофлюоресценция, вирусологик ва серологик усуллардаги татқиқ этиш натижалари асосан бир-бирига тўғри келади. Катталар орасида оддий пуфакли темират-

кини даволашда, жароҳат ўчоғига кунига 2-3 мартадан анилин бўёқларини спиртдаги эритмаси ёки вирусга қарши таркибли (1-3% ли оксолин, 3% ли октатин, 2-5% ли теброфен) дори воситалари суркалади. Бир кунда 6-7 марта жароҳат соҳасига лейкопластирда интерферон қўйиш ҳам яхши натижа беради. Қайталанувчи герпесни даволаш учун организм ҳимоя кучини ошириш мақсадида, гамма-глобулин, пирогенал ва бошқа кучайтирувчиларни қўллаш зарур. Герпетик поливакцинани мушак орасига 0,1-0,2 мл дан 2-3 кун оралаб, 10 инъекция даво курси ўтказиш яхши фойда қилади.

Дезоксирибонуклеазани парентерал йўл билан ҳафтада 2 марта 10-15 мл дан 6-10 инъекция даво курси ўтказиш фойдали.

Болаларда ўткир герпетик стоматитни даволашда врач касалликнинг оғирлик даражасини, ривожланиш даврини аниқлаб олиши зарур. Касалликнинг ўртача ва оғир шаклларида умумий даволашни педиатр-врач билан бирга олиб бориш лозим. Касалликнинг авж олиши билан кечинини ҳисобга олган ҳолда иммунитетни стимулловчи воситалар (лизозим, протидиозон, гамма-глобулинни парентерал йўл билан; метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрий), бир вақтда десенсибилизацияловчи даволаш (димедрол, супрастин, пиполфен, калций глюконат ва бошқалар) билан ўтказиш мумкин.

Ўткир герпетик стоматитни маҳаллий даволашга вирусга қарши даволаш ўтказиш киради. Оксалиннинг 0,25-1%, флоренолиннинг 1-2%, теброфеннинг 1-2%, гелиомициннинг 4% ли мазлари, дезоксирибонуклеазанинг 1% эритмаси, хлопина линименти, интерферон, протидиозон ва бошқа интерферонген аралашмалар суркалади. Бу дори воситалари кунига 3-4 марта суркалади. Вирусга қарши воситаларни шиллиқ қобик қаватнинг жароҳатигагина эмас, балки профилактика мақсадида, бутун шиллиқ қобик қават соҳасига суркаш керак. Кунига 1 марта оғизга 0,5% ли протеолитик фермент эритмалари (трипсин, хемотрипсин, панкреатин ва бошқалар) билан ишлов берилиши ўлган тўқималарнинг эришига ёрдам беради.

Касаллик белгилари сўнаётган вақтда асосий эътиборни кучсиз антисептик ва кератопластик воситаларни ишлатишга қаратамиз. А витаминининг мойли эритмаси, наъматак мойи, кароталин, солкосерил мойи ва суюқлиги, метилурацилнинг мойли аралашмаси, ливиан, ливовинизол суркаш яхши натижа беради. Микробларга қарши восита сифатида фурациллин, этакридин лактат, эктирицид, этония ва бошқаларни қўллаш мумкин. Бемор оғиз шиллиқ қобик қаватига таъсир этмайдиган суюқ ёки ярим суюқ овқат маҳсулотларини етарли миқдорда истеъмол қилиши зарур. Овқат ейишдан олдин оғиз

шиллик қобиқ қаватини 5% ли анестезин эмулсияси билан оғриқсизлантириш мумкин. Хулоса қилиб, шуни таъкидлаш керакки, ўткир герпетик стоматитни турли даражада кечишига касалликнинг алоқали ва юқувчанлиги сабабдир, шунинг учун бемор касалликнинг қандай ҳолати билан мурожаат этмасин, унга эътибор берилиши, даволаш тартибини педиатр ва стоматолог биргаликда ишлаб чиқиши, комплекс даволашга таяниб иш юритиш, тезда беморни жамоатчиликдан ажратиб, болалар жамоалари орасида профилактик тадбирлар ўтказилиши зарур. Болалар боғчаларида ишловчи тарбиячилар ишга келишдан олдин герпесга текширилиши (жойлашган соҳа аҳамиятсиз) ва врач томонидан доимий назорат қилиниши керак. Ўткир герпетик стоматит кечадиган шаклидан қатъий назар, у аниқлангандан кейин касал боланинг боғчага қатнаши таъқиқланади.

БЕЛБОҒСИМОН ТЕМИРАТКИ

Белбоғсимон темирлатки (опоясьвающий). Бу касалликни вирус келтириб чиқаради, у ўзининг антигенлик аралашмасининг сувчечакка нисбатан ўзига хослиги билан фарқланади. Вирус марказий ва периферик асаб тизимига нейродерматропик таъсири билан фарқланади. Касаллик кўпинча организмнинг ҳимоя тизими тезда тушиб кетишида, баъзи ҳолатларда пневмониянинг асорати, қон касаллиги ва организмни оздириб юборадиган касалликлар кўринишида ривожланади.

Касаллик бир томонлама жароҳатланган периферик асаб тизими бўйлаб оғриқ беради. Юзда ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида парестезия кузатилиб, уч шоҳли асаб толасини 1 ёки 2 таси ҳамда юз нерви бўйлаб оғриқ беради. Кейин доғ шаклида эритема ҳосил бўлади, у айрим ҳолатда текислик бўйлаб қуйилади ва майда пуфакчалар ҳосил қилади, пуфакчалар сероз ёки геморрагик суюқлик билан тўлган бўлади. Тошма бир томонлама асаб толаси йўли бўйлаб аниқ чегараланиб, тарқалади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида бу пуфакчалар тезда тешилиб, вулқонсимон четларига эга эрозия ҳосил қилади.

Жароҳатланган лунж бутун қалинлик бўйлаб инфилтратланган, шишган, жағ лимфа ости тугунлари катталашган, оғриқли, юз асаб толаларининг ҳаракатланувчи ва сезувчи тармоқлари жароҳатланиши оқибатида Размай-Хунт синдроми кузатилади, бунда юз асаб толалари шоллиги ва қулоқда оғриқ, белбоғсимон темирлатки учун хос синдромдир. Хасталик 3-6 ҳафта давом этади ва тезда пасаяди. Касалликнинг кечишида неврологик тавсифдаги оғриқлар бўлади ва бу оғриқли тош-

малар касаллик тузалгандан кейин ҳам давом этади. *Ташхислашда* бир томонлама оғриқли синдроми, жароҳатланган асаб толаси бўйича жойлашган тошмалар бўлиши, рецидив йўқлиги муҳим аҳамият касб этади. Охирги фарқи - Herpes simplex recedivans дан белбоғсимон темиртки тарқайди. Даволашда таъсир доираси кенг антибиотиклар, салицитатлар, В₁ ва В₁₂ витаминлари, дизоксирибонуклеазалар, интерферон, аналгетиклар ва бошқалар кенг қўлланилади. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватига вирусга қарши малҳам (0,25-0,5% оксалин, 0-2% теброфен, 1-2% флоренален) ёки интерферон эритмаси (32 Ед 1 мл да) билан ишлов берилади; оғриқ пасайганда кератопластик воситалар, наъматак мойи, облепиха, каротоллин, А витамин сақловчи малҳамлар ишлатилади.

Герпетик ангина. Касалликни А гуруҳли Коксаки энтеровируслари келтириб чиқаради. Касаллик тана ҳароратининг тез кўтарилиши билан бошланади, миалгик мушакли оғриқ, умумий ҳолсизлик кузатилади. Оғизнинг орқа бўлими серозли ёки геморрагик суюқлик билан тўлади. Кейинчалик везикулаларнинг бир қисми йўқолади, қолгани ёрилиб эрозия ҳосил қилади. Майда-майда эрозиялар қўшилиб, турли катталиқдаги четлари тўлқинсимон эрозия соҳаларини ҳосил қилади. Эрозияларнинг айримлари афталарни эслатади. Эрозия кам оғриқли, секин эпителизацияланади, айрим ҳолатларда 2-3 ҳафтагача давом этади. Касаллик бутун бир оила аъзолари орасида, кам ҳолатларда эпидемияли кузатилишини айтиб ўтиш зарур.

Даволаш, симптоматик - умумий ва маҳаллий; дастлабки 2-3 кун давомида вирусга қарши, кейинчалик кератопластик дори воситалари билан даволашдан иборат. Тез-тез оғизни чайқаш ва турли мазларни суртиб туриш эрозия эпителизациясини секинлаштиради.

СЎҒАЛ

Сўғал (бородавка) - вирусдан кейин чиқадиган яхши сифатли янги ҳосиладир. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида сўғалнинг икки турда - *ясси* ва *ўткирлашган* ҳолатда учрайди. Ясси сўғал бир текисдаги папулага ўхшаб шиллиқ қобиқ қаватдан қисман кўтарилиб туради. Сўғал четлари аниқ, айлана, кўкиш-оқиш ёки озгина очиқ рангда бўлиб, атрофидаги шиллиқ қобиқ қаватдан ажралиб туриши билан фарқланади.

Ўткир сўғал оқиш-бинафша рангда, юлқа оёқчага жойлашган, охири ўткирлашган, кўпаяётган шаклда, ташқи кўринишидан карам гулини эслатади. Сўғал кўпинча оғизнинг олдинги соҳасида, оғиз бурчагида, тилнинг олдинги бўлаги ён юзасига жойлашади. Баъзан лабнинг қизил ҳошияси ва милкда жой-

лашади. Кўп ҳолатларда сўғал шиллиқ қобиқ қават ва терида бир вақтда ривожланади. *Ташхис қўйиш* вақтида оғиз шиллиқ қобиқ қавати папилломасини ва бошқа янги ҳосилаларини эсда тутиш лозим.

Даволашда маҳаллий 3% ли оксалинли, 0,5% ли бонофтонли, 0,5% ли флореналинли, 5% ли теброфенли ва бошқа вирусга қарши дори воситалари ишлатилади. Бу мазларни қўллашдан олдин оғиз бўшлиғи ва тишларни яхшилаб тозалаш зарур. Малҳамлар билан шиллиқ қобиқ қаватга ишлов беришдан олдин оғиз тиш чуткаси ва пастаси билан яхшилаб ювилади, мазлардан кунига 3-4 марта суртилади, сўғални даволаш тери ва жинсий аъзолар шиллиқ қобиқ қаватини бир вақтда даволаш билан бирга олиб борилади. Сўғални даволашнинг яна бир усули бу криодеструкция ёки электрокоагуляциядир.



1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг вирусли касалликларига нималар киради?
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ўткир герпетик стоматити, белгилари?
3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда кузатиладиган белбоғсимон темиртки, учраши ва клиник кечиши?
4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб сўғали, ташхислаш, даволаш.
5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг вирусли касалликларини даволаш усуллари.

Еттинчи боб

Мавзу: АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРДА ОФИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБДА КУЗАТИЛАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР ЁКИ АЛЛЕРГИК ХОЛАТЛАР

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида организмда аллергия касаллик натижасида офиз бўшлиғи шиллиқ қаватида юзага келадиган ҳар хил патологик ҳолатлардаги ўзгаришларни билиши, уларнинг офиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги бошқа касалликлар билан фарқини, асаб ва эндокрин тизими, меъда-ичак тракти патологиясида аллергия ўзгаришлар муҳим аҳамият касб этишини билиши шарт. Аллергия ўзгаришларни келтириб чиқаришда муҳим рол ўйнайдиган “Экзоген” ва “Эндоген” аллергенлар ҳақида тушунчага эга бўлиши керак. Аллергия касалликларнинг ўзига хослиги, уларнинг турларини, текшириш усулларини, ташхислашни, даволашни билиши лозим.

Машгулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, интернетдан олинган маълумотлар ва поликлиника, клиникаларда доволанаётган беморларнинг тиббий варақалари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Аллергия ҳақида тушунча ва уларнинг таснифи.
2. Аллергия ҳолатларни келтириб чиқаришда муҳим роль ўйнайдиган “Экзоген” ва “Эндоген” аллергенларнинг фарқи.
3. Ортопед стоматолог врач давоси оқибатида юзага келадиган аллергия ҳолатлар ва уларни даволаш усуллари.
4. Аллергия стоматитлар, уларнинг келиб чиқишида муҳим ўрин тутадиган омиллар ва уларни аниқлашнинг ўзига хос асослари.
5. Аллергия касаллик ташхиси билан мурожаат қилган беморларга биринчи ёрдамни ташкил қилиш.
6. Протезли стоматитлар синфланишидаги асослар ва ортопед стоматолог врачнинг ўрни.

Машгулот ўтказиладиган жой: Стоматологик поликлиника ва клиникалар, ўқув хоналари, аллергология, токсикология бўлимлари.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, клиникада доволанаётган беморлар касаллик тарихи варақалари ва шахсан беморлар бириктирилиши зарур.

Машгулотнинг асосий мазмуни:

Аллергия - бу организмнинг маълум антиген табиатига эга субстанцияга патологик сезгирлигининг ошиши ва организмда қабул қилмаслик реакциясининг пайдо бўлиш жараёни бўлиб, меърада қатор организмларда оғриқли асоратлар ча-

қирмайди. Аллергиянинг ривожланишида организм асаб ва эндокрин тизими, меъда-ичак тракти патологияси муҳим аҳамият касб этади. Ташқи муҳитнинг ифлосланиши, турли кимёвий, майший ва ишлаб чиқаришдаги чиқиндилар таъсири, дори воситаларини сабабсиз истеъмол қилиш, оқсилли дориларнинг истеъмолда кенг қўлланилиши, овқат тавсифининг ўзгариши ва бошқалар сабаб бўлиб, организмни аллерген билан алоқаси ошади.

Экзоген ва **эндоген** аллергенлар фарқланади. Экзоген аллергенларга уй-рўзгор, овқат, чангли аллерген, дори воситалари, турли кимёвий моддалар ва бошқалар киради. Эндоаллерген **бирламчи** (табиий) ва **иккиламчи** бўлади. Бирламчи эндоаллерген организмнинг меъёра иммунитет жавоб реакцияси чақирмайдиган тузилиши (хрусталик, тиреоглобулин ва бошқ.) - лимфоцитлар билан алоқасиз ёки туғма толерантлик хусусияти бўлади. Инфекция, фермент ёки шикастланиш таъсири оқибатида организмнинг физиологик қобиғи бузилади ёки шу тизимдаги антиген тузилма алмашинади ва ўзига худди ёт танани қабул қилади, шунга қарши антители ошлаб чиқариб, **аутоиммун** жараён ривожланади. шу аутоиммун жараённинг маълум қисми аллергик тавсифга эга бўлади. Иккиламчи эндоаллерген инфекцион ва инфекция тавсифига эга бўлмаган омиллар таъсирида организмда модда алмашинуви жараёнининг бузилиши оқибатида юзага келади.

Аллергик реакциялар **тез, суст ва аралаш** кўринишда бўлади. Тез аллергик реакцияларнинг патогенезида учта босқич ажратилади: **иммунологик, патохимёвий ва патофизиологик**. Организм сенсбилизациясининг иммунологик босқичида антители реагенлари аллергенга такрорий тушиши натижасида ҳужайра юзасида (терида, шиллиқ қавагда) аллерген реакцияси (антиген — антители) ривожланади. Патохимик босқичда антиген—антители реакцияси натижасида ҳужайра биохимёвий бузилади, протеолитик ферментлар фаоллашади ва ҳужайрадан биологик фаол медиаторлар: гистамин, серотонин, ацетилхолин, кининлар, простогландинлар ва бошқалар ажралади. Патофизиологик босқичда организмда медиаторларнинг таъсири оқибатида, аллергиянинг клиник белгилари, ўткир сероз - экссудатли яллиғланишлар юзага келади. Бироқ, аллергиянинг барча уч босқичи ҳам бир вақтда юзага келади.

Секинлик билан юзага келадиган аллергик реакция босқичининг патогенези сенсбилизациялашган лимфоцитларнинг махсус аллергенлар (лаб) билан биргаликдаги таъсири этади. Ҳужайра иммунитети медиаторлари макрофогларга таъсир қилиб, улар антигенлар (микроб ёки ёт ҳужайра таналар) нинг

бузилишига олиб келади, сенсibiliзацияланиб, лимфоцитларга қаршилиқ кўрсатади. Клиник жиҳатидан бу гиперергик яллиғланиш қаттиқ инфилтрат яратади, лимфоцит ва моноцитлар моноклонлар хужайра таркибини ҳосил қилади. Моноклеар инфилтрация майда қон томирлари орасида аниқ кўринадиганидир. Секинлик билан кечадиган аллергия бошқа аллергия реакциялар каби ўзига хос тавсифга эга: теридаги синама фақатгина организм сенсibiliзациясига сабабчи антиген киритилганда юзага келади. Барча аллергия турлари ўзаро бир-бири билан боғлиқ бўлиб, секинлик ва тезлик билан юзага келаётган аллергиялар бир вақтда, бир сабабчи ва бир хил патологик жараён билан юзага келиб, уларнинг фақатгина ривожланиши мустақил йўналишда бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати аллергия касаллиги бир аллергия генезли ҳисобланиб, сенсibiliзация механизми ва тез-тез клиник кўриниши билан бир-биридан фарқланади. Бу гуруҳда алоқали аллергия стоматит ва токсик аллергия жароҳатларнинг ривожланиши асосида дори воситаларга, овқат ва бошқа кимёвий моддаларнинг оғиз, нафас, тери орқали ёки шиллиқ қаватдан сўрилиши ҳамда парентерал йўлдан кириши ётади. Анафилактик шокда шиллиқ қобиқ қават кўпинча жароҳатланади, бунда шиш ва эритемаларнинг кенг ўзгариши, Лайелла синдроми билан ўхшаш кечади.

АЛОҚАЛИ АЛЛЕРГИК СТОМАТИТЛАР

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги алоқали аллергия ўзгаришлар ривожланиши механизми бўйича секин кечадиган аллергия реакцияга киради. Бу реакциянинг юзага келишига сабаб кўпинча турли дори воситаларига; стоматологияда ишлатиладиган тиббий техник моддалар, маҳаллий қўлланиладиган дори воситалари, тиш пасталари, эликсирлар ва бошқаларга сезгирликнинг ошишидир.

Стоматологияда қўлланиладиган тиббий-техник ашёлар аллергияга сабабчи моддаларни таркибида сақлаши мумкин. Метилметакрилат тиш техникларининг қўлларида аллергия дерматитларни келтириб чиқаради, ундан тайёрланган протезларни беморлар яхши қабул қилади: симобга сенсibiliзацияси бор беморларда амальгамадан пломба қўйилганда, қисман реакция кузатилади. Акрилатли протезларнинг таркибида ҳам доимо 0,2-0,5% гача мономер қолдиғи кузатилади. Ҳозирги кунгача бундай протезларга аллергия реакция 2-3% беморларда кузатилади.

Алоқали аллергияда, аллергия алоқада бўлганидан 7-14 кун ўтгач, аллергия белгилари юзага чиқади. Қизариш, бошқа

ҳолатларда шиллиқ қобиқ шишиши, нуқта-нуқта қон уйишиши ҳолатлари кузатилади. Пуфак, эрозия ва яралар баъзан аниқланади. Жараён бевосита протез билан алоқада бўлган жойда кузатилади. Бундай ҳолатда беморда куйиш, оғиз қуриши, таъм сезишнинг ўзгариши, умуман таъм сезмаслик, бош айланиши, кўнгил айнаши, нафас олишнинг ўзгариши каби симптомлар юзага чиқади. Айрим ҳолатларда оғиз бўшлиғида ўзгариш бўлиши билан бир вақтда, эритема, шиш, шиллиқланиш ва везикуляция ёки лихеноидли тошмалар оғиз атрофи терисида пайдо бўлади.

Алоқали аллергия реакцияларни (стоматитни) *ташхислашда*, турлича клиник-лаборатор усуллар қўлланилади: элиминация синамаси — бу 3-5 кунгача протезни оғиздан чиқариб қўйиш усули. Протезни тақмаганда, аллергия реакция ўрни тuzалади, протез тақиш билан аллергия реакцияси кузатилади. Лекин бундай синама 50-55% ҳолатларда тўғри натижа беради холос. Беморнинг қони зардобиди синама ўтказиш: бунда денгиз чўчқалари терисига кучсиз мономер ва бўёқларни қўллаш асосида акрелин протезларига беморнинг муносабатини аниқлаб олиш мумкин.

Стоматологик амалиётда қўлланиладиган тиббий-техник ва дори воситалари организмда умумий аллергия реакция ривожланишига олиб келади. Метилметакрилатдан бошқа бензилпироксид ва бўёқлари (акрилатлар таркибига кирувчи) ҳам аллергия бўлиши мумкин.

Агар алоқали аллергия стоматитларнинг келиб чиқишига протез сабабчи бўлса, у ҳолда протезни бошқа пластмассали воситадан қайта тайёрлаш зарур. Кобалтхромли қотишмадан, кобальт ва хромдан аллергия кузатилса сунъий коронка ва протезлар олиб ташланади.

Кумушли палладий билан тайёрланган протез ва коронкаларни беморлар яхши қабул қилишади.

Амалгадан аллергияда қизариш, шиш, плombaга тегиб турган оғиз шиллиқ қобиқ қаватида эрозияли ёки йирингли яра ҳосил бўлиши мумкин ва шу билан тавсифланади. Беморлар куйишиш, қичишиш, ачишиш ва оғриқдан шикоят қиладилар. Симобга сенсibiliзация бўлишини исботловчи омил бу плombaнинг фақат шу тури қўйилганлигидир.

Охириги йилларда стоматологик амалиётда пародонт касаллигида милк бойламлари кенг қўлланилмоқда. Бойлам таркибига турли дори воситалари, жумладан, антибиотиклар кирди, айнан шулар ҳам алоқали аллергия реакцияларни келтириб чиқариши мумкин.

ТИБВИЙ ДОРИ-ВОСИТАЛАРИ ҚЎЗГАТАДИГАН ТОКСИК-АЛЛЕРГИК СТОМАТИТЛАР

Стоматолог врач амалиётида токсик аллергия реакция натижасида оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида ўзгариш билан мурожаат қиладиган кўплаб беморларни даволашга тўғри келади. Стоматолог врач шуни доимо эсда тутиши керакки, бу жараён фақат оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида кузатилиб, терида ҳеч қандай тошмалар кузатилмайди. Кўпчилик ҳолатларда бу жараённинг ривожланиши учун дори воситалари сабабчи бўлади.

Дори воситалардан аллергия ҳолатининг симптоматикаси турли-туман бўлиб, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва терини сезиларсиз жароҳатланишидан, айрим ҳолатларда эса ҳатто летал ҳодисалар билан тугайдиган оғир кўринишли реакциялар шаклида юзага келади.

Аллергия касаллик симптомларини йўқотиш, бемор организми юқори сезгирлиги йўқотилди, деган хулоса эмас. Сенсибилизация ҳолати узоқ йилларгача, айрим ҳолатларда, бутун ҳаёт давомида сақланиб қолади. Шу аллергия билан янги-дан алоқада бўлиб рецидивланиш хавфини сақлаб қолади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги токсик-аллергия жароҳатланиш *қайд қилинган* ва *тарқалган* бўлади. Аллергия касалликларнинг *ташхисида* аллергия анализ, клиник текшириш, тахмин қилинаётган аллергия билан текшириш усуллари муҳим аҳамиятга эга. Аллергия (масалан, дори воситаси) таъсири тўхтатилиши билан клиник симптомларнинг пасайиши ёки йўқолиши ва аллергия киритилиши билан симптомларнинг қайта юзага чиқиши аллергиянинг этиологияк ўрнини баҳолаб беради.

Йиғилган ва баҳоланган анамнез; агар дори воситасини аниқлашнинг иложи бўлса, аҳамиятли маълумот ҳисобланади. Тахмин қилинаётган аллергия билан тери синамаси ўтказиш, тери ва шиллиқ қобиқ қаватини жароҳатловчи сабаб аллергияни аниқлашга ёрдам беради. Бироқ, тери синамасини ўтказишда қўшимча сенсибилизация натижасида беморни анафилактик шокка тушишидан эҳтиёт бўлиш зарур.

Дори воситаларни қабул қила олмасликни ташхислаш усули-перорал синама; бунда қўлланилаётган дорининг *юқори* миқдорини 1/4-1/2 қисми киритилиб кўрилади. Агар 1-3 соат вақт ўтгач, жараён қайталанса, бунда синама мусбат саналади. Ҳозирги вақтда организмнинг у ёки бу аллергияга сезгирлигини аниқлаш учун бемор қони билан *in vitro* ўтказилади. Бунда лимфоцитнинг бласттрансформацияси, лейкоцитларнинг

агломерация реакцияси (секин кечадиган аллергия реакцияни махсус ташхислашда), Шелли базофил дегрануляцияси тести (тез кечадиган аллергия реакцияни махсус ташхислашда) ўтказилади.

Беморлардаги аллергия антителосини аниқлаш учун тўғри ва Кумбснинг воситали реакцияси қўлланилиб, антиген-антитело комплекмига боғлиқ комплекмига асосланади.

Ҳозирги вақтда, Эрне-Клемперскийнинг усулига асосланган гемолизин ишлаб чиқарувчи иммунокомпонент хужайрани аниқлашда кенг қўлланилиб, беморда аллергияни ривожланишида муҳим ўрин эгалловчи, аутоиммунологик реакцияда лейкопеник синама муҳим аҳамият касб этади; бунда асосан дори воситаси истеъмол қилинганидан 30 дақиқа ўтгач, периферик қондаги лейкоцитлар сонининг ўзгаришига; агар аллергия бўлса 1 мл қондаги лейкоцитлар 1000 мартагача камаяди. Бу реакция бемордаги овқатларга аллергияни аниқлашда аниқ натижа беради.

Аллергияни ташхислаш амалиётида, текширишнинг биокимёвий усули; биологик фаол моддалар-гистамин, серотонин, катехоламинлар, кининларни аниқлашда қўлланилади, бу моддалар аллергия реакциянинг шаклланишида муҳим ўрин тутати. Аллергия касалликларда, беморлар қон зардобидеги гистамин, серотонин боғлиқлиги (гистамино-серотонинопексия), антигистамин фаолияти бузилади.

Барча текширишлар; биринчи ўринда, дори воситаларидан аллергияни ташхислашда, қандай дори-ашёларидан ёки қандай таркибий қисмдан аллергия кузатилганини аниқлаш учун зарур. Табиийки, бу жараёнлар турлича ва фарқли ташхислаш талаб қилади.

Қайд қилинган дори-воситали стоматитлар, сулфаниламид, барбитурат, тетрациклинларга сезгирлик юқори бўлганда кузатилиб, белгиси ўртасида юпқа девор билан қопланган, сероз суюқликка эга 1,5 см диаметрдаги эпилематоз бир ёки бир нечта айлана, овал доғлардан иборат. Дори воситаси истеъмоли тўхтатилганидан 7-10 кун вақт ўтгач, жараён йўқолади. Бироқ, дори воситаси такрорий истеъмол қилиниши билан тошмалар айнан ўша соҳаларга, бошқа соҳага ҳам қўшимча рецидив беради. Кўпчилик беморларда бир вақтда шунга ўхшаш тошмалар жинсий аъзолар юзиде ва ташқи чиқариш тешиги атрофида пайдо бўлади. Жараён ачишиш, куйишиш билан кечади.

Камдан-кам ҳолатларда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг қайд қилинган дори воситали жароҳатлари, яллиғланиш жароҳатлари кўринишсиз кечади ва зўриқишли пуфаклар ҳосил бўлиши билан чегараланади. Жараён пуфакчадан

ўзининг клиник ўткир пуфакчаларининг кўзга ташланиши, экмадаги текширишда аконтолитик ҳужайралар бўлмаслиги, касалликнинг дори воситаси истеъмол қилиниши оқибатида кузатилиши ва натижаси яхши сифатлилиги билан фарқланади. Айрим ҳолатларда, жараённи кўп шаклли экссудатли эритмаларнинг локал жойлашгани туридан фарқлаш қийинроқ кечади.

Тарқалган токсик аллергияк стоматитлар турли-туман клиник ҳолда пайдо бўлиши билан тавсифлидир. Бу пайдо бўлган жароҳатлар махсус бўлмаган турдай кечади, бундай жароҳатларда қандай дори воситаси сабабчилигини аниқлаш қийин, айни вақтда махсус турдаги тавсифда ҳам учраши мумкин; бу вақтда қайси дори восита истеъмол қилингани анамнездан тезда аниқлаб олинади. Токсик-аллергияк дори воситаларидан жароҳатланиш, қизил ясси темирлатки, ўткир қизил югирик, кўп шаклли экссудатив эритема, крапивница ва Квинк шиши, аллергияк васкулит, эпидермал некролиз (Лайелле синдроми) ва бошқалар каби тавсифдаги белгилари билан ўхшаш бўлиши мумкин.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лаб токсик-аллергияк жароҳатланишининг дори воситалари келтириб чиқарган клиник кўринишли махсус бўлмаган тури жуда турли-туман бўлади. Катарал, геморагияк, эрозив пуфакли, некротик, шунингдек, комбинирлашган жароҳатлари кўринишида кузатилади. Жараён фақат милк, тил, лабда ёки тарқалган тавсифли стоматит ҳолида жойлашиши мумкин.

Катарал ва катарал-геморрагияк стоматитлар, шунингдек, гингивитлар, глосситлар кўпинча, дори воситаларини қайси усулда қабул қилинишидан қатъий назар, юзага келади. Тахминан, 1/3 қисм беморларда жароҳат чегараланган бўлади, лекин оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг кўпчилиги жароҳатланиш ҳолатлари бошқа аъзо ва тўқималарнинг жароҳати билан биргаликда кечади. Беморлар ачишишдан, қичишишдан, оғиз қуришидан, овқат еганда оғриқдан, айниқса, ўткир (аччиқ) овқатларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида ўткир шиш жараёни, тилда, лунжда, танглайда, милкда қизариш кузатилади. Тилда ипсимон сўрғичларнинг чуқур десквамацияси кўриниб, натижада тил текис ялтироқ ҳолатга келиб қолади. Айрим ҳолларда, бу ўзгаришлар кўринишида нуқта-нуқта қон кўйилиши ёки катта ҳажмдаги геморрагия кузатилиши мумкин.

Дори воситаларидан катарал жароҳатланиши, V_6 , V_{12} , C витаминлари етишмовчилиги ва бир қатор эндокрин бузилишлар (диабет) дан **фарқли таъхислаймиз**. Катарал-геморрагияк стоматитлар (дори воситалар аллергияси асоратига тегишлиси) нинг сабабчи омили бартараф қилингач, (кунига 2-3 маротаба 0.005 г димедрол, дипразин ёки супрастин 0,025 гр дан

кунига 2-3 маротаба берилади), кальций дорилари, тиосульфат натрийлар тавсия қилинса, тезда утиб кетади. Геморрагик компонент сифатида С ва Р витаминлари тавсия этилади. Маҳаллий усулда яллиғланишга қарши даво ўтказилади ва тиш қарашлари тозаланади. Таъсирловчи омил келтириб чиқармай-диган, юмшоқ таом тавсия қилинади.

Эрозив-пуфакли стоматитлар кўпинча гапирганда, овқат еганда сезиларли оғриқлар билан кечади. Шиллиқ қобиқ қаватнинг айрим соҳаларида кучли шиш, қизариш (лунж, танглай, лаб, тил, милқда) шаклида тиниқ суюқлик тугувчи турли катталиклардаги пуфак ҳосил бўлиб, улар тезда ёрилади ва фибриноз қараш қоплаган эрозия юзага келади. Айрим ҳолатларда, эрозиялар қўшилиб, катта эрозив юза ҳосил қилади. Милк сўргичи шиш ҳисобига катталашади ва текканда осон қонайди. Жағ ости лимфа тугунлари айрим беморларда катталашган ва оғриқли бўлади. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг эрозив-пуфакли жароҳатланиши қуйидаги аллергик ҳолатлардан бевосита фарқланади: пуфакча, герпетик стоматит, кўп шаклли экссудатив эритема. Дори воситаларини қабул қилгандан кейинги жароҳат ривожланишини кузатиш-ташхислашда муҳим аҳамиятга эга. Бундай жароҳатлардан герпетик стоматит эрозиясининг ёлқичсимон шаклланиши ва суртмада герпетик хужайраларнинг бўлиши билан фарқланади.

Беморга ёрдам кўрсатиш учун биринчи навбатда қабул қилинаётган дори воситасини тўхтатиш керак.

Оғиз бўшлиғида антисептиклар, оғриқсизлантирувчи дори воситалари (дикаиннинг 1%ли эритмаси, тримекаиннинг 2-5% ли эритмаси) билан ишлов берилади. Эҳтиётлик билан юмшоқ тиш қарашлари олинади ва эпителизацияловчи моддалар: А витамини, наъматак малҳами, облепиха малҳами тавсия қилинади. Ичишга десенсибилизация ва гистаминга қарши воситалар буюрилади. Оғир ҳолатларда кортикостероид воситаларни (15-30 мг преднизолон, 2-3 мг дан дексаметазон, 16-20 мгдан урбазон кунига 10-14 кун давомида) қўллаш зарур. Таъсирловчи хусусиятга эга бўлмаган, юмшоқ овқат истеъмол қилиш тавсия этилади.

Ярали-некротик стоматит оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида камдан-кам ҳолатда қобиқланган ҳолатда кечади. Одатда, бошқа соҳа шиллиқ қобиқ қаватларининг, тери ва ички аъзолар, организм умумий ҳолати бузилиши, тана ҳароратининг ошиши кўринишида кечади. Касаллик ўткир бошланади. Бемор умумий дармонсизликдан, бош оғриғидан, оғиздаги кучли оғриқдан, оғиздан ёмон ҳид келишидан, сўлак ажралишининг кучайишидан шикоят қилади. Оғиз бўшлиғининг барча соҳасида тезда қизариш, шиш, чегараланган кўкиш-сар-

ғиш рангдаги некроз ўчоғи кузатилади. Жағ ости лимфа тунгунари сезиларли катталашган, оғриқли бўлиб периферик қонда маълум ўзгариш сезилади.

Дори воситаларини яхши қабул қила олмаслик натижасида келиб чиққан ярали-некротик жароҳатни Венсан ярали-некротик стоматитидан, лейкоздан, оғиз шиллиқ қобиқ қавати жароҳатланишидан, агранулоцитоздан фарқлаймиз. Венсан ярали-некротик стоматитини бактериологик текшириш билан ташхисланса, лейкоз ва агранулоцитозда, оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги ўзгариш — периферик қонни текширишдан кейин аниқ ташхисланади.

Аллергик стоматитнинг турли тавсифларини даволашда, дастлаб, сабабчи дори воситаси алоқасини бартараф қилиш зарур. Десенсибилизацияловчи ва гистаминга қарши воситаларни, оғирроқ ҳолатларда кортикостероид воситаларни ичиш тавсия қилинади.

Организмда ўткир захарланиш ҳолати кузатиладиган бўлса, доимий суюқлик воситалари ичишга, 5% ли унитиолни кунига 5 мл дан 2 мартаба мушак орасига, 30% ли натрий тиосульфатни 5-10 мл дан вена ичига, стационар шароитда, гемодез, полиглюкин, натрий хлориднинг изотопик эритмаси куйилади. Ичишга ёки парентерал усулда кортикостероидлар (кунига 40-60 мг преднизолон) тавсия қилинади.

Ярали-некротик стоматит жароҳатининг маҳаллий давосига некротик тўқималарни олиб ташлаш, антисептик ишлов бериш, оғриқсизлантирувчи ва эпителизация воситаларини қўллаш киради.

КВИНКЕ ШИШИ ЁКИ КРАПИВНИЦА

Аллергик реакцияларда, айниқса, тез кечадиган турида биологик фаол моддалар таъсирида (гистамин, гепарин, серотонин) томир деворларининг ўтказувчанлик хусусияти ошиши оқибатида тўқималарда шишлар пайдо бўлади. Шиллиқ қобиқнинг бириктирувчи тўқимали қавати ва дерма қаватидаги вақтинчалик шиш **крапивница** деб номланади. Бириктирувчи тўқима ва гиподерма ёки шиллиқ қобиқ остки қаватининг шишиши **Квинке шиши** деб номланади. Айрим ҳолатларда крапивница ёки Квинк шиши ангионевротик бузилишлар оқибатида ҳам юзага келиши тўғрисида қатор муаллифлар таъкидлашади. Бошқа муаллифларнинг ёзишларича, вегетатив асаб тизимининг кўзгалувчанлиги Квинке шиши патогенезида муҳим ўрин эгаллайди.

Квинке шиши ёки крапивницаларнинг юзага келишига сабаб, қатор овқат маҳсулотларини, дориларни организм қабул

қила олмаслиги ёки шу воситаларга нисбатан организм сез-гирлигининг ортиб кетиши, шунингдек, совуқ қотиш оқиба-тидир. Сурункали крапивницаларда, кўплаб эндоген омиллар таъсирида организм реактивлигининг ўзгариши муҳим аҳамият касб этади. Квинке шиши ёки крапивницалар организмда аллергияция ва интоксикация келтириб чиқарувчи инфекциялар, меъда-ичак тракти касалликлари, жигар, буйрак ва бошқа ички аъзолар фаолиятининг бузилиши билан чамбарчас боғлиқдир.

Квинке шиши тез ривожланиши ва тўқималарда чуқур органик шиш пайдо бўлиши, атроф тўқималардан қаттиқлиги билан тавсифлидир. Шишган соҳа тўқимаси зўриққан ва босганда унда чуқурча қолади. Квинке шиши, олатда, битта соҳада, кўпинча юз соҳасида, асосан кўз атрофи соҳаси, лаб, лунж, тил, шунингдек, халқумда (нафас йўлида) кузатилади. Шиш бир неча соатдан 2-3 кунгача сақланиб туради, кейинчалик исиз йўқолиб, вақти-вақти билан қайталаниб туради. Шиш камдан-кам ҳолатда қичишиш билан кузатилиб, бемор тўқималардаги зўриқишни тез-тез сезиб туради. Квинке шиши нафас йўлида жойлашганда, асфиксия, айрим беморларда ҳароратнинг юқори кўтарилиши, қалтираш (безгак) ҳолатлари кўринади.

Квинке шиши лабда жойлашганда уни макрорейлитдан, (Мель-керсон-Розентал синдромида) куйидагича фарқлаймиз. Бир вақтда, тилда скротал ўзгариш белгилари, юз нервининг неврити кузатилиб, лабнинг шиши сурункали кечади, тезда Квинке шиши сингари ўткир шиш ҳолида юзага чиқмайди. Лабнинг сарамас яллиғланиши ҳолати ўзининг қизариши, тилда оловли аниқ чегаралар бўлиши сингари белгилари билан Квинке шишидан фарқланади. Квинке шишидаги белгилар қайталаниши, ўткир кечиши, тез ўтиши билан микрогlossиядан фарқланиб туради.

Крапивница оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида камдан-кам ҳолатда кузатилиб, бу ҳолатларда, терида ҳам қичимали ўзига хос тошмалар кўринади. Тошмалар кўплаб кузатилиб, 1-2 соатгача сақланиб туради. Оғиз шиллиқ қаватидаги тошмалар кулча ҳолида аниқ чегарали кўринишда, лаб ва лунжда ҳам пайдо бўлади.

Даволаш учун биринчи навбатда аллергияген бартараф этилади, иложи бўлса десенсибилизация воситалари қўлланилади. Агар аҳвол оғир кечиши кузатилса, тери остига 0,1%ли 1 мл адреналин эритмаси юборилади.

ТИШ ПРОТЕЗЛАРИДА ҚўЛЛАНАДИГАН ХОМАШЁЛАР ҚўЗГАТАДИГАН АЛЛЕРГИК ЎЗГАРИШЛАР

ГАЛВАНОЗ

Этиологияси ва патогенези. Тиш протезларида қўлланиладиган хомашёларнинг оғиз бўшлиғи тўқималарига ва бутун бир организмга таъсирини ўрганиш ортопедик стоматологиянинг ҳозирги кундаги долзарб муаммоларидандир.

Ҳозирда ортопедик стоматологияда; таркибида темир, хром, никель, титан, марганец, кремний, молибден, кобальт, палладий, рух, кумуш, олтин каби элементлар кирувчи кобальт-хром, кумуш-палладий қотишмаси, асосини олтин ташкил қилувчи металл, платина ва шунга ўхшаш зангламас металллардан кенг фойдаланилмоқда. Тиш протезларини бириктириш қисми учун кумуш, мис, марганец, магний, кадмий каби элементлардан таркиб топган припайлар қўлланилади. Шундай қилиб турли металл қотишмаларидан ташкил топадиган тиш протезларини тайёрлаш учун 20 га яқин металллар ишлатилади.

Тиш протезлари оғиз бўшлиғига киритилгандан кейин электромеханик жараёнга (коррозияга) учраши мумкин. Бизга маълумки ҳар бир металл электролит эритмасига тушганда ўзига хос потенциал ҳосил қилади. Ҳосил бўлган потенциал меърий водород электроди нолга тенг бўлган ҳолатга нисбатан аниқланади. Электрон потенциалининг ортиб бориши кетма-кетлигида жойлашган металллар қатор кучланишларни юзага келтиради. Агар оғиз бўшлиғида турли потенциалли металллар жойлаштирилса, уларнинг реакцияси юзага келиб, гальваник элементлар пайдо бўлади. Юқори манфий потенциалли металллар гальваник элементларни эритади ва ўз вақтида ўзи ҳам емирилади, коррозиялана бошлайди.

Гальваник элемент асосида оксидланиш - қайтарилиш реакцияси ётади. Манфий электрон потенциалли металллар оксидланади ва ионларини эритмага ажратиб беради. Ионларни суюқликка бериш қобилияти турли металлларда бир-хилда кечмайди. Масалан, темир мисга нисбатан кучли оксидланса, марганец хромга нисбатан, никел қўғошинга нисбатан ва бошқалар. Металл қанчалик юқори даражада оксидланса ва ионини суюқликка берса, шундай юқори даражадаги манфий потенциални ўзига мужассамлаштиради ва кимёвий жиҳатидан фаол металл саналади.

Бир хил таркибли металллар ҳам ўзаро электрокимёвий ре-

акцияга кириши мумкин; бу жараёнга сабаб зангламас металлнинг таркиби, турлича ва структуравий ҳолати бир хил бўлмаслигидир.

Оғиз бўшлиғидаги галваник элементнинг фаоллигини, яъни электродларнинг (тиш протези) эрувчанлигини, электролитнинг (сўлакнинг) кимёвий фаоллиги ва галваник элементнинг ўртасида пайдо бўлган ток кучи билан аниқлаш ҳамда баҳолаш мумкин.

Оғиздаги сўлак мураккаб биокимёвий таркибли электролит саналади. Сўлакнинг таркибига: 98% сув, 1-2 % минераллар, 133,9 мг% азот сақловчи органик модда, оқсил бўлмаган озуқа эркин аминокислоталар (сут, ачиган узум, уксус, лимон, олма, шавел уксус кислоталари), 14-75 мг% мочевина, 2,5 мг% мочевинали кислота, 0,98 мг% тирозин; 0,86 мг % триптофан, В гуруҳ витаминлар, биотин, аскорбинли кислота, ферментлардан: диактоза, питалин, оксилаза, пероксидаза, каталаза, лактатдегидрогеназа, кислотали ва ишқорли фосфатога, протеиназалар ва бошқалар киради.

Сўлакда ноорганик моддалардан хлор, бром, йод, фтор катионлари анионлари учрайди. Фосфат ва фтор анионлари электрокимёвий потенциални катталаштиради, хлор аниони — деполяризатор бўлиб, ион зарядларини ташувчи, яъни, анод ва катод жараёнини тезлаштирувчи омил бўлиб хизмат қилади. Шунингдек сўлак таркибида темир, мис, кумуш, марганец, алюминий каби микроэлементлар ва кальций, калий, натрий, магний, фосфор каби макроэлементлар учрайди.

Микроэлементларнинг биотик миқдори асосан ферментлар (витаминлар, гармонлар) таркибига кириб, организмдаги қатор биокимёвий реакцияларни фаоллаштириш учун зарурдир. Шунингдек, кобальт витамин В12 таркибига кириб, оксидаза ва оргиназани фаоллаштиради. Мис оксидаза ва гемосидериннинг асосий қисмини ташкил қилиб, лейкоцитлар, гемоглабин, аскарбиноксидаза ва С витаминини оксидаш жараёнида иштирок этади. Темир эса гемоглабин, оксидаза, каталазалар таркибига киради.

Сўлак буфер ва нейтралловчи аралашмаларни ўзида сақлайди. Сўлакнинг буфер ҳажми кислота ва ишқорни нейтраллайди ҳамда ҳимоя механизмини ўзида мужассамлаштиради. Сўлакнинг буфер аралашмасини бикарбонатлар, фосфат, тизим ва сўлакдаги оқсил (умумий оқсил 0,18%) асосида аниқланади. Сўлакнинг буфер ҳажми сабзавотлар ва оқсиллар еганда катталашиб, тишлар йўқотилганда, углеводга бой маҳсулотлар еганда кичикланади, шунингдек, сўлакдаги (рН-муҳит) водород ионлари концентрациясига боғлиқ бўлади. Бу кўрсаткичлар сўлакда 5,0 дан 8,0 гача

бўлган миқдорда тасдиқланади. Меъёрда ўртача сўлакдаги рН-муҳит 6,9 га тенг.

Сўлакдаги рН-муҳитнинг кислотали томонга силжиши пародонтнинг локал шаклида, милк-чўнтак шаклида, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида яллиғланиш ўчоғи бўлганда ва меъда-ичак тракти касаллигида кузатилади.

Шундай қилиб, сўлак оғиз бўшлиғи ва металл протез орасидаги электрокимёвий жараёни юзага келтирувчи электролит саналади. Электрокимёвий реакция маҳсулотлари; галваник ток ва токсик касалликларнинг (галваноз, токсик стоматит) сабабчи омили саналган мис, кадмий, хром, қўрғошин каби микроэлементлардир.

Тиш протезлари хомашёси таъсирида келиб чиқадиган оғиз бўшлиғи аъзоларининг касалликлари кейинги йилларда ортопедик стоматология клиникасида муҳим муаммоларни туғдирмоқда, ташхислашда ва янги терминларни ишлатишда долзарблик касб этмоқда. Кейинги йилларда “**кўтаролмаслик**” ташхиси кенг тарқалди. Бу шубҳасиз акрилли пластмассалардан, зангламас металллардан; кумуш, олтин, палладий асосли хром-кобальт қотишмалардан кенг фойдаланишнинг натижасида оғиз бўшлиғида “**кўтаролмаслик**” ташхисини келтириб чиқарувчи этиологик омилнинг асосланиши билан боғлиқ.

Бу этиологик омилларнинг кенг ва турли туманлигининг мураккаблиги яна шундаки, касалликнинг турлича генезда (аллергик, токсико-кимёвий, механик кўринишларда) юзага келишидир. Бундай касалликлар асосида албатта турлича патологик жараёнлар ётади ва бу турлича даволаш - профилактикани талаб қилади. Шунинг учун “**кўтаролмаслик**” ташхисининг этиологиясида ҳам патогенезида ҳам термин тўла ўз аксини топмаган.

Қатор адабиётларда оғиз бўшлиғидаги касалликларнинг турли металллар чақирганда юзага келадиган патологик жараёнлари “**галванизм**” ёки “**галваноз**” номланишига дуч келамиз. Бироқ галванизм қатор субъектив белгиларсиз (ток кузатилмаса) кузатилса, ушбу терминимиз нотўғри ҳисобланади.

Агар металл протезлар орасида ток пайдо бўлиши билан кечадиган галванизм кузатилса ва у оғиз бўшлиғида ноқулай субъектив сезгиларни: металл таъми, кислотали таъм сезиш, шўр сезиш, тил куйиши, сўлак ажралишидаги ўзгариш, шунингдек, беморнинг умумий ҳолатидаги салбий ўзгариш – бош оғриши, ҳоҳsizлик, ноқулайлик, симптомокомплексни **галваноз** деб талқин қилса бўлади.

Шундай қилиб, галванизм галванозга олиб келувчи сабабдир. Шунини таъкидлаш жоизки, қатор патологик симптомокомплексларнинг ўхшашлигида бошқа механизмлар (аллергенлар, токсинлар, жароҳатлар ва бошқа) яширинган бўлиши мумкин.

Клиник кўриниши. Гальваноз — металл протезларнинг ўзаро электрокимёвий реакциялари жараёнида юзага келган гальваник тоқларнинг оғиз бўшлиғига таъсири натижасида юзага келадиган касалликдир. Бу касаллик учун қуйидаги патологик симптомокомплекслар тавсифли: оғиз бўшлиғида металл таъмининг чиқиши, кислотали таъм сезиш, таъмлардан кўнгил айнаши, тилнинг куйишиши, сўлак ажралишидаги ўзгаришлар ёки оғиз қуриши. Неврологик статусдаги ўзгаришлар ҳам (кўзгалувчанлик, бош оғриши, концорофобия ва умумий ҳолсизлик) кузатилади.

Бемордаги субъектив белгилар: зангламас металлдан протез қўйгандан 1-2 ой ўтгач ёки қўшимча ортопедик даволашдан; олтин қотишмالي кўприксимон протез ёки хромкобальт қотишмасидан бюгель протез қўйганда юзага чиқади.

Бемор учун асосий **шикоят** — оғизда металл ва кислота таъмини сезишдир. Кислотали овқат еганда бу ноқулай сезиш реакцияси доимий кучайиб боради. Таъм сезиш ўзгаришини бемор шўр еганда худди аччиқ таъмни сезишидек ҳис қилганда кузатилади. Маълумки ҳар қандай маҳсулотнинг таъми унинг кимёвий таркибига боғлиқ. Кислотали таъмни сезишда Н ионлари концентрациясининг аҳамияти бизга маълум. Ҳужайра ичига органик кислоталар минералларга нисбатан осон ўтади. Д.И. Менделеевнинг даврий жадвалидаги биринчидан учинчигача ва бешинчидан еттинчигача гуруҳ элементлар аччиқ таъмини, учинчидан бешинчигача гуруҳ элементлар ширин таъмини, шўрни эркин ионлар, ишқорий таъмни ОН ионлари иштирок этиши натижасида юзага келади. Агар ширин, аччиқ таъмни сездирувчи катионлар таъсири бир вақтда кузатилса, оғиз шўр таъм сезади ёки умуман таъм сезмайди.

Элементлар даврий жадвалидаги тизимнинг таъм сезишни аниқлашдаги аҳамиятини сўлакнинг таркибидаги микроэлементлар ҳам тасдиқлайди. Гальванозли кишилар сўлагигадаги спектрал анализлар натижалари кўрсатишича, мис, хром, марганец каби элементлар миқдори ошиб борар экан. Тилдаги куйишиш, айниқса, тил учуда ёки ён деворидаги бу сезгилар тилнинг кучли рефлексоген соҳа эканлигидан далолат беради.

Оғизда пайдо бўладиган гальваник тоқлар (50 мВгача) тилнинг рецептор аппарати охирларини қитиқлайди, натижада кўзғалишлар юзага келади. Бемор яна доимий оғиз қуришидан шикоят қилади, бу эса уни доимо оғзини чайишга ва ҳўллашга мажбур қилади. Гальванозда юзага келадиган оғиз қуриши ҳолати марказий ва вегетатив асаб тизимининг фаолиятидаги бузилиш натижасидир.

Оғиз бўшлиғи аъзолари текширилганда, тилни инобатга ол-

маганда, шиллиқ қаватда ҳар доим ҳам ўзгаришлар учрайвермайди. Тилнинг ён юзаси ва учи қизаради, тил қисман шишган бўлади. Оғизда турли металл қотишмаларидан тайёрланган сунъий қоплама тишлар, штифтлар, протезлар аниқланади. Коронкаларнинг уланган қисмида оксидланган қават кўзга ташланади.

Галваноз кўринишидаги шикоят билан мурожаат қилганларга дастлаб турли металллар орасидаги электрокимёвий жараёнда юзага келаётган электроток тавсифи аниқланади. Клиник текшириш усуллари қаторида махсус текшириш усуллари, металл тиш протезлари орасидаги ток кучини ўлчаш, сўлакдаги рН - муҳитни аниқлаш, электрокимёвий жараёнинг ўткирлиги кўрсаткичи сифатида сўлакдаги микроэлементларнинг миқдорий ва сифатий ҳолатини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Оғиз бўшлиғидаги турлича параметрдаги галваник элементларни ўлчаш учун қуйидаги асбоб-ускуналар: лаборатория учун рН - метр-милливольт метр - рН - 340, микроамперметр М-24, ПП-63 типидagi потенциометр, УПИП - 601 лар кенг қўлланилади.

Соғлом кишида олтинли кўприксимон протез таққанда юзага келадиган микроток 1-3 мкА (50 мВ гача) га тенг бўлса меъёрий кўрсаткич деб санаймиз. Галванозда ток кучи катталашади. Электроток кучи ва клиник кўриниши ўртасида тўғридан-тўғри боғланиш кузатилмайди. Аксинча, спектрал анализ натижаларининг кўрсатишича, сўлакдаги темир, мис, марганец, хром, никел каби микроэлементлар сифатий ва миқдорий таркибининг клиник кўринишидаги тўғридан-тўғри боғлиқлик бўлиши кузатилади. Галванозда рН муҳит қисман кислотали томонга (рН 6,5-6,0) силжийди. Галванозда тери синамаси никель, хром, кобальт учун манфий. Қондаги клиник кўрсаткичлар ўзгаришсиз.

МЕТАЛЛИ ТИШ ПРОТЕЗЛАР ҚЎЛЛАНИЛГАНДА КУЗАТИЛАДИГАН ТОКСИК СТОМАТИТ

Этиологияси ва патогенези. Токсик стоматит — оғиз бўшлиғидаги металл протезларнинг ўзаро электрокимёвий жараёни натижасида “оғир” металлларнинг сўлак таркибига тушишидир.

Кимё курсидан бизга маълумки “оғир” металллар — бу юқори атом массали металллардир. Металлларнинг атом массаси ошиши билан уларнинг организмдаги миқдори камайиб боради ва аксинча, токсиклик даражаси ошади. “Оғир” металлларнинг юқори токсиклик даражаси уларнинг электрманфийлигини тавсифлайди. Оғиз бўшлиғида металлларнинг токсик таъсири

юзага келиши учун авваламбор уларнинг шиллиқ қобик қават ҳужайралари билан бевосита алоқада бўлиши капиллярларга тегиши натижасида деворлар ўтказувчанлигининг бузилишига олиб келади. Капилляр қон томирларининг ўтказувчанлигига ва кейинчалик цитоплазма ичига киришига сабаб бўлади.

Электрохимёвий реакция натижасида металл протезлардан сўриладиган металллар турли органик молекулаларга ва қисман ферментларга таъсир қилади. Бу ҳолатда оқсил-фермент фаол фаолиятидаги тўхталиш (SH сульфгидрил, COOH карбоксил, NH₂ аминогурӯх) юзага келади. Ферментларнинг сульфгидриль гуруҳини тўхтатувчи металлларга симоб, кўрғошин, кадмий, мишяк киради. Қатор металллар (симоб, кадмий, мис, никель, хром) ферментларнинг фаолиятини гуруҳлашда (SH, NH₂, COOH) фаол қатнашиб, биологик таъсирини танлашда аниқловчи ролини бажаради; бунда металллар стимулловчи ёки сусайтирувчи таъсир қилади. SH, NH₂, COOH гуруҳ тугувчилар муҳим биохимёвий ўзгаришларда, нерв импульсининг ўтказилишида, тўқима нафас олишида, ҳужайра мембранасининг ўтказувчанлигидга, мушаклар қисқаришида иштирок этади.

Клиник кўриниши. Металл протезлардан келиб чиқадиган токсик стоматитларда тил куйишиши, кислота таъмини сезиш, гепетсаливация, парестизияли кўринишлар, умумий асаб бузилишлари, меъда-ичак тракти жароҳатланиши каби субъектив симптомлар кузатилади. Тилдаги куйишиш симптомининг даражаси оғиздаги металл протезнинг миқдорига ва тақилган муддатига боғлиқ. Қатор беморларда куйишиш жуда кучли, оғриқли кечади, бошқаларда унчалик кучли белгилар кузатилмайди. Куйишиш доимо овқат ейишга боғлиқ бўлмаслиги, бош оғриғи билан, уйқуни бузилиши ва таъсирланувчанлик билан ҳам кечиши мумкин.

Олтиннинг 900-пробасидан кўприксимон протез қўйилган беморларга 1-7 кундан кейин сўлакнинг кўп ажралиши, сўлак суюқлашуви (питиализим-ёпишқоқликнинг пасайиши) кузатилади. Сўлакнинг кўп ажралиши металл протезга нисбатан организмнинг ўзига хос ҳимоя ҳусусиятидир. Айрим ҳолатларда сўлак қуюқлашади, кўпиксимон бўлади ва натижада оғиз қурийди. Бу симптом металллар сўлак безини инервация қилувчи парасимпатик толаларга тўғридан-тўғри таъсир қилишини кўрсатади.

Кислотали таъм сезиш беморнинг доимий шикоятни бўлиб шўр нарса еганда сезги кучаяди. Бу симптом оғиздаги турли металл протезлардан электрохимёвий реакция натижасида ҳосил бўлган водород ионлари билан боғлиқ. Бу ҳолатларда

сўлакдаги рН муҳитнинг кислотали томонга силжиши ва коррозия ҳосиласининг миқдорий таркиби - микроэлементлар: темир, мис, хром, марганец, никел ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик аниқланади. Аралаш сўлакдаги буфер ҳажм - ҳимоя механизмида ҳам ўзгариш кузатилади, сўлакдаги оқсил миқдори ошади.

Токсик стоматитларда парестезия аломатлари кузатилади. Парестезия кўп ҳолларда асаб тизими касал беморларда: эмоционал кучсизликда, таъсирчанликда, концеровфабияда яққол намоён бўлади.

Оғиз бўшлиғини кўрганимизда тил учидаги ипсимон сўриқларнинг атрофияланиши натижасида қизил нуқталар кўзга ташланади. Бошқа ҳолатларда лабнинг қизариши, оғиз шиллиқ қобик қавати, тил, лабнинг кучсиз шишиши сезилади. Зангласмас металл протезларнинг улама қисмида оксидланиш қатлами, тешикчалар ва нотекисликлар кузатилади, 900-пробали коронка ва кўприксимон протезларнинг, хром-кобальтли биюгел протезларнинг ранги ўзгаради.

Металли протезларга токсик реакция сезилган беморлар сўлагининг минерал таркибида меъёрий кўрсаткичлардан фарқли ўзгаришлар кузатилади. (1-жадвал).

Зангласмас металл протездан токсик стоматит ҳолати кузатилса, сўлакдаги темир 7,6 марта, никель 2,2 марта, мис 4,9 марта, кумуш 4,4 марта, хром 1,4 марта ошади. Сўлакдаги кимёвий элементлар миқдорининг ошиши (микропримеси), кобальт-хром қотишмасининг (КХС) юқори аҳамиятли электрокимёвий потенциали билан боғлиқ, унда сўлакдаги рН муҳим кислотали томонга силжийди, оқсил миқдори ошади (1,6-1,7 мг/мл). Агар олтин ва КХС галваноиқкилик ҳосил қилинса ионлар сўрилиши тез кечади ва сўлакда юқори кислотали ҳолат пайдо бўлади.

1-жадвал

Зангласмас металллардан тайёрланган протез таққанлар сўлагининг микроэлементлар тутиши (100 см²/мкг)

Клиник шакли	Микроэлементлар					
	Fe	Ni	Mn	Pb	Cr	Sh
Меъёрда	11-20	1,5	0,9-2,0	<1,0	<1,0	<1,0
Токсик реакцияда	76,7	3,37	1,43	5,46	3,35	12,8
Клиник шакли	Микроэлементлар					
	Cu	Ag	Al	Ti	Au	
Меъёрда	0,9-2,0	3,4-4,0	100	0	<1,0	
Токсик реакцияда	9,9	17,4	130	1,37	2,0	

Ҳар бир металл иони учун энг юқори — критик катталиқдаги концентрация маълум, ундан юқори кўрсаткичлар организмга токсик таъсир чақиради. Амалда ҳар бир металл иони учун бу критик концентрацияни спектр анализ усулида аниқлаш мумкин. Масалан: критик концентрация мис учун - $>1 \cdot 10^{-3}\%$ (масса ҳисобидан фоиз), кадмий учун - $>1 \cdot 10^{-5}\%$, кўрғошин учун - $>1 \cdot 10^{-5}\%$ ва бошқалар.

Агар сўлакдаги мис миқдори ($>1 \cdot 10^{-3}\%$) кўпайса, токсик реакция кузатилиши хавфи юзага келади, тил куйишади, кўнгил айнийди, оғизда металл ва кислотанинг таъми пайдо бўлади. Диспептик аломатлар ҳам кузатилиши эҳтимолдан ҳоли эмас.

Оғиз бўшлиғи текширилганда олтин коронка ва протезларда нуқта-нуқтали, қорамтир-жигарранг доғлар пайдо бўлади. Бу қарашлар пахта ва тиш порошюгида осон тозаланади. Айни ўзгариш кузатилганда спектр анализ маълумоти бўйича сўлакда: мис $1 \cdot 10^{-5}\%$ - $1 \cdot 10^{-3}\%$, олтин $1 \cdot 10^{-6}\%$, кумуш $1.3 \cdot 10^{-5}\%$ миқдорда ошиши кўринади.

Кам миқдордаги хром таъсирида ҳам токсик стоматит кузатилиши мумкин; милк қонайди ва ҳидланади, сўлак оқиши сезилади, пайпаслаганда лимфа тугунлар катталашади ва оғриқли бўлади.

Металли протезлардан сўрилайётган микроэлементлар оғиз бўшлиғи рецептор майдонига кимёвий таъсир қилади. Экспериментал текширишда мис, рух, кобальтнинг биотик миқдоридаги хлорли тузлари қўзғалувчанликни кучайтиради ва периферик асаб толаларини қисқартиради. Миснинг $1 \cdot 10^{-6}\%$ ли концентрациясида қўзғалувчанлик пасаяди, мушак қисқариши кучсизланади. Қатор микроэлементларнинг (марганец, рух, кобальт) таъсири остида асаб толалари ва марказий нейронларнинг хужайра мембранасидаги ионлар ўтказувчанлиги ўзгаради. Шунингдек, микроэлементлар хужайрадаги модда алмашинушуви жараёнини ўзгартиради.

Микроэлемент ва микротокларнинг таъсиридан оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига жавоб реакцияси сифатида тилда оғриқлар кузатилади.

Соғлом одамда оғриқли сезгининг энг юқори даражаси тилнинг учи соҳасида ва унинг олдинги учдан бир қисмида кузатилиб, шу тартибда оғриқ сезгисининг юқори нуқтаси $25,1 \pm 0,18$ г/мм² ва $27,3 \pm 0,15$ г/мм², энг паст даражаси тил илдизида ўрта чизиқ бўйлаб - $55,4 \pm 0,31$ г/мм², ён деворларида $42,6 \pm 0,18$ г/мм² га тенг.

Металли тиш протезлари меъда сокидаги пепсиноген моддасига ингибирловчи таъсир қилади. Меъда ичак тракти касаллигида, токсик стоматитда меъда соки ва қонда марганец,

мис, кўрғошин, никел, сийдикда эса темир, мис ишонарли тарзда кўпаяди.

Металли протезларда токсик стоматит кузатилганда қондаги лейкоцитларда (лейкоцитоз), эритроцитларда (эритропения) ўзгариш пайдо бўлиб, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошади. Сўлакнинг биокимёвий кўрсаткичларида ҳам ўткир ўзгаришлар кўринади.

Сўлак ферментларга жуда бой. Бизга маълумки, ҳозирги вақтгача сўлак таркибидан 50 дан ортиқ ферментлар топилган, улар оксиредуктоз, трансфероз, гидролаз, лиаз, изомераз синфларига тегишлидир.

Ҳар бир ферментнинг таъсири ўзига хос ва аниқ бўлиб оғизда электролит таъсири бўлмасдан рН муҳитнинг ўзгариши ҳам уларнинг фаоллигига кучли таъсир қилади.

Металли протезлардан келиб чиқадиган токсик стоматитли беморда трансминаза, активация, фосфатозаларнинг ингибирлашуви кўринадиди.

Шундай қилиб, оғиз бўшлиғидаги металл протезлар токсик стоматитда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва аралаш сўлакдаги ферментлар фаоллигига таъсир қилади. Зангламас металллар энг кўп натижа кўрсатиб, трансминаз ва лактатдегидрогеназ ферментларини камайтиради. Олтин ва металл комбинацияли протезларда ҳам иккала трансминаза ферментлар тушади, бироқ кислотали фосфатога фаоллиги ошади. Ферментлар фаоллигига нисбатан кам таъсир ўтказадиган протезлар - бу олтин ва кумуш - палладийли протезлардир.

“Металли протезлардан токсик стоматит” ташхиси-клиник кўринишга, сўлак минерал таркибининг ўзгаришига, сўлакнинг биокимёвий кўрсаткичларига ва қондаги ўзгариш кўринишларига асосан қўйилган деб айтишга ҳар томонлама асослар етарли.

АКРИЛЛИ ПРОТЕЗЛАР ҚЎЛЛАНИЛГАНДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ТОКСИК СТОМАТИТ

Этиологияси ва патогенези. Акрилл протезларнинг токсик реакцияси, саполомер ва акрилл пластмассаларнинг физик-кимёвий таркиби, тузилиши, механик аралашмалари ҳамда деструкция жараёнларига қараб аниқланади. Шунинг учун ҳам инсоният организмга юқори даражада хавф туғдиради.

Акрилл пластмасса ўз таркибига мономер полимер ва унга ўзига хос аралашма тавсифини берувчи турли майда молекулали қўшимчаларни сақлайди. Буларга; пластификатлар - пластмасса иссиққа кирганда эгилувчанлик ва полимернинг қаттиқлигини оширувчи; стабилизаторлар - турли ташқи физик-

кимёвий омиллар таъсиридан полимер эскиришининг олдини олиш учун; тўлдиргичлар – аралашмани физик-кимёвий таркибига таъсир қилиб, протезни безаш учун ва ниҳоят бўёқлар киради.

Номлари келтирилган бу кимёвий моддаларнинг барчаси алоҳида-алоҳида ва биргаликда ҳам токсик таъсир кўрсатиши мумкин. Акрилл пластмассаларнинг энг токсик таркиби – мономердир. Полимеризация жараёнида иш режими бузилиши қолдиқ мономерни ошириб юборади.

Мономерлар бластомогенез сабабчиси бўлиб хизмат қилади. Ҳайвонларда ўтказилган тажрибанинг кўрсатишича, этокрил, фторакс, акрониллар ёки инплантантланган пластинка тери остига ўсма (саркома) нинг турли кўринишларини чақирар экан.

Қолдиқ мономер полимернинг физик-механик ҳолатини пайсайтиради. Олиб қўйиладиган протезларга ишлатилганда протез юзига чиқиб қолади ва протезнинг физик-кимёвий ҳолатини ёмонлаштиради.

Пластмасса, пластмасса-металл, таркибидаги полимер композицияга биологик муҳит (сўлак, микроблар, рН-сўлак, ҳарорат) чайнов босими, окклюзиядаги муносабатлар таъсир қилиб, структуравий ҳамда деструкцияли ўзгаришларнинг миграцияланиши, қолдиқ мономер пластификатор ва бўёқларнинг “намланиши”ни келтириб чиқаради.

Акрилл протез чайнов жараёнида турлича деформация ҳолатларига учрайди ва бу жараён уни ташкил қилаётган моддаларнинг структурасидаги бузилишига олиб келади. Бу ўз навбатига миграцияга учраган мономерлар микдорининг кўпайишига сабаб бўлади.

Қолдиқ мономерлар цитотоксик таъсир кўрсатувчи плазмага қарши захар ҳолатга айланади. Плазмага қарши захар таъсирида мономерлар фермент оқсилидаги SH- сульфидрил гуруҳни бузади ва цитотоксик таъсир қилади. Қатор муаллифлар тиш пулпаси некроз чақиришини исботлашган.

Клиник кечиши. Қатор клиника-экспериментал тажрибалар акриллаклардан ўткир ва сурункали захарланиш мумкинлигини кўрсатади. Ўткир захарланиш, асосан, мономернинг юқори концентрацияси нафас йўли ёки тери қоплами орқали организмга тушганда кузатилади. Бундай ҳолатлар тиш техниклари орасига техника хавфсизлиги қоидаларига амал қилинмаганда кузатилади.

Акрилли протезларда токсик реакция ҳолати, қачонки полимеризация тартиби бузилиб, протезга мономер кўпроқ қўшилса юз беради. Бундай вақтда жуда тез ва ўткир интоксикация ҳолати келиб чиқади. Протез ечиб қўйилса, бу белги-

лар камаяди ёки йўқолиб кетади. Бемор оғиз қуришидан ёки гиперсаливациядан, ўткир асаб бузилишлари; бош оғриғи, уйқу бузилиши, меъда-ичак трактидаги диспептик бузилишлардан шикоят қилади.

Оғиз бўшлиғини текширганимизда олиб қўйиладиган протез ўрнидаги шиллиқ қаватда қизариш, шиш, шиллиқ қават қуриши кузатилади.

Тил қизарган ва қуруқ, тил сўрғичлари текисланган ва атрофияланган бўлади. Токсин парсимпатик нервни ва сўлак безининг фаолиятини бузади, оқибатда гистамин ва серотанин, калий, оқсил алмашинуви ўзгариб, гипосаливация ривожланади. Гиперсаливацияда бу ўзгаришлар кўринмайди.

Акрилат таъсирида тезда юзага чиқадиган биокимёвий ўзгаришлар; ферментлар фаоллиги ошиши - церулоплазмин, қон зардобидаги ацетилхолинэстеразалар, умумий ва тикланган глютамин кўпайиши, шунингдек, аралаш сўлакда ишқорий фосфатоза, лактатдегидрогеназа, трансaminaза фаоллиги ошади. Ферментлардаги фаолликнинг ошиши организмдаги оксидланиш-қайталаниш жараёнининг компенсатор тезлашганидан далолат беради.

Қонда эритроцитлар, лимфоцитлар миқдори камаяди ва кейинчалик лейкопения, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошади.

Мономер кучли токсик модда саналиб, уни оғизга алоқаси бўлиши билан икки соат вақт ўтгач, қонда лейкоцитоз, эритроцитлар миқдори камайиши, эритроцитлар чўкиш тезлиги ошиши сезилади. Клиник жиҳатдан анемия, протез остидаги шиллиқ қаватнинг кўйишиши, умумий ҳолсизлик, чарчаш, уйқу босиши каби белгилар кўринади.

Шундай қилиб метали ва пластмассали (акрилли) протезларда юзага келадиган токсик-кимёвий стоматитларнинг клиник кечишини таҳлил қилар эканмиз, қатор умумий симптомларни: протез таққандан кейин тезда турли хил симптомларнинг юзага келиши, асабий статус ва меъда-ичак трактидаги бузилишлар кузатилиши ташхис қўйиш учун муҳим аҳамият касб этади.

ПРОТЕЗЛИ СТОМАТИТЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ЙЎЛЛАРИ

Протезли стоматитлар (ПС) протезлар қўлланилган вақтда келиб чиқадиган ОБШҚ ва тилдаги яллиғланишлардир. ПС термини протез майдони ва протезнинг ўзаро реакцияси таркибин аниқ акс эттиради (Е.Н. Гаврилов). ПСлар билан ички аъзоларда, айниқса, хазм тизими хасталиклари бўлган кекса ёшли

одамлар оғрийди, улар аёлларда кўп учрайди. ПСлар пайдо бўлишининг асосий сабаблари клиник босқичларидаги ҳаттоликлар, аниқроғи, протез конструкциясидаги камчиликлар ва протез таркибига кирувчи кимёвий ингридиентларнинг таъсири ҳисобланади. ПСлар пайдо бўлишида ва кечишида энг муҳим омил протез эгасининг соғлиғидир. ПСларнинг кечиш даражасига кўра қуйидаги турлари мавжуд:

I. Этиологияси бўйича:

1. Шикастловчи омил.
2. Токсик омил.
3. Аллергик омил.
4. Физик омилларга боғлиқ.

II. Патологик жараённинг шакли бўйича:

1. Катарал.
2. Эрозияли.
3. Ярали.
4. Ярали-некротик.
5. Гиперпластик.

III. Патологик жараён кечишининг тавсифи бўйича:

1. Ўткир.
2. Ярим ўткир.
3. Сурункали (ремиссия, қайталаниш).

IV. ОБШҚ ва тилдаги патологик жараённинг жойлашиши бўйича:

4. Ўчоқли (чегарали, локал).
5. Тарқалган (тарқалган генераллашган).

V. Кечиш оғирлигидаги даражаси бўйича:

1. Енгил.
2. Ўртача оғирликдаги.
3. Оғир кечиш даражаси.

Шикастловчи стоматитлар протез қўйилишидаги камчиликлар билан протез базисининг шакли ва ўлчамлари тўғри келмаслиги, протез илмоқлари ва протез майдонининг ғадир-будирлиги ва артикуляциясининг бузилишидир.

ПС ривожланишида беморларнинг асосий шикоятлари шикастланиш соҳасидаги оғриқ бўлиб протездан фойдаланилганда оғриқ кучаяди. Кўпинча шикастловчи ПСлар протез майдони бўйлаб жойлашган ва ўчоқли бўладиган ўринга торашиб ёки қалинлашиб кетган соҳасига тўғри келади. Шиллиқ қаватлардаги ўчоқли яллиғланишларнинг пайдо бўлиш сабаби сунъий тишлар артикуляциясининг бузилиши ва протез балансировкаси ҳисобланади. Протез балансировкаси протез майдонига босимнинг ҳар хил тарқалишига сабаб бўлади. Шу билан бирга, протездаги ғадир-будирлик ва тешикларнинг кўплиги ОБШҚда ўчоқли яллиғланиш жараёнларини келти-

риб чиқаради. Бундай протезлардан оз муддатда фойдаланиш ҳам чегарали катарал яллиғланишига сабаб бўлади. Бунда шикастлар ўрнида ОБШҚда гиперемия, шиш ва эрозиялар бўлиши мумкин. Шикастловчи омилнинг ОБШҚда давомий таъсири яра ва локал карашни келтириб чиқаради. Ўтиб кетган тақдирда некротик стоматит пайдо бўлади. ОБШҚни сункали ва оғриқсиз таъсирланишида гиперплазия жараёни вужудга келиб папилломалар ривожланади (шикастли папилломатоз). Тарқалган шикастловчи ПСлар протез ички юзаси бўйлаб гадир-будирликлар бўлганида келиб чиқади. Объектив текширилганда оғиз бўшлиғида протез майдони бўйлаб гиперемия ва шиш кузатилиб, 2 мм диаметрдаги эрозия ва яралар протез соҳаси бўйлаб тарқалади. Шикастловчи ПСларни даволаш учун энг аввал таъсирловчи омилни протезга ишлов бериш ва коррекцияси йўли орқали бартараф этилади. Бунинг учун протезнинг тегишли четлари коррекция қилинади базис қалинлиги минимал даражада юққалаштирилади, чархлаш йўли билан сунъий тишлар артикуляциясини тўғрилаш майда гадир-будирликларни бартараф этиш мақсадида энгил “пардозлаш”, ўткир суяк қирраларини олиб ташлаш кабилар амалга оширилади. Протез майдонидаги турғун органик ўзгаришлар бўлганда кўрсатмалар бўйича протез конструкциясига ўзгартириш киритиш лозим. Бунда шикастланган шиллик қават соҳасини протездан ташқарида қолдириш керак. Бунинг учун юмшоқ эластик тагликли 2 қаватли тиш протезлари қўлланилади. Шу билан бирга, шикастловчи ПСларнинг давоси стоматолог-терапевт ёрдамида 2 боқичда амалга оширилади:

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва тил патологиясида медикаментоз терапия ўтказиш, протезларда гигиеник талабларга риоя қилиш.

ОБШҚнинг катарал ва эрозив жараёнларида даволаш босим остида ирригация ва чайиш орқали бажарилади (Эсмарх пиёласидан резина баллон ва сифон орқали). Бунинг учун антисептик воситалар (1:5000 фурациллин, 1:1000 реванол, 0,2% хлор гексидин эритмаси), ишқорли маъданли сувлар ишлатилади (Баржоми, Джермук ва бошқалар). Шу билан бирга, 500 мл 0,5% новокаин эритмаси битта тухум оқсиби солиб аралаштириб чайқатилади, уни совуқ жойда сақлаб, 3 кун давомида ишлатиш мумкин. Бундай ҳолларда калий перманганат ишлатиб бўлмади, акс ҳолда у оғиз бўшлиғида қуруқ ачишишни юзага келтиради. 40% глюкозада эриган 0,5мл. метилен кўки эритмаси (винилин ёки Шастакович бальзами), “Септодонт” (Франция) фирмасининг “Протил” малҳами ёки “Стомазив”лар берилганда яхши самарага эришилади.

ОБШҚдаги яралик некротик ўзгаришларда протеолиатик ферментлар (трипсин, химотрипсин, химопсин эритмалари) ва антисептик воситалар 3%Н₂О₂ 1:5000 КМnО₄ эритмаси қўлланилади. ОБШҚ ярали некротик жараёнларида оғриқ синдроми бартараф этиш мақсадида 30-40 мл. босимли сув ёки анестезин билан уротропин бирга ишлатилади. (Anaesthesini, Urotropini, ad 0.3 Glycerini 10.0) овқатланаётганда оғриқ бўлмаслиги учун 15-30 дақиқа олдин суртилади.

ОБШҚ ва тилдаги яллиғланиш ва ярали жараёнларга совутилган қатиқ ва ацеодофини самарали таъсир кўрсатади. Беморлар уларни ютишдан аввал оғиз бўшлиғида 7-10 сония тутиб туришлари лозим, бунда ОБШҚ ва тил учун “ванна” ҳосил бўлади. Қатиқ ва ацеодофинда оғриқсизлантириш ва регенерация қилувчи бир қатор моддалар бор. Ярали-некротик жароҳатланишларда 40% глюкоза ва метилен кўки (0,5%), витамин А мойи, ментанол мойи 25%мл ацелин эритмаси “Левнон” аэрозоли, “Спедион” линиментлари, трихопол суртмаси (Metridonozoli 5.0, Methiluracili 5.0 Vasehini 100.0) кабилар регенерация ва эпителизацияни кучайтиради. Бундай муолажалар кунига 5-6 марта антисептик ишлов берилгандан сўнг амалга оширилади. Регенерацияни кучайтириш ва оғриқ синдромларининг олдини олиш учун физиотерапевтик муолажалар қилинади: ОБШҚ ва тилдаги яра юзалари УР-катта нурлари билан нурлантирилади, маҳаллий дарсенвализация, яллиғланишга қарши антисептик кераопластик ва бошқа воситалар билан гидротерапия ва аэрозолотерапия оширилади. Магнитотерапия, лазеротерапия ва гиперергик оксигенация усуллари яхши самара беради.

Оғриқни бартараф этиш ва таъсирчанликнинг олдини олиш мақсадида беморларга кўп гапирмаслик, қаттиқ ва иссиқ овқатларни емаслик, чекмаслик, алкоголь ичмаслик, аччиқ емаслик буюрилади. Овқат суюқ ва витаминларга бой бўлиши керак.

Жароҳат чақирувчи омил бартараф этилиб, медикаментоз ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилгандан кейин 2 ҳафта мобайнида яра битмаса, бемор онкостоматологга маслаҳат учун юборилади.

ПСларнинг профилактикаси протез конструкциясининг тўғри қилиниши қондасига қатъий риоя қилиш билан амалга оширилади. Врач тиш протезини беморга топширгандан сўнг, токи протезнинг шиллиқ қаватга таъсири йўқлигига тўла ишонч ҳосил қилмагунча уни ўз кузатувиغا олиши лозим. Профилактик чоралар сифатида беморга протездан фойдаланиш қондасини ўргатиш зарур.

Токсик ПС лар ёки акрилли стоматитлар протез асосидан эркин мономерларнинг — монометилметакрилатни (ММА)

сўлакда ювилиб чиқиши орқали юзага келади. Базис таркибидаги тўлдирувчи буюқлар ва пластификаторлар ҳам зарарли таъсир кучига эга. ММАнинг фаолияти протез базиси юзасига, ортиқча мономер миқдорига, таъсир вақтига, шиллик қават ҳолати суриш хусусиятига боғлиқ. Умумий касалликларда кимёвий воситалар ва баъзи овқатларда ОБШҚни суриш хусусияти ортади.

Токсик ПСлари бор беморлар томонидан ОБШҚ ва тилда нохуш сезги ва жимирлашга шикоят қилиниб, бу сезгилар протез таққанда сўлак ажралиши кўпайганида пайдо бўлади. Тиш протезларидан фойдаланиш тўхтатилгандан кейин 4-7 кун ўтгач, жараёнлар ўтиб кетади.

Протезни қайтиб куйтандан сўнг, 1-2 кунда яна илгариги патологик жараёнлар қайтарилади, 7-8 кунгача жараён кўпайиб боради, сабаби сўлакдаги ММА миқдори ошади. Оғизда протез чегарасига мос равишда гиперемия ва шиш кузатилади. Протез майдонининг сурункали яллиғланишида эса “олча” рангли қизариш, шиш ва баъзан қон қуйилишлар бўлади.

Токсик ПСларни даволашда ишлатилаётган протездан токи нохуш сезги ва патологик жараёнлар йўқолмагунча фойдаланилмайди, ОБШҚ ва тил меъёрий ҳолатга келиш лозим. Кўп вақт ичида протез базисига қайта полимеризация қилинади ёки ультратовуш билан ишлов берилади, сабаб ультратовуш қолдиқ ММА миқдорини камайтиради. Даволаш самараси кузатилмаса протезни қуйма эзиш йўли орқали қайта тикланади, чунки бу усулда тайёрланган тиш протезларидан ММАнинг ювилиб чиқиши оддий усулда – компрессион эзиш йўли билан тайёрланган протезларга нисбатан 2 баробар кам булади. Базисли пластмассани полимерлаш махсус печларда амалга оширилиб, бу орқали ММАнинг йўлини тўсиш мумкин. Баъзан турғун даволаш самарасига эришиш учун металл базисли ёки рангсиз пластмассадан тиш протезлари ясалади.

Бир вақтнинг ўзида маҳаллий симптоматик терапия қилинади. ОБШҚ ва тилдаги яллиғланиш ва оғриқли жараёнлар бартараф этилади. Бунинг учун антисептик воситалар билан оғизни чайиш, ирригация ва маҳаллий эритмаси билан ванночка, 0,5% тримекаин ва цитроль аралашмаси, 2%ли дикаин ёки анистезинни суриш, шафтоли мойи ёки каротелиндаги эритмасидан фойдаланилади.

ПСлар профилактикасида кўпгина қоидаларга амал қилинади: мономер ва полимернинг нисбати тўғри ҳажм бўйича 1:3, масса бўйича 1:2 бўлиши керак. Полимеризация тўғри олиб борилиши ММАнинг тўлиқ боғланишига сабаб бўлади. Тиш протезларини беморларга топшираётганда 2,6-7 ва 10 кунларида танаффус қилиш буюрилади. Шу билан бирга 1 йилда 2

марта, 2-3 кунга танаффус қилиш тайинланади. Танаффус кунларида гипосенсибилизацияловчи терапия қилинади, 5%ли кальций хлор 0,5%ли витамин В1 электрофорези, ОБШҚ протез майдонига аэрозолли ингаляция қилиш мумкин.

Аллергик ПСлар пайдо бўлиш механизми суствкор аллергия реакция типига бўлади, клиник жиҳатдан **алоқали стоматит** дейилади. Пайдо бўлишининг асосий сабаби органик (ММА) ва ноорганик (бўёқ тўлдирувчи, пластификатор) моддаларга нисбатан сезгирликнинг юқори бўлиши. Бу моддалар нотўлиқ антиген – гаптенлар ҳисобланиб, протез майдони тўқимаси оқсиллари билан реакцияга кириб аллергияга айланади, тўлиқ антигенлик хусусиятига ўтади.

Беморлар ОБШҚ ва тилда симирлаш, кўриш, маза билишининг ўзгариши, оғриқлар, ёмон уйқу, таъсирчанлик, теридаги аллергия тошмалардан шикоят қилишади. Бу белгилар протезни 5-10 кун таққандан сўнг пайдо бўлади.

Объектив кўрганда ОБШҚда нафақат протез кўндоғи, балки протезга тегиб турувчи юмшоқ тўқималар (лунж, лаб, протез майдони)да диффуз шиш ва гиперемия кўринади. Баъзан нуқтавий қон қуйилишлар юз беради.

Тиш протезидан тўла воз кечиш аҳволни яхшилайти. Протездан қайта фойдаланиш эса касалликнинг қайталанишига олиб келади. Кўпинча аллергия стоматитлари бор беморлар оғирлашган алергологик анамнезга эга бўлади: баъзи озуқаларга аллергия реакциялар, аллергия дерматозлар, бронхиал астма ва бошқалар.

Аллергия ПСларни даволашда протезлар индифферен ашёлардан тайёрланади. Индивидуал кўтара олиш тери синамалари ёрдамида аниқланади. Агар беморда ОБШҚ ва тилда турғун ачишиш бўлса, у ҳолда даволовчи протез конструкциялари қўлланилади. Бунинг учун тишлар ҳам, базис ҳам рангсиз пластмассадан тайёрланган ёки чинни металл сунъий тишлари билан бирга қўлланган протезлардан фойдаланилади. Протез майдони шиллиқ қаватининг турғун ачишиш синдроми бор беморларда яна шундай протезларни қўллаш мумкинки, уларнинг парестерик шиллиқ қавати соҳасида эластик магнит аппликатор бўлиши керак (Е.М. Тер-Погосян, А.Т. Зелинский, А.К.Иорданишвили А. N 1602506).

Аллергия ПСларнинг оғир шаклларида тери аллергия реакциялари ва юз-жағ соҳасидаги шишлар билан кечса, антигистамин препаратлари (диазолин, супрастин, тавегил, пипольфел, димедрол) ва номахсус терапия қўлланилади. Булар ГБО, лазеротерапия, игнарефлексотерапия, магнитотерапия ва бошқалар.

Аллергия ПСларнинг профилактикасида эса биринчи про-

тезланаётган беморларда аллергия анамнезни ва юқорида айтиб ўтилган синамаларни аниқлаш лозим.

Пластмасса тишларни кўтара олмаслик ва минерал тишлардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар бўлганида мақсадга кўра даволовчи протез конструкциялари сифатида қўлланилади.

Физикавий омиллар сабабли юзага келувчи протез стоматитлари қачонки протезнинг протез майдони шиллиқ қаватидаги кечаётган жараёнларга манфий таъсир қилганида ёки протезнинг ўзидаги жараёнлар туфайли келиб чиқади.

Пластинкали, пластмасса базисли протезлардан фойдаланишда, уларнинг иссиқликни яхши ўтказмаслиги туфайли “Парник” самараси келиб чиқади. Шу сабабли протез остида тана ҳароратига яқин ҳарорат пайдо бўлади. Оқибатда эса микроорганизмлар кўпайиб, гигиена бузилади, сурункали диффуз, субъектив сезгисиз кечадиган яллиғланиш юзага келади. Вакуум самараси эса юқори жағда яхши клапан механизми бўлганда келиб чиқади. Бунинг устига “тиббий банка самараси” юз беради, диффуз гиперемия ва шиш бўлиб, субъектив сезгисиз сурункали яллиғланиш содир этилади.

Бундай ҳолатлар давомида протез конструкциясини тўғри танлаш катта аҳамиятга эга (минимал майдонга қопловчи кобальт-хром қотишмалари, икки қаватли протезли базис). Протез юзаси майдонга максимал тегиши, тинчлик вақтида эса майдонга ботиб, ишемия майдончаларини келтириб чиқармаслиги керак. Чайновда пайдо бўлувчи ишемия майдон бўйлаб тенг тарқалиши, алоҳида нуқталарга босим тушмаслиги керак.

Вақтинчалик ишемия протез кўндоғи юмшоқ тўқимасига массаж бўлиб, чайнов тўхтаганда қон яна оқиб келади. Базис билан тўқималарнинг бундай муносабати яхши натижа бериб, ОБШҚдаги сурункали яллиғланишлар келиб чиқишига барҳам беради. Ундан ташқари металл протез базисларидан фойдаланиш иссиқликнинг чиқиб кетишига ва парник самарасининг олди олинишига сабаб бўлади.

Протез стоматитлари оғиз бўшлиғи ва протезлар гигиеник ҳолатининг яхши сақланмаслиги туфайли ҳам келиб чиқади. Беморга (оғиз бўшлиғини) даволанишдан аввал, даволаниш вақтида ва даволаниб бўлгандан сўнги вақтлар мобайнида протездан фойдаланиш ва оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатига эътибор бериш тушунтирилади.

Ярали некротик жараёнларда беморларга тиш чўткаларидан фойдаланиш таъқиқланади. Ҳар вақт овқатлангандан кейин тиш ва тиш оралари 3% H_2O_2 га бўктирилган пахта билан артилиши лозим, шундан кейин оғиз бўшлиғи антисептик

воситалар билан ирригация қилинади. Оғиз бўшлиғидан нохуш ҳидларнинг келмаслиги парвариш ва даволашнинг самарали бўлганидан далолат беради. ОБШҚнинг бутунлиги билан кечадиган яллиғланишларда парвариш ўзгача бўлади. Тишларни тозалаш учун юмшоқ толали чўткалар даволовчи-профилактик пасталар – “Линая”, “Новинка72”, “Спутник” “Ромашка”, “Фторамент”, “Дента-Мед”, “Дракоша”, “Фтор и Фреш” билан бирга қўлланилади. Бу пасталар яхши антимикроб, яллиғланишга қарши, тозаловчи ва хушбўйлантирувчи хусусиятга эга. Протезларни парваришlash ҳам даврий равишда, чўтка, паста ёки порошок ёрдамида амалга оширилади. Протезлар 2-3 томчи тиш эликсири (“Лесной”, “Свежесть”) қўшилган 16-20°C ҳароратли қайнаган сув солинган идишда тозаланади.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ТИЛ ПАРЕСТЕЗИЯЛАРИ

Куйишиш, “чумоли ўрмалаш”, санчиш, сезгининг йўқолиши, чимчиланиш каби сезгилар парестезиялар дейилади. ОБШҚ ва тил парестезиялари билан кўпинча катта ёшли ва кекса кишилар, айниқса, 50 ёшдан ошган аёллар оғрийдилар. Касаллик бирданига бошланади, 1-2 ҳафтадан 20 йилгача давом этиши мумкин.

Беморлар вақти-вақти билан пайдо бўлувчи ёки турғун нохуш сезгиларга, айниқса ОБШҚ ва тилнинг ачишишидан шикоят қиладилар. Беморлар буни ҳар хил сезги ва тушунчалар билан врачга тушунтиришга ҳаракат қиладилар, “Яланғочланиб қолган тил”, “Оғизда мурч борлиги сезгиси” ва шу кабилар ОБШҚ ва тил парестеризиялари бўлган беморларда таъм билиш бузилиши мумкин. Бу ҳолда металл моддаси, оғизда ачишиш, таъмни билмасликдан шикоят бўлади. Баъзан куйишиш соҳаларида енгил гиперемия, шиш, шиллиқ қават оқарганлиги, озгина атрофия кузатилади. Аммо баъзан текшириш усуллари ҳам ОБШҚ ва тилда патологияни аниқлашга ёрдам бермаслиги мумкин. ОБШҚ ва тил парестезиялари бўлган беморларнинг сўлаги лойқалашган, чўзилувчан, баъзан кўпикли, сут рангида бўлади. Тиш протезларидан фойдаланувчи беморларда парестезия сезгилари ошиб кетади. Шу сабабли улар протезларни тақмасликка мажбур бўладилар. Бу психик ҳолатга таъсир кўрсатади, овқат яхши чайналмайди, ошқозон-ичак тизимига салбий таъсир кўрсатиб, сурункали ичак касалликларини ўткирлаштириб юбориши мумкин.

Бундай беморлар таъсирчан ва тез ҳолдан тойувчан бўлиб қоладилар. Кучли бош оғриқлар, уйқунинг бузилиши, йиғловчанлик, аллергия реакциялар, канцерофобия каби ҳолатлар

кўп учрайди. ОБШҚ ва тил парестеризиялари, ҳалқум, қизилўнғач, қин, туғри ичак ёки юз, кўкрак, энса териси парестезиялари билан бирга учраши кузатилган. ОБШҚ ва тил парестеризиялари бемор руҳиятини сўндиради, депрессив ҳолатлар ва меҳнатга яроқсизликни келтириб чиқаради.

ОБШҚ ва тил парестезияларининг келиб чиқиш сабаби тўла аниқланмаган. Аммо касаллик полиэтиологик ва унинг келиб чиқишига эндоген омиллар сабаб бўлади. ОБШҚ ва тил парестезиялари ички аъзолардаги бошқа касалликлар билан бирга келади, мустақил ва умумий таъсир омиллари (психик, механик, кимёвий, аллергия, термик, микробли ва ҳок.) ОБШҚ ва тил парестезияларни келтириб чиқарадиган муҳим патоген омил бўлиб, ОБШҚ ва тил микроциркуляциясининг бузилишига сабаб бўлувчи тўқима гипоксияси ҳисобланади.

Адабиётда берилган маълумотлар ва клиник кузатувларга асосланиб, 200 та ОБШҚ ва тил парестезияси учраган беморларни даволаш мобайнида учраши мумкин бўлган ОБШҚ ва тил парестезияларини системалаштиришга эришдик, бу эса беморларни текшириш, даволаш, профилактик чораларни кўриш, профилактик тадбирлар ва рецидивланиш йўллари аниқлашга ёрдам беради.

ОБШҚ ва тил парестезиялари таснифи касалликнинг этиопатогенезини, парестезия феноменининг тарқалишини ва парестетик сезгиларнинг оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда тузилган.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тил парестезияларининг синфланиши

Этиопатогенези бўйича

I. Невроген (психоген) шакли.

II. Симптоматик шакли, унга боғлиқ.

а) Хазм тизими фаолиятининг бузилиши билан жигар ва ўт пуфағи сурункали касалликлари, сурункали гастритлар, меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги, ҳар хил этиологияси, колитлар ва бошқалар.

б) Эндокрин бузилишлар (қандли диабет, тиреотоксикоз, климактерик ва ундан олдинги давр).

в) Марказий ва вегетатив асаб тизимининг органик шикастланишлари.

г) қон касалликлари билан (темир танқислиги ва V_{12} - фолат кислота танқис анемияси).

д) гижжалар чақирадиган.

е) бир қанча касалликлар мажмуаси билан келувчи.

III. Маҳаллий сабабга кўра келиб чиққан. (протез стоматитлари, галванизм синдроми, полимерланган протез бази-

сининг юза электризацияси, тиш ўткир қирраси билан етказилувчи микро ва макрошикастлар, пломбалар, оғиз бўшлиғи микрофлорасининг ўзгариши, прикуснинг бузилиши).

IV. Ишсмиқ шакли.

Юрак қон-томир касалликлари туфайли юзага келадиган ОБШҚ ва тилда микроциркуляциянинг бузилиши (умумий ва ташқи уйқу артерияси атеросклерози).

V. Бирга келувчи шакли. Эндоген ва экзоген таъсиротларнинг бирга таъсири (ички аъзо ва тизимларида касалликлари бўлган беморларда учрайди, бу ерда ОБШҚ ва тил парестезияларининг пайдо бўлишига сабаб, таъсир этувчи умумий ва маҳаллий таъсиротлар)

VI. Парестерик феноменнинг тарқалганлигига кўра.

1. Фақат тил соҳасида:

а) тил учида.

б) тилнинг катта қисми ёки ҳаммасини эгаллаган.

2. Протез қўндоғи шиллиқ қавати.

3. Протез қўндоғи ва протез майдони шиллиқ қавати.

4. Бутун оғиз бўшлиғи бўйлаб.

5. ОБШҚ ва тил парестезияларининг бошқа аъзо шиллиқ қавати парестезиялари билан бирга келиши (ҳалқум, хиқилдоқ қизилунгач, қин, тўғри ичак) ёки тери (юз, энса, кўкрак ва бошқалар).

VII. Оғирлик даражасига кўра (беморнинг субъектив сезгиларига асосланган ҳолда аниқланади).

1. Енгил (парестетик сезги кескин ифодаланмайди).

2. Ўрта оғирликдаги (аниқ сезиладиган парестетик сезгилар).

3. Оғир (куйдирувчи парестетик ва оғриқли сезгилар).

4. Текширувлар шуни кўрсатадики, кўп ҳолларда умумий ва маҳаллий таъсирловчи омиллар ҳар хил психомотор патология фонида кечаётган ОБШҚ ва тил парестезиялари пайдо бўлишининг ҳал қилувчи вақтида ҳисобланади (яширин депрессия, латент сидеропения ва бошқа) ёки ОБШҚ ва тил парестезиялари протез стоматитлари ёки галванизмнинг симптомлари бўлиб ҳисобланади.

ОБШҚ ва тил парестезиялари таснифи касалликка кўп томонлама, бир қанча мутахассислар билан бирга ёндошишни талаб этади. ОБШҚ ва тил парестезияларининг этиологияси тизимлаш этиотроп давонинг самарасини оширади. Парестетик феноменнинг тарқалиши ва оғирлик даражаси парестерик ҳолатнинг динамикаси ҳақида фикр юритишга мажбур этади. Таснифдан фойдаланиб, ОБШҚ ва тил парестетик касалликларини аниқ қиёсий ташхислашимиз ва энг самарали даволаш усулларини танлашимиз мумкин.

Тил парестетик ўзгаришлари 3 шохли нерв, тил ва тил —

халқум нервлари невралгияси ва неврити билан, вегеталия, глосит, Костен синдромлари билан қиёсий ташхисланади. ОБШҚ ва тил парестетиклари бор беморларни текшириш кўриқдан бошланади. Аввал шикоятлар аниқланади.

Даволаш. Медикаментоз воситалардан 1% мл спазмолин ва 2% мл новокаин навбатма-навбат мандибуляр анестезия кўринишида юборилади. Даволаш курси 10-12 инъекция. Спазмолитин қўллашга қарши кўрсатма—глаукома. ОБШҚ ва тилнинг қуш шакли учрайдиган беморларда энг аввал оғиз бўшлиғи санация қилиниб, ҳамма таъсирловчи омиллар бартараф этилади. Шундан сўнг касаллик патогенетик равишда стационар шароитда даволанади. Агар ОБШҚ ва тиллар оила ёки ишхонадаги руҳий омил таъсирида келиб чиқса, психотерапевтдан маслаҳат олинади. ОБШҚ ва тил, креостомия ва пародонт, тиш қаттиқ тўқимаси касалликлари патогенетик жиҳатдан лапинт сидеропеянинг симптомлари бўлиши мумкин. Шунинг учун комплекс текширувлардан кейин мутахассислар томонидан ўтказилган этиотроп даво оғиз бўшлиғидаги сидеропенсиянинг йўқолишига сабаб бўлади. ОБШҚ ва тил парезтезиясини ҳамма шаклида маҳаллий симптоматик терапия олиб борилади, оғриқсизлантириш хусусияти 30-40 тил босимга эга бўлган магнитланган эритма билан оғиз бўшлиғи чайқалади шу билан бирга маҳаллий анестетиклар қўлланилади: 2% Sol Novocini билан ванночка 0.5 тримекаин эритмаси цитраль билан ванночка (1% цитраль спиртли эритмасидан 1/2 стакан сув ёки исирик) ёки бесинол билан: Бесинол таркибида 1.14-1.26 KCl, 0.79-0.89 NaCl, 0.043-0.059 MgSO₄, 0.09-0.11 диметилдецилбензиламмоний хлорид, 14.55-15.45 метилцеллюлоза, 4.80-5.20-тримекаин, 1000 млгача фосфат буфер эритувчи, 4.95-505 мл дистилланган сув бор (И.Ф. Ромачев, Л.А. Юдин, В.В. Ареносев, А.Н. Морзов), шиллиқ қават глицерин ёки шафтоли ёғида эритилган 2% анестезин ёки дикаин билан ишлов берилади (анестезин 1.0, глицерин 10.0).

Куйдирувчи сезгиларда новокаин блокадалари (4-8 мл 2% Sol. Nov.) торусал ёки мондибулар анестезия тилида ўнг ва чап томонга бир вақтда (курс 12 та инъекция) Nov. эритмасини Vit. В билан бирга гиперацид гастрит ёки Vit.В12 билан гикоацид гастритда қўллаш мумкин. Бу воситалар вақтинча оғриқни олиш ва энгиллаштиради. Даволаш самарасиз бўлса, стоматолог комплекс тарзда психотерапевтик ва фармакологик коррекция қилинади ва номахсус терапия (ГБО, ИРТ, МТ, ГТ, ГК, лазеротерапия) даволаш кунини қисқартириш мақсадида олиб борилади. ОБШҚ ва тилда рационал протезлаш бир жинсли ва индефферент асослардан прикус ва альвеола

лараро баландликни ўзгартирмаган ҳолда амалга оширилади. Коспин синдромининг олдини олиш эса марказни эстетик тўғрилаш орқали бажарилади. Тиш қаторлари ўзаро силжиш вақтида тишлар орасидаги алоқалар кўп бўлиши учун баъзи тишлар чархланади. Зарур бўлса оддий протезлаш билан бирга даволаш-диагностик аппаратлараро баландликни ва бўғимни коррекция қилиш керак бўлади.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ТИЛ ПАРЕСТЕЗИЯЛАРИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Демак, кўп ҳолатларда ОБШҚ ва тил парестезияларининг ҳосил бўлиш сабаби протезлаш эканини ҳисобга олиб, касалликнинг олдини олиш ва қайталиниши эҳтимолини камайтирувчи тадбирлар ишлаб чиқилади. Уларга қуйидагилар киради:

1. Биринчи марта протезланаётган ОБШҚ ва тилда парестезияси бор деб гумон қилинган беморларда протез материалларига профилактик аллергологи тери реакцияларини ўтказиш (хазм тракти, жигар, ўткирланиб турувчи қон касалликлари эндокрин ва аллергик касалликлар билан оғриган катта ёшли ва кекса беморларда), шу билан бирга анамнезида ОБШҚ ва тил парестезиялари бўлган беморлар қайта протезланганда.

2. Протезлашга тайёрлов босқичларида беморлардаги бошқа аъзо ва тизим касалликларини даволаш.

3. Протезлашни фақат бошқа тизим касалликларининг ремиссия даврида амалга ошириш.

4. ОБШҚ ва тил парестезияларига мойил беморларни диспансер назоратида қайталанишига қарши мақсадда даволаш ва стоматолог-врач томонидан оғиз бўшлиғида маҳаллий таъсир омиллини доимий бартараф этиб туриш.

5. Тиш протезларининг энг қулай турларини амалда қўллаш. Бизнинг маълумотларимизга кўра, шу тадбирларни тўғри ўтказиш касалликнинг қайталанишини 68%га камайтиради.

1. Аллергик касалликлар ва уларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар.

2. Аллергик касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларни, ташхиси ва даволаш усулларини айтинг.

3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида дори воситалари қўзғатадиган аллергик стоматитлар, ўзгаришлар клиник кечиши.

4. Қвинки шишида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатиладиган ўзгаришлар ва уларнинг клиник кечиши.

5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида тиш протезларида қўлланиладиган хом-ашёдан кузатиладиган ўзгаришлар.



6. *Металли тиш протезларининг салбий таъсири оқибатида кузатиладиган оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар.*
7. *Галаваниз ва токсик стоматитлар профилактикасида врачнинг ёндашуви асослари.*
8. *Протезли стоматитлар синфланиши, этиологияси.*
9. *Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тил парестезиялари, этиологияси, клиникаси, давоси.*

Саккизинчи боб

Мавзу: СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ АФТАЛИ СТОМАТИТ (СҚАС)

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида учрайдиган сурункали қайталанувчи афтали стоматит ҳақида кенг ва чуқур маълумотга эга бўлиши лозим. Бунинг учун касалликни келтириб чиқарувчи сабабларни, уларни қўзғатувчи вирусларни, касалликнинг клиник кечишини, ташхиси, даволаш ва оқибатини билиши лозим. Ҳеч вақт унутмаслик керакки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг афтаси организмнинг бошқа умумий касалликларининг симптоми кўринишида ҳам юзга келди. Касаллик оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидан ташқари организмнинг бошқа соҳаларида учраши ҳақида тушунчага эга бўлиш лозим.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютерда тайёрланган маълумотлар, ҳар хил муляжлар, даволанаётган беморларнинг тиббий ҳужжатлари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Сурункали қайталанувчи афтали стоматит келиб чиқишининг этопотогенетик омиллари.
2. Сурункали қайталанувчи афтали стоматит ҳақида тушунча ва уларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида намоён бўладиган асосий белгилари.
3. Сурункали қайталанувчи афтали стоматитнинг клиник кечишидаги босқичлари ва ўзига хос хусусиятлари.
4. Бахчет синдроми ҳақида маълумот. Унинг келиб чиқишидаги муҳим омиллар.
5. Сурункали қайталанувчи афтали стоматитнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги бошқа касалликлар билан қиёсий ташхиси.

Машғулот ўтиш жойи: Ўқув хоналари, клиника ва поликлиникаларнинг махсус бўлимлари.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлар, клиникаларда даволанаётган беморлар.

Мавзунинг асосий мазмуни:

СҚАС касаллиги тўғрисида 1888 йилда Miculicz ва Kummel, кейинчалик 1894 йилда Я.И. Трусевичлар ёзган бўлиб, касаллик оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги яллиғланишнинг узоқ кечиши ҳамда вақти-вақти билан қайталаниб туриши билан тавсифлидир.

СҚАС оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги тез-тез учрайдиган касалликлардан биридир. Асосан 20-40 ёшдаги аҳоли орасида кўзатилади.

СҚАСнинг *этиология* ва *патогенезидаги* асосий сабабчи аденовируслар, L шаклидаги стафилококклар, турли хил вируслар деб тахмин қилинади. Лекин аниқ бир сабабчи омил ҳалигача ўрганиб чиқилмаган. 1937 йилларда Alvarez қатор экспериментал натижалар асосида СҚАСнинг келиб чиқишида қатор беморларнинг турли овқат маҳсулотларига сезгирлигининг ошиб, кетиши деган хулосага келган. Бошқа муаллифлар эса, СҚАС касаллиги генезида организмнинг сезгирлиги бактерияларга нисбатан ошишини, бошқалари организмдаги аутоиммун жараённинг ўзгариши; жумладан, периферик қондаги Т- лимфоцитларнинг етишмовчилигидан, деб айтишса, яна бошқа гуруҳ олимлар касалликнинг трофоневрологик патогенези тавсифини, иккинчи гуруҳ олимлар наслий тавсифдаги назарияларни илгари сурадилар.

Клиник кўриниши. Афта (грекча сўздан - яра дегани) оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида Артүс феномени кўринишида кечадиган чуқур фибринли ўчоқли яллиғланиш бўлиб, шиллиқ қобиқ қават бириктирувчи тўқима қисми ёки эритемия қаватининг ўткир жароҳатланишидир. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг икки хил клиник кўринишдаги жароҳатлари кузатилиб, (СҚАС ва қайталанувчи чуқур чандиқланувчи афта ёки *periadenitis necrotica recurrens Sutton, ulcus neutroticum mucosae*), айни вақтда, бу кўринишдаги яралар бир одамда аралаш учраши ҳам мумкин.

Сурункали қайталанувчи афтали стоматит генитал анал соҳа, ҳатто ичакдаги (Туренанинг катта афтаси) афтасимон тошмаларнинг генераллашган афтали симптоми, Бахчет касаллиги белгиси - анал-генитал соҳадаги яралар тошмаларнинг афтасимон юзага келиши, бошқа ҳолатда, тери пиодермияси ва кўз жароҳатланиши вақтидаги оғиз шиллиқ қобиғида пайдо бўладиган тошмалардир.

Ҳеч вақт унутмаслик керакки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати афтаси организмнинг бошқа умумий касалликлари симптоми кўринишида ҳам юзага чиқади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги афталарнинг клиник тавсифи турличадир. Жараён 1 см гача катталиқдаги, пайдо бўлгандан бир неча соат вақт ўтиб, шиллиқ қобиқни енгил кўтариб чиқадиган, қизарган, чегараси аниқ, айлана ёки овал шаклидаги оғриқли доғнинг пайдо бўлиши билан бошланади. Кейинчалик, яна бир неча соат ўтгач, элемент эрозияга учраб, қаттиқ ёпишган фибринли оқ-қирсимон қараш билан қопланади. Бундай оқ-қирсимон фибрин кўпинча атрофидан юпқа қизарган ҳошия билан ўралади. Афта силанганда юмшоқ, текканда жуда оғриқли бўлади. Ўткир некроз ҳолатида афта асосида аниқ чегарали инфилтрация вужудга келади ва атроф

тўқималардан сезиларли енгил оқ-кирсимон айлана ёки овал шаклда қатлам ҳосил қилиб, тукли, худди тўқима юзига ўхшаб туради. Бундай афта ута қизариши билан атроф тўқималардан аниқ ажралиб, лимфаденит билан кечади, камдан-кам ҳолатда тана ҳарорати кўтарилади. Орадан 2-4 ҳафта вақт ўтгач, некротик модда ажралиб тушади, яна 2-3 ҳафтадан кейин, одатда, афта пасаяди, бир неча кунгача унинг ўрнини қизаришли ҳолат қоплаб туради.

Айрим ҳолатларда афталар қизариш доғи билан эмас, балки анемияли доғ билан ҳам бошланади. Кўпинча беморда афта ҳосил бўладиган соҳада, афта ҳосил бўлмасдан бир неча кун олдин, куйиш, оғриқ сезиш кузатилади. Бу билан бир вақтда, битта, иккита, кам ҳолатларда учта-тўртта афталар пайдо бўлиши мумкин. Касалликнинг ўзига хос белгиси - тошмаларнинг кўтарилиб, вақти-вақти билан қайталаниб туриши орасидаги даврнинг бир неча кундан ойларгача чўзилиши мумкинлигидир.

Тошмалар кўпинча лунж, лаб, тилнинг ён юзаси шиллиқ қобик қаватларида кузатилади. Афталар милкнинг маргинал қисмида жойлашганда, ярим оёсимон шаклда бўлиб, қаттиқ шанкрга жуда ўхшаб кетади.

Афталар ташқи кўринишидан шикастланган, герпетик эрозия, захм папуласига ўхшайди, юзаси эса бир неча вақт ўтгач, оқ-кир некротик караш ҳосил қилади. Герпетик эрозиянинг афтадан фарқи ярим клиник ҳолатларнинг кузатилиши, унча кучли оғриқ бўлмаслиги, яллиғланиш реакциясининг атрофга тарқалганлиги; герпесли эрозияларда гуруҳ-гуруҳ пуфакларнинг кузатилиши билан ўзига хосдир. Захм папуласи кам оғриши, асосида инфилтрат бўлиши, яллиғланиш ўчоғи ҳошиясида зўриқиш ҳолати, ажралаётган эрозиядан оқ-трепонема топиллиши билан фарқланади.

Қайталанувчи чуқур чандиқланган афталар шиллиқ қобик қаватда чегараланган, оғриқли, қаттиқлашган ҳосиланинг юзида дастлаб фибриноз караш, кейинчалик атрофи қизарган қаттиқлашган жараённинг юзага келиши билан бошланади. Яра катталашлиши ҳам мумкин. (Жараён дастлаб худди юзадаги афта, 6-7 кун ўтгач, асосида худди шундай афта ҳосил бўлиб, чуқурлашиши билан ҳам бошланиши мумкин). Афта битиши билан ранги жиҳатдан лейкоплакияни эслатувчи юмшоқ юзак, ясси чандиқ пайдо қилади. Бундай афталар оғиз бурчагида, танглай тилчасида жойлашса, микростома каби чандиқли кемтикларни юзага келтиради. Чандиқланувчи афтанинг сақланиб туриши 1 ҳафтадан 2 ойгача давом этади. Тошмалар кўпинча тилнинг ён юзаларида, лаб ва лунжнинг шиллиқ қобик қаватида жойлашиб, кучли оғриқлар билан кечади.

Кечиши. Касалликнинг кечиши - сурункали. Қатор беморларда, касаллик кечишининг биринчи ҳафтасида тез-тез такрорланиб туриши, жараёнлар алмашилиб, бир вақтда кўп миқдордаги ҳосилаларнинг юзага келиши билан фарқланади. Бошқа гуруҳ беморларда эса афтлар кам ва турли вақтларда кузатилади. Касаллик кечиш даврида, бир беморнинг ўзида, юқорида айtilган биринчи ва иккинчи ҳолатларнинг бир вақтда кузатилиши ҳам мумкин. СҚАС нинг кечиши табиийки, беморнинг умумий ҳолатига ва касалликнинг у ёки бу чақирувчи сабабчисига боғлиқ.

Ташхислаш. Чуқур чандиқланувчи афтани ташхислаш учун уни Венсаннинг ярали-некротик стоматити билан ўхшашликларига, экмали суртмада топилган касаллик кўзгатувчиси ва Лорт-Жакобнинг шиллиқли-кўкимтир нуқтали буллёз дерматити кўзгатувчисидagi ўхшашликлари; пуфаклар, инфилтрация бўлмаслиги, эритемалардаги эрозияга, кўзнинг жароҳатланиш сабабларига эътиборни қаратиш зарур. Бундай ҳолатларда касаллик Бахчет касаллигида афта жараёнининг оғизда ва кўзда жойлашиши билан фарқини билишга эътибор берилди. Бироқ, Бахчет касаллигида кўз пемфигусида кўз конъюктивасидagi кўкаришни фарқлаш учун ирит аниқланади.

Даволаш. Қайталанувчи афтали стоматитни даволаш касалликнинг этиология ва патогенези охиригача аниқланмаганлиги учун доимо қийинчилик туғдиради. Даволаш учун муҳим тадбир-касалликни аниқлаш, меъда-ичак тракти ва жигар фаолиятини билиш, фокал инфекцияни, инфекцион-аллергияни, Т-ҳужайра етишмовчилигини, даво воситалари истеъмол қилганлигини, беморнинг иммунологик модуляциясини, унинг махсус бўлмаган реактивлигини ўрганиш зарурдир. Тишлардаги патологик ҳолатлар ва уларни даволашга асосий эътибор бериш қайталанувчи афтали стоматитларни даволаш учун асосий йўналишни белгилашда муҳимдир.

Агар беморлар орасида бактериал аллергияларга сезгирликнинг юқорилиги аниқланса, шу аллергияга махсус десенсибилизация давоси ўтказилади: жуда кам миқдордаги (0,001 мл) аллергия тери ичига юборишдан бошланади. Агар икки ёки ундан кўп аллергияга организмнинг сезгирлиги аниқланса, тери ичига икки ёки уч турдаги аралашма бир вақтда ўтказилади. Бактериал аллергиялар билан даволаш ёмон сифатли ҳосилаларда, ҳосиланинг иккинчи ярмида, буйрак, жигар, ўпка, юракнинг декомпенсацияланган касалликларида, ўпка силида, фаол ревматоид жараёнда, руҳий зўриқишларда мумкин эмас.

Махсус бўлмаган десенсибилизацияловчилар сифатида гистоглобулин, гамма-глобулин ва гистаминни сақловчи комплекс

воситалар қўлланилади. Гистоглобин қондаги зардобнинг гистаминопектик фаоллигини оширади. Восита қўйидагича: 3 кунда 1 марта 2 мл тери остига юборилади, даво муолажаси 10 инъекциядан иборат. Такрорий 1 ва 3-даволар орадан 1 ой ўтгач ўтказилиши мумкин. Гистоглобинга қарши кўрсатмалар: тана ҳароратининг доимий кўтарилиши, ҳайз ва ҳомиладорликдир.

Махсус бўлмаган десенсibilизатор ва детоксирловчи восита сифатида натрий тиосульфатни қўллаш яхши натижа беради. Воситани вена ичига 10 мл дан (30% ли эритмасини) ҳар куни ёки ичишга 10% ли сувли эритмасини 1,5-3 гр дан овқат вақтида тавсия этилади.

Организмнинг махсус бўлмаган реактивлигини кўтариш мақсадида бошқа дори воситалари билан комплекс продигозан, пирогенал, лизоцим қўлланилади.

Продигозонни парентерал усулда киритганимизда стоматитнинг сурункали шаклида, беморда оддий герпес вирусига антитела титрининг ошиши ва қондаги интерферон концентрацияси ошиши, периферик қонда лейкоцитлар сонининг ортиши кузатилади ва фагоцитлар фаоллиги кузатилади. Продигозонни бир марта киритганда, 4-7 кунгача юқоридаги кўрсатмаларни ошиши аниқланади.

Катарал стоматитда дори воситаси мушак орасига беш кун давомида 15 мгдан 1 мартадан қилинади. Кейинчалик организмнинг реактивлигига қараб, доза ошириб борилади. Агар инъекциядан кейин тана ҳарорати 37,5^oC дан кўтарилмаса, унда доза 25 мкг гача, кейин 40 мкг дан то 100 мкг гача ошириб борилади. Продигозонни қўлланилишига қаршилик — юрак етишимовчилиги, қон айланишининг бузилиши, марказий асаб тизимининг жараҳатланиши кабилардир.

Пирогенал мушак орасига 2-3 кунда 1 марта юборилади. Бошланғич дозаси 25 МПДни ташкил қилади. Ҳар бир кейинги инъекцияда доза 25 МПД га ошириб борилади, 15 марта муолажа курси такрорланади. Лизоцим оқсил табиатли фермент бўлиб, табиий иммунитетнинг бир омилдир. Восита микробга қарши стимуляциялайди ва юқори бактериоцид хусусиятга эга зардобни ҳосил қилади, заҳарли хусусиятсиз, 10-12 соат давомида қонда сақланиб туради ва тез сўрилади. Лизоцим геморрагияга ва гистаминга қарши аралашма бўлиб, оператив жараённи стимуляциялайди. Уни мушак орасига, кунига 1 марта 100 мг дан 20 курс муолажа ўтказилади.

Афтоз стоматитнинг рецидивли шаклида витаминлар, айниқса, аскорбин кислота қўллаш яхши натижа беради. С витаминни кунига 1 г дан, пиридоксинни - 0,005 г дан, рибофлавинни 0,005-0,01 г ва никотин кислотани 0,03-0,05 г дан кунига 3 марта овқатдан кейин тавсия қилинади.

Айрим ҳолларда седатив воситаларни қўллаш яхши натижа беради. Беморнинг аҳволини ҳисобга олиб, стоматолог врач беморга валерианали илдиз воситалари сингари моддаларни— транквилизаторларни, магний сульфат (25% ли 5 млдан мушак орасига), новакаин (ичишга 1 ош қошиқдан кунига 3 марта 0,25% ли эритмасини овқат егандан 30 дақиқа вақт ўтгач, ёки мушак орасига 0,5 % ли эритмасини 5 мм дан В1 витамини билан қўшиб ўтказиш) яхши натижа беради.

Чуқур чандиқланадиган афталарда кунига 15-20 мг дан 2 ҳафта давомида преднизолон қўлланилади. Бундай босқичма-босқич даволаш кун оралаб, преднизолон афтоз стоматитнинг рецидив шакли билан оғриган беморларда даволашнинг бошқа усуллари яхши натижа бермаса ишлатилади.

Афтоз стоматитнинг рецидив шаклида охириги йилларда левamisол (декарис) кенг қўлланилмоқда. Препарат ҳафтада 2 марта қўлланилади (3-4 кун оралиқ билан 150 мг дан бир вақтда ёки 50 мг дан кунига 3 марта). Даволаш бир неча ой давомида, периферик қонни ва организм умумий ҳолатини назорат қилиб туриб ўтказилади. Орадан 2-3 ой ўтгач, розеткасимон реакция ёрдамида периферик қонда Т — лимфоцитлар ҳолати аниқланади, кейин яна декарис билан даволаш амалга оширилади. Декарис билан ўз вақтида профилактика мақсадида даволаш ўтказилса, касалликнинг рецидивланиши тўхтайдиган ва ҳужайра иммунитетини меъёрлашади.

Афтоз стоматитнинг рецидив шакли билан оғриган бемор ўткир, қовурилган, қаттиқ овқатларни истеъмол қилмаса, спиртли ичимликлар ва чекиш билан алоқани узса, яхши натижа кузатилади.

Маҳаллий даволашга, дастлаб, оғиз бўшлиғини санациялаш, бунинг учун шикастловчи омилларни ва сурункали инфекция манбаларини бартараф қилиш зарур. Афтоз қанчалик оғриқ сезгиси келтириб чиқармасин, барибир уни оғриқсизлантириш, даволашда яхшиси санация йўналишидир. Кучсиз оғриқсизлантирувчи натижани новокаин эритмаси, 5% ёки 10% анестезиннинг глицеринли аралашмаси яхшироқ оғриқсизлантирувчи натижа беради. Лидокаиннинг 1-2% ли эритмаси ҳам яхши оғриқсизлантиради. Афталарга маҳаллий ишлов бериш учун ишлатиладиган воситалар яллиғланишга қарши ва бактерияларга қарши таъсир қилиши керак, регенерация жараёнини стимуллаши ва таъсирловчи хусусияти бўлмаслиги лозим.

Касаллик патогенезини ҳисобга олиб, протезларни ингибирловчи воситалар қўлланилади. Маҳаллий даволаш учун аппликация қилинади, аппликация ҳар 4 соатда 15-20 дақиқадан куйидаги аралашмалардан фойдаланиб бажарилади: 1) 5000 Ед

трасилола, 300-500 Ед гепарин, 2,5 мг гидрокортизон, 1 мл 1% ли новакаин эритмаси; 2) 2000 Ед контрикал, 1 мл натрий хлорнинг изотопик эритмасида эритилган 500 Ед гепарин, 2,5 мл гидрокортизон ва 1 % новакаин эритмаси. Олдин антисептик ишлов берилиб, некротик тўқималар олиб ташланади.

Касалликнинг ўткир даврида протеолитик ферментларнинг 0,5% ли новакаиндаги эритмаси, каланхоэ соки, 1%ли мекфенамин натрий ва 1% ли этония эритмаси тавсия этилади. Дори воситалари аэрозол кўринишида қўлланса янада самарали бўлади.

Афтали элементларнинг эпителизациясини стимуллаш учун цитрал, галаскорбина, С ва Р витаминлари тавсия қилинади. Бундан ташқари, қатор тайёр дори воситаларини триметазол аэрозоли, прополисли малҳам, калонхоэли малҳам, каротоллин, 0,3% ли натрий уснинатининг арча мойидаги аралашмаси қўлланилади. Оғиз бўшлиғига триметазолни қўллашдан олдин натрий хлор эритмаси билан оғиз чайқалади. Оғизга малҳам суркаш ва чайқаш кунига 3-4 марта амалга оширилади. Кортикостероид малҳамларни қўллаш яхши терапевтик натижа беради.

Натижаси. Афтоз стоматитнинг рецидивланувчи шакли оқибати яхшилик билан тугайди. Меъда-ичак тракти, асаб, эндокрин тизими касалликларида, дастлаб, асосий хасталикни даволаш, кейин эса стоматит касаллигига маҳаллий даво қўллаш зарур. Оғиз бўшлиғини тизимли санация қилиб туриш зарур. Меҳнат қилиш, дам олишни тўғри ташкил этиш юқори натижаларга эришиш учун омил бўлади.

БАХЧЕТ СИНДРОМИ

Сурункали рецидивланувчи касаллик тўғрисида 1937 йилда турк дерматологи Behcet ёзган, кейинчалик бу касаллик Бахчет синдроми номини олди. Бундай беморларда бир вақтнинг ўзида оғиз шиллиқ қобик қаватининг ярали жароҳатланиши, жинсий аъзоларнинг ярали жароҳатланиши ва кўзнинг ярали жароҳатланиши, увеит оғир ҳолларда ирит кўринишида (уқалаш симптомомокомплекси) юзага келади. Қатор беморлар терисида тугунли эритемалар, акней шакли папулопустулалари, фурункулсимон элементлар пайдо бўлади. Кўпинча, жараён организм умумий ҳолатининг бузилиши билан кечади.

Этиологияси ва патогенези. Бахчет синдроминанинг ривожланиш сабаблари аниқланмаган. Олдин касалликнинг вирусли этиологияси илгари сурилган, кейинчалик инфекция-аллергик генези тўғрисида фикрлар пайдо бўлди. Noaghea ва Horntaru

(1966) касалликнинг сабабчиси аутоагрессия дейишса, Yamada (1976), Sobel ва бошқалар (1977), Craisely (1979), Haim (1979) Бахчет синдромини полинуклеар фаолиятнинг бузилиши натижаси деб кўрсатишади.

1977 йилда Williams ва Lehner Бахчет синдромида иммунофлюоресценция реакцияси ёрдамида циркуляция комплексини ошишидан келиб чиқишини айтишади. Тўғридан-тўғри иммунофлюоресценция ёрдамида Бахчет синдромида афтоз элементларининг томир деворларидаги ва унинг атрофидаги қараш, учламчи комплемент фракцияси (С-3), IgM ва IgG қарашлар ҳолида, демак, касаллик патогенези аутоиммун жараёндан дарак беради. Бахчет синдромида Т-лимфоцитлар етишмовчилиги ва фаолияти фаоллигининг пасайиши кузатилади. Бундай ҳолларда левамизол *in vitro* Е-Рок ҳосил бўлишини стимуллади.

Клиник кўриниши. Касаллик иккала жинсда ҳам 20-30 ёшлик даврда пайдо бўлади. Бахчет синдромини биринчи симптоми сифатида, кўпинча, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида афта юзага келади. Афта элементларининг одатдаги афта элементларидан фарқи бўлмаслиги мумкин, афтоз стоматитни рецидив шакли ва чуқур чандиқланувчи афта учун тавсифли ҳолат — оғиз шиллиқ қобиқ қаватида емирилиш ва деформацияга олиб келиши мумкин. Афталар сони бир вақтда кўпайиб бориши ва оғриқли кечиши кузатилади.

Ташқи жинсий аъзоларнинг шиллиқ қобиқ қаватида, жинсий аъзо лаб терисида, ёргоқда, жинсий аъзода қаттиқлашган инфилтрат юзага келиб, атроф тўқимадан кўтарилиб туради ва ярали-афта тошма шаклида кўринади, оғриқли бўлади. Яранинг туби кўкиш-сарғиш қараш билан қопланади.

Кўп ҳолларда, Бахчет синдромида қайталанувчи тугунли эритема ҳосил бўлади, пиодермия ва кўп шакли эксудатли эритема тошмалари типига ўхшаб туради. Бахчет синдромида **патергия** (инъекция ўрнида тўқиманинг ўртасида яллиғланиш инфилтрати пайдо бўлади ва кўчади) ҳолати терида кузатилади. Масалан, биопсия ўрнида, тери ичига инъекция қилинган жойда турли хил йирингчали элементлар кузатилади. Бахчет синдромининг ташхисини кўйиш учун патергия, оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва генитал соҳасидаги афта асосий ўрин тутади.

Кўпинча жараён юмшоқ тўқима ва бўғинларда ревматоидли жароҳатланиш, қон уйишиши, тромбоз ва тромбофлебитни келтириб чиқаради. Афтали тошмалар халқум, трохея, ютқич, ичак шиллиқ қобиқ қаватларида тарқалиши, айрим ҳолларда, сўлак безининг шишига, турли ички аъзолар ва асаб тизимининг ўзгаришига олиб келади.

Бахчет синдроми сурункали кечиши ва барча клиник белгилари қайталанишидан, янги қайталанишигача вақтда такорланади.

Даволаш. Бахчет синдромининг давоси оғир масалани олдимизга қўяди. Кенг доирадаги таъсирга эга антибиотикларни қўллаш, плазма, гамма-глобулин қўйиш керак. Гистаминга қарши ва детоксирловчи воситалар қўлланилади. Matsumura ва Mizushima (1975) гемотаксис фаоллигини инобатга олиб, касалликни цитостатик калхицин билан даволаш яхши натижа беришини таъкидлашган.

Кўпинча кортикостероидларни: дексометазон (кунига 3-6 мг дан) ни қўллаш яхши натижа беради. Левамизолни ёки декарисни 150 мг дан ҳафтасига 2 марта қўллаш яхши самара беради. Касалликнинг ремиссия даврини узайтириш учун ярим йил ва ундан кўп муддатда дори воситаларини қўллаш мумкин.

ШЕГРЕНА СИНДРОМИ

Шегрена синдроми тизимли касаллик бўлиб, барча экзоген секретор безларнинг етишмовчилигидир. Бу касаллик симптоми 1988 йилда ёритилган, 1933 йилда Sjogren ушбу касаллик тўғрисида кенг маънода адабиёт яратди. Шегрена синдромининг асосий симптоми конъюнктивит ва тўр пардада (қуруқ кератоконъюнктивит) қуриш ва атрофияланиш бўлиб, асосан дастлабки иккита симптом касалликка ташхис қўйиш учун етарлидир; яна бурун, ютқин, қин шиллиқ қавати, меъда секрецияси, сўлак секрецияси пасайиши ва қуриши кузатилади.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик одатда 40-70 ёшлар орасидаги аёлларнинг 95% ида кузатилади. Бу беморларда гипергаммаглобулинемия, қон зардобиди антинуклеар омил ва преципитирловчи антигела аниқланади, бу кўринишни Beck (1965) Шегрена синдроми этиологияси аутоиммун тавсифга эга дейди. Инфекцион аллергик генезде етакчи патогенетик ўринда гипофизар-гипоталамик патология туради, ҳужайра катализаторларини генераллашиб етишмаслигидан эктодермал тўқималар ишлаб чиқарилиши ва қурилиши жараёни тезлашади. Наслий томондан етишмовчиликларга А ва В гуруҳ витаминларнинг етишмаслиги ҳамда модда алмашинувининг бузилиши ётади. Организмдаги экзокрин безлар фаолиятини пасайишидан тери шиллиқ қават жароҳатланиши кузатилади, бироқ кўздаги ўзгариш фақат ёш беги фаолиятининг пасайиши оқибатида бўлмайди. Конъюктива дастлаб шишади, кейин қуриydi. Субэпителиал тўқимада эластик толалар ва колла-

генлар гиолинизацияси, шунингдек плазматик хужайраларни инфилтрацияси ҳам кузатилади.

Клиник кўриниши. Шегрена синдромининг клиник кечиши-ни Blach (1950), Henderson (1950), Morgan, Raven (1952), Touraine (1950) лар ўрганиб чиқишган. Кўп йиллик текшириш натижалари асосида ушбу тизимли касалликнинг ягона ўзига хос белгиси экзокрин безлар фаолиятининг доимий камайиб боришидир. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар касаллик бошланиши билан юзага келади, бу авваламбор сўлак безларининг дисфункцияси натижасида сўлак қуюқ, ёпишқоқ, мукоидли ва миқдори доимий камайиб бориши кузатилади. Тил қизаради, силлиқ ва қуруқ холга киради, бемор тез-тез тилининг қуришини сезади, қулоқ олди сўлак безлари дастлаб бутунлай тушиб кетгандай бўлади, оғирлик сезилади, юзнинг бўлақларга бўлиниши каби ҳосила юз беради. Шегрена синдроми билан оғриган беморларда тез-тез кўп сонли ва прогрессияланувчи кариес, бошқа ҳолларда пародонт тўқимасининг оғир жароҳатланиши ва тишларнинг тушиб кетиши содир бўлади. Лабнинг қизил хошияси қизаради, қурийди, қуруқ тангачалар билан қопланади, оғиз бурчагида тез-тез ёриқлар пайдо бўлади. Периферик жиҳатдан бир ёки икки томонлама қулоқ олди сўлак безларининг катталашиши кузатилади, жараён тана ҳароратининг кўтарилиши билан кечади. Бошқа ҳолларда қулоқ олди безларида тошлар бўлади. Барча шиллиқ қаватлардаги ўзгаришлар умумий тавсифга эгадир. Нафас йўлининг юқори қисмидаги шиллиқ қаватда атрофик ўзгаришлар юзага келади, қуруқ трахеобронхит ривожланади. Бурун шиллиқ қавати қурийди, унда қотган тўқималар вужудга келади. Атрофик ринит натижасида ҳид сезиш кўпинча ёмонлашади. Жараён вақти-вақти билан инфекция тушиши натижасида қуруқ ёки **афония** ривожланади, ателектаз ва ўпка тўқимасининг фиброзланишида инфилтрация кузатилади. Ахилия ёки субохилик сурункали гастрит ривожланади. Қин ва танглай тилчаси шиллиқ қаватида атрофик ўзгаришлар кузатилади, қичишиши ва қиннинг яллиғланишига олиб келади, орқа чиқарув йўли ва тўғри ичак шиллиқ қаватида дисхезия ва қичима юзага келади. Терининг қуриши ва ксеродермияланиши Шегрена синдроми билан оғриган беморларнинг ярмида кузатилади, тери енгил яллиғланган, кўпинча қисман ёки тўла тери безлари ажралиши тўхтаган бўлади, пигментация бузилган ва склерозли ўзгаришлар кузатилади. Шегрена синдроми билан оғриган беморларнинг сочи қуруқ, синувчан, айрим ҳолларда соч тўқимасининг тарқалганлиги кўринади. Бурун ва лунж соҳасида эритема ва телеангиоэктазия тавсифли бўлади. Фотодерматознинг

ривожланиши хавфи мавжуд. Шегрена синдромида сурункали артрит бошқа ҳолларда оёқ ва қўл териси гангренаси ривожланиши мумкин. Шегрена синдроми билан оғриган беморларнинг 2/3 қисмида ревматоидли артрит кузатилиб, кўпинча тарқалган лимаденопатия, жигар катталашиши, талоқ катталашиши содир бўлади. Тахминан 20% беморда спленомегалия кузатилади. Пневмосклероз, периферик ва терминал невралгия, протеинурия симптоми билан интерстициал нефрит кўринади. Шегрена синдромида одатда тана ҳарорати субфебрил ҳолатда бўлади. Шегрена синдроми билан оғриган касалларда лаборатор текширишда гипергаммапротеинемиядан ташқари қонда гиперфибриногенемия ва ревматоид омил мусбат бўлиши кўринади. Агар ревматоид артрит беморларда бўлмаса, 10% беморларда қизил югирик хужайралари аниқланади, антинуклеар антитела ҳолати кўп беморларда кузатилади.

Ташхислаш. Шегрена синдромида ташхис қўйиш унча қийинчилик туғдирмайди, чунки оғиз ва кўз шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар, айни вақтда ревматоид артрит кузатилиши ташхис қўйиш учун етарли маълумотларни беради. Кўпинча моно ёки кам симптомли касаллик шакллари учрайди. Шегрена синдромини қиёсий ташхислашда Пламмера-Винсона синдромидан ажратамиз, яна оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг дисфункциясидан, ютқин ва қизилўнғач дисфункциясидан фарқланади. Асосан бу касаллик билан аёллар оғрийди. Касаллик ва унинг синдроми комплекс гиповитаминоз, рибофловин ва никотин кислота етишмовчилиги натижасида юзага келади деб қаралади. Касаллик сурункали гипо ёки анацид гастрит ва темир етишмовчилиги анемияси натижасида кузатилади. Клиник жиҳатдан ютқин қийинлашиши, тилнинг куйиши, меъданинг функционал қисқариши, кардиоспазм, оғиз шиллиқ қавати, қизилўнғач, ичаклар шиллиқ қавати атрофик ўзгариши, катарал атрофилияси, глоссит, оғиз бурчакларидаги ёрилишлар, лаб қизил ҳошиясида қизариш ва пўст ташлаш, тирноқларнинг ўзгариши, тери гиперкератози, юзда себореяли дерматит, сурункали блефароконъюктивит, кўришнинг ёмонлашиши, кам ҳолларда порфирия ҳолати кабиларни кузатамиз. Шегрена синдромига яна микулича синдроми ўхшаб кетади.

Клиник кўриниши. 1892 йилда Mikulicz-Rodecki биз айтган Микулич синдроми тўғрисида ёзганлар. Микулич синдроми доимий симметрик ривожланган сўлак безларининг шиши, бошқа ҳолларда ёш болаларнинг жараҳати билан тавсифланган касалликдир. Патологик жараён майда сўлак безларининг катталашиши билан кечади. Синдромнинг кечроқ юзага

келадиган белгиси сўлак безларининг атрофияси ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати қуриши. Сўлакнинг кам ишлаб чиқарилиши оқибатида кўп сонли кариес ривожланишига олиб келиши мумкин. Шегрена синдромининг кечиши сурункали, прогрессияланувчи, вақти-вақти билан қайталанувчи ва ремиссияланиши билан кечади.

Давоси. Симптоматик терапия ўтказилади. Айрим ҳолларда кортикостероидларнинг қўлланилиши яхши натижа беради. Айни вақтда А, Е, В гуруҳ витаминлари ва аскорбин кислота тавсия қилинади. Левамизол ишлатилганда ҳам яхши натижа бериши қайд этилади.



1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг сурункали қайталанувчи афтали стоматити нима?
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги қайталанувчи чуқур чандиқланган афтали стоматитнинг клиник кечиши.
3. Бахчет синдроми ва унинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатилиши.
4. Шегрена синдроми ва унинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатилиши.
5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида қайталанувчи афтали стоматитдаги асоратлар, даволаш усуллари.

Тўққизинчи боб

Мавзу: ОРГАНИЗМНИНГ ИЧКИ АЪЗОСИ, ЭНДОКРИН ТИЗИМИ ВА МОДДА АЛМАШИНУВИ ПАТОЛОГИЯЛАРИДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДА КУЗАТИЛАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида ички аъзо ва эндокрин тизимга ҳамда модда алмашинуви патологияларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларни ўзига хослигини, ички аъзолар анатомиясини, ички аъзо ва эндокрин тизимдаги касалликларнинг патофизиологиясини англаши, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати тананинг бошқа аъзолари билан анатомик - физиологик жиҳатдан чамбарчас боғлиқлигини билиши лозим. Ички аъзолар касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар бошқа касалликлар симптомларига нисбатан эрта пайдо бўлиши билан алоҳида ўрин тутади. Шунинг учун ҳам беморлар стоматолог шифокорга дастлаб мурожаат қилганликлари учун, шифокор касалликни текшириш усулларини аниқ бажариб, бошқа мутахассислар билан биргаликда таъхис қўйишдек масала олдида турганлиги учун шулар ҳақида аниқ маълумотга эга бўлишлари талаб этилади.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, интернет маълумотлари, стоматологик поликлиникадаги ўқув хоналари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Ички аъзолар ва эндокрин тизим аъзолар анатомияси ва уларнинг физиологик вазифалари.

2. Ички аъзолар ва эндокрин тизими ҳамда модда алмашинуви патологияси натижасида келиб чиқадиган оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг ўзига хослиги.

3. Моддалар алмашинуви ҳақида тушунча. Моддалар алмашинуви патологияси натижасида юзага келадиган касалликларни клиник кечишининг ўзига хос асослари.

4. Қандли диабет касаллигининг моддалар алмашинуви билан боғлиқлиги ва уни таъхислашнинг аҳамиятли кўрсаткичлари.

5. Ички аъзолар ва эндокрин тизим ҳамда моддалар алмашинуви патологияси натижасида юзага келадиган касалликларни клиник кечишининг ўзига хослиги, таъхислаш даволаш усуллари.

Машғулот ўтиш жойи: Ўқув хоналари, клиника ва поликлиникаларнинг махсус бўлимлари.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлар, клиникаларда даволанаётган беморлар.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати тананинг бошқа аъзолари би-

лан анатомик-физиологик жиҳатдан тўғридан-тўғри боғлиқликка эга. Буни қуйидаги омиллардан кўрса бўлади: тананинг кўпчилик ички аъзоларининг касалликларида ОБШҚ ўзгаришлари кузатилади ва айни вақтда оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар касалликнинг бошқа симптомларига нисбатан эрта пайдо бўлади. Шунга боғлиқ бемор дастлаб стоматологга муурожаат қилади. Демак, стоматолог шифокор олдида беморни яхши текшириш ҳамда бошқа мутахассислар билан биргаликда маслаҳатлашиб ташхис қўйишдек мураккаб масала туради.

МЕЪДА-ИЧАК ТРАКТИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Меъда-ичак касалликларида ОБШҚ ўзгаришлари тез-тез кузатилади. Оғиз бўшлиғи овқат ҳазм қилиш тизимининг бошланғич аъзоси ҳисобланиши шак-шубҳасиздир. Бизга маълумки, ичаклар фаолияти бузилишида ҳам тил юзасида ўзгариш бўлиши (қараш қопланиши) кузатилади. Меъда ва ўн икки бармоқли ичак тракти ярали касалликларининг ўткир даврида клиник симптом сифатида ОБШҚда турлича ўзгаришлар кўринади. Шиллиқ қават шишади, тошмали синама қўйганда ярали касалликларда аниқланиш вақти камроқ бўлади. Эпителиялар ипсимон ва замбруғсимон сўрғичларни дескваматив гипертрофияси кузатилади, ипсимон сўрғичларнинг атрофияси ҳам учраб туради. Беморларда милк четларида сурункали катарал гингивит кузатилади, гингивитнинг оғирлик даражаси асосий касаллик давом этишининг узоқ даврига ва ярали касалликнинг қайталаниш тезлигига боғлиқ. Ўткир ўзгаришлар даврининг пасайишига қараб, ОБШҚда камдан-кам ҳолда ўзгариш кўринади. Колитлар, айниқса, унинг қайталаниш даврида ОБШҚда тез-тез афталар бўлади. Бунда маҳаллий шикастловчи омиллар муҳим ўрин эгаллайди. Колит ва энтероколитларда, ОБШҚ бошқа соҳаларида (лаб ва милкда) катарал яллиғланиш сингари ўзгаришлар кузатилади. В₁₂ ва РР витаминининг етишмовчилиги шиллиқ қават ўзгаришларидаги асосий сабаблардан биридир. Крона синдромида ОБШҚда афталар бошқа ҳолларда чуқур чандиқли, баъзи ҳолларда ўсмасимон дўмбоқли хосилалар, томир деворларининг фибриноидли шиши бўлади.

ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Боткин касаллигида, сурункали гепатитда, жигар церрозидида оғиз бўшлиғи қурийди, шиллиқ қават ранги ўзгаради, таъм сезиш бузилади, Ю.В.Бархатова (1967) маълумоти бўйича беморларнинг 32% ида оғиз қуриши бу церроз учун жуда

хосдир. Шу қуриш асорати сифатида беморларнинг 31% ида оғзида аччиқ таъм сезиши, таъм сезишнинг бузилиши, кистота ёки металл таъми пайдо бўлиши кузатилади. Бундай ўзгаришлар Боткин касаллигида, ўт пуфаги йўли касаллигида, ўтнинг қонга қуйилиши ва сўлақда ажралиши натижасида содир этилади. ОБШҚни айниқса юмшоқ танглай ва оғиз тубида сар-ғиш рангда ўзгаришининг кузатилиши жигарнинг барча касалликларида рўй беради.

ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Юрак-қон томир тизими касалликларида қон айланишининг бузилиши даражаси ва томир деворларидаги ўзгаришларга қараб, ОБШҚ ўзгаришлари кузатилади. Бу тизим етишмовчилигида қон айланиши бузилади, одатда шиллиқ қаватда цианоз, лаб кўкариши кўринади. ОБШҚда шиш кузатилиб, натижада тил катталашади, лунж ва тил шиллиқ қаватида тишларнинг изи қолади. Тил шишса, нутқ қисман бузилиши жараёни кузатилади. Шиллиқ қаватдаги ўзгаришларнинг ҳолатига қарамасдан, айрим беморларда субъектив сезгилар кузатилмайди. Миокард инфаркти билан оғриган беморда касалликнинг биринчи куниданоқ тил шиллиқ қавати ўзгаради. Касаллик вақтида десквamatив глоссит, чуқур ёрилиши, ипсимон ва замбруғсимон сўргичларнинг гиперплазияси, тил капиллярларида ўзгаришлар бўлади. Юрак-қон томир ва юрак-ўпка етишмовчилигининг II-III-даражаларида ОБШҚда трофик ўзгаришлар, яралар ҳосил бўлиши мумкин. Қон айланиши бузилишида ОБШҚда яралли-некротик жараён асосан оксидланиш қайтариллиш жараёнининг бузилади. Тўқималарда метаболизм моддаларнинг қўшилишидан асаб толалари ўзгариб, натижада тўқима трофикаси бузилади. Бундай ҳолларда шиллиқ қаватдаги кучсиз шикастланиш ҳам яраланишга олиб келади.

БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Гломерулонефрит ва буйракнинг сурункали етишмовчилигида оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида ўзгаришлар тез-тез учраб туради. Субъектив; оғиз қуриши, аччиқ сезгилар ва оғизда ноқулай таъм пайдо бўлади. Бу белгиларнинг юзага чиқиш даражаси ва тавсифи, буйрак касаллигининг оғирлигига боғлиқ. Қатор муаллифларнинг таъкидлашича, буйрак касаллиги бор беморларнинг 87,5% ида оғиз бўшлиғида ўзгаришлар кўринади. Жумладан, шиллиқ қобик қават ранги ўзгаради, шишади. Оғиз шиллиқ қобик қаватида доимий шиш куза

тилиши, буйрак етишмовчилиги оқибатида организмнинг бошқа соҳаларида ҳам шиш кузатилиши механизми билан бир хилдир. Буйракнинг сурункали етишмовчилигида паротид сўлагиде сезиларли силжиш кузатилади, сўлаг таркибиде мочеви-на ва азот қолдиғи миқдори кўпаяди, уни аниқлаш кўпинча гломерулонефритнинг барча тури ва босқичларида ташхисловчи тест сифатида қўлланилади.

Агар буйрак етишмовчилиги авж олиб бориши давом эта-верса, азот қолдиғи ва мочевино миқдорини сўлакда ошиб бо-риши, организмдаги бошқа умумий ўзгаришлар ва тўқималар озиқланишидаги фаолиятнинг бузилиши, уретрит учун тав-сифли ҳолатни юзага келтириб, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида некротик ўзгаришларга сабаб бўлиши мумкин. Некроз соҳалар-нинг ўринларида - ретромольяр соҳа, лунж, оғиз туби ва алве-ольяр ўсиқда шикастланишлар юзага келади. Жараён тез вақтда чуқурланиб, шиллиқ ости қаватга, ҳатто, суяк усти пардаси-гача давом этади. Жараён тишлараро суяк тўсиқларигача таъ-сир қилиб, ҳаттоки тиш ва суяк тўқималарининг тушиб кети-шига олиб келади. Бундай яралар учун, жароҳат чуқур некро-тик моддали, қийин ажраладиган ва кам оғриқли ҳолат тав-сифлидир. Беморлар оғзидаги қўланса ҳиддан, айрим вақтда мочевино ҳиддан ва сўлак ажралиши бузилганлигидан ши-коят қиладилар.

Даволаш тезда асосий касалликни бартараф қилишга қа-ратилмоғи лозим. Маҳаллий даволаш мақсадида некротик тўқи-ма механик усулда, кейин ферментлар (трипсин, химотрип-син, химопсин) ёрдамида ва 1% ли водород перекис эритмаси ёрдамида олиб ташланади. Антисептик эритмалар билан ювиш, эпителизация дори воситалари, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида регенератив хусусиятни кучайтирувчи (облепиха мал-ҳами, наъматак, каротоллин) воситалар тавсия қилинади.

ЭНДОКРИН ТИЗИМИДАГИ БУЗИЛИШЛАР

Ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши метабо-лизмнинг ўткир бузилишига ва оқибатда трофик зўриқишлар-га олиб келади. Айрим ҳолатларда, эндокрин потологик жа-раённинг турига қараб, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида ўзгаришлар кузатилади.

Қандли диабет. Углеводлар алмашинувидаги бузилишлар оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг ўзгаришларига олиб келади; албатта, ўзгариш белгиларининг юзага чиқиши ўткир-лиги касалликнинг оғирлиги ва давомийлигига боғлиқ. Бун-дай белгилар, айрим ҳолатларда, диабетнинг бирламчи бел-гилари кўринишида юзага келади. Қандли диабетда оғиз

бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида ўзгаришларнинг кузатилишини 1862 йилда Seifert биринчи бўлиб кузатган.

Касалликнинг дастлабки симптоми - дегидратацияда кузатилганидек, оғизнинг қуришидир. Кўпинча, оғиз қуриши чанқоқлик билан қўшилади. Сўлак ажралишининг камайиши оғиз шиллиқ қобиқ қаватида катарал яллиғланишга олиб келади, шиллиқ қобиқ қизаради, ялтирайди ва ёпишқоқ бўлади.

Шиллиқ қобиқ қаватидаги сезиларсиз механик шикастлар ҳам қон ивишиши ва эрозия ҳолида юзага келади. Бундай бемор овқат еганда, асосан иссиқ, ўткир ва қуруқ маҳсулотлар истеъмол қилганда, қаттиқ оғриқдан шикоят қилади. Қонда қанд миқдорининг кўп миқдорда тўпланиши тил деворидаги ўзгаришларга, оқ караш билан қопланиш, қуриш, оғриқли ёриқлар пайдо бўлишига сабаб бўлади. Оқибатда қандли диабетда тилнинг парестезияси кузатилиши мумкин. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг куйишиши бир вақтда, генитал соҳадаги терининг қичиши билан кечади.

Декомпенсирланган қандли диабетли беморларнинг таъм сезиш сезгилари; ширин, шўр, турш, айрим беморларда, аччиқни сезиш пасаяди. Шу билан бирга, қандли диабетда беморнинг пародонт тўқималари четлари яллиғланиши кузатилади. Дастлаб, милк сўрғичларида катарал ўзгариш, шиш, кейинчалик патологик тиш-милк чўнтак ҳосил бўлади, грануляцияон тўқималар кўпаяди ва алвеоляр суяк деструкцияси пайдо бўлади, кўпинча, абсцессга олиб келади. Қандли диабетнинг кечиш давомийлиги ва кечиш оғирлиги билан гингивитларнинг кечиши тўғридан-тўғри боғлиқдир. Беморлар бу даврда милкнинг қонашидан, овқат еганда оғриқдан, тишларнинг қимирлашидан, кечиктириб юборилганда, тишларнинг тушиб кетишидан шикоят қиладилар.

Диабетли гингивитни *ташхислашда* асосий аҳамиятли кўрсаткич: сийдикдаги қанд миқдори ва периферик қондаги қанд миқдорининг ошиши ҳисобланади. Қандли диабетдаги асорат кўринишида оғиз шиллиқ қобиқ қаватида кандидозлар ривожланиши мумкин. Декомпенсирланган диабетлардаги беморларнинг оғиз шиллиқ қобиқ қаватида узоқ кечадиган декубитал яралар юзага келиши тавсифлидир.

Қандли диабетни даволашда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги катарал яллиғланиш ва қуришни камайтиришга қаратилган дори воситалари қўлланилади. Қандли диабетли беморлар оғизда доимий санация ўтказиб туриш ва айни вақтда бундай беморлар стоматолог врачнинг диспансер ҳисобида туриши шарт.

Бўқоқ ва бўқоқ олди безларнинг фаолиятидаги бузилишлар асаб ва юрак-томир тизимида сезиларли зўриқиш, тери ва тери ор-

тиқларида трофик ўзгаришларга олиб келади ва оқибатда оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва пародонт тўқималаридаги патологик ўзгаришларга сабаб бўлади.

Гипотиреозли беморлар оғиз шиллиқ қобиқ қаватида шиш, қуриш ва анемияли ҳолат кузатилади. Микседемада эса тилнинг катталашиб, оғизга сиғмаслиги, лаб ва милкнинг катталашиши кўринади.

Гипопаратиреозли беморларнинг оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва милкни қизаради, шишади. Бундай беморларда, оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги ўзгаришлар билан биргаликда, пародонт тўқимасининг жароҳатланиши, катарал ва гипертрофик гингивит, пародонтит ва пародонтоз кузатилади. Касалликни профилактика мақсадида, умумий касалликни даволаш билан бирга, оғиз санациясига доимий катта эътибор бериш зарурдир.

Иценко-Кушинга касаллиги. Касалликда модда алмашинуви асосий турлари, ички аъзолар ва асаб тизими фаолияти бузилади.

Касалликнинг ривожланишида, буйрак усти пўстлоғидаги синтезланган гормонларнинг кўплиги, бунинг натижасида гипопиз аденомаси асорати кўринишида фаолият бузилиши ҳамда даволаш мақсадида организмга киритиладиган кортикостероидларнинг таъсири муҳим аҳамиятга эга. Бундай беморларнинг оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги шишлари, унда қолган тишларнинг изларидан маълум бўлиб туради. У кўринишда узоқ кечиши ва геморрагик суюқлик тутувчи пуфакларга эга эрозия ва яралар ҳосил бўлиши, айрим ҳолатда, кандидоз ривожланиши билан қийёсий тавсифларга хос.

Даволашда эндокринолог билан биргаликда маслаҳатли иш тутилади. Стоматолог оғизни санациялаш ва симптоматик даволаш ўтказади.

Аддисон касаллиги (бронзали касаллик). Касаллик буйрак усти пўстлоғида ишлаб чиқариладиган гормоннинг камайиши ёки бутунлай йўқлиги натижасида келиб чиқади. Касалликка хос белгилар: терининг пигментацияси, рангнинг қизарган; бронзасимон тус олишидир.

Теридаги пигментация билан бирга, беморларнинг 80% атрофидаги оғиз шиллиқ қобиқ қаватида пигментация кузатилади. Дастлаб кичкина, жигар рангдаги доғ ва чизиклар пайдо бўлиб, кейинчалик катталашиб боради ва тилнинг ён юзаси, милк, лунж, лабда пайдо бўлади. Субъектив сезгилар кузатилмайд.

Ташхис умумий симптомлар асосида қўйилади: гипотония, меъда-ичак тракти бузилиши (иштаҳа йўқолиши, кўнгил айниши, қусиш, ич кетиш), буйрак усти пўстлоғи фаолияти-

нинг бузилиши. Адиссон касаллигидаги оғиз шиллиқ қобиқ қавати пигментацияси туғма пигментациядан фарқланади, оғир металл тузларининг қарашлари (симоб, қўрғошин, висмут) кузатилади. Даволаш кортикостероидлар ёрдамида ўтказилади.

Ҳомиладорлик гингивитлари. Аёлларда ҳомила даврида организмдаги гормонал тенгликнинг қайта қурилиши жараёнида, гингивит кузатилади. Турли муаллифлар бу жараёндаги механизмга эстроген гормонларининг кўп ишлаб чиқарилишини сабаб қилиб, бошқа бир гуруҳ муаллифлар прогестерон таъсирида юзага келади, деб тушунтиришади. Ҳомиладор аёлларнинг 50% идан кўпиди гингивит ва камроқ қисмида папиллит кузатилади.

Ҳомиладорликнинг гингивитик белгилари кўпинча ҳомиладорликнинг IV-V, баъзи ҳолатларда III- ойида, кесув, қоziқ ва премоляр тишлар (пастки жағда), кейинчалик, юқори жағдаги шу тишлар соҳасида кузатилади. Милк учлари шишиб, қизил валиксимон шакл ҳосил қилади. Кейинчалик милк сўрғичлари янада шишади, кўкимтир тус олади ва қонайдиган бўлиб қолади. Бу ўзгаришлар ҳомилани туғишдан олдинги даврда янада авж олади, 4-5 мм чуқурликда тиш-милк чўнтақларини ҳосил қилади. Ҳомила туғилганидан 1, 1,5 - 6 ой вақт ўтгач, гингивит тузалиб кетади. Бироқ, асорати сақланиб қолади.

Айрим ҳомиладор аёлларда ҳомиланинг IV-V ойлиги даврида, милк сўрғичлари кенгайди, кўқаради ва энгил қонайдиган, йиринглайдиган даражада тус олиб, эпүлидни эслатади.

Даволашни касалликнинг биринчи белгилари юзага келиши биланоқ бошлаш зарур. Тиш қарашлари ва милкни қитиқловчи омиллар бартараф этилади ҳамда оғиз гигиенасига тўғри риоя қилиш муҳим аҳамият касб этади.

Ҳомила гингивитига қарши курашиш учун профилактик чора-тадбирлар, токсикозга қарши курашиш, ҳомиланинг эрта давридан оқ, оғиз санациясини доимий тўғри ташкил қилиш, милкни зуто ва гидромассаж қилиб туриш муҳимдир.

Дифенин (гидонтоин) истеъмол қилингандаги гипертрофик гингивитда милкнинг гиперплазияси юз беради. Гиперплазиянинг ривожланишида буйрак усти беzi пўстлоғидаги фаолиятнинг пасайиши натижасида эндокрин зўриқиш муҳим ўрин эгаллайди.

Одатда дифенин қабул қилишдан 14-16 кун ўтгач, милк сўрғичларида қизариш, қонаш кўринади. Кейин милк сўрғичи қаттиқлашади, қонаш тўхтади, ҳажми катталашиб, тиш тож қисми томон қисман ўсади. Дифенинни узоқ вақт мобайнида қабул қилиш, милк сўрғичларининг ўсиб бориб, тиш тож соҳасини тўла ёлиб олишига сабаб бўлишини кўрсатмоқда. Шиллиқ қобиқ қават ялтироқ, қаттиқ, кам оғрийдиган бўлиб қолади.

Стоматологнинг вазифаси патологик жараённи (яллигла-ниш босқичини) ўз вақтида аниқлаб, уни тўхтатишдан иборат. Бунинг учун оғизда тартиб асосида санація ўтказилиши ва оғизни яхши тозалаш зарур. Дифенин қабул қилаётган бе-мор доимий стоматолог назоратига эҳтиёж сезади. Оғиз бўшли-гидаги барча қитиқловчи омиллар, тиш карашлари, тишлар-нинг ўткир учлари бартараф қилиниши лозим.

УРБАХ-ВИТЕНИНГ ЛИПОИДЛИ ПРОТЕИНОЗИ

Урбах-Вите касаллиги ёки липоидли протеиноз (гиалиноз) оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва терининг липоид про-теинли қолдиқларининг модда алмасинувидаги комплекс бу-зилишидир. Бунда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва тери, шунингдек, халқумдаги ўзига хос тугунли тошмаларнинг пайдо бўлиши билан тавсифлидир.

Касалликнинг этиологияси охиригача аниқланмаган, тав-сифи тез-тез ўзгариб туради. Генетик омиллар аниқ аҳамият касб этади. Касаллик рецессив-наслий, оқсилли ва липоид ал-масинувидаги зўриқишни ўзида мужассамлаб, оқсил синтези патологияси асосида парапротеин ҳосил бўлишига олиб ке-лади. Бу оқсил ферментларнинг исрофланишига йўл қўймайди ва интертициал тўқималар қайтаради. Углевод алмасинувида-ги бузилиш қандли диабет билан оғриган беморларда ҳам тез-тез кузатилиб туради. Қатор беморларда териси жароҳатлан-ганда лецитин (моноаминофосфатид) йиғилиши аниқланади. Айнан шу липоидларнинг қондаги миқдори меъёрий бўлиши керак.

Касаллик эрта кўкрак ёшидан бошланади, оғиз ва халқум шиллиқ қобиқ қавати ва терида сезиларсиз ўзгариш кузати-либ, доимий зўрайиб боради, ўсмирлик ёшигача давом эта-ди, ундан кейин жараён секинлашади. Халқум жароҳатланганда дастлаб бўғиқ овоз, спазмали нафас етишмаслиги, қуруқ йўтал ва бошқалар кузатилади. Лунж, пешона, бошнинг сочли соҳа-си, лаб, тил, ютқин девори, халқум, бодомчасимон безда унча катта бўлмаган ясси ёки ярим шар шаклидаги эластик, шил-лиқ қаватдагилари сарғиш рангли тугунлар пайдо бўлади. Те-ридаги тошмалар ранги ўзгаришсиз қолади. Элементларнинг юзаси секинлик билан гиперкератозли, папилломатозли, бир тартибда тарқалган тошмалар ҳосил қилади. Кичик-кичик ту-гунли элементлар фиброз асоратида караш ҳосил қилса, кей-инчалик, қотишиши ва макроглоссияга, лабда жойлашганла-ри эса макрохейлит ҳосил бўлишига олиб келади. Тери ва шил-лиқ қобиқ қаватнинг аралаш жароҳатланиши ҳолатлари қўпин-ча рудий инфантилизм ва epileptik шакл тутқаноқлар би-

лан кечади. Рентгенологик текширишда, бош суяк ичида симметрик қуюқлашиш кузатилади.

Таъхислашда гистологик текшириш натижаларида тасдиқланган клиник маълумотларга таянилади. **Даволаш** модда алмашинувини меъёрлаштириш, нафас йўлларидаги симптоматик асоратларни бартараф қилиш, ҳаттоки, трахеостомия қилишгача олиб борилади. Шиллиқ қобик қаватнинг жароҳатланиш оқибатлари ҳамма вақт ҳам яхши натижа билан тугайвермайди, балки, нафас олиш аъзоларининг асоратлари билан тугаши мумкин.

АМИЛИОИДОЗ

Тери амилоидози - дермадаги амилоид карашининг ҳосил бўлиши, бу жараён фақат теридаги ўзгариш билан ёки тизимли амилоид кўринишидаги асоратнинг натижасидир. Лаб, тил, оғиз шиллиқ қобик қаватидаги жараён фақат тизимли амилоидозда жароҳатланиб, у юрак-томир тизими, жигар, буйракларнинг сурункали касалликлари билан оғриган беморларда кузатилади. Лаб қизил ҳошияси ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида қаттиқ папула ҳосил бўлиб, бинафша ёки қолипди қаҳрабо рангга ўхшаб, баъзи ҳолатларда, қўйилувчи склеро-дермасимон сариқ-кўкиш карашга ўхшаб кетади. Бу тошмалар йиринглаш томонга ўзгариб боради.

Тизимли амилоидозда беморлар ярмисининг тилида ўзгариш кузатилиши тавсифлидир. Тил катталашиб - макроглоссит кузатилади, тил оғизга сиғмайди, энгак ва лабга ёпишиб ҳар-хил овоз пайдо бўлади. Тилнинг ҳамма соҳасини қаттиқ тугунлар қоплаб олади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватидаги амилоидли геморрагик суюқлик сақловчи пуфаклар пурпурозли доғ ва катта экхимозлар ҳосил қилади. Тилдаги ўзгаришлар унинг фаолиятидаги ўзгаришларга олиб келади.



1. Меъда-ичак тракти касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатиладиган ўзгаришларни санаб ўтинг.
2. Юрак-қон томир касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатиладиган ўзгаришларнинг клиник кечиши.
3. Эндокрин без фаолияти бузилишлари натижасида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг белгиларини санаб ўтинг.
4. Организмдаги умумий патофизиологик ҳолатларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатиладиган ўзгаришлар ва уларни даволашдаги асосий принциплар.
5. Организмдаги умумий касалликни даволаш ва стоматолог врачнинг ёндашуви.

Унинчи боб

Мавзу: ГИПОВИТАМИНОЗ ВА АВИТОМИНОЗЛАРДА ОФИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида витаминлар етишмовчилиги оқибатида келиб чиқадиган офиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги ўзгаришларни билиши, уларни бошқа касалликлар билан қиёсий ташхислаши, витаминларнинг инсон организмда муҳим рол ўйнашини билиш лозим. Ҳар бир витаминнинг ҳужайра миқёсидаги фаолияти ўрнини билиш ва шу асосда касалликнинг мезонини этиологик таҳлил қилишга эътибор бериш зарур. Бундан ташқари уларнинг ўзига хос клиник кечини, даволаш усулларини билиши талаб этилади.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютерда тайёрланган материаллар, поликлиника ва клиникадаги беморларнинг тиббий ҳужжатлари.

Мавзунинг асосий саволари:

1. Витаминлар ҳақида тушунча. Уларнинг инсон ҳаётидаги ўрни.

2. Ҳомиладорлик даврида организмнинг витаминларга бўлган талаби.

3. Витаминларнинг моддалар алмашинувидаги аҳамияти ва физиологик жараёнлар.

4. Витаминлар етишмовчилигида офиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг клиник кечини, ташхислаш, даволашнинг ўзига хослиги.

5. Витамин ва ҳужайра митохондрияси ўртасидаги боғлиқлик.

Машғулот ўтадиган жой: Ўқув хоналари, поликлиника ва клиникада даволанаётган беморлар билан мулоқот.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, ҳар хил тиббий журналлар, клиникада даволанаётган беморларнинг касаллик варақалари, интернет маълумотлари.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Витаминлар истеъмол қилинадиган овқатимиз таркибида бўлиб, организм ҳаёти учун муҳим ўрин тутди, улар модда алмашинуви ва авваламбор адаптация жараёнида фаол иштирок этади. Витаминларнинг асосий манбаси овқат маҳсулотлари бўлиб, бир қатор витаминлар ичак микрофлораси томонидан синтезланади, яна бошқа бир қатор витаминлар организмдаги провитаминлардан модда алмашинуви жараёнида ҳосил бўлади. Витаминларнинг овқат маҳсулотлари билан организмга кам тушиши ёки ичак тизимидан тўғри сўрилмаслиги

ҳамда овқат билан умуман тушмаслиги гипо ёки авитаминоз ривожланишига олиб келиши мумкин. Авитаминоз ҳозирги кунда амалда кузатилмасда, у ёки бу витаминнинг маълум миқдорда етишмовчилиги кўп учраб туради. Гиповитаминоз ривожланиши патогенезида овқат маҳсулотининг таркибидаги витамин миқдорига боғлиқ. Шундай қилиб, углеводга бой овқат маҳсулоти истеъмол қилинадиган бўлса, витамин V_1 га талаб ошади, овқатда оқсил миқдори кам бўлса витамин V_2 , никотинат ва аскорбат кислоталарнинг организмга сўрилиши пасаяди. Меъда-ичак тракти касалликларида, қачонки овқат маҳсулотларининг сўрилиши пасайиши гиповитаминозлар ҳолати ҳамда жигар ва эндокрин фаолияти бузилишларида кузатилади. Организм томонидан витаминга бўлган эҳтиёж ошиши натижасида келиб чиқадиган витамин етишмовчилигига эътибор бериш жуда муҳим. Бундай витаминга чанқоқликнинг ортиб кетиши юқори ёки паст ҳаво ҳарорати таъсирида, жисмоний зўриқишнинг ошишида, асосан руҳий зўриқиш ва кислородга яхши тўйинмаслик вақтида юзага келади. Ҳомиладорлик ва эмизикли аёлларда аскорбин кислотага, пиридоксин, фолат кислотага, кальциферол ва токоферолга бўлган эҳтиёж жуда юқори бўлади. Модда алмашинуви жараёнида жуда кўплаб витаминлар ўзаро тўғридан-тўғри боғлиқдир. Бир витаминнинг етишмовчилиги ҳолати амалда кузатилмайди. Бу мақсадда витаминлар таъсирини синергизм ва антогонизми боғлиқлиги ҳолатини кўрсатиб ўтиш зарур. Агар организмда истеъмол қилинаётган овқат билан тушаётган аскорбин кислотаси миқдори кўп бўлса, V_2 витаминининг сарфланиши камаяди, V_2 витамини камайганда тўқимада С ва V_1 витаминлари миқдори пасаяди. Маълумки аскорбин кислота тиамин билан, фолат кислота V_{12} витамини билан, тиамин рибофлавин ва пиридоксин билан, рибофлавин ретинол ва пантотенат кислота билан, никотин кислота рибофловин билан ўзаро боғлиқ. А ва Д витаминларининг ўзаро таъсири антоганист таъсифга ҳосдир. Никотин кислотанинг тиамин, холин, пантотенат кислота билан, А витаминнинг К витамини билан антогонизм таъсифи аниқланган.

Ретинол (А витамини) етишмовчилиги. А витаминининг асосий фаолиятидан бири бу - эпителияларнинг яратилиши ва шаклланишини бошқариб туришдир, жумладан ОБШҚнинг турли шикастланиш ва таъсирловчи омилларига чидамлилигини оширади. А витаминининг етишмовчилиги эпителийда сезиларли ўзгаришларнинг - атрофия ва шохланишга олиб келади, натижада ОБШҚда маълум даражада ҳимоя фаолияти пасаяди. А гиповитаминозида ОБШҚ ва терида қуриш аломат-

лари, шохланиш жараёнининг кучайиши (гиперкератоз), ёғ безлари фаолиятида сезиларли ўзгаришлар кузатилади. Шиллиқ қаватда жараён яллиғланиш оқибатда эрозиялар ва йиринглашишга тамон ўзгариши мумкин.

Даволаш учун кунига 50000-100000 МБ миқдорда ретинол берилади. Катта дозада А витаминини бериш врач назоратида ўтказилади, агар гипervитаминоз ривожланадиган бўлса беморни уйқу босиши, лохаслик, бош оғриғи, юзда гиперемия ва кейинчалик терининг сувланиши кузатилади.

Рибофлавин (В₂ витамини) етишмовчилиги. Рибофлавин ферментларнинг протетик гуруҳига кирадиган, оксидланиш қайталаниш жараёнида фаол иштирок этадиган витаминдир. Рибофлавин углеводли, ёғли ва оқсилли алмашинув жараёнларида иштирок этади. Бу витаминнинг етишмовчилиги триада (учлик) кўринишида: дерматит, хейлит, глоссит ҳолида юзга келади. Дерматит бурун лаб бурмаси, бурун қанотлари, қовоқда қизаринг кўринишида, сувланиш, оғиз бурчакларида ёрилиш ва қотган яралар ҳолида юзга келади, уни юлганда эрозия юзга келади. Лабнинг қизил ҳошиясида ўткир сувланиш жараёни кузатилади. Бундан ташқари шу соҳаларда оғриқли, қонайдиган ёриқлар пайдо бўлади. Тилдаги ўзгаришлар қизаришдан бошланади, кейин уни сўрғичлари атрофияланади, уларнинг тўла йўқолиб кетишигача давом этади. Натижада тил деворлари оч қизил, силлиқ, қуруқ ва ялтироқ бўлиб қолади. Лаб ва оғиздаги ўзгаришларга ачишиш, оғриқ ҳамроҳлик қилади. **Татхислаш** мақсадида биокимёвий текшириш қон ва сийдикда ўтказилади. **Даволаш** мақсадида кунига 3 мартадан 0,01 г дан 1,0-1,5 ой давомида рибофлавин ичиш тавсия қилинади.

Никотин кислотаси (РР витамини) етишмовчилиги. Никотин кислотаси етишмаса, одамда пеллагра ривожланади. Никотин кислотаси пеллаграга қарши махсус восита саналиб, витамин РР пеллаградан огоҳлантирувчи номини изоҳлайди. Никотин кислота организмдаги моддалар алмашинувдга, авваламбор углевод алмашинувида иштирок этади. РР витаминининг гипова авитаминозининг ривожланишида триптофан етишмовчилиги, шунингдек, алкоголизм муҳим ўрин эгаллайди. РР гиповитаминозида иштаха ёмонлашиб, кўнгил айнийди ва ич кетади. Тил шишади, катталашади, сўрғичлари бошдан гипертрофияланади. Тил девори одатда қалин қараш билан қопланган, ёриқларга ажралиб туради. Кейинчалик қараш секинлик билан тушиб кетади, шу соҳадаги тил тўқимаси оч қизил, ялтироқ ва тезда оғриқли бўлиб қолади. ОБШҚ ва бошқа соҳалари қизаради. Бунда бемор кучсизликдан, эслаш қобилияти пасайишидан, апатия ва тез терлашдан шикоят қилади. Пел-

лаграда учлик шаклидаги типик ўзгариш: деменция, диарея, дерматит кузатилади. Асаб тизими фаолиятининг бузилиши (деменция) ўткир руҳий зўриқиш, тушкунлик ва депрессия кўринишида кечади. Диарея кучли ич кетиши, озиш билан тавсифланади. Дерматит қуйидаги белгилар билан юзага келади: тери пигментацияси, айниқса қуёш нури тушадиган соҳаларда, енгил қизарган, қуруқ, озиши билан ўтади. Тил сўрғичлари бутунлай атрофияга учрайди, тил ялтироқ, оч қизил ва оғриқли бўлади. Шиллиқ қават қизарган, шишган, гипертрофияланган, унда пуфаклар кузатилиши ва кейинчалик уни ўрнида эрозия вужудга келади. Бемор оғзида қуриш ва таъм сезишининг бузилишидан шикоят қилади. V_1 , V_2 ва V_6 витаминларининг етишмовчилигида ҳам муҳим аҳамиятга эга. ЗР витамини етишмовчилигини лаборатор текшириш натижалари тасдиқлайди. Даволаш учун никотин кислотанинг овқатдан кейин 0,1 г дан кунига 2-3 марта ёки парентерал йўл билан 15-20 кун давомида буюрилади. Бир вақтда тиамин, рибофлавин, пиридоксин, шунингдек умумий қувват оширувчи воситалар бериллади.

Аскорбин кислотаси (С витамини) етишмовчилиги. Овқат таркибида С витамини етишмаслиги, йўқлиги ёки ичак тизимида яхши сўрилмаслиги оқибатида цинга (скорбут, Меллер-Барлоу касаллиги) ривожланади. Организмда никотин кислотаси етишмовчилигининг юзага келишига ҳаддан зиёд жисмоний зўриқиш, инфекциян касалликлар, совуқ қотиш, асаб тизими зўриқиши ва шу каби бошқа ҳолатлар ҳам сабаб бўлади. Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг ҳолати муҳим аҳамият касб этади. Меъдада эркин соляний кислотаси йўқлиги аскорбин кислотасининг тез парчаланишига, меъда яллиғланиши унинг ёмон сўрилишига сабаб бўлади. Витамин С етишмовчилиги билан боғлиқ ўзгаришлар геморрагик синдром ва унинг асорати юзага келиши бўлиб, бевосита жараённинг иккиламчи инфекциясини чақиради. Аскорбин кислотасининг етишмовчилиги ва С авитаминози лохаслик, дармонсизлик, тез чарчаш, иштаҳа йўқлиги, озиш, айрим мушакларда оғриқ бўлиши билан бирга кечади. Терига меланин қуйилиши натижасида қорамтир бўлади, қуриydi ва осон тилинади. Капилляр ва кичик қон томирларнинг деворлари ўтказувчанлиги ошиши натижасида геморрагик синдром: ОБШК, тери ости ҳужайра ва бўгинларда патехиялар кузатилади; ўтказувчанликнинг бирдан ошиб оқибатда аскорбин кислота ва рутиннинг биргаликда етишмовчилиги кузатилади. Витамин С етишмовчилиги доимо оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар билан кечади. Шиллиқ қаватдаги шикастланишлар ўрнида патехияли қон қуйилишлар билан қўшилиб, йирик қон қуйилишлар кузатилади. Касалликнинг бошида дастлаб милк сўрғичларида шиш кузатилиб, у

қизил-кўкиш, секинлик билан катталашиб боради, тиш тож қисмини ёпиб боради ва кучли қонайдиган бўлади. Тишларнинг қимираганлиги ва тушиб кетиши кузатилади. Кейинчалик қонда иккиламчи инфекция тушиши натижасида ярали некротик жараён юзага келади. Некрозлар кўпинча милк четлари ва муртак безларида жойлашади. С гиповитаминозидаги милк сўрғичларининг катталашишини гиперτροφик гингивитдан фарқлаш зарур. ОБШҚдаги нуқтали қон қуйилишларни қон касалликларидан фарқлаш зарур. Цингга бошқа симптомлари лаборатор текширишлар натижасининг муҳокамаси муҳим аҳамият касб этади. С гиповитаминозида аскорбин кислота-сининг қондаги миқдори пасайиши кузатилади. Даволаш мақсадида кунига 0,1 г дан 4-5 марта аскорбин кислота ёки 1-3 мл дан 5% аскорбинат натрий эритмаси парентерал усулда ўтказилади. Бир вақтда рутин тавсия қилинса мақсадга мувофиқ бўлади.



1. *Гипо ва авитоминозларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг клиник кечиши ва даволаш усуллари.*
2. *Организмда витамин А етишмаслиги оқибатидаги оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатиладиган ўзгаришларни санаб ўтинг.*
3. *Рибофлавин (В2 витамини) етишмаслиги натижасида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларни таъхислаш.*
4. *Организмда никотин кислотаси етишмаслиги натижасида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг клиник кечиши ва даволаш.*
5. *Организмда аскорбин кислотаси етишмаслиги натижасида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларни клиник кечиши.*

Ўн биринчи боб

Мавзу: ҚОН ВА ҚОН ЯРАТУВЧИ АЪЗОЛАРНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида қон ва қон яратувчи аъзолар касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги ўзгаришларни, клиник кечилишни, бошқа касалликлар белгилари билан қиёсий ташхислашни билиши, инсон организмида қон ва қон яратувчи аъзоларни муҳим ўрин тутишини эътиборга олиши зарур. Касалликларни ташхислаш, текшириб, даволаш босқичларини билиши, қоннинг физиологик хусусиятларини, вазифаларини, гистологик жиҳатдан ўзига хослиги ҳақида тушунчага эга бўлиши талаб этилади.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютер материаллари, клиникада даволанаётган беморларнинг тиббий варақалари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Қон ҳақида тушунча ва инсон организмида тутган муҳим ўрни.

2. Қоннинг физиологик хусусиятлари ва вазифалари.

3. Лейкоз касаллигида қон анализидagi ўзгаришлар ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида намоён бўлиши.

4. Лейкоз касаллигининг турлари ва уларнинг клиник кечилиши, ташхислаш ва даволашда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги амалий даво усуллари.

5. Қон ва қон яратувчи аъзолар касалликларидаги оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги патологик ўзгаришларнинг ўзига хос хусусиятлари.

Машғулот ўтказиладиган жой: Махсус даволаш муассасалари, клиникадаги беморлар билан мулоқот.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, ҳар хил тиббиёт журналлари, интернетдаги маълумотлар.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Қон касаллигида ОБШҚда ўзгаришлар жуда кўп ҳолатларда кузатилади. Лейкоз - қон яратувчи аъзоларнинг ёмон сифатли касаллиги бўлиб, қон яратувчи аъзолар хужайраларининг прогрессив гиперплазияси натижасида юзага келадиган ўзгаришлар бўлиб, хужайраларнинг бўлиниши жараёнининг етилиши устида туради. Кейинчалик патологик қон яратиш ўчоғи турли аъзоларда, жумладан, ОБШҚда юзага келади. Лейкозда қон таначалари аноплазияланади, шунингдек, меъёрий морфологик тузилиши ва физиологик фаолиятини йўқотади,

янги бластомали тузилиш ҳолати юзага келади. Қоннинг ўсма-симмон хужайраларини анаплазия даражасига боғлиқ ҳолда лейкознинг кечиши тавсифи ўткир ва сурункалига ажратилади. Лейкозда ташхислашнинг ўзига хос қийинчилиги шундаки, ўткир даражадаги лейкозни ҳам фақат ОБШҚ ўзгаришларига асосан аниқлай оламиз. Ташхислашда йўл қўйиладиган хатolikлар асосан лейкозда, ОБШҚдаги ўзгаришларнинг бошланғич даврини аниқлаб бўлмаслигидир. Шунинг учун ўткир лейкоз қутилмаганда тўсатдан бошланади. Лекин амалий ва илмий изланишларнинг кўрсатишича, касаллик узоқ вақт ҳеч қандай белгиларсиз, яллиғланишли ёки дистрофик ўзгаришли жараён каби, жумладан ОБШҚ да ҳам кечади. Ўткир лейкоз - бу касаллик кўриниши лейкоцитлар етилишининг тўхташи касалликнинг энг авж олган босқичидаги даврига тўғри келади. Ўткир лейкоз билан оғриганларнинг 90,9% да ОБШҚ ўзгаришлар билан кечади. Ўткир лейкоздаги ташхислашда умумий симптомлар (ҳолсизлик, тез терлаш, субфебрил ҳарорат, ичакдан, бачадондан ва бурундан қон кетиши) муҳим аҳамиятга эга. Кўрганимизда тери юзаси оқариши, ОБШҚ енгил таъсиротларда ҳам жароҳатланиши ва қонаши, милкда, лунжда ивишиш танглай ва тилда қон шишлари учрайди. Гематомалар ва геморрагияларни шиллиқ қаватда қандай бўлса, терида ҳам шундайлигича кузатамиз.

Милкнинг тез-тез қонаши ўткир лейкознинг биринчи клиник белгиси саналади. Бунда милк говак қон айдиган ва йиринглайдиган бўлади. Лейкозли хужайралар милкни гиперплазияси ва инфильтрациясига олиб келиб, тиш тож қисмини тўла ёпилиши ҳолигача ўсиб боради, қонайдиган, говак, маҳаллий йирингли ўрамалар ҳосил бўлиб, овқат еганда оғриқ билан беморга ҳалақит қилади. Некроз кўп ҳолатларда муртак бези, ретромолляр соҳа, оғиз бўшлиғи бошқа соҳаларида юзага чиқади. Некротик жараённинг ўзига хос томонлари шиллиқ қаватда қўшилиб тарқалишидир. Натижада ноаниқ шаклдаги кенг яралар ҳосил бўлиши, унинг юзаси кўкиш некротик қараш билан қопланиши кузатилади. Яра атрофидаги тўқималарнинг реактивлиги кўринмайди ёки кучсиз намаён бўлади. Оғиз бўшлиғидаги некротик ўзгаришлар оқибатида бемор тезда пайдо бўладиган оғриқдан, овқат еганда, ютингандаги қийинчиликлардан, оғиздан қўланса йиринг ҳид келишидан, умумий ҳолсизликдан, бош айланишидан ва оғришидан шикоят қилади. Ярали некротик ўзгаришларнинг бошланишида бемор гиперсаливацияни, кейинчалик гипосаливацияни сезиши мумкин, бу эса сўлак безининг дистрофик жароҳатлари-

дан далолат беради. Уткир лейкозда ОБШҚнинг некротик жараёни сабаблари охиригача ўрганилмаган. Некрознинг ривожланишида лейкемик инфильтрация ҳосил бўлиши, катта-катта қон қўйилишлар, асаб трофик зўриқиш ва организм ҳимоя фаолиятининг бузилишидир. Уткир лейкозда лимфатик тугунлар сезиларсиз катталашади 0,5 дан 1 см гача, юмшоқ ва оғриқсиз бўлади. Айрим ҳолатларда ОБШҚ ва терида махсус лейкемик инфильтратлар милқда инфильтратлар ҳосил бўлиши оқибатида милқ четлари, танглайда тезда кемтиклар вужудга келади. Бундай ҳолатларда кўпинча гипертрофик гингивит каби **ташхисланади**. Лейкемик инфильтратлар йиринглашиб кейинчалик қон кетишига олиб келиши мумкин. Уткир лейкозларни юзага келиши гипертрофик гингивит, Венсаннинг ярали некротик стоматити, С гиповитаминози, оғир металл тузларидан заҳарланиш билан фарқланади. Лейкозда якуний ташхис қонни текшириш натижасида қўйилади. Уткир лейкозни **даволаш** учун цитостатиклар (маркоптопурин, метатрексат, циклофосфан ва бошқ.), кортикостероидлар (преднизалон, триаминолен, дексаметазон), кенг таъсир доирасидаги антибиотиклар қўлланилади. Дори воситаларини ишлатаётганда шунга эътибор бериш керакки, цитостатиклар ОБШҚ да эрозив ярали жароҳатлар чақиради.

Маҳаллий даво усулларига антисептик ва оғриқсизлантиврувчи моддалар билан маҳаллий ишлов бериш киради. Сурункали лейкозлар нисбатан узоқ ва яхши сифатли кечиши билан ўткир лейкозлардан фарқланади. Сурункали лейкозлар қон яратувчи аъзоларнинг тавсифига боғлиқ ҳолда **миелопролифератив** (миелолейкозлар) ва **лимфопролифератив** (лимфалейкоз) шаклига ажратилади. Сурункали миелолейкозлар икки босқичда ўтади: яхши сифатлиси бир неча йилгача давом этади, ёмон сифатли (терминал) 3-6 ойгача чўзилади. Биринчи босқичи кўпинча унча ўткир бўлмаган клиник белгиларнинг юзага келиши, кейин промиелоцит ва якка бласт ҳужайралар ҳосил бўлганча нейтрофил лейкоцитознинг давом этиши билан тавсифланади. Иккинчи босқичда қондаги лейкоцитларнинг тез ўсиши кузатилади. Ривожланиб бораётган лейкозда анемия, тромбоцитопения кузатилиб, геморрагия билан бирга кечади, сурункали лимфолейкоз ўрта ёшли ва кексаларда ривожланади, қонда лейкоцитларнинг маълум миқдорда ошиши ва яхши сифатли узоқ кечиши билан тавсифланади. Лейкозли лимфоцитар инфильтратлар суяк кўмигида, лимфа тугунларида, талоқда, жигарда жойлашади. Сурункали лейкозда бошланғич давр бемор учун сезиларсиз кечади. Ягона шикоя-

ти лимфа тугунларининг катталашганлиги бўлиши мумкин. Қатор беморларда ОБШҚ даги ўзгаришлар касалликнинг зўрайишида геморрагик; ярали некротик жароҳатланиш ва ўсмали кенгайиш тавсифида кечади.

Агранулоцитоз - синдром, периферик қондаги нейтрофил гранулоцитларнинг камайиши ёки умуман йўқолишидир. Агранулоцитозни ривожланиш механизми миелотоксик ва иммунли бўлади. Миелоцитик агранулоцитозда организмдаги ионизация радиоактивлар, кимёвий бирикмалар, цитостатик моддалар таъсирида суяк кўмигида гранулоцитларнинг босқичдан олдинги кескин ўсиши кузатилади. Иммунли агранулоцитоз антилейкоцитар антителолар таъсирида гранулоцитларнинг ўлиши тезлашади. Дори моддалардан амидопирин, бутадиион, фенацетин, аналгин, барбамил, сульфаниламидлар, стрептомицин, ПАСК, цитостатиклар ва бошқалар агранулоцитозни чақиради. Агранулоцитозда дастлаб шиллиқ қаватда ўзгаришлар кузатилиб, уни стоматологга мурожаат қилишга мажбур қилади. Миелотоксик агранулоцитоз тўсатдан яширин ривожланади. Иммунли дори воситали агранулоцитоз ўткир бошланади. Касаллик тана ҳарорати кўтарилиши, ютинганда оғриқ бўлиши, оғиздан ҳид келиши, милкларнинг қонаши билан бошланади. Геморрагия кузатилиб, ОБШҚда некроз ўчоғи ҳосил бўлади, бу асосан муртак безларида тез-тез кузатилади. Ярали некротик жараён ОБШҚда кандидоз билан қўшилади. Лимфа тугунлари катталашади. **Фарқли ташхислашда** Венсаннинг ярали некротик стоматити ва қоннинг бошқа касалликлари билан фарқланади. Ташхис анамнез, клиник кўриниш, периферик қон ва суяк кўмиги пунктация қилиниб текшириш натижасида қўйилади. Умумий даволаш терапевт ва гематолог назорати остида; биринчи ўринда қон қуйиш, этиологик омилларни бартараф қилишга эътибор берилади. Маҳаллий даволаш учун оғиз бўшлиғига антисептик иплов бериш, оғриқсизлантириш, эпителизацияни стимулловчи дорилар тавсия қилиниши керак.

Тромбоцитопеник пурпура (Верльгоф касаллиги). Мегакарицитларнинг бузилиши ва тромбоцитларни таъминлаб беришнинг кучсизлиги билан боғлиқ ўзгаришлардир. Касаллик периферик қонда тромбоцитларнинг маълум даражада камайиши билан тавсифланади. Верльгоф касаллигининг **сурункали** ва **ўткир** кечишидаги клиник кўринишлари фарқланади. Симптоматик тромбоцитопения фақат Верльгоф касаллигидагина эмас, балки этиологияси аниқ бўлмасда, аллергик ҳолатларда, юқумли касалликларда, дори воситаларидан захарланган-

да ҳам кузатилади. Касалликнинг асосий клиник симптомлари терида, шиллиқ қаватда қон қуйилишлар, бурун ва милкдан қон кетишидир. Сероз қаватда, кўз тўр пардаси ва бошқа соҳаларда, бош мияда қон қуйилишида геморрагиядан кейинги анемия ривожланади. Касалликнинг ўзига хос тавсифи тромбоцитопениядир. Ремиссия даврида тромбоцитлар миқдори камайиши 10 дақиқагача ва ундан узоқ вақт қон кетишига сабаб бўлади. Жгут симптоми (Кончаловский-Румпел-Леде) аниқ ва тезда мусбат натижа беради. Ўткир шаклда камданкам кузатилиб, тана ҳарорати ошиши билан профуз қон кетиш, шунингдек буйрак кўриниши кузатилади. Стоматологик ва бошқа мутахассис ёрдами кўрсатилганда, тромбоцитопенияли беморлар билан эҳтиёт бўлиш зарур. Муолажаларни маълум тайёргарликдан сўнг стационар шароитда ўтказиш зарур.

Эритремия (полицитемия, Вакеза касаллиги) қон яратувчи тизим қурилмасининг касаллиги бўлиб, бутун танадаги қон миқдорининг ошиши натижасида эритроцит ва гемоглабин миқдорини кўпайиши кузатилади. Эритремия кўпинча 40-60 ёшдаги эркаклар орасида учрайди. Касаллик бемор учун сезиларсиз, қорамтир-олча рангдаги ҳолатга ўтади, бу эса гемоглобин тикланиши натижасида капиллярлардаги миқдорининг ошиши билан боғлиқдир. Тез-тез милкларнинг қонайди. ОБШҚ даги томирларнинг қон билан тўлиши ва нейротомирларнинг сиқилишидан айрим шиллиқ қобиг соҳаларида парестезия кузатилади. Ташхис эритроцитлар миқдорининг тезлик билан ошиб кетганлиги асосида қўйилади. Бир вақтда гемоглобин ва қоннинг ёпишқоқлиги кучаяди.

Анемия ҳолати, қон ҳажмига нисбатан эритроцит ва гемоглобиннинг камайиши билан тавсифлидир. Ҳозирги вақтда анемиянинг жуда кўп турлари фарқланади. Биз анемиянинг оғиз бўшлиғида ўзгариш чақирадиган турини ўрганамиз. **Гипохром** - темир етишмовчилик анемияси (хлороз). Хлорознинг эрта юзага келиш даври жинсий етилаётган ёш қизларда учрайди. Хлорознинг кечки юзага келиши эса аёлларда климактер олди даврида кузатилади. Организмнинг ўсиши, қоннинг йўқотилиши натижасида организмнинг темирга бўлган талабининг ошиши жараёнида темир танқислиги кузатилади. Кечки хлорознинг патогенезида ахилия, хайз циклининг бузилиши, ички секреция безлари фаолиятидаги бузилиш, темир захирасининг туғаши натижасида юзага келади. Қатор беморлар тиш эмалининг ялтираши йўқолади, тишларнинг емирилиши кучаяди. Бемор оғзининг қуришидан, овқат ейишнинг қийинлашувидан, тилда, лабда ачишиш ва оғриқдан, таъм сезишнинг бузилишидан шикоят қилади. Бемор бўр, тиш порошоғи, қуруқ

донни егиси келади. Беморнинг оғиз шиллиқ қобиқ қаватида оқариш, намланишнинг етишмаслиги кузатилади. Тил шишган, катталашган, тишларнинг изи шиллиқ қобиқ қаватида сезилиб туради. Тилнинг сўргичлари, айниқса олдинги 1/3 қисмида кучли атрофияланган ҳолати юз беради. Оғиз бурчагида тез-тез ёрилиш ҳолатлари кузатилади. Гипохром анемиянинг **ташхиси** кўриш, анамнез йиғиш, қоннинг рангли кўрсаткичини баҳолаш (0,4-0,5), микроанизоцитоз ва пайкилоцитоз асосида қўйилади. Лейкоцитлар ва қон пластинкаларининг сони ўзгармайди. Касалликнинг ёзги ва кузги даврларда қайталанади. **Даволаш** учун темир, витамин дори воситалари ва тўйимли овқатланиш тавсия этилади. Стоматолог оғиз бўшлигини санация қилади, беморни некротик жараённинг юзага келишидан огоҳлантиради ва симптоматик даволаш ўтказилади.

V₁₂ витамин етишмовчилик ёки фолий етишмовчилиги анемияси - (Аддиссон-Бирмер, пернициоз, ёмон сифатли анемия), эритропоэзнинг қайталаниши, айланиши билан тавсифланади. Пернициоз анемия организмда V₁₂ витамини етишмовчилигидан, меъда эпителияларининг темирдан атрофияга учраши ҳамда старли витаминларнинг тўғри сўрилмаслиги каби жараёнларнинг оқибатидир. V₁₂ витамини ва фолий кислота гемопозэ учун муҳим омилдир. V₁₂ витамини организмга меъда ичак тракти орқали тушади, бироқ меъдада унинг сўрилиши асосан ички омили иштирокида гасрому-копротеин, меъдада ишлаб чиқиладиган ушбу модда орқали амалга ошади. V₁₂ витаминининг гастромукопротеин билан аралашishi V₁₂ витаминоқсил комплексининг ҳосил бўлишида иштирок этади ва сўрилиб, фолий кислота суяк кўмигини фаоллаштириш, меърий эритропоэзни белгилайди. Касаллик доимий ривожланади. Умумий дармонсизлик, бош оғриғи, парестезия кузатилади. Тилнинг куйишиши ва ўзгариши доимий учрайди. Тил сўргичларининг атрофияланиши натижа-сида ялтироқ, силлиқ бўлиб эпителиялари қуриydi ва мускуллари атрофиялана бошлайди. Тилда оч-қизил доғлар пайдо бўлади (Гентер-Мелер глоссити). **Ташхис** асосан қондаги клиник анализ натижалари асосида қўйилади: гемоглабин миқдорининг озгина камайиши билан эритроцитлар миқдорининг аҳамияти камайиши ва ранг кўрсаткичларининг (1.3-1.5) юқорилиги кузатилади. Эритроцитлар анизо ва пойкилоцитознинг ўткирлашган тавсифлилиги ва айни вақтда мегалоцит ҳамда мегалобластлар билан кечади. Суяк кўмигини пунктация қилганимизда қоннинг қизил элементларининг қўзғалувчанлигини кўраимиз.

Даволаш: V₁₂ витамини 100-150 мкг ва фолий кислота 0.005 г дан кунига; оғир ҳолатларда қон қуйиш ёки эритроцит мас-

сажи қўйиш вақтида витаминларни аралаштириш керак. Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар умумий даволашдан кейин тезда ўтиб кетади.



1. Қон ва қон яратувчи ағзо касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг белгиларини санаб ўтинг.
2. Агранулоцитоз синдромида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида қандай ўзгаришлар кузатилади.
3. Верльгоф касаллигида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг асосий белгиларини айтинг.
4. Эритропения касаллигида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг белгиларини санаб.
5. Анемия ҳолатида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг асосий белгилари.
6. Аддиссон-Бирмер касаллиги нима ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги белгиларини санаб ўтинг.

Ўн иккинчи боб

Мавзу: ОФИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБНИ ЖАРОҲАТЛОВЧИ ДЕРМАТОЗЛАР

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабни жароҳатловчи дерматозларнинг турлари, этиологияси ва патогенези, клиник кечишини билиши лозим. Дерматозларнинг асосан лаб ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини жароҳатлаши билан бошқа касалликлардан қиёсий таъхислаш мумкин. Касалликни даволашнинг ўзига хослиги ҳозирги замонавий дори-дармонларда даволашда, олдини олишда тўғри фойдаланишдир.

Машғулотнинг техник таъминоти:

Слайдлар, жадваллар ва албатта клиникада даволанаётган ва мурожаат қилаётган беморларнинг касаллик варақалари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Дерматозли жароҳатларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ўзига хос хусусиятли белгиларини билиш.

2. Қизил ясси темирлатки ҳақида тушунча ва унинг этиопатогенези ва клиник кечишининг ўзига хос асослари.

3. Дерматозларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги клиник кечиши ва турлари.

4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги дерматозларнинг бошқа касалликлардан асосий фарқлари.

5. Дерматозларни даволашнинг ўзига хос асослари

Машғулот ўтказиладиган жой: Ўқув хоналари ва клиника бўлимлари.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, клиникада даволанаётган беморлар, касаллик тарихи варақалари.

Мавзунинг асосий мазмуни: Дастлаб қизил ясси темирлатки ҳақида фикр юритамиз. Қизил ясси темирлатки (*Lichen ruber planus*) ёки ясси темирлатки - тери ва шиллиқ қобиқ қаватининг кўринадиган соҳаларида юзага келадиган тугунли сурункали касаллик бўлиб, кўпинча лихеноид реакцияли тавсифда кечади. Бундай касаллик билан оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабнинг қизил ҳошияси тез-тез жароҳатланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг ясси темирлаткили жароҳатланиши тўғрисида биринчи бўлиб, 1869 йилда Wilson ёзган, кейинчалик ушбу касаллик устида кўплаб мутахассислар излаши олиб боришди.

Этиология ва патогенези. Ясси темирлаткини келтириб чиқарувчи омиллар охиригача аниқланмаган. Бу касалликнинг

ривожланиши тўғрисида вирусли, токсик-аллергик, асаб назариялари мавжуд. Қобикланган ясси темираткининг ривожланишида токсик-аллергик компонентнинг аҳамияти муҳимдир.

Кўп муаллифлар изланишларининг кўрсатишича, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида ясси темираткининг пайдо бўлиши, кечиши, ривожланиши ва терапевтик таъсирларга чидамлилиги, беморнинг турли сурункали касалликлар билан оғриши, организмнинг ҳимоя тизимида, шунингдек, шиллиқ қобик қаватларнинг шикастланишларга бардошлилиги муҳим аҳамиятга эгадир.

Қизил ясси темираткининг эрозив-яралли турида беморнинг меъдаси гастроскопия қилинганда, меъда шиллиқ қобик қаватида ўзгаришлар оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватидаги каби кўринишда тус олиши аниқланган. Бироқ, бу ўзаро боғланишларнинг механизми охиригача ўрганилмаган. Шу омилни эътироф қилиш мумкинки, меъда-ичак трактида турган бактериялар антигенлик қилиши эҳтимолдан ҳоли эмас, чунки шиллиқ қобик қават эпителиал ҳужайрасининг тузилиши учун антигенлик хусусиятга эга бактериялар тури мавжуд бўлади. Бундай ҳолатда кесишган реакция ҳолати юзага келади.

Оғиз бўшлиғида жойлашган протезлар ва турли металл пломбалар сўлакнинг микроэлемент таркибига тезда таъсир қилади, оғизда галванизация тоқлари пайдо бўлишига олиб келади, қатор ферментлар таъсирида ингибирланувчи куч юзага келади ва таъқиб қилувчи омил каби изоморф реакция типидо оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида ясси темираткини ҳосил қилади.

Охириги йилларда, турли хил кимёвий моддалар, жумладан, дори воситалари таъсирида оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида ясси темираткининг ривожланиши тўғрисида кўплаб маълумотлар эълон қилинмоқда. Бунга рангли киношлётка ишлаб чиқариш ва у билан боғлиқ ишларда, парафениллендиамин билан алоқада бўладиган, тетрациклин ичадиган, ПАСК, олтин, атебрин дори воситалари ва бошқалар билан боғлиқ жараёнларни эслашимиз мумкин.

Клиник кўриниши. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватидаги ясси темираткининг олти хил клиник шакли фарқланади: **типик, гиперкератозли, экссулатив-гиперемик, эрозив-яралли, буллёзли ва атипик.** Камдан-кам ҳолатларда, пигментли шакли учрайди.

Типик шакли папоротник баргига ўхшаган, ўзаро бир-бирига қуйиладиган оқиш-бўғиқ, кичкина-кичкина 2 мм гача диаметрли тугунчалардан иборат. Тилда тугунчалар 1 см гача ҳажмда караш ҳосил қилади. Бундай карашлар лунж, лаб шиллиқ қаватларида камроқ кузатилади. Лихеноидли тошмалар юзасидаги оқ-кўкиш қоплам тилинганда осон олинмайди. Қатор бе-

морлар лунжидаги шиллиқ қаватда ясси темиратки бир текисда шохланган ўчоғининг аниқ чегараси билан ажралиб туради. Булар *гиперкератик* шаклдаги қизил ясси темираткидир.

Лабнинг қизил ҳошиясида ясси темираткининг қуйилувчи папулалари юлдузсимон шаклчага кириб, айрим ҳолатларда, суюқланувчан текисликни ҳосил қилади. Кўпинча, ясси темираткининг тошмалари лунж, тил, лаб, кам ҳолларда, танглай, милк, оғиз тубидаги шиллиқ қаватда жойлашади. Лабнинг қизил ҳошиясида жойлашганида, кўпинча, пастки лабни жароҳатлайди.

Ясси темираткининг **типик** шаклидаги папулёз тошмалари Вуд нурлари йўналтирилганда лабда кўкиш-оқ ёки кўк ёруғлик кўринишлар ҳосил қилади, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида жойлашса, оқ нури вужудга келтиради.

Вуд нурлари юзасидаги папулёз элементлар суртмада ўрганилганда, цитоплазмали эпителиал шохланган ҳужайралар кузатилиб, оловранг нур беради, шунингдек, сарғиш-оловранг нур берадиган ядро ва цитоплазмали паракератотик ҳужайралар кузатилади.

Экссудатив-гиперемик шакл ясси темиратки учун типик папула хос бўлиб, шиллиқ қобиқ қаватда шишган, қизарган ҳолда жойлашади. Бу шаклда, бемор иссиқ, аччиқ, қаттиқ овқат еганда кучли оғриқдан шикоят қилади.

Эрозив-яра шакли темиратки даволашда энг қийинчилик ва оғирлиқ туғдирадиган туридир. Бу шакл типик ва экссудатив-гиперемик шаклдаги ясси темираткининг асорати сифатида жароҳатланиш устидаги яллиғланиш ҳолатидир. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватида ёки лабда жойлашган бу шакли ясси темираткида эрозия, яра бўлиб, унинг атрофи шишли ва қизарган асос шаклида кўринади.

Эрозия нотўғри шаклдаги фибринли караш билан қопланган бўлиб, уни олганимизда, осон қонайди. Булар кам сонли кичкина-кичкина, кам оғриқли, айрим ҳолатда қаттиқ оғриқли, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабнинг бутун соҳасига тарқалувчи тавсифда бўлади. Кўпинча, эрозия узоқ вақтгача, шишиб туриб қолади ва эпителизацияланмайди. Қатор беморларда, даволаш натижасида эпителизацияланиб, тўла йўқолиб кетади, лекин шу ёки бошқа соҳада яна қайта пайдо бўлади. Камдан-кам ҳолатларда эрозив-яралар тошмалар шиллиқ қаватда атрофияни юзага келтиради.

Буллёз шакли ясси темираткида тўғноғич бошчасидан лавия катталигича келадиган оқ-ялтироқ рангдаги тугунча, усти қаттиқ қобиқ билан қопланган тугунчалардан ташкил топган. Шиллиқ қаватда пуфақлар бир неча соатдан 2 кунгача сақла-

нади. Ясси темираткининг эрозив-яралли шаклидан фарқли ўлароқ, буллёз шаклда эрозия тезда эпителизацияланади. Буллёз шаклидаги касаллик кечиши турлича: бошқа ҳолларда пуфакларнинг қайталаниши ойлаб давом этади. Пуфакли тошмалар ёки бир вақтда пайдо бўлган папулёз тошма, кейинчалик унга қўшилиши билан юзага келади. Агар пуфаклар папулёз тошмалар билан қўшилса, ташхислашда қийинчилик туғдиради.

Атипик шаклдаги ясси темиратки юқори лабнинг шиллиқ қобиқ қаватида ва шиллиқ қобиқ қаватининг юқори милк билан алоқада бўладиган қисмида юзага келади. Лабнинг марказида қизарган жароҳат ўчоғи чегаралари аниқ жойлашгани кўриниб туради. Бу ўчоғ атрофидаги шиллиқ қобиқ қаватдан қисман кўтарилган, унинг юзасида кучсизгина эпителийларнинг лойқаланиши, оқиш қатламли караш шаклда, шпател билан тилганда олинмайдиган ҳолда жойлашади. Бошқа вазиятларда юзасида эпителийларнинг мацерацияси кузатилади. Кўпинча сўлак безларининг устида ўчоқ кенгайган бўлади. Бундай ҳолатда юқори лабнинг барча соҳасида қисман шиш кузатилади.

Кўпчилик бундай беморларда юқори кесувчи тиш (резец)лар соҳаси сўргичлари қалинлашган, қисман шишган, қизарган, милклар пастозли ҳолда бўлади, енгил текканда ҳам қонайди, шпател билан осон эрозияланади. Бу сўргичларнинг юзасида, айрим ҳолларда, сезиларсиз ялтироқ тўр шакл кўриниб туради. Бемор жароҳатланган соҳанинг ачишишидан, оғришидан шикоят қилади.

Юқорида келтирилган ясси темираткиларнинг шакллари бири иккинчисига алмашилиши мумкин. Экссудатив-гиперемик ва эрозив-яралли шакллари типик шакл асорати каби тез-тез юзага келади. Ясси темиратки оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва терида бир вақтда ёки кетма-кет ривожланиши мумкин. Стоматолог врач шунини доим ёдда тутсагина, ташхислашда қийинчиликсиз тўғри хулосага эга бўлади. Тирсак соҳасининг пастки 1/3 қисмига, тиззанинг олдинги юзаси ва белнинг терисида 0,2-1 см диаметрдаги киндиксимон қичишувчи, ярим югирик ясси кўкиш-сарғиш папулалар пайдо бўлади.

Кечиши. Шиллиқ қаватда ясси темиратки кўплаб йиллар сақланиб қолади. Касалликнинг қайталаниб туриши ва давомийлиги орасида узоқ-узоқ ремиссив даврлар бўлади. Ясси темираткининг давомийлигига организмдаги монёълик ва тиш касалликлари туртки бўлиши ҳам мумкин.

Қизил ясси темиратки турлича фаолликда кечадиган сурункали касаллик, унинг бу кечиши оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида ҳам кузатилиб, ўткир ва сурункали касаллик босқичларига ажратилади. Ўткир босқичда кечадиган типик шак-

лли ясси темираткида янги папулалар ҳосил бўлади, экссудатив-гиперемик шаклда қизариш ва экссудация, эрозив-яралли шаклда янги эрозия ёки катта ҳажмдаги ўзгариш кузатилади. Шиллиқ қобиқ қават турли-хил шикастланишида (тиш, протез, ўткир, аччиқ, қаттиқ овқатдан) ҳам янги ёки қайталанувчи тошмали белгилар (Кебнернинг мусбат симптоми, касаллик учун хос тошма) кузатилади. Сурункали, босқичли кечадиган ҳолда Кебнернинг симптоми манфий бўлади, жароҳён прогрессияланмайди, тошмалар вақти-вақти билан йўқолиб кетади, лекин яна қайта пайдо бўлади.

Лунж ва лаб қизил ҳошиясидаги темиратки ёмон сифатлига айланиб кетиши мумкин. Ёмон сифатли, яъни ўтиб кетган темираткида жароҳат асоси қаттиқлашади, кутилмаганда шоҳланиш кучайиб кетади. Узоқ вақт давомида яралар битмайди. Айниқса, бу ҳол гиперкератоз атрофида кузатилади.

Ташхислаш. Қизил ясси темиратки оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва терида пайдо бўлганда ташхислаш учун ҳеч қандай қийинчилик туғдирмайди, бироқ, тошмалар фақат оғиз шиллиқ қобиқ қаватида жойлашса, анча қийинчилик пайдо бўлади. Бундай ҳолатларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги лихеноид реакцияси ташқи кўринишидан ясси темираткидан фарқ қилмаслигига эътибор бериш зарур. Лихеноидли реакцияда таъсирловчи омил бартараф қилинганда, тошма тезда йўқолиб кетади.

Ясси темираткидан фарқли ўлароқ, лейкоплакияда оқиш-сарғиш рангда тўла соҳа бўйлаб, шоҳланиш кўринишида суратли жароҳат тавсифи, клиник яллиғланиш белгилари бўлмайди. Қизил югирикда жароҳат қизарган, инфилтрацияланган, яллиғланиш ўчоғи атрофида гиперкератоз жуда сезиларсиз нуқтачалар, калта чизиқлар, бошқа ҳолларда, ўчоқ четларида бир-бирига қўшилиш ҳолатидаги шакл кузатилади. Қизил югирикда ўчоқ марказида атрофия кузатилиб, бу қизил ясси темираткида кузатилмайди.

Захмли папулалар одатда, каттароқ, айлана ёки овал шаклида бўлиб, унинг юзаси кўкиш-оқиш караш билан қопланган, у озгина шикастлаганда олинади, бу қизил ясси темираткида кузатилмайди. Захмли папулада жароҳат юзасида оқ трепонема топилиб, Вассерман реакцияси мусбат натижа беради.

Қизил ясси темираткининг эрозив-яралли шаклини қизил югирикдан қиёсий ташхислаш жуда қийинчилик туғдиради.

Ясси темираткининг буллёзли шаклини вулгарли ва неконтолитик пуфакчадан, оддий пуфакли темираткидан, экссудатли эритемадан қиёсий фарқлаш зарур. Бундай ҳолатларда, тўғри ва билвосита РИФ ўтказиш ташхислашда муҳим аҳамият касб этиб, бу пуфакча ва буллёзли пемфигоидни ясси темиратки-

нинг буллёз шаклидан қиёслаш учун асос бўлади. Бундан ташқари вулгар пуфакчадан олинган суртмада аконтолитик ҳужайра топилади.

Кўп шакли экссудатив эритемада оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида қизариш ва шиш кузатилиб, пуфак ва нотўғри кўринишдаги эрозия юзага келади, унинг юзини фибринли қараш қоплаган, тезда оғриқ сезади. Эрозия атрофида папулалар тошмалар кузатилмайди. Жараён оғиз шиллиқ қобиқ қаватида 4-6 ҳафтада йўқолиши мумкин.

Натижаси. Касаллик яхши сифатли, лекин эрозив-яралли шакли, жуда узоқ вақт давом этади, ҳаттоки беморнинг эркин сўзлашишига ҳам халақит қилади.

Даволаш. Ташхис аниқ қўйилгандан кейин, унинг қандай соматик касаллик билан бирга кечиши аниқланади. Биринчи навбатда, меъда-ичак тракти текширилади. Шунинг билан биргаликда, қондаги қанд миқдорини, артериал қон босимини аниқлаш зарур. Касалликмаълум бўлгач, беморга махсус терапевтик таъсир қиладиган, организмни санадиялайдиган комплекс даволаш олиб бориш, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида эрозив-яра шакли темирткига қарши санация ўтказиш зарур.

Барча ясси темиртки билан оғриган беморларнинг, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида яхшилаб санация ўтказиш зарур. Оғиз бўшлиғини тўла ва сифатли протезлаш, бир вақтда тиббий даволаш олиб борилиши керак. Бунинг учун тишларнинг ўткир учлари ва протезлар яссиланиши, айлана шакл берилиши, қаттиқ протезлар остига эластик қатлам қўйилиши зарур. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ясси темирткили беморларга кучайтирувчи диета, экссудатли-гиперемик ва эрозив-яралли шаклларида иссиқ, қаттиқ, ўткир ва кўпол овқатлар ейиш таъқиқланади.

Ясси темирткини дори воситалар билан даволашда, касалликнинг шакли ҳисобга олинади. Типик ва экссудатли-гиперемик шаклдаги ясси темирткида седатив даволар, А витамини, никотинли кислота, тиамин, пиридоксин узоқ вақт қўлланилади. Москва тиббиёт стоматология институтини тери касалликлари кафедраси ходимлари даволашнинг комбинацияли усулини таклиф қилишган: 20-25 мг дан кунора преднизолон, хингамин 0,25 г дан кунига 1-2 марта 4-6 ҳафта давомида ва 0,05 г дан кунига 3 маҳал никотин кислота овқатдан кейин ёки компламин ичилади (0,15 г дақ кунига 3 маҳал) ёки мушак орасига 15% ли эритмасини 2 мл дан 1,1/2 ой давомида юборилади. Преднизолоннинг дозаси ҳар 7-10 кун давомида 5 мг дан камайтириб борилади.

Қизил ясси темирткининг эрозив-яралли шакли билан оғриган беморларга кортикостероид қўллашга қаршилиқ бўлса,

десенсибилизацияловчи даволаш қўлланилади, 2 ойлик танаффус билан гистоглобулинни 2 мл дан тери остига, ҳафтасига 2 марта (даво муолажаси 8-10 инъекция) юборилади. Агар ясси темираткининг эрозив-ярالي шакли қон томир, эндокрин (қандли диабет) ва бошқа патологик ҳолатларда кечса, тери орасига 20-40 Ед. дан инсулин кунора 15-20 марта инъекция қилинади.

Агар эрозив-ярالي темираткиларда элементлар алоҳида-алоҳида кузатилса, жароҳат ўчоғига гидрокортизон суспенцияси ёки преднизолон эритмаси қўйилади. Инъекция 3 кунда 1 марта ўтказилади, 1 - 1,5 мг дори воситаси ҳар бир жароҳат остига юборилади, даво муолажаси 8-12 тани ташкил қилади. Бундай даво курсини 3-4 ойдан кейин такрорлаш мумкин. Ушбу даво усулининг камчилиги шуки, инъекция жойида атрофияли чандиқ ҳосил бўлади.

Хингаминнинг 5% ли эритмаси эрозия остига 1-1,5 мг дан 3-4 кунда юборилади, инъекциялар такрорланиб, 10-12 та даво муолажаси ўтказилади. Деллагилдан кейин чандиқ қолмайди. Узоқ вақт эпителизация сақланиб қолса, уни жарроҳлик усулида кесиб ташлаш мумкин.

Кортикостероид малҳамидан суртма сифатида фойдаланиш эрозияни эпителизациялайди ва унинг атрофидаги яллиғланиш реакциясини тўхтатади. Қатор беморларда 1% дибунолли малҳамини узоқ вақт суркаш терапевтик самара беради. Касалликнинг олдини олиш ва организм ҳимоя фаолиятини ошириш мақсадида витаминотерапия, гистоглобулин юбориш муолажаларини такрорлаш лозим. Энг муҳими тишдаги патологияларни бартараф қилиш зарур.

Профилактика ва касалликни даволашда муҳим аҳамият касб этадиган нарса - бу организмнинг соматик касалликларини муваффақиятли муолажа қилиш ва асаб тизими функционал фаолиятининг бузилишини даволашдир.

ҚИЗИЛ ЮГИРИК

Қизил югирик (*Lupus erythematoses*) касаллиги - нисбатан яхши сифатли ҳосилалар, сурункали, ўткир ва оғир кечадиган кўринишдаги турли соҳадаги тери билан биргаликда аъзо ва тўқималарга тарқаладиган оғиз шиллиқ қобик қавати ва лаб қизил ҳошиясини зарарлайдиган касаллик кўринишидир. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватидаги қизил югирик тўғрисида биринчи бўлиб, Dubreuilh (1901) ва Smith (1906) лар ёзишган. Қизил югирик кенг тарқалган касаллик бўлиб, аёллар эркакларга нисбатан кўпроқ унга чалинади. Касаллик, кўпинча 20-40 ёшдан бошлаб пайдо бўлади.

Этиологияси ва патогенези. Қизил югирикни келтириб чиқарувчи омиллар охиригача тўла ўрганилмаган. Стрептококкли теория қизил югирикни клиник текшириш жараёнида асослашга сабаб бўлиши мумкин, чунки фокал инфекция ўчоғи (тонзиллит, карисели, асоратли тишлар, гайморит, аднексит ва бошқалар) олиб ташлангач, оғриқ қисман пасаяди ёки бутунлай йўқолади. Ҳозирги кунга келиб, қизил югирик генезида гиперергик иммун ҳолатнинг, аутоиммун касалликнинг асорати сифатида юзага келиши ҳеч кимда шубҳа туғдирмай қўйди. Клеппергер (1941) ўткир қизил югирикда бириктирувчи тўқиманинг фибриноидли дегенерациясини кузатади. Бу гистологик жиҳатдан гиперергик жараённинг бир белгиси саналади. 1948 йилда Hargroves, 1968 йилда Baart de la Faille-Куурег қизил югирик ҳужайраси ҳосил бўлиши феноменида базал мембранада тўғридан-тўғри РИФ усулида IgG карашини аниқлашган, бу қизил югирикнинг патогенезидаги аутоиммун механизмни кўрсатиш асосидаги ташишлаш тести саналади. Қизил югирикнинг аллергияк патогенезида гидролизин дори воситасининг аҳамияти аниқланди, агар сабабчи омил бартараф қилинса, касаллик белгилари тезда йўқолади.

Юқориди айтилганлар асосида шуни таъкидлаш мумкинки, ушбу касаллик аутоиммун механизмга тегишли турли инфекцияли ва инфекциясиз агентларга нисбатан организм сенсибилизациясини ошиб кетиши деб баҳоланади. Қуёш нурларига тери сезгирлигининг ошиб кетиши, сурункали инфекция ва периферик томирлар тизими лабиллиги, қизил югирикнинг ривожланиши учун хавф соладиган омиллардир. Кўпчилик беморларда қуёш нури ёруғлиги остида тўғридан-тўғри реакция кузатилиб, тошмалар пайдо бўлади. Бошқа турдаги хавф солувчи омилларга фокал инфекция, совуқ қотиш ва шикастланиш киради.

Клиник кўриниши. Сурункали қизил югирик қайси соҳада жойлашишидан қатъий назар, эритема ҳолидан бошланади ва тез вақт ичида шоҳланади. Бир қанча вақт ўтгач, жароҳат ўчоғидаги марказда атрофия кузатилиб, секинлик билан бутун ўчоқни эгаллаб олади. Бироқ, атрофия жараённинг тугалланиши бўлиб қолмай, унинг кўринишида эритема ва гиперкератоз давом этиши кузатилади. Қизил югирикда асосий клиник белгилар - эритемалар, гиперкератоз ва атрофия; қўшимча клиник белгилар - ўчоқ инфилтрацияси, телеангиэктазия ва пигментация кўринишидадир. Бу белгиларнинг ҳар бири касалликнинг турли шаклларида юзага келади.

Қизил югирик юз терисида, қулоқ қанотида, пастки лабда жойлашиши мумкин. Ҳозирги вақтда лаб қизил ҳошиясининг тўртта шаклдаги қизил югириги ажратилади: *типик, ге-*

перкератоз ва атрофиянинг клиник кучсиз шаклда кечиши, Капоши-Иргангнинг чуқур шакли ҳамда оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг учта шакли қизил югириги: типик, экссудатив-гиперергик ва эрозив-яралли тури бирга кечиши фарқланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясининг югириги бир шаклдан иккинчи шаклга ўтиб туради.

Лаб қизил ҳошиясининг типик шаклидаги қизил югиригида эритема, гиперкератоз ва атрофия ҳолатлари кузатилади. Жараён бутун қизил ҳошияга тарқаша, ўткир инфилтрацияларсиз ёки чегарали инфилтрат ўчоғи кўринишида юзага келади. Қизил югирикнинг лаб қизил ҳошиясидаги диффуз тарқалган турида қизил рангдаги, камроқ инфилтратли, оқиш-кўкиш тангача ҳосил бўлади. Тангача олинганда, оғриқ ва қонаш камроқ кузатилади. Ўчоқнинг атрофида, шиллиқ қаватда лойқалашган эпителийлари тенг бўлмай, ўткир, оқ рангли, йўналишли шаклни кузатамиз. Жароҳатни учоқли турида чегараси аниқ бўлиб, бир ёки иккита инфилтрат кузатилади. Бошқа ҳолларда, улар бир-бирига қўшилади ва умумий инфилтрат ўчоғини юзага келтиради, унинг марказида атрофия натижасида чўкиш кузатилади. Бошқа ҳолларда, кучли гиперкератоз - гиперкератотик фарқлар аниқланади, бунда шоҳланиш қатлами вариетозли лейкоплакия ёки тери шоҳланиши билан ўхшашиб кетади.

Клиник жиҳатидан унча аниқ бўлмаган лаб қизил ҳошиясининг қизил югириги 11% беморлар орасида учрайди. Бу шакл учун эритема ва гиперкератознинг кучсиз ўткирлашган шакли тавсифлидир. Жараён кўпинча тарқалган тавсифда бўлади. Жароҳатда лабнинг гиперемия ва сувланиши кузатилади. Юпқа қатлам шаклидаги тангача бўлак-бўлақларга бўлиниб, енгил олинади. Айрим соҳаларда инфилтрация ва телеангиоэктазиянинг унча ўткирлашмаган кўриниши кузатилади, шунинг ҳисобига лаб ола-була шаклни олади.

Қизил ҳошиянинг эрозив-яралли қизил югириги 43% беморларда кузатилади. Жароҳат асосан пастки лабда жойлашади, бунга сабаб, қатор қулай омилли шароитлар унинг васкуляризацияга бойлиги, анатомик тузилишидаги асослари, сўлак билан доимий намланиши, мунтазам шикастланувчан деб қаралишидир. Бу шакл ўткир яллиғланишдан, эрозия, ёрилиш, яраларнинг ҳосил бўлиши билан тавсифланади. Эрозия кўпинча, енгил инфилтрацияланган асос устига жойлашади, жароҳат ўчоғининг периферияси бўйлаб тангача ва атрофия кўринишида гиперкератоз кузатилади. Бу шакл куйиш ва оғриқли, овқат еганда, оғриқнинг кучайиши билан тавсифланади.

Лабдаги югирикнинг чуқур Капоши-Ирганга шакли камданкам ҳолда учрайди. Жароҳат чегараланган шаклда, ундан кўта-

рилиб турадиган қизил ҳошия тугунли кўринишда бўлиб, унинг юзида унча катта бўлмаган эритма ва гиперкератоз кузатилади. Ташхисни теридаги, лабдаги қизил югирикнинг типик шакли ўчоғи мавжудлиги ва малярияга қарши дори-воситаларининг терапевтик ютуғи тасдиқлайди.

Қизил югирикнинг ўзига хос тавсифи - жароҳат ўчоғига Вуд лампаси ёрдамида ёруғлик берилганда нур қайтаришидир. Типик қизил югирик учун қорсимон кўкиш ёки қорсимон оқиш нур қайтариш хосдир. Қизил югирикнинг унча ўткир бўлмаган клиник атрофиясида нурланиш кам интенсив, яъни, кўкиш тусда бўлади.

Шиллиқ қават қизил югиригининг типик шаклида бир ёки бир нечта аниқ чегараланган яллиғланиш ўчоқлари ёки қизил-бинафша рангдаги, четлари марказга қараб қисман ботган жароҳат билан ажралиб туради. Пайпаслаганда бундай жароҳат ўчоғида нисбатан қаттиқланиш, унинг асосида инфилтрат тўпланиши сезилади. Ўчоқнинг марказида, кўпинча, силлиқ сарғиш-қизил атрофияли юза, кўп сонли оқ ёки кўкиш-оқ нозик нуқта ва чизиклар кузатилиб, телеангиэктазия шаклида тарқалади. Узоқ вақт сақланиб қолувчи ўчоқнинг оқ “юлдузчали” чизиги ва нуқталари периферик соҳада жойлашгандир. Бундай қизил югирик жароҳати ўчоғидаги ўткир шоҳланиш лейкоплакия билан ўхшашликка сабаб бўлади. Бир хил ҳолатларда қизил югирик ўчоғида аниқ ўткир гиперкератоз ҳолати кузатилади. Бундай вазиятларда, ўчоқ периферияси бўйлаб оқиш-ялтироқ караш ҳосил қилиб, қизил ясси темирткининг жароҳатига ўхшаб кетади.

Оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги қизил югирикнинг экссудатли-гиперемик шакли - ўзининг оч қизариши, ўткир шиши ва сезиларсиз гиперкератози, нуқта-нуқта ва чизикли шакли билан тавсифли.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати қизил югиригининг эрозив-ярали шакли худди экссудатив-гиперемик шаклидаги каби клиник белгилари билан тавсифлидир, лекин бунда бир ёки бир нечта соҳада оғриқли эрозия ёки ярали ўринлар кузатилади. Эрозиялар турлича катталиқда ва шаклларда бўлиб, усти қаттиқ фибринли караш билан қопланиши ва уни олганда, қонаш аломати кузатилиши билан ўзига хосдир. Ўчоқнинг атрофида шоҳланиш кучаяди, бошқа ҳолларда енгил кератотик тугун ҳосил қилади. Эъгибор бериб қараганимизда, бу тугун бир-бирига ёпишувчи нуқта ва чизиклардан иборатлиги, ўзига хос шаклда жойлашиши кўринади.

Ўткир қизил югирик касаллиқнинг оғир тури саналиб, бунда ҳамма вақт тана ҳароратининг ошиши, кучсизлик, бўгинлардаги тез-тез оғриқ, полисерозит асорати, гломерулонеф-

рит ва панкреатит асорати кўринади. Периферик қонда лейкопения, анемия, СОЭ ошиши кузатилади, касалликнинг авж олиб кетиши унинг ўткирлашиш босқичидан далолат беради. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги ўзгаришлар тизимли қизил югирикда 75% беморларда кузатилади.

Ўткир қизил югирикда оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги клиник кўриниш сурункали кечишидаги клиник кўринишдан фарқ қилади. Ўткир қизил югирикда кўпчилик беморларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида, танглайда ва милкда ўчоқли ёки тарқалган қизил-тилинган рангда доғлар, шишлар кузатилиб, унинг усти фибринли караш, бошқа ҳолда геморрагик тусдаги ҳолатни юзага келтиради. Бунда периферия бўйлаб, кўпинча телеангиэктазия кузатилади. Кўпчилик беморларда турлича катталиқдаги пуфаклар, айрим ҳолларда, пуфаклар ичиде геморрагик суюқлик гутган ҳолда бўлади.

Кечиши. Ўткир қизил югирик ўзининг доимий жадал ривожланиши, турли аъзо ва тўқималарнинг катталашиб бориши билан кечади.

Сурункали қизил югирикнинг давом этиши айрим ҳолларда бир неча ўн йилларга чўзилади. Лаб қизил ҳошиясининг қизил югириги 25 йилгача давом этиши мумкин ва айна вақтда қобиқланган ҳолда кечади. Касаллик кўпчилик беморларда баҳорги-ёзги даврда кучайиб, қишда тузалиб кетади.

Ташхиси. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясидаги қизил югирикнинг типик шаклдаги тошмалари терида ҳам юзага келганда, ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Бироқ, қизил югирик ушбу соҳаларда жойлашганда ҳам шиллиқ қобиқ қават ва қизил ҳошиянинг бошқа касалликлари билан жуда ўхшаб кетиши мумкин. Лабнинг қобиқли жароҳатланишида қизил югирикни ташхислаш жуда қийинчилик туғдиради. Лабнинг қизил ҳошиясидаги қизил югирик қизил ясси темираткига жуда ўхшаб кетади.

Лабнинг типик шаклдаги қизил югириги, типик шаклдаги ўткирлашган гиперкератоз ва атрофияни қизил ясси темираткининг экссудат-гиперергик шакли билан қиёслаш учун асосан темиратки папулаларнинг ўзаро қўшилиши ва унинг ўчоғидаги жароҳатнинг кўқариши аниқ кузатилади. Қизил ясси темираткида папулалари тошмалар доимо суртмали жароҳат кўринишини юзага келтиради. Қизил югирикнинг типик шакли қизил ясси темираткидан атрофияси билан фарқланади. Атрофия ва эритемалар бошқача тавсифдаги шохланишларни тери ва қизил лаб ҳошиясида тарқалиши қизил югирикнинг лейкоплакиядан фарқни англатади. Бундан ташқари, қизил ясси темиратки ва лейкоплакиянинг қизил югирикдан фарқи - унинг қорамтир-кўк нурда товланишидир. Қизил югирикнинг

типик шаклини актинолитик хейлитдан қиёслашда, хейлитдаги ўткир қизариш ва нотекис инфилтрация, Вуд лампасида нурланиш, атрофия бўлмаслигини инобатга олиш зарур.

Қизил югирикни клиник ўткир атрофиядан қиёслашда, эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шакли билан солиштирамиз. Эксфолиатив хейлитда клиник кўриниш унчалик қизаришсиз, жароҳат соҳаси юпқа тангачалар билан қопланган, тагидаги тўқимага мустаҳкам ёпишганлиги кузатилади. Жароҳат қизил югирикдан фарқли ўлароқ лабда, кенг лента шаклида жойлашиб, лаб терисигача давом этмайди. Жараён ҳеч қачон териға ўтмайди. Эксфолиатив хейлитда Вуд лампасида жароҳат нур қайтармайди. Лабнинг қизил ҳошиясида жойлашган қизил югирикнинг эрозив-яралли шакли ва қизил ясси темирткини қиёсий ташхислаш жуда қийинчилик туғдиради. Кўпинча бирикки касалликни аниқ ташхислаб бўлмай қолганда, Вуд лампасидан фойдаланилади. Қизил югирикда шоҳланиш қорсимонкўкиш, ясси темирткида - оқиш-сарғиш кўринишда бўлади. Айрим ҳолларда, гистологик текшириш ёки тўғридан-тўғри РИФ ёрдамида IgG қолдиғи қизил лаб ҳошиясидаги шиллиқ қобиқ қаватда аниқланади.

Қизил югирикнинг эрозив-яралли шакли Манганоттининг переканкреоз хейлитига ўхшаши мумкин. Бунда югирикдан фарқли ўлароқ, қизил ҳошияда яллиғланиш ва гиперкератоз бўлмайди.

Оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг қизил югиригини қизил ясси темирткидан қиёсий ташхислашда оғиз шиллиқ қаватининг югиригида атрофиянинг сезиларсизлигига эътибор берамиз. Қиёсий фарқлашда гиперкератотик ўзгаришлар асосий белги сифатида қаралади: қизил ясси темирткида — шоҳланувчи папулаларнинг суратга ўхшаб бир-бирига қўшилиши, қизил югирикда — кичик ўчоқчаларнинг бир-бири билан яқин нозик чизиқлар сингари шоҳланиб қўшилиши қайд қилинади. Қизил югирикнинг лейкоплакиядан фарқи шуки, лейкоплакияда яллиғланиш кузатилмайди. Қизил югирикнинг эрозив-яралли шакли қизил ясси темиртки ва лейкоплакиянинг эрозив-яралли шакли сингари пуфакли касалликлардан қиёсий ташхисланади.

Оқибати. Қизил югирикнинг секин кечадиган ҳолатида касаллик натижаси яхши тугалланади. Касалликдан соғайиб кетиш мақсадида тўғри даволаниш, уни узоқ муддатгача пасайишига ёки бутунлай тузалишига олиб келади. Қизил югирикнинг типик шаклида, асосан эрозив-яралли шаклида, оқибати ёмон, яъни, ёмон сифатли ўсмаларга олиб келиши мумкин. Ўткир қизил югирикнинг оқибати ёмон асоратлар билан тугалланади.

Даволаш. Қизил югирик билан оғриган беморларни тиббий дори воситалари билан даволашдан олдин тизимли жароҳатларни, фокал инфекция манбаини аниқлаш ва терининг қуёш нурига реакциясини баҳолай олишимиз зарур. Қизил югирикнинг сурункали кечишида бутун организмни санация қилиш, жароҳат ўчоғига қуёш нури тўғридан-тўғри тушмаслигини таъминлаш ва синтетик восита - безгакка қарши хингамин (хлорхин, делагил) қўллаш керак. Хингамин 0.25 г дан кунига 2 марта тавсия қилинади. Даволаш дозаси ўртача 20 г, лекин уни касалликнинг кечиши ва организмнинг мойиллигига қараб белгилаш маъқулроқдир. Безгакка қарши синтетик воситалар билан бир вақтда, преднизолон (10-15 мг), триамцинолон (8-12 мг) ёки дексаметазон (1.5-2 мг) қўллаш даво самарасини оширади. Хингамин эритмасини жароҳат ўчоғига тўғридан-тўғри юбориш яхши натижа беради. Жароҳат ўчоғига юбориш учун 5-10%ли хингамин дори воситасининг эритмаси, 1-3 мл дан 1-2 кун оралаб ўткир яллиғланиш жараёни ўтгандан кейин, тери остига юборилади. Қизил югирикда 0,05-0,1 г дан кунига 3 мартадан букориш яхши натижа беради.

Синалар, ультралон, флюцинар ва бошқа малҳамларни қўллаш яхши самара беради. Эрозив-ярали кўринишдаги шаклида кортикостероидли малҳамлар қўллаш тавсия қилинади. Бундай малҳамларни 2-4 кун қўллагандан кейин терапевтик натижа кузатилади. Бироқ малҳамлар қўлланилиши тўхташи билан патологик жараён тезда бошланади. Ўткир қизил югирикни даволаш жараёни тезда қайталанadi. Уни кортикостероидлар билан даволаш вақти-вақти билан такрорлаб турилади.

Профилактикаси. Қизил югирик қайталаниб туришининг олдини олиш учун, айниқса, у лабда жойлашганда, оғиз бўшлиғида фокал инфекцияни бартараф қилиш ҳамда ички аъзоларнинг касалликларини даволаш зарур. Қизил югириктан жароҳатланган юз соҳасини қуёш нуридан, иссиқ ва совуқ ҳароратдан ҳимоялаш керак. Кўчага чиқаётганда жароҳатланган ўчоққа нурдан ҳимояловчи мойлар (“Шит”, “Луч”) суркаш зарур, булар парааминобензой кислота ёки салол ҳамда хинин бўлиши мумкин.

Қизил югирик пайдо бўлишининг биринчи йилидаги баҳорги-ёзги даврда беморга профилактика мақсадида безгакка қарши дори воситалари (кунига 1/2-1 таблетка) ёки пресоцил кунига 2-3 таблеткадан бериш тавсия қилинади. Қизил югирик билан жароҳатланган беморлар диспансер ҳисобида туриши зарур.

СКЛЕРОДЕРМИЯ ВА РЕЙНО КАСАЛЛИГИ

Склеродермия - атрофия натижасида бириктирувчи тўқиманинг қаттиқ ва таранглашган соҳалари юзага келиб, жароҳатланиши билан тавсифланади. Кўпинча жараён тизимли тавсифда кечади. Склеродермиянинг тарқалган кўринишларида юз соҳаси жароҳатланади, бундай ҳолатларда жараён бутун лаб, кўпинча, тил, лунж шиллиқ қобиқ қавати ва милкни қоплаб олади.

Тери ва лаб қизил ҳошиясининг қотиши ва таранглашиши микростоманинг шаклланишига олиб келади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати эпителийси кўпинча, атрофияланади, бошқа ҳолларда, юмшоқ танглай четлари бурмалашади. Тил шишиши натижасида катталашади, лекин кейинчалик фибринлашади, буришади, таранглашади, ютиш ва сўзлашувда қи-йинчилик туғдиради. Склеродермияни кўпроқ юзага келтирадиган ва кўзга яққол ташланадиган белги бу - периодонт ёригининг кенгайиши, периодонт коллаген толаларининг шиши, айни вақтда, бу толалар зич жойлашади, бириктирувчи тўқималар миқдори камаяди. Периодонтидаги атрофик жараённинг кечиши тишларнинг тўкилиб кетишига олиб келади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги жараённинг кенгайиши, склеродермиянинг умумий терапияси, маҳаллий физиотерапия, чандиқларнинг сўрилиши ва қон айланишининг яхшиланишига ёрдам беради.

Рейно касаллиги - қўл бармоқлари ва оёқ бармоқларининг артериал қон айланишининг симметрик лўққилловчи таранглашиши натижасида гангренага олиб келишидир. Рейно касаллиги склеродермия касаллигининг симптомларидан биридир. Кўп ҳолларда аёллар касалланади.

Рейно касаллиги оёқ бармоқлари соҳасида кўпроқ кузатилиб, вақт ўтиши билан симметрик томирларнинг қисқариши, терининг оқариши, анемия ва парестезия кузатилиши билан кечади. Бармоқ териларида сиқилишнинг тўхташи натижасида, тери кўкиш рангга киради, у секинлик билан камаяди. Бундай хуружсимон ҳолат турли оралиқларда, айрим вақтда, кунга бир неча бор такрорланади. Бармоқ учларида трофик ўзгаришлар кузатилиб, у гангрена ўзгаришигача боради. Баъзан, томирларнинг тўлишиши ва зўриқиши бурун, қулоқ қанотида, энгак терисида ҳам юз беради.

Тилда касаллик биринчи белгисининг юзага келиши: бу сиқилиш, тилнинг оқариши билан Рейно касаллиги қўзғалишини кузатиш мумкин. Тил томирларининг кучли сиқилишидан тилнинг бутун юзида, айниқса, олдинги 1/3 қисмида оқариш,

дорсал ва марказий юзасида оқариш аниқ кўринади. Бунда тиллаги замбуруғсимон сўрғичлар ҳажми кичрайиб боради. Рейно касаллиги хуружи вақтида парестезия ҳам учрайди.

Капилляроскопия қилинганда капилляр учлари битиб, капиллярларнинг бир-бирига қуйилиб, қўшилиб қолиши кузатилади.

Рейно касаллигида томирларнинг сиқилиши — силлиқ мушакларнинг бирламчи қўзғалишидаёқ кўринади. Даволаш учун сиқилишга қарши дори-воситалари, томирларни кенгайтирувчи (компламин, андекалин) воситалар тавсия этилади.

ПУФАКЧА

Пуфакча (Пемфигус) ёмон сифатли ўсmalarни ҳосил қилувчи, терида, шиллиқ қобиқ қаватда аконтолиз натижасида пуфакчаларнинг клиник юзага келиши, даволашга ҳеч қандай жавоб реакциясини юзага чиқармай тери юзасига тарқалишни давом эттириши беморнинг ўлимигача олиб келади. Пуфакча билан иккала жинсга ҳам тегишли бўлган, кўпинча, 35 ёшдан катгалар оғрийд. Болалар камдан-кам ҳолларда оғриши мумкин.

Пуфакчанинг тўртта клиник шакли фарқланади: *вулгар, вегетатив, баргсимон ва себореяли*. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати баргсимон пуфакчадан бошқа барча тури билан зарарланиши мумкин. Вулгар шакли бошқа шакллар ичида қўпроқ учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик этиологияси аниқ эмас. Ҳозирги куннинг маълумотлари асосида шуни айтишимиз мумкинки, Т ва В лимфоцитларнинг ўзгариши, жараённинг фаол кечишида В-лимфоцитлар миқдори ва фаолият ҳолатдаги ўзгаришлар кечишида Т-лимфоцитлар муҳим ўрин эгаллайди.

Клиник кўриниши. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабдаги пуфакчали жароҳатланишда эпителийнинг тишли қатламида юпқа қаватли пуфакча ҳосил бўлади. Пуфакчанинг доимий мацерацияси натижасида шиллиқ қобиқ қаватда пуфакчанинг ўзи кўринмайди. Оч-қизил рангдаги эрозия ўзгармаган шиллиқ қават кўринишида жойлашади. Эрозиянинг атроф соҳаси бўйлаб тарқалишини, пуфак усти қоплами чўкишини, уни енгил сурилганда Никольский симптомини кузатиш мумкин. Қолган қоплам қисми юлинганда, эрозияни ёпувчи қоплам ҳосил бўлиши, сарғиш-оқ караш қоплаб туради. Агар ўз вақтида ташхис қўйилмаса ва даволанмаса, лунж, танглай, тилнинг пастки юзаси ва оғиз бўшлиғи тубида жойлашган якка-якка эрозияларга янги эрозиялар қўшилади, улар ўзаро қўши-

либ, битмайдиган катта эрозиялар ҳосил қилади. Оғриқ кучлиликдан овқат ейиш ва сўзлашиш ҳам мумкин бўлмай қолади. Одатда, оғиздан ўзига хос қўланса ҳид келади.

Шиллик қобиқ қаватнинг доимий таъсирланиши сўлак ажралишини кучайтиради, бемор ўзини ёмон ҳис этади. Сўлак оғиз четларини мацерациялаб, оғриқли ёрилишлар ҳосил қилади. Эрозия ва пуфаклар лабнинг қизил ҳошиясида, оғиз бурчагида, энгакда ривожланиши мумкин. Бу тошмалар кўпинча қўшилади ва оғиз шиллик қобиқ қавати ва лаб қизил ҳошияси чегарасини бир-биридан фарқланишини қийинлаштиради. Лабдаги жароҳат ўчоғи йирингли ва қонли аралашма билан тўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қобиқ қаватининг себореяли пуфакчалардан жароҳатланиши юқорида келтирилган вулгар пуфакчанинг белгиларидан ҳеч қандай фарқланмайди. Шиллик қобиқ қаватнинг жойлашиши сўргичнинг чегарасини эслатиши мумкин. Шиллик қобиқ қаватининг бу соҳалари эрозияланган, худди гипертрофияланган ва урилиб ёрилган шаклни эслатади.

Кортикостероидлар патологик жараёнга таъсир кўрсатиб, шиллик қобиқ қаватда касалликнинг клиник юзага келишига таъсир қилиши табиий. Кортикостероидлар билан даволаш таъсирида шиллик қаватда, эрозиянинг эпителизацияланиши, унинг қадинлашиши, кўкиш-оқиш рангдаги лейкоплакия ёки қизил ясси темирткини эслатувчи шаклда юзага келади. Айрим беморларда кортикостероидлар билан узоқ даволаниш оқибатида унча катта бўлмаган пуфаклар ҳосил бўлиб, унинг ичида геморрагик суюқлик тўпланади. Бироқ, улар пуфакчали симптом бўлиб юзага келмайди, улар худди субэпителий сингари юзага келиб, устида қалин қобиғи бўлади ва бир неча соат ўтгач қуриб, йўқолиб кетади. Бундай ўзгаришларни кортикостероидларнинг зарарли таъсири деб қараймиз.

Кортикостероидлар етарли даражада қўлланилмаса, эрозия кучсиз эпителизацияланади, айниқса, улар лунж соҳасида жойлашганда. Бундай эрозияларнинг четлари шишган, енгил лойқаланган, эрозиянинг чуқурлашишидан унинг ёрилиши ва яра ҳосил қилишигача кузатилади, лекин шиллик қаватнинг таранглашиши бунда кузатилмайди.

Вулгар пуфакчаларнинг қайталаниши ва қўзғалиши, асосан кортикостероидли даволаш кўринишида тилнинг деворларида юзага келади. Тил сарғиш-оқиш ҳолга кириб, озроқ гипертрофияланади, унинг юзасида чуқур бурмалар юзага келиб оғриқли кечади. Тил деворлари қаттиқ, қалин, юлинмайдиган караш билан қопланади. Тилда Никольский симптоми кузатилмайди. Айрим ҳолларда, тилдан олинган экмада ачирқисимон замбуруғлар топилади. Витаминлар билан даволаш жа-

роҳатнинг тузалишига ҳеч қандай ижобий таъсир қилмайди, фақатгина кортикостероидларнинг кунлик миқдорини ошириш яхши натижа беради.

Кечиши. Пуфакчада жараённинг ўткирлиги пуфакчалар ва эрозияларнинг юзага келиши билан белгиланади. Яхши ҳолатлар тез юз бермайди, 3-6 ҳафтадан кейин эрозия эпителизацияланади, лекин унинг алмашиши ёки мавжудлигида яна янгилари пайдо бўлади. Бошқа бир кўринишларда, бундай касаллик яширин кучайган тартибда келиб, ҳафта ва ойларга чўзилади. Бироқ, таъсири аҳамиятли даволашларсиз эрозия эпителизацияси кучсиз ёки умуман кузатилмайди, тошмаларнинг сони эса кўпаяди, касаллик авж олади.

Агар жараён оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида жойлашса, даволанмаслик натижасида 1-6 ойдан кейин тошмалар думба, оёқ териларида пайдо бўлади ва беморнинг аҳволи кескин ёмонлашади ва 1-2 йил ўтгач, у ўлади. Бироқ, бундай ҳолатлар жуда кам кузатилади, кортикостероид гармонлар билан даволаниш пуфакчалар кўпайишига тўсқинлик қилади ва касалликни ремиссия ҳолида тутиб туради.

Ташхислаш. Вулгар пуфакчада Никольский симптоми ташхислашда муҳим аҳамият касб этади, бу симптом оғиз шиллиқ қобик қаватида жуда тез юзага келади. Бироқ, оғиз шиллиқ қобик қаватидаги пуфакча учун Никольский симптомининг ўзи етарли ташхисловчи белги ҳисобланмайди, кўпинча дори воситалари таъсирида ҳам оғиз шиллиқ қобик қавати стоматитларида бу симптом юзага келиши мумкин. Шунга боғлиқ ҳолда, пуфакчалар оғиз шиллиқ қобик қаватида жойлашганда ҳам уни цитологик текшириш натижалари тасдиқланиши керак. Бошқа ҳолларда, иммунофлюоресцент усул қўлланилиб, бемор қони зардобида IgG антителосини топиш ва ҳужайралараро моддадан IgG қолдиқларини кузатиш мумкин.

Оғиз шиллиқ қобик қаватидаги пуфакчани бошқа пуфакчалар ҳосил бўлиши билан бошланадиган касалликлардан фарқланади мумкин. Пуфакча ва бошқа касалликлар орасидаги қиёсий ташхислаш пуфакчали дерматозларда пуфакчаларнинг эпителийга нисбатан жойлашиш муносабатига асосланади. Пемфигоидда пуфаклар субэпителийда жойлашади, шунинг учун беморда пуфакчага нисбатан оғиз шиллиқ қобик қаватидаги пуфакчалар шаффофроқ бўлади, пуфакчада бундай кўриниш кузатилмайди. Шундай қилиб, оғиз шиллиқ қобик қаватида пуфаклар бўлса, уларга пуфакча деб ташхис қўйишимиз тахминий бўлади. Пемфигоидда пуфаклар ўрнида ҳосил бўладиган эрозия қисман қизарган асос устида жойлашиб, унинг усти фибринли қарап билан қопланади. Пемфигусда шиллиқ қобик қаватдаги эрозия ташқи кўринишидан ўзгармаган, эро-

зия эса ёпишган қопламли пуфакдан иборат бўлиб, шпател билан осон олинади. Пуфакчани ташхисда хулосавий ташхис суртмада акантолитик ҳужайра ва Никольский симптомининг мусбат бўлиши, пемфигоидда кузатилмайдиган, шунингдек, тўғридан-тўғри ПИФнинг натижаси ташхис учун муҳим ўрин тутди.

Кўздаги пуфакча вулгар пуфакчадан конъюнктивада чандиқли ўзгаришлар бўлиши билан фарқланади. Вулгар пуфакчада ҳам айрим беморларнинг конъюнктивасида тошмалар кузатилиши мумкин, бироқ унда ҳеч қачон чандиқли ўзгаришлар қолдирмайди. Вулгар пуфакчадаги терида тошмалар кузатилиши қиёсий ташхисда муҳим аҳамиятга эга.

Ҳозирги вақтда пуфакчани буллёзли пемфигоид, Дюрингнинг герпетик шакли дерматити, кўз пуфакчасидан қиёсий фарқлаш учун иммунофлюоресцент текширишларни қўллаш, пуфакчада тўғридан-тўғри иммунофлюоресценция (РИФ), тишли ҳужайрада иммун комплекс қолдиқларини, IgG сақланишини аниқлаш муҳим аҳамиятлидир. Билвосита иммунофлюоресценцияда, IgG циркуляциясида эритемиядаги компонент тўғри аниқланади. Буллёз пемфигоидда иммун комплекс базал мембранада, Дюринг касаллигида бу соҳада IgA аниқланади.

Вулгар пуфакчани кўп шакли экссудатив эритемадан қиёсий фарқлашда, эритема учун ўткир бошланиш, вақти-вақти билан ёки фаслга қараб рецидивланиш ва 4-5 ҳафта нисбатан қисқа вақт кечиши билан, шиллиқ қобиқ қаватда яллиғланишнинг ўткир ўтиши, пуфаклар пайдо бўлиши, суртмада акантолитик ҳужайралар бўлмаслиги тавсифлидир.

Айрим ҳолларда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги вулгар пуфакчадан тиббий дори воситалари келтириб чиқарган эритемаларни қиёсий фарқлаш қийинчилик туғдиради. Тиббий дори воситалари келтириб чиқарган стоматитлар эритемадан бошланиб, кейинчалик пуфаклар шаклланади ёки тезда пуфак шаклланиши ҳам мумкин. Бундай ҳолларда, теридаги тошмаларни юзага келиши ҳисобига, тўғридан-тўғри РИФ, бласттрансформация реакцияси ва базофилларнинг дегрануляция реакцияси ташхис қўйиш учун асос бўлади.

Ҳайз вақтидаги гингивит, буллёз эпидермолиз ва пуфакли-томирли синдромда пуфакчадан фарқли ўлароқ, шиллиқ қобиқ қаватда доим пуфакларни кўришимиз мумкин. Узоқ вақт эрозиянинг сақланиши ва пуфакнинг тошиши, қаттиқ қарап билан қопланиши туғма буллёз эпидермолизда асосан болаларда кузатилса, пемфигусда умуман бўлмайди. Бундай касалликларда Никольский симптоми манфий, акантолиз намоён бўлмайди, буллёз эпидермолизда терида тошмаларнинг типик бўлиши кўринади.

Оқибати. Агар кортикостероидларни қўлламаса пемфигуснинг оқибати ёмон тугайди. Бироқ, кортикостероидлар касалликни вақтинча йўқолишига сабаб бўлади ва беморнинг оғир аҳволли тез-тез оғирлашиши кузатилади, баъзи ҳолларда соғайишига, худди пуфакчага ўхшаб морбидостатик таъсир қилади. Пуфакча билан беморни даволашда кортикостероидларни танаффуссиз қўллаш зарур, бу эса организм соғлиғи учун қатор асоратларга олиб келади.

Даволаш. Пуфакчани ҳозирги вақтда кортикостероид цитостатиклар билан даволаш усули қўлланилади. Преднизолон, триамцинолон (полькартолон) ва дексаметазон ишлатилади. Пуфакчани даволашни юқоридаги дориларнинг ҳар бири билан бошлаш мумкин, лекин алмаштиришда эквивалент дозалар олиниб, преднизолон оширилади. Беморнинг аҳволини ҳисобга олган ҳолда, преднизолон кучли миқдорда, кунига 50-80 мг (триамцинолон - 40-80 мг, дексаметазон - 8-10 мг дан) бошланади ва бутунлай йўқолишигача давом эттирилиб, кейинчалик кунлик миқдори секинлик билан камайтириб борилади. Биринчи вақтлар 5 мг, 5 кундан кейин яна шунча миқдорда камайтирилади. Тошмаларнинг янгиси юзага чиқмагунча минимал миқдор давом эттирилади, қачонки янги тошмалар юзага чиқса, шу миқдор минимал миқдор ҳисобланади. У миқдор ёрдамчи деб аталиб, одатда 10-15 мг ни ташкил қилади. Бу миқдор вақти-вақти билан организмга киритилиб турилади.

Профилактика мақсадида преднизолоннинг катта миқдори қўллашда, асоратидан сақланиш учун кунига 2-3 г калий хлорид ёки калийнинг бошқа воситаларини ишлатса бўлади.

Пуфакчага кортикостероидлар қўллаганда, қарши кўрсатмали реакция келтириб чиқарадиган ягона касалликдир, шунинг учун дори воситасидан бемор заҳарланиб ўлиши мумкин. Охирги йилларда, пуфакчани даволашда кортикостероидлар билан бирга, цитостатиклар, биринчи ўринда, метотрексат қўлланилади. Кортикостероид билан гепаринни ишлатиш яхши натижа беради; 10000Ед дан кунига 2 мартадан мушак орасига 15-20 кун давомида юборилади.

Пуфакчада маҳаллий даво муҳим аҳамиятли эмас. Турли хил дезинфекцияловчи ва дезодорилувчи воситалар билан оғизни чайқаш, анилин бўёқли воситалар, жумладан, Кастеллин суюқлиги суркаш мумкин. Оғиз бўшлиғини сифатли санация қилиш эрозиянинг эпителизациясида муҳим аҳамиятга эга. Лаб қизил ҳошийсининг жароҳатида, кортикостероид ва антибиотик тутувчи, шунингдек, 5%ли дерматол малҳамини қўллаш яхши натижа беради. Пуфакча билан бемор диспансер ҳисобида туради ва амбулатор шароитда бепул дорилар билан таъминланади.

БУЛЛЁЗЛИ ПЕМФИГОИД

Одатда 50 ёшдан катталар касаллик билан оғрийди. Тахминан 10% беморларда касалликнинг тошмалари оғиз шиллиқ қобик қаватида кузатилади.

Этиологияси ва патогенези. Кўпчилик беморларда касаллик парабластоматоз тавсифда, бошқа бир қатор беморларда, токсикоз ёки модда алмашинувининг бузилишидан, ички аъзолар фаолияти патологиясидан келиб чиқади. Айни вақтда, организмдаги патоиммун жараённинг ривожланишида IgG антитело қолдигининг базал мембранада қолиши ҳам муҳим ўрин эгаллайди.

Клиник кўриниши. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати қисман шишган, қизарган, асос устида 0,5-2 см диаметрдаги пуфак ҳосил қилиб, усти сероз, кам ҳолларда геморрагик суюқлик тутувчи қопламли ҳосилалар пайдо бўлади. Пуфакчалар бир неча соат ва кун сақланиши мумкин, кейин шикастланиш таъсирида очилиб, ўрнига эрозия пайдо бўлади, кейинчалик фибринли қараш билан қопланиши кузатилган. Агар эрозия тўғри даволанса 3-4 ҳафтада битиб кетади. Тошмалар кўпинча лунж, танглай, милк шиллиқ қаватида жойлашади. Одатда, бир ёки икки пуфакчалар бир вақтда ҳосил бўлиб, улар орасида кенгроқ соҳа сақланиб туради. Эрозия кучсиз оғриқли бўлади. Никольский симптоми манфий. Эрозия юзасида аконтолитик ҳужайралар топилмайди. Пуфакчаларнинг суюқлигида гистоцитлар, лимфоцитлар, эозинофиллар бўлади.

Буллёзли пемфигоид терида жойлашганда, турли катталиқдаги пуфаклар шаффоф суюқлик сақлаб, таранглашиб туради, бу бутун терининг юзаларига 2-3 тадан кўплаб миқдоргача жойлашади. Тошмалар ташқи ўзгариш ҳисобига ёки ички ўзгариш ҳисобига қизарган, қисман шишган тери юзаларивужудга келади. Эрозия пуфагини очганимиздан кейин 2-3 кунда битиши кузатилади. Субъектив томондан бемор тез-тез қичишишдан қийналади. Кўп миқдордаги тошмаларда тана ҳарорати тез-тез кўтарилиб туради. Шиллиқ қобик қаватидаги каби Никольский симптоми манфий, аконтолитик ҳужайралар кузатилмайди.

Таъхислаш. Гистологик текшириш натижалари маълумотлари ва клиник кўриниш асосида таъхис қўйилади. Оғиз шиллиқ қобик қаватидаги буллёзли пемфигоид, авваламбор пемфигусдан қиёсий фарқланади. Оғиз шиллиқ қобик қаватидаги, қобикланган буллёз пемфигоидда қиёсий фарқлаш асосан пемфигоид гуруҳини ташкил қилувчилардан; оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг яхши сифатли неакантолитик пуфакчасидан фарқланади. Таъхислашни теридаги тошмаларнинг

пайдо бўлиши анча енгиллаштиради, шунинг учун РИФ муҳим аҳамиятга эга. Буллёзли пемфигоидда билвосита РИФ реакциясида циркуляциядаги қонда IgG синфдаги антитело, тўғридан-тўғри РИФда - IgG қолдиғини нурланиш бериш, бу Пашков пуфакчасида кузатилмайди. Кўздаги пуфакчада РИФнинг тўғридан-тўғри реакцияси мусбат бўлади, холос.

Тиббий дори воситалардан келиб чиққан стоматит тўғридан-тўғри дори истеъмолидан кейин юзага келади. Жараён эпитема ва пуфакли босқичга тезда ўтиб кетади, шунинг учун эрозия шаклида периферия бўйлаб ўткир яллиғланиш кўринишини олади. Бошқа ҳолларда, ташхис узоқ вақтгача беморни кузатиш ва лаборатор текшириш натижаси асосида қўйилади.

Оқибати. Буллёзли пемфигоид ҳаёт учун яхши натижаларни касалликни текшириш ҳолати бир неча ойдан бир неча йилларгача чўзилиши мумкин.

Даволаш. Кортикостероидлар - преднизолонни кунига 20-30 мг дан қўллаш самарали саналади. Пренизолонни кенг доирадаги таъсир хусусиятига эга бўлган антибиотиклар ва делагил (кунига 2 марта 0,25 г дан) билан комбинацияли қўллаш, шунингдек, гамма-глобулин, поливитаминлар ишлатиш ҳам яхши натижа беради. Бемордаги соматик касалликларни аниқлаш фокал инфекцияни бартараф қилиш, блас-томатоз жараёнини тўхтатишга асос бўлади.

СИНЕХИАЛ –ШИЛЛИҚ АТРОФИК БУЛЛЁЗ ДЕРМАТИТИ

Бу касаллик конъюнктиванинг пуфакли (кўз пемфигуси) тошмалари ўрнида чандиқ ва битиб қолувчи ҳосила бўлиши, бошқа ҳолларда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва терида бу жараёнларнинг кузатилиши билан тавсифланади. Жараён кўзнинг жароҳатланиши, кейин оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида тошмалар пайдо бўлиши билан бошланади. Кўпинча касаллик билан аёллар оғрийди, хасталик 50 ёшдан кейин кўпроқ учрайди. Одатда, жараён кўзни жароҳатлайди, кейин тошмалар оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида пайдо бўлади. Беморларнинг 25% ида тошмалар оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва халқумда кейинроқ конъюнктивада кўринади.

Клиник кўриниши. Этиологияси ва патогенези ноаниқ. Касал бир ёки икки томонлама, баъзан конъюнктивитдан бошланади, аввал шаффоф суюқлик сақловчи кичкина пуфакчалар пайдо бўлади, кейин унинг ўрнига битувчи ҳосилалар вужудга келиб, у склера ва конъюктива орасида жойлашади. Симблефарон ривожланиб, кейинчалик, кўз ёриғининг сиқилиши, кўз олмазининг ҳаракатланмаслиги ва кўрлик юзага келади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати, шунингдек, танглай, лунж

ва халқумда турли ҳажмдаги тўлишган пуфаклар пайдо бўлади. ундаги суюқлик шаффоф ва қалин қобиқ билан қопланиб, бошқа ҳолларда, атрофи қизарган супурги шаклига киради. Пуфаклар бир неча кунгача сақланиб, кейинчалик, ёрилади. Уларнинг ўрнида қизил-гўшт рангда чуқур эрозия ҳосил бўладива секинлик билан эпителизацияланади.

Кўпинча эрозияни қаттиқ оқ-кўкиш караш қоплаб, у юлинганда, осон ажралади. Эрозия секинлик билан қонайди. Караш пуфакларнинг ёпишишидан ва фибринли ёпишмалардан ҳосил бўлади. Янги тошмалар эса одатда, эрозия эпителизациясидан кейин пайдо бўлади ва камдан-кам ҳолларда олдинги тошма ўрнида кўринади. Никольский симптоми манфий, суртмада аконтолитик ҳужайралар кузатилмайди. Кўз пемфигуси тўғридан-тўғри РИФ ёрдамида IgG карашли базал мембрана соҳасига эгадир. Шиллиқ қобиқ қаватда тошмалар жойлашганда чандиқлар кам ҳолларда кузатилади ва доимо эътиборни ўзига жалб қилади. Чандиқлар ўрта рельефли ҳолда, юмшоқ танглай ва танглай тилчасида жойлашади. Субъектив сезгилар оғиз шиллиқ қобиқ қаватида кузатилмайди.

Кечиши. Ремиссияли сурункали кечиши йиллаб ва ундан кўп ҳам давом этиши мумкин: тошмалар аниқланган тавсифда яққол намоён бўлади.

Оқибати ҳаёт учун хавфсиз. Бироқ, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида чандиқларнинг ва кўрликнинг юзага келиши беморнинг меҳнатга лаёқатини пасайтиради.

Даволаш ўзига хос даражада қийинчилик туғдиради. Кортикостероидларни кам миқдорда, кенг доирада таъсир қилувчи антибиотиклар билан биргаликда аралаштириб қўллаш муҳим натижага йўл очади. Пресоцилом билан даволаш ҳам айрим ҳолларда яхши самарага олиб келади. Кўзнинг жароҳатини тузатиш учун окулист билан бирга даволаш режаси амалга оширилади.

ОҒИЗ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ УЧУН ХОС ЯХШИ СИФАТЛИ АКОНТОЛИТИК БЎЛМАГАН ПУФАКЧАЛАР

Бу касалликни 1959 йилда Б. М. Пашков ва Н. Д. Шекляковлар ёзган, кейинчалик М. С. Ребрик 1974 йилда чуқурроқ ўрганиб, изоҳлаб берган. Кўпинча 20 ёшдан катта аёллар касаллик билан оғрийдилар.

Этиологияси ва патогенези аниқланмаган.

Клиник кўриниши. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида бир ёки бир неча нўхат катталигидаги таранг пуфаклар юзага келиб, у қаттиқ қопқоқли, серозли суюқлик билан тўлади. Пуфаклар ингичка супургисимон қизаришлар билан чегаралан-

ган бўлади. Бир неча соат ўтгач, пуфаклар изсиз йўқолади ёки ёрилади, эрозия тез эпителизацияланади. Бундай жараён йиллаб давом этади ва яхши натижа билан тугайди, асорат қолдирмайди.

М. С. Ребрикнинг фикрича, бу касалликнинг уч хил клиник шакли кузатилади: **чегарали-фоксирланган, тарқалган ва фақат милкда пуфакларнинг топиши.**

Чегараланган-фоксирланган кўриниши бир жойда доимий жойлашган тошмалар билан тавсифланади. **Тарқалган кўринишида** тошмалар шиллиқ қаватнинг турли соҳаларида жойлашади. Бошқа ҳолларда, пуфакларнинг бир вақтда бир неча қаторларда жойлашиши кузатилади, кейинчалик бу жойларда кам оғриқли эрозиялар ҳосил бўлади. Тошмалар қизарган ва шишган асос устида жойлашади. Эрозия катталашмаган, лекин секинлик билан эпителизацияланади. **Фақат милкда жойлашган пуфакларнинг** кўриниши ҳайз кўриш вақтидаги гингивит каби кечади.

Қиёсий таъхислашда кўп шакли экссудатли эритма билан солиштирилади.

Оқибати яхши натижа билан тугайди.

Даволаш. Гистаминга қарши дори воситалари, Р ва С витаминлар қўлланилади. Касалликнинг оғир кечишида малярияга қарши воситалар ва камроқ миқдорда кортикостероидлар қўлланилиши мумкин. Пемфигоиднинг барча шакларида маҳаллий дезинфицирловчи эритмалар, анилин бўёқларининг сувли эритмалари, кортикостероидли малҳам ва эпителизацияловчи воситалар қўлланилади.

ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИК ШАКЛИИ ДЕРМАТИТИ

Дюрингнинг герпетик шакли дерматити бошқа касалликларга нисбатан кам учрайди ва терида қичишмали кўп шакли тошмаларнинг пайдо бўлиши билан тавсифланади. В.М. Пашков ва қатор олимларнинг (1970 й.) таъкидлашларича, оғиз шиллиқ қобиқ қавати касаллиги билан оғриган беморларнинг 10% ида Дюринг дерматити кузатилади.

Этиологияси ва патогенези тўла аниқланмаган. Герпетик шакли дерматит билан оғриган беморларнинг ингичка ичагида ўзгаришлар кузатилиб, сўрилиш жараёнида патологиялар кузатилиши билан боғлиқ.

Клиник кўриниши. Дюринг касаллигида, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги тошмалар кўпинча танглай, лунж соҳаларида жойлашади. Эпителиялар остидаги пуфаклар таранглашиб, нўхат катталигида, шаффоф суюқлик сақловчи ва қалин қобиқ билан қопланади. Пуфакча атрофида шиллиқ

қобиқ қавати енгил шишган ва қизарган бўлади. Пуфақдаги суюқликда эозофилия (15-40%) беморларнинг периферик қонида эозинофилия кузатилади. 3-4 кун ўтгач, пуфақлар ёрилади ва унинг ўрнида оч-қизил эрозия ҳосил бўлади. Никольский симптоми, манфий ва акантолитик ҳужайралар кўринмайди, кучсиз оғриқ кузатилади. Оғизда 2-3 ҳафта давомида эрозия бўлади, битгандан кейин чандиқ қолмайди. Касаллик циклик кечиши билан фарқланади. Касалликнинг қўзғалишлари орасидаги вақт узоқ муддатга узайиши мумкин. Беморларда йодга ўта сезгирлик даражаси Ядассон синамаси ёрдамида аниқланади.

Таъхислаш. Дюринг дерматити касалликнинг клиник кўриниши асосида тошмаларнинг гуруҳ-гуруҳ жойлашиши, Никольский симптомининг манфийлиги, акантолитик ҳужайраларнинг йўқлиги, йод воситаларига сезгирликнинг ошиши, пуфақдаги суюқликда эозонофилия кузатилиши, касалликнинг циклик кечиши, жароҳатланган тери ёки оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг базал мембранасида IgA карашининг бўлиши, тўғридан-тўғри РИФда аниқланиши, шунингдек, теридаги кўп шаклли қичишмали тошмаларнинг ҳосил бўлишига қараб қўйилади.

Оқибати яхши тугайди.

Даволаш. Сульфон ва димоцифон қўллаш яхши натижа беради. Касалликнинг оғир, кучли кечишида бу дори воситаларини кортикостероидлар билан комбинациялаб ишлатиш яхши самара беради. Касалликнинг профилактикаси учун буғдой ва жўхоридан тайёрланган маҳсулотларни истеъмол қилмаслик тавсия этилади.

КўП ШАКЛЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА ВА СТИВЕНС-ЖОНСОН СИНДРОМИ

Кўп шаклли экссудатив эритема ўткир ривожланадиган касаллик бўлиб, кўп шаклли тошмаларнинг тери ва шиллиқ қаватга тошиши билан, циклик кечиши ва рецидивланиши, кузги-ёзги даврда авж олиши билан тавсифланади. Кўплаб муаллифлар икки шаклдаги кўп шаклли экссудатли эритеманинг **идиопатик** ва **симптоматик** турлари мавжудлигини тавсифлашади. Кейинги йилларда касаллик патогенезини ўрганиш устида ўтказилган натижалар, идиопатик шаклли экссудатли эритемани асослади. Биз идиопатик шаклни инфекция-аллергик, симптоматик токсик-аллергик, кўп шаклли экссудатли эритема деб номласак янада тўғрироқ бўлар эди, деб ўйлаймиз.

Этиологияси ва патогенези. Бу касалликнинг этиопатогенези

нези аниқланмаган. Инфекцияли-аллергик шаклидаги эритмали беморларда, теридаги тестлар орқали, кўпинча, бактериал ал-лергенлар - стафилококкли, стрептококкли, ичак таёқчалар-га аллергия реакция борлиги аниқланади.

Инфекцион аллергия ҳолати, қатор кўп шакли экссудат-ли эритемаларда, комплекс серологик реакцияларда антисрептолизин О ни ва оқсилнинг С реактивлигини аниқлашда му-ҳим аҳамиятга эга. Ўткир аллергия реакциялар касалликнинг оғир кечиши ва кўпинча қайталаниши ҳолатларида кузатила-ди. Бироқ, касалликнинг фаслга боғлиқ тавсифи, қисқа муд-датли такрорланишлар, касалликнинг кучли қайталаниши, анамнезнинг ноаниқлиги аллергия касалликлар учун тавсиф-лидир. Бу эса, кўп шакли экссудатли эритема асосида фа-қатгина аллергия механизмлар ётмай, у фақат аллергия ка-салликлар гуруҳидаги ўзгаришларга олиб келади, деган хуло-сага сабаб бўлади. Токсик-аллергик кўп шакли экссудатли эри-темада кўпинча, этиологик омил бўлиб, тиббий дори-воси-талари, биринчи ўринда, сульфаниламидлар, антипирин, амидопирин, барбитуратлар, тетрациклинлар саналади.

Клиник кўриниши. Экссудатли эритеманинг инфекцияли-аллергик шакли одатда ўткир бошланади, кўпинча совуқ қотиш сабабчи омил саналади. Бемор тана ҳарорати 38-39°С гача кўта-рилади, боши оғрийди, ўзини ёмон ҳис қилади, томоғида, мушакларда ва бўғинларда оғриқ пайдо бўлади. Орадан 1-2 кун ўтгач, танадаги териларда, лаб қизил ҳошиясида, оғиз шил-лиқ қобиқ қаватида, баъзи ҳолларда, генитал аъзоларда тош-малар пайдо бўлади. Тошмалар фақат оғизда пайдо бўлиши ҳам мумкин. Кўп шакли экссудатли эритемада беморларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг тахминан 1/3 қисми жа-роҳатланади.

Кўп шакли экссудатив эритема терида аниқ чегарали, кес-кин шиш ёки шишган ясси бинафша рангдаги папула пайдо қилиб, теридан енгил бўртиб туради. Доғлар ва папулалар 2-3 тийинлик танга катталигида бўлади, марказий қисми чўккан ва кўкимтир тусда товланиб, периферияси қизил атиргул кўрини-шида сақланиб туради. Элементларнинг марказий қисмида субэ-пидермал пуфак юзага келиб, серозли, кам ҳолларда геморра-гик суюқлик бўлади. Тошмаларнинг кўп жойлашадиган соҳаси оёқ бармоғи ва товон орқа териси, тирсак ва тиззанинг буки-лиш соҳа териси, кам ҳолларда, жинсий аъзоларнинг териси-дир.

Кўп шакли экссудатли эритеманинг кечиш оғирлиги, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг жароҳатланиш даражаси билан белгиланади. Жараён кўпинча, лабда, оғиз тағида, оғиз даҳлизиди, лунж ва танглайда кечади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ

қобиқ қаватидаги кўп шаклли экссудатли эритема тўсатдан бошланади, чегарали ёки қўшилган эритема шишларини юзага келиши асосан лабда кузатилади. 1-2 кун вақт ўтгач, бу касаллик кўринишида пуфаклар вужудга келиб, улар 2-3 кун давомида сақланиб, кейин ёрилиб, унинг ўрнида жуда оғриқли эрозия пайдо бўлади, бу эрозиялар бир-бирига қўшилиб, жуда катта соҳани жароҳатлайди. Эрозия сарғиш-кўкиш караш билан қопланиши мумкин, караш олинганда, унда енгил қонаш кузатилади. Бир қатор эрозиялар пуфаклари ёрилганидан кейинги 1-кунда кўкиш-оқиш юлинган эпителийни, бу эпителий пуфагининг қолган қопламини кўришимиз мумкин. Никольский симптоми манфий саналади. Қатор беморларда, кўп шакли экссудатли эритемада кам оғриқли, чегарали аниқ эритематозли ёки эритематоз-буллёзли тошмалар бирга учрайди. Лабнинг қизил ҳошиясида жойлашган эрозия юзасида қизил қуриган қоплам ҳосил бўлади, у оғиз очилишини қийинлаштиради. Агар иккиламчи инфекция қуриган қопламга тушса, хира кўк тус олади.

Жароҳатнинг тарқалиши унинг кескин оғриқ бериши билан кечади, унинг юзасидан қуюқ ажралма ажралиб, сўлакнинг томиб туриши кузатилади ва суюқ овқат ейиш ҳам мумкин бўлмай қолади, оқибатда, бемор тезда озиб кетади. Оғиз гигиеник ҳолатининг ёмонлиги, кариоз тишларнинг кузатилиши, милк четларида яллиғланишлар мавжудлиги жараённинг авж олишига сабабчи бўлади. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги тошмалар 3-6 ҳафтадан кейин йўқолади.

Кўп шакли экссудатли эритема учун жараённинг рецидив кечиши тавсифлидир. Рецидивлар одатда баҳор ва куз пайтларида юзага келади. Баъзи ҳолларда касаллик кўзиб-кўзиб кечади, тошмалар рецидивланганда ёки танаффуссиз кечганда, бир неча ой ва йилларгача давом этиши мумкин.

Кўп шакли экссудатив эритемаларнинг **токсик-аллергик кўринишида** тошмаларнинг тавсифи ташқи томонидан ҳам инфекцияли-аллергик эритема касаллигидаги кабидир. Токсик-аллергик тавсифдаги тошмалар тарқалган бўлади. Агар жараён фиксирланган тавсифда бўлса, касаллик рецидиви, тошмалар албатта ўша жойда қайта юзага келади. Бир вақтнинг ўзида тошмалар янги соҳаларда пайдо бўлиши ҳам мумкин. Оғиз бўшлиғини шиллиқ қобиқ қаватида фиксирланган тошмалар кўп ҳолларда кузатилади, бунга сабаб дори воситаларига сезгирликнинг ошишидир. Бу шаклда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида кўпинча пуфакчалар секин битадиган эрозиялар ўрнида вужудга келади. Бошқа ҳолларда, яллиғланиш жараёни пуфакларга қўшилади. Оғиз

бўшлиғида фиксирланган тошмаларнинг пайдо бўлишига кўпинча генитал ва орқа чиқариш тешиги соҳасидаги тошмалар қўшилади.

Кўп шаклли экссудатли эритеманинг токсик-аллергик кўриниши вақти-вақти билан рецидив беради ва умумий симптомлар ривожланади. Бошқа ҳолларда бу умумий симптом тана ҳароратининг кўтарилиши ва бир вақтда, танада тошмаларнинг пайдо бўлиши билан ўтади. Кўп шаклли экссудатли эритемада унинг қайталаниши беморнинг алоқадаги этиологик омилига боғлиқдир. Этиологик омилнинг тавсифи, иммун тизимнинг ҳолати, касалликнинг кечиш даври ва жароҳат оғирлиги ҳар бир беморда белгиловчи асосдир.

Стивенс-Жонсон синдроми - (ўткир шиллиқ тери-кўз синдроми, Баадер дерматостоматити, ectodermasis erosiva pluriorifialis). Кўп шаклли экссудатли эритеманинг оғир кечувчи шакли бўлиб, бемор умумий ҳолатининг сезиларли бузилиши билан кечадиган касалликдир. Кўп шаклли экссудатли эритемага ўхшаб, терида ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида организм умумий ҳолатининг оғирлашуви билан лаб, тил, юмшоқ ва қаттиқ танглай, муртак, томоқнинг орқа деворида, халқум ва терида пуфакларнинг ёппасига тошишидир. Ҳосил бўлган пуфаклар ёрилиб, бир-бирига қўшилади ва умумий, йирик қонаб турадиган эрозияли жароҳат юзага келади. Эрозиянинг бир қисми кўкиш-оқиш караш билан қопланади. Оғиз бўшлиғи ва томоқнинг оғир жароҳатланиши оқибатида, беморнинг сўзлашуви ва суюқ овқат ейиши ҳам қийинлашади. Жараён натижасида кўпинча кўзнинг оғир жароҳати, конъюнктивит ва кератит ривожланади.

Ташхислаш. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг қобиқланган кўп шаклли экссудат эритемасини ташхислашда, нисбатан қийинчилик туғилиши мумкин, чунки касалликнинг клиник белгилари қатор хасталиклардагига ўхшашдир. Пуфакчадан фарқли ўлароқ, кўп шаклли экссудатли эритемада ўткир бошланиш, яллиғланиш динамикасининг тезлиги, унда бир қанча вақт пуфакларнинг сақланиши, Никольский симптоми манфий бўлиши, суртмада аконтолитик ҳужайралар йўқлиги билан фарқланади.

Эритеманинг ўткир бошланиши, яллиғланиш жараёнининг нисбатан ўткир ва циклик кечиши билан оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг яхши сифатли аконтолитик бўлмаган пуфакчасидан фарқланади. Герпетик стоматитдан эритеманинг фарқи шуки, эритемада жароҳат кўпроқ соҳани жароҳатлайди, герпетик шаклдаги тошмалар кузатилмайди ва эрозия полициклик шаклни ҳосил қилади, суртмада герпетик ҳужайралар бўлмайди. Кўп шаклли экссудатив эритеманинг чегара-

ланган шакли захм папуласига ўхшайди, лекин захм папуласи асосида инфилтрат мавжуд. Захмдаги папуланинг атрофи соғлом шиллиқ қаватдан оғриқ чегараси билан ажралиб туради. Захмдаги папуланинг экмасида оқ трепанема топилади, Васерман ва РИТ реакцияси захмда мусбат бўлади.

Кўп шаклли экссудатли эритеманинг токсик-аллергик шаклини ташхислаш учун шиллиқ қаватнинг турли аллергенларга сезгирлигини ҳар хил дори воситалари билан аниқлаш мақсадида иммунологик текшириш усулининг *in vitro*: Шелли базофиллари дегрануляцияси тестлари, лимфоцитларнинг бласт-трансформация тести ва цитопатик ютуқлар қўлланади. Шуни ҳисобга олиш керакки, ишонарли натижага кўрсатилган учта тестни ўтказганда эришилади, бу тестларнинг ҳар бири иммун бузилишнинг қайсидир томонини аниқлашга асос бўлади, секин типдаги гиперсезгирлик асосида ётувчи бу иммунитет кўрсаткичлар кўп шаклли экссудатли эритеманинг токсик-аллергик шакли юзага келишида муҳим аҳамиятга эга.

Стивенс-Жонсон синдроми ва Лайелла синдроми ўртасида қатор ўхшашликлар, дори воситаларидан келиб чиқадиган касалликларда кузатилади. Стивенс-Жонсон синдромидан фарқли ўлароқ Лайелла синдромида эпидермис ва оғиз эпителийсининг кенг некрози кузатилиб, тошмалар III-даражадаги ку-йишни эслатади. Лайелла синдромида оғиз шиллиқ қобик қаватининг қаттиқ ва юмшоқ танглайида, милк четлари ва лунж соҳасида эрозияланиш кўринади. Эрозия чегарасида оч-қизил, четларида кўкиш-оқиш эпителийнинг тилингани кузатилади. Айнан шиллиқ қаватнинг ўзида эса, бундай эрозия атрофи меъёрий шаклда, Лайелла синдромида Никольский симптоми мусбат бўлади. Лайелла синдромидан олинган суртмада аконтолитик ҳужайралар кузатилади. Бу синдром одатда, қайсидир бир дори воситасини истеъмол қилишдан кейин юзага келади.

Даволаш. Кўп шаклли экссудатли эритема билан оғриган ҳар бир беморнинг фокал инфекция манбаи аниққса, юз-жағ соҳасида аниқланиши зарур. Даволашдаги самаранинг шартларидан бири, биринчи ўринда, организмдаги фокал инфекцияни бартараф қилиш зарурдир.

Касалликнинг енгил кечишида, натрий салицилатни кунига 4 марта 1 г дан, В гуруҳ витаминларини етарли даражада, С, РР витаминларни, кальций хлорид ёки кальций глюконатни қўллаш яхши натижа беради. Оғир ҳолатларда антибиотикларнинг кенг доирадаги таъсир қилувчиларидан, шунингдек, глюкокортикоид воситалардан (преднизолон триамцинолон, дексаметазон) кунига 20-30 мг дан касалликнинг оғирлик даражасига қараб ишлатилади. Дори воситаси шу ми-

қдорда 5-7 кун давомида қўлланилади, кейин ҳар 2-3 кунда преднизолон миқдорини 1 таблеткадан туширилади, токи воcита тўла тугагунича давом эттирилади.

Кучсизланган бактериал аллергияларда махсус десенсибилизацияловчи воситалар стафилококкли анатоксиннинг такрорий муолажаси қўлланилади. Гистоглобинни ҳафтада 2 мг дан тери остига юбориш (ҳаммаси бўлиб 8-10 инъекция), шунингдек, антистафилакоккли гамма-глобулин (даво курси давомида 6-7 инъекция), қизамиққа қарши воситалардан фойдаланилиши яхши натижа беради.

Антигистамин воситаларни этакридин лактат билан аралаш ҳолда, кўп шаклли экссудатли эритемага қарши қўлланганда, яхши натижани кузатиш мумкин. Желатинали капсулада этакридинни 0,05 г дан кунига 3 марта, 10-20 кун давомида, касаллик тўла соғайиб кетгунча қўллаш керак.

Стивенс-Жонсон синдромида катта миқдорда кортикостероидлар (60-80 мг преднизолон), детоксирловчилар (натрий тиосульфат, гемодез, полиглюкин) ва десенсибилизирловчи воситаларга зарурат туғилади. Касалликнинг токсик-аллергик кўринишида, режада, биринчи ўринда, танадаги сабабчи дори воситасини чиқариб ташлаш зарур.

Касалликни маҳаллий даволаш мақсадида енгил дезинфицирловчи воситалар (1:5000 нисбатидаги калий перманганат, 2% ли бор кислота, мойчечак қайнатмаси) билан оғиз чайқалади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватини оғриқсизлантириш мақсадида, овқат ейишдан олдин 0,5% ли новокаин эритмаси билан яхшилаб ювилади. Шиллиқ қобик қавати ва лаб қизил ҳошиясидаги қуриган тўқималарни бактеросид дори воситалари аралаштирилган (дибиомицин, эритромицин) малҳамлар ёрдамида олинади. Қуриган тўқималарни олиб бўлгач, кортикостероид малҳамлар (гексизон, лоринден С, дермозолон) суркалади.

Оқибати. Кўп шаклли экссудатли эритема туридан қатъий назар, оқибати яхши тугайди.

Профилактикаси. Кўп шаклли экссудатли эритемада организмни санация қилиб туриш ва чиниқтириш зарур. Бир қатор беморлар касаллик профилактикаси учун гамма-глобулин, стофилакоккли анатоксиннинг такрорий давосини қўллаш ва Қора денгиз бўйларида бўлиб, курортли даво усулларини такрорлаб туриши керак.

ВАСКУЛИТЛАР

Васкулитларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватини жароҳатловчи турлари, нисбий аллергия геморрагик васкулит ёки

Шенлейн-Генох касаллиги, тугунли периартрит, ўткир врикозли шакли, парапсориаз ва Вегенер гранулематозидир.

Шенлейн-Генох касаллигида оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг жароҳатланиши, танглай, милк, лунж шиллиқ қобик қаватида пурпурли тошмалар тошиши касалликнинг турли клиник кечишида (оддий, ревматоидли, абдоминал ва летал пурпура) кузатилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг пурпурли тошмасида таранг гиперемия ва шиш кўринади. Бошқа ҳолларда касалликнинг бу кўринишида унча катта бўлмаган таранг пуфак бўлиб, унда геморрагик суюқлик сақланиб туради, унинг ўрнида ҳосил бўладиган эрозия жуда тез битиб кетади. Тошмаларнинг бир-бирига қўшилишида, кўкиш-қизаришли ўчоқ, бошқа ҳолларда йирингли, кейинчалик некрозланувчи ҳосила пайдо бўлади.

Бундай ўхшаш кўриниш оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг бошқа шаклдаги тугунли периартрит васкулитида ҳам кузатилади. Бироқ, бундай шаклда шиллиқ қобикда пурпура ва пуфакдан ташқари тугунли элемент ҳам кўринади.

Тошмалар хуружсимон юзага келиб, вақти-вақти билан такрорланиб туради ва бир кундан бир неча кунгача, ҳатто 1-2 ҳафтагача элементлар сақланиб қолади. Умумий натижа касалликнинг клиник шаклига, меъерий қондаги ивиш тизими кўрсаткичига боғлиқ.

Ўткир вариооссимон парапсориазда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида ўзгариш бўлишини биринчи бўлиб, 1938 йилда А.Р. Шифрин аниқлаган. Беморлар тилининг ён юзасида, юпқа супургисимон қизариш, кўкиш-оқиш ясси ромбсимон папула ҳосил бўлиб, у ўзаро занжирсимон жойлашган, айрим ҳолларда, бир-бирига қўйилган. Лунждаги шиллиқ қаватда тишларнинг бирикиш чизиғи бўйлаб тангали ҳосила, икки ораловчи ҳажмда атроф шиллиқ қобик қаватдан қисман пасайган ҳосила вужудга келади. Жараён ҳеч қандай субъектив сезгиларсиз кечиб, вақт ўтиши билан тузалиб кетади ёки терига кўчади.

Вегенер гранулематози - ёмон сифатли касаллик бўлиб, асосида чуқур продуктив некротик васкулит кўринишидаги томирли жароҳатлар ётади. Дастлаб некротик гранулематоз танлаган соҳаларни - юқори нафас йўлларини, оғиз шиллиқ қобик қаватини, нафас йўлларини, кейинчалик, ички аъзоларни жароҳатлаш билан кечади. Жараён одатда, тез кечадиган сепсис каби кузатилади, бошқа ҳолда, бир неча йил чўзилади ва натижада бемор ўлими билан тугалланади.

Касаллик бошланганидан кейин тезда тана ҳароратининг кўтарилиши, оғиз шиллиқ қобик қаватида гранулематознинг

юзага келиши, ўзини ёмон ҳис қилиш, танглай, лунж, бодомчасимон безда ҳам гранулематозлар пайдо бўлиши кузатилади. Гранулематознинг юзаси ғадир-будир, таранг-қизил рангли, қаттиқ, турли чуқурликдаги яраларни ҳосил қилиб, тез тушиб кетиши ва битиши, тугалланмай қолиши билан тавсифлидир. Ярали жараён ривожланиши, юмшоқ тўқималарни шикастланиши, юзнинг ўртасидан учинчи қисмидаги суяк тўқималари шикастланишигача, иккиламчи инфекция тушиши натижасида қўланса ҳид келиши билан хусусиятлидир.

Жараён алвеоляр суякнинг шиллиқ қаватида жойлашса, пародонт тўқимасининг чуқур некрозига олиб келиши мумкин. Қатор беморларда касаллик жағ ости лимфа тугунларининг катталашиши билан ўтади.

Стоматолог врачга мурожаат қиладиган беморлар асосан оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги битмайдиган, узоқ давом этадиган яралардан шикоят қилади.

Оғиз шиллиқ қобиқ қавати жароҳатини *ташхислашда* нафас олиш ва ички аъзоларнинг, асосан буйракнинг (некротикланувчи гломерулонефрит), юқори ҳарорат, организм умумий аҳволининг ёмонлашиб бориши каби белгилари ёрдам беради.

Даволашда цитостатиклар қўлланилади, генераллашган шаклида кортикостероидларни қўшиб ишлатиш зарур. Чегараланган шакл, жумладан, фақат оғиз шиллиқ қобиқ қаватида кузатилганда, жарроҳлик усулида гранулёмаларни олиб ташланади.

ПСОРИАЗ

Псориаз касаллигида оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида 3-4% беморларда ўзгаришлар юз беради.

Этиологияси ва патогенези. Псориазнинг этиопатогенези тўла аниқланмаган. Бироқ, псориазнинг келиб чиқишида касалликнинг наслий тавсифига ўта ҳаяжонланиш ҳолатларининг кўплиги, вегетатив асаб тизимининг ва модда алмашинувининг ҳолати, ташқи ва ички омилларнинг таъсири кабилар муҳим аҳамият касб этиши тўғрисида кўплаб муаллифлар таъкидлашади. Организм танасидаги иммунитет ўзгаришлари, бемор қонидаги “псориазли омил”ни, эпидермал келиб чиқиши жараёнлари кўпроқ аҳамият касб этади. Ҳозирги вақтда, В.Н. Мордовцев, (1975, 1977 йиллар)нинг псориаз келиб чиқиши наслига боғлиқ, кичик омилли генезлари муҳим аҳамиятга, эга деган фикрлари тўғрилиги исботланмоқда.

Клиник кўриниши. Псориаз шаклига боғлиқ ҳолда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида жароҳатлар юзага келади.

Вулгарли псориаз. Лунж, лаб ва тил шиллиқ қобиқ қаватининг жароҳатланиши, кўп ҳолларда, вулгар псориазда кузатилади. Бир ёки иккита оқиш ёки кўкиш-оқиш рангда, атиргул рангидай овал ёки бошқа шаклдаги, атрофидаги шиллиқ қаватдан қисман кўтарилиб турадиган ва аниқ чегараланган элемент юзага келади. Тошма ривожланишининг маълум босқичида оқиш-кўкиш караш билан қопланган ҳосила бўлиб, шпатель ёрдамида осон олинади; караш олингандан кейин таги тўқ-қизил тусга кириб, нуқта-нуқта ёки паренхиматозли қонаш кузатилади.

Псориаз карашни оғиз туби шиллиқ қобиқ қаватида жойлашганда, унинг юзаси плёнка қопланганини эслатади. Бундай ўчоқ атрофида доимо супургисимон шаклда яллиғланиш кузатилади. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги псориаз камдан-кам ҳолда куйиши билан кечади, одатда, жараён субъектив сезгиларсиз ўтади.

Псориазда қизил ясси темираткидан фарқлироқ манзарасимон жароҳат ўчоғи кузатилмайди. Лейкоплакиядан фарқ қилиб, псориаз жароҳат ўчоғи атрофи юпқа қизарган чуқурчали, псориастик элемент шаклини такрорлайдиган шаклни ҳосил қилади. Бундай ўчоқнинг юзаси лейкоплакияга нисбатан оқиш-кўкиш бўлади. Псориазда тошмалар вақти-вақти билан йўқолиб, кейин шу жойда ёки бошқа янги жойда яна вужудга келади. Псориаздан фарқли, қизил югирикда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида эритемалар интенсив ўткирлашган, атрофияли бўлади. Лейкоплакияннинг чегараланган шаклида жароҳат ўчоғи юзасида эпителий эксфолиацияси кузатилади, псориазда эпителий эксфолиацияси кўринса, унинг ўрнига нуқта-нуқтали қонаш аломатлари пайдо бўлади.

Пустулали псориаз. Бу псориазда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида нисбатан кўпроқ жараён кузатилади. Қатор муаллифлар (Dowson 1974; Wagner et al., 1976) пустулали псориазнинг тери-шиллик синдромида “географик” типдаги тилдаги ўзгаришни кузатиш мумкин, деб ҳисоблайди. Лекин ўзгаришлар бошқа кўплаб касалликларда ёки алоҳида мустақил кўринишда ҳам учрайди..

Бу жараёнда бир вақтда тошмалар тил ва терида ҳам пайдо бўлади. Тилнинг ён томонидаги деворида ўзаро бир-бирига қуйилувчи айлана шаклдаги, оқ, атрофи шиллиқ қаватдан қисман кўтарилган, четлари аниқ элементлар юзага келади. Бир неча соат давомида, ўчоқлар “ҳаракатланиши” ҳисобига тарқалиш чегараси катталашади. Бу ўчоқларнинг атрофи қисман қуриган, сўрғичлар атрофияланган бўлади. Бундан ташқари, пустулали псориазда лунж, милк шиллиқ қаватида “*annulus migrans*” деб номланувчи ўзгаришлар: алоҳида ясси қизил ўчоқ-

ларнинг қисман бўртиб чиқиши кузатилиб, улар бир-биридан турли хажмга эғалиги билан фарқланади, яна бу фарқлар кун давомида бир неча бор ўзгаради.

1959 йилда Champignon тарқалган пустулалари псориаз ҳақида ёзишча; бу псориаз шиллиқ қобиқ қаватда, айниқса, танглай шиллиқ қаватида кичкина-кичкина тоза пустулаларнинг қўшилиб тарқалган эритема ҳосил қилиши билан тавсифланади.

Даволаш. Псориазни замонавий даволаш - бу седатив доривоситаларини ёки катта миқдорда А витаминини (500000 Ед кунига), В витаминлар гуруҳини, калций воситаларини оғир ҳолатларда, цитостатик, фотохимётерапия (PUVA), гемосорбция, шунингдек, ташқаридан гелиодаво ва бошқаларни қўллаш яхши натижалар беради.

Оғиз бўшлиғидаги псориаз тошмалари махсус даволаш тadbирларини талаб қилмайди. Стоматолог бундай беморлар оғзини сифатли санация қилиш билан иккиламчи инфекция тушиши олдини олиши зарур. А витаминини, каротолин, фторокорт ёки флюцинар кабиларни қўллаш ҳам фойдадан ҳоли эмас.

ПИГМЕНТ – СЎРҒИЧЛИ ДИСТРОФИЯ

Пигмент - сўрғичли дистрофия (acanthosis nigricans) тери оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг, лаб қизил ҳошиясининг кам учрайдиган каслликларидир. Тил, лунж, танглай ва милкнинг шиллиқ қобиқ қаватида пигментли доғ ҳосил бўлиб, секинлик ва бир текисда папилломатозли, айрим ҳолларда, кичкина кўкиш-аспид шаклли рангда, қаттиқ тугунли ва юзаси шохланишли элемент юзага келади. Тилнинг ипсимон сўрғичлари гипертрофияси ва шохланишга тавсифли, папилломатозли бирикиб ўсган тавсифда ва кир-кўкиш бўлади, ундан ташқари, ёш, семиз одамларда кузатилади.

Даволаш. Ички аъзоларнинг бластоматоз жароҳатини аниқлаш ва даволаш зарур.

КАПОШИ АНГИОРЕТИКУЛЁЗИ

Капошининг ангиоретикулёзи (кўпсонли идиопатик геморагик саркома) оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида камдан-кам ҳолларда кузатилади.

Касаллик кўпинча 50 ёшдан катта эркалар орасида юзага келади. Оғиз бўшлиғида Капоша саркомаси кўпинча танглай, тил, лаб, баъзи ҳолларда, алвеоляр ўсиқ ва оғиз тубида кузатилади. Жараён шиллиқ қобиқ қаватда якка чегараланган

кўкиш-қизарган ўсмасимон, ўрмон ёнғоғи катталигидай келадиган ҳосилани пайдо бўлиши билан тавсифлидир.

Капоши саркомасининг клиник кўриниши оғиз шиллиқ қобик қаватида жуда мураккаб баҳоланувчи ҳолатни юзага келтиради. Шунинг учун гистологик текшириш натижасидагина ташхис қўйиш мумкин бўлади.

Даволаш. Даволаш мақсадида цитостатикларни қўллаш яхши самара бериши мумкин.



1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабни жароҳатловчи дерматозларни турларининг санаб ўтинг.
2. Қизил ясси темирткида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги жароҳатларнинг асосий белгиларига нималар киради.
3. Қизил югирик касалликларида лаб қизил ҳошиясидаги ўзгаришлар, клиник кечиши ва даволаш.
4. Склеродермия ва Рейно касаллигида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг асосий белгилари.
5. Пуфакча турлари, Буллёзли пемфигид, этиологияси, даволаш, оқибати.
6. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати учун хос бўлган яхши сифатли пуфакчалар, давоси.
7. Воскулит ва Псориазда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг жароҳатланиши.

Ўн учинчи боб

Мавзу: ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБДА КУЗАТИЛАДИГАН ГЕНЕТИК АСОСДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда кузатиладиган генетик асосдаги ўзгаришларнинг ўзига хослигини, уларнинг келиб чиқиш жиҳатидан бошқа касалликлардан тубдан фарқ қилишини, уларни ташхислаш ва даволашнинг ўзига хослигини билиши лозим. Уларнинг клиник кечишида бошқа касалликлардан фарқини, қийсий ташхисини билиши керак. Бунинг учун албатта талабалардан генетика ҳақида тушунчага эга бўлишлари талаб этилади.

Машғулотнинг техник таъминоти: Слайдлар, плакатлар, компьютерда тайёрланган маълумотлар, клиникада даволанаётган беморлар.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Генетик ўзгаришлар ва генетика асослари.
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда кузатиладиган генетик асосдаги ўзгаришлар, клиник кечиши, ўзига хослиги.
3. Доун касаллиги ҳақида тушунча ва унинг асаб тизими билан боғлиқлиги.
4. Туғма булғез эпидермолиз шакллари ва унинг намоён бўлишидаги асосий элементлари.
5. Ирсиятга боғлиқ бўлган касаллик ташхислари қўйилган беморларни даволашнинг ўзига хослиги ва оқибатлари.

Машғулот ўтказиладиган жой: Ирсий касалликлар шифохоналари, поликлиника ва клиникага мурожаат қилган беморлар.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлар, клиникаларда даволанаётган беморлар касаллик тарихи, интернет маълумотлари.

Мавзунинг асосий мазмуни: Дастлаб **Ихтиоз** ҳақида фикр юритамиз. Ихтиознинг турли шакллари мавжуд, улар наслдан-наслга ўтиши тавсифи, терининг шоҳданиш даражаси ва вариацион турларига ажратилади. Бу касалликда милк қавати ва тиш эмалида ўзгаришлар кузатилади. Ихтиознинг турли шаклларида ўзига хос клиник белгилар лаб қизил ҳошиясида кузатилади. Бунда қизил ҳошия меъерий ёки одатий рангидан очроқ бўлади. Майда сарғиш тангачалар ҳосил бўлиб, у остидаги тўқимага мустаҳкам ёпишади, қизил ҳошияда Клейн соҳасидан бошқа ҳамма соҳани қоплайди. Бошқа ҳолларда, бундай қуруқ жароҳат кўринишида кичкина оғриқли ўсиқлар пай-

до бўлади. Тизза ёки тирсақда озгина ихтиоз белгиси кузатилиши вақтида ҳам лабда тезда бундай ўзгаришлар намоён бўлади.

Ташхислаш асосан оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги ўзгариш ва теридаги ўзгаришни солиштириш орқали аниқланади. Даволаш А витамини, пиридоксин, аскорбин кислота билан ўтказилади. Лабда 1%ли салицилат, ўткир кечадиган бўлса, малҳамни кунига икки мартаба суркалади. Малҳамнинг таркибида 0,3 г резорцин линолин, зайтун мойи ва 10 г сув бўлиши керак.

ДАРЪЕНИНГ ФОЛЛИКУЛЯР ДИСКЕРАТОЗИ

Даръе касаллиги камдан-кам учрайдиган, наслдан-наслга ўтадиган касалликдир, бунда терининг юзида тошмалар ҳосил бўлиши билан оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида, тўғридан-тўғри қаттиқ танглайда тошмалар пайдо бўлади. Папулар гуруҳ-гуруҳ ёки тартибсиз жойлашиши мумкин.

Ташхислаш. Теридаги тошмаларга хос жараён вақтида, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида ўзгаришлар бўлиши ташхислаш учун қийинчилик туғдирмайди. Оғиз бўшлиғининг қобиқланган жароҳатланишини аниқлашда, гистолок текшириш ўтказиш, айлана танача эпителийси ва донли танача дискератози юзага келиши кузатилади.

Даволаш. А витамини, аскорбинли кислота, пиридоксинни узоқ вақт мобайнида қабул қилиш, ароматик ретиноидни қўллаш ҳам яхши терапевтик самара беради.

ТУҒМА ПАХИОНИХИЯ ЁКИ ЯДАССОН-ЛЕВАНДОВСКИЙ СИНДРОМИ

Касалликнинг асосий белгиларидан бири - оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг ўзгаришидир. Қатор муаллифларнинг ёзишича, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг пахионихиясидаги ўзгариш барча беморларда, тирноқ ўзгаришининг туғилгандаги ёки туғилгандан кейинги вақтидаги каби бир муддатда юз беради. Шиллиқ қаватдаги бундай ўзгаришлар - шиллиқ қобиқ қаватнинг шикастланиши ўрнининг қалинлашиши билан тавсифлидир. Шу соҳадаги шиллиқ қават оқиш-ялтироқ ёки сарғиш-оқин рангда тусланиб, лейкоплакияга ўхшаб кетади. Симптом тил деворининг тўла шохланиши ҳолида, юлганда, тилинмайдиган ҳолда жойлашади. Бундан ташқари, бундай беморлар ҳаётининг турли даврларида оғиз шиллиқ қаватининг қобиғида типик лейкоплакия юзага

келади. Жараён тирноқнинг ўзгариши билан аралашиб, онихогрифоза кўринишида, кафт-товоннинг кератози, юздаги шишасимон фолликуляр кератоз, товон ва кафтнинг гипергидрози, соч ўсишидаги бузилиши билан тавсифланади.

АНГИДРОТИК ЭКТОДЕРМАЛ ДИСПЛАЗИЯ

Ангидротик эктодермал дисплазия - наслдан-наслга ўтувчи касаллик бўлиб, тер безларининг, соч фолликулаларининг, шиллиқ қават безларининг, кўплаб тиш узакларининг туғма гипоплазияси ва оғиз бўшлиғи юмшоқ тўқимасининг дисморфогенезидир. Дисморфогенез — тил тўқимасининг ўзгариши; катталашishi, бўғинларга бўлиниши, қуриши, деворларида қийин олинувчи караш пайдо бўлиши билан кузатилади. Тилнинг учига сўрғичлар текисланади. Юқори лабнинг тилчаси пастроқ ёпишган, лунжлар ўткир қалинлашган, ўтиш бурмаси охиригача шакланмаган. Оғиз туби юқорироқ жойлашган, тил ости беши унча катта бўлмаган ҳолда шакланган. Сўлак жуда кам ажралади, шунинг учун бемор доимо оғзи қуришидан шикоят қилади. Шиллиқ қобиқ қават жуда юпқа ва ҳаракатчан яратилган.

ТУҒМА БУЛЛЁЗ ЭПИДЕРМОЛИЗ

Туғма буллёз эпидермолиз (туғма пуфакча) - шикастланган жойда пуфаклар ҳосил бўлиши билан кечадиган, кам учрайдиган, наслдан-наслга ўтадиган касалликдир. Оддий, ярим диспластик ва летал шаклларда, терига яқин соҳа, оғиз шиллиқ қобиқ қавати жароҳатланади.

Оддий шакли. Янги туғилган 50000 болалардан 1 тасида учраши мумкин бўлган, аутосом-доминантлиги натижасида наслдан-наслга ўтиши кузатилади. Бунда шикастланган соҳаларда геморрагик ёки сарғиш суюқликли пуфаклар ҳосил бўлади. Тошма атрофидаги шиллиқ қобиқ қават меъёрий кўриниш касб этади. Пуфак ўрнида ҳосил бўлаётган эрозия тезда исзис эпителизацияланади. Пуфаклар оғизда доимо пайдо бўлавермайди ва оғриқсиз кечади. Одатда, организмнинг жинсий етилиш даврида касалликнинг оғир кечиши кузатилади.

Касалликнинг насл суриши тавсифи: болаликдан бошланиш даврида аконтолиз кузатилмайди, терининг тавсифли жароҳатланиши оддий шакли буллёз эпидермолизни пемфигусдан фарқлашда ўнғайлик туғдиради. Никольский симптоми мусбат бўлади, шунинг учун ҳам бу симптомни қиёслашда қўлламаймиз. Оқибати яхши тугалланади.

Буллёз эпидермолизнинг ярим диспластик шакли жуда кам

учрайди. Бу аутосом рецессив наслий типда бўлади. Кўп ҳолларда касаллик оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида, шунингдек, ютқин ва қизил ўнғачда тарқалади. Касалликнинг биринчи симптоми бола туғилгач, биринчи эмизишдан кейиноқ оғиз шиллиқ қобиқ қаватида юзага келади. Пуфак ва кейинчалик эрозия чандиқлар пайдо бўлиб, тилда, ўтиш бурмада қўпол ўзгаришларга олиб келади ва оғиз очилишининг чегараланишига сабаб бўлади. Чандиқланишга кўпинча шоҳланиш жараёни кўпилади. Шу кўринишда янгидан-янги пуфаклар пайдо бўлади. Бу пуфаклар ясси шаклда, серозли ёки геморрагик суюқликка эга ва мустақкам қобиқ билан қопланган бўлади. Қобиқ олинганда қизариш, қонаш ва жуда кучли оғриқ ҳис қилинади. Чандиқнинг ҳосил бўлиб бориши билан тилнинг деформацияси кучаяди ва баъзи ҳолларда, унинг ҳаракатчанлиги пасаяди. Яна шунга ўхшаш ўзгаришлар бир вақтда халқум ва қизил ўнғачда кузатилади. Касалликнинг кўпроқ фаол кечадиган вақти, асосан 12-15 ёшдаги даврга тўғри келади.

Кўпчилик беморларда тишларнинг сони ва шакли ўзгаради. Чандиқли ўзгаришларнинг оғиз шиллиқ қобиқ қаватида кузатилиши, болаларда тери, соч ва тирноқлар рангининг ўзгариши билан кечади, бу эса буллёз эпидермолизнинг бошқа шаклидаги пуфакли касалликлардан фарқини кўрсатади. Буллёз эпидермолизнинг атрофидаги ўзгариш, кўпинча ясси темирткининг эрозив-яралли шакли шиллиқ қаватида юзага келган тури билан ўхшаши кузатилади.

Буллёз эпидермолизнинг летал шаклидаги кўриниши аутосомли рецессив наслий тавсифга эга. Касаллик бола туғилиши билан, биринчи соатлардаёқ юзага келади ва соҳалардаги эпидермиснинг катта қисмларини қаватларга ажралиши билан тавсифланади, аста-секин бола терисининг шикастланиши ҳам жароҳат келтириб чиқаради, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида пуфаклар тошади. Бола ҳаётининг биринчи ҳафтаси ёки биринчи ойларида ўлади.

Стоматолог буллёзли эпидермолиз билан оғриган беморга ёрдам кўрсатади; оғиз бўшлиғини санация қилади ва оғиз гигиенасига катта эътибор беради, бу вақтда шиллиқ қобиқ қаватни яна шикастлаб қўйишидан эҳтиёт бўлиши зарур.

ПЕЙЦ-ЕГЕРС-ТУРЕН СИНДРОМИ

Пейц-Егерс-Турен синдроми меъда ва ичакнинг аралаш полипозиди ва оғиз шиллиқ қобиқ қаватида, лаб, оғиз атрофидаги терида лента типиди пигментли доғларнинг ҳосил бўлиши билан кечади. Камдан-кам ҳолларда, пигментли доғлар терининг бошқа соҳаларида ҳам юзага келади.

Касаллик одатда, болаликдан, кўпинча қизларда бошланади. Лаб терисида, қизил ҳошияда, оғиз шиллиқ қобигида ўткир-сарик, “сутли кофе” рангидай, турли ҳажмдаги доғ ва ментигонозли элементлар юзага келиб, улар атрофидаги теридан озгина бўртиб туради. Айрим ҳолларда бу тошмалар аспидли рангда кузатилади. Лаб, тил, милк, лунж шиллиқ қаватида кўкиш-лойқа рангда чегарали, пигментли доғ ҳосил бўлади. Доғнинг айланаси 1-4 мм. Кўпчилик тошмаларда терида вена шакли интенсив бўялиш вужудга келади.

Бундай беморларни текширганимизда меъда-ичак трактида полипозларнинг тарқалганлиги, асосан ингичка ичакда, камдан-кам ҳолда меъда ва йўгон ичакда кузатилади. Полипоз ёмон сифатли ўсмага ўтиб кетиши хавфи мавжуд.

Касаллик наслий тавсифли бўлиб, аутосом-доминант типда авлоддан-авлодга ўтади.

Юқоридаги каби оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабда пигментация жараёнининг аниқланиши биланоқ, стоматолог беморни меъда-ичак трактида полипоз борлигини аниқлаш учун текширишга юборади.

КАУДЕН КАСАЛЛИГИ ЁКИ ПОЛИМОРФ ГАМАРТОМАЛАР СИНДРОМИ

Кауден касаллиги - генетик касаллик тури бўлиб, эктодермал, мезодермал ва эндродермал комбинацияларидаги аномалия билан тавсифланади. Жараён мезодермал ва эпителиал гомортомани турли даражасида юзага келиб, аъзоларда ёмон сифатли бўлмаган ўсмаларнинг ривожланишига сабаб бўлади. Одатда, жараён кенгайиб боради, жумладан, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида ҳам кузатилади. Милкда, асосан милк четлари соҳасида, лунж, тил шиллиқ қобиқ қаватида кўп сонли қаттиқлашган папилломатознинг катталашиб 3 мм диаметргача етади. Бу элементлардан айримлари сўгалсимон кўринишдаги юзаси шоҳланган ҳосилага ўхшайди. Гистологик текширганимизда, шиллиқ қобиқ қаватда ўткир папилломатоз ва шиллиқ қават склерози кузатилади.

Терида дермал фибринлар, тугунли гиперкератик элементлар, папилломатознинг гистологик ўзгаришлари кузатилади. Беморларда одатда, қизил ўнгачнинг папиломатозли ўзгаришлари, меъда ва ичакнинг полипоз ўзгариши, бўқоқ безининг аденомаси, краниомегалия, синдактилия, полгар гематомаси, менингиомалар кузатилади. **Даволаш:** йирик-йирик папилломалар жарроҳлик усулида олиб ташланади.

ДАУН КАСАЛЛИГИ

Даун касаллиги - пушт-диспластик синдроми, хромосома абберацияси билан кечади. Даун касаллигининг асосий белгиси — ақлнинг пастлиги (имбецильность, идиотия), дисцеребрал, буй пастлиги, филайлик, кўз қовоқларининг қисқа бўғинлиги, пешана дўмбоғининг чиқиши, пачоқ калла суяги, кичкина ўтмас бурун, лунж ва бурун учининг доғли қизариши, гипогенитализм, турли хил туғма нуқсонларнинг кузатилиши (юрак нуқсони, лабнинг очиклиги), мушаклардаги гипотоник ўзгаришлар кузатилади.

Даун касаллигида аҳамиятли кўзга ташланадиган соҳалар - тил, лаб, оғиз шиллиқ қобик қавати ва тиш деб айтиш мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобигининг ўзгариши, айниқса, тилдаги ўзгариш бола туғилганидан кейин ёки 1 йил давомида аниқланади. Кейинроқ гингивитлар, катарал стоматитлар, лунж шиллиқ қобигининг қавати шоҳланиши кузатилади. Таҳминан, 70% беморларда лабнинг, кўпинча пастки лабнинг қалинлашуви сезилади. Лабда қайталанувчи ёрилишлар кузатилиб, 16-20 - йилда тўсатдан юзага келади. Оғиз бўрчагида яламалар ҳосил бўлиши, сўлак ажралиши ачитқисимон инфекцияси асоратидан юзага келади. Ҳаётининг биринчи йилидан бошлаб, тил катталашади, қалинлашади, 80% беморларда ўткир бурмаланган тил кўринади. Касалликнинг 2-йилида сўргичларнинг гиперплазияси, “географик” тилнинг юзага келиши кузатилади. Қатор беморларда, танглай жуда юқори бўлади. Даун касаллигининг кўп учрайдиган симптоми - тишлар шакли ва ҳолатининг аномалиясидир, шунингдек, доимий ва сут тишларида кўп сонли кариес касаллигининг учрашидан иборатдир.

Бундай касаллик билан оғриган беморларда стоматолог оғиз бўшлиғини сифатли санациялаши, иккикиламчи инфекциялар тушишининг олдини олиши, пародонт ва оғиз шиллиқ қобик қаватининг бошқа турдаги касалликларини вақтида даволаши керак.



1. *Организмда кузатиладиган генетик ўзгаришларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда кузатиладиган ўзгаришлар ва уларнинг клиник кечиши.*
2. *Туғма пахионихия ёки Ядассон-Левандовский синдромида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг асосий белгилари.*
3. *Туғма буллёз эпидермолизда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ўзгаришларнинг клиник кечиши.*
4. *Кауден касаллигида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида бўладиган ўзгаришларнинг асосий белгиларини сананг.*
5. *Даун касаллигида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларни таъхислаш ва даволаш.*
6. *Пейтц-Егерс-Туре синдроми нима ва наслий тавсифи?*

Ўн тўртинчи боб

Мавзу: НЕВУСЛАР ВА ОФИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДАГИ ЭПИТЕЛИАЛ ДИСПЛАЗИЯ

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида невуслар офиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда камдан-кам учраши билан бошқа касалликлардан фарқ қилишини билиши лозим. Невуслар асосан тошмали невуслар - гемангиома ва лимфангиома шаклида учраши, уларни турларини бошқа касалликлар билан асосий фарқини, невус-ўсмасимон ҳосила бўлганлиги сабабли талаба ўсмасимон ҳосилалар ҳақида тушунчага эга бўлиши талаб этилади.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютер маълумотлари, плакатлар, ҳар хил тиббий журналлар.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Невуслар ҳақида тушунча ва уларнинг турлари.
2. Ўсмасимон ҳосилалар ва уларнинг келиб чиқиши.
3. Нейрофиброматоз касаллигининг асаб тизими билан боғлиқлиги.

4. Невусларнинг организмда юзага келиши мумкин бўлган соҳалар ва уларни даволашнинг ўзига хослиги.

5. Кенноннинг оқ лабли невуси, унинг этиопотогенези ва клиник кечишининг ўзига хослиги.

Машғулот ўтадиган жой: Ўқув хоналари, клиника ва поликлиникага мурожаат қилган беморлар билан мулоқот.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлар, ҳар хил тиббиёт журналлари, компьютер маълумотлари.

Мавзунинг асосий мазмуни: *Невуслар* ҳақида тушунча.

Невуслар офиз бўшлиғи шиллиқ қобик ва лаб қаватида нисбатан кам учрайди. Кўпинча, тошмали невуслар - гемангиома ва лимфангиомалар ривожланади. Бундай касалликда гемангиоманинг симптом ва синдроми Маффуччи ва Стердж-Вебер бўлиши мумкин.

Маффуччи синдроми — тери ва офиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг кўп сонли гемангиомасининг суяклардаги ассиметрик хондроматозга аралashi, кемтикли оёқ ва қўллар, вителиго ва бошқа шу каби касалликларнинг йиғиндисидир.

Стердж-Вебер синдроми — туғма нейроэктодермал дисплазияни теримия ангиомасига (энцефалотригеминал ангиоматоз), naevus flammeus ни юзда ёки бошда пайдо бўлишига олиб келадиган, кўпинча бир томонлама, яъни, уч шохли нерв биринчи толасининг чегарали ўзгаришидир. Ангиоматозли ўзгаришлар лабда, лунж ва милк шиллиқ қобик қаватида кузатилади. Бунда унча катта бўлмаган томирлар гиперплазиясидан

катта юмшоқ тугунлар ҳосил бўлади. Бундай ўзгаришлар туғма глаукома, бир томонлама гидрофтальмия ва эпилептиксимон тутқанок билан қўшилиши мумкин. Рентгенологик текширишда ангиома жойлашган калла суягида ўзгариш аниқланади.

Меланоцитли невуслар. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида, айниқса, лунж, лаб, милк, танглай шиллиқ қобик қаватида унча катта бўлмаган жигарранг ёки қора, кескин чегарали доғлар кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватидан пигментли невусларни қуйидагича қиёслашимиз мумкин: авваламбор оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватидаги пигментли ўзгаришларга сабаб бўлувчи синдром ва симптомлар - Аддисон касаллиги, Пейтц-Егерс-Турен синдроми, пигмент сўргичли дистрофия шунингдек, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг экзоген пигментланишини фарқлаймиз.

Милкнинг пигментланиши, асосан, чекиш оқибатида пастки жағда кузатилиши мумкин. Бундай ҳолатлар адабиётларда (Hedin, 1977 ва бошқалар) ёзишларича, “чекувчилар меланцити”, деб юритилади. Жигар ранг пигментланиш милкни ўрта қисмида — тишлараро сўргич соҳасида жойлашади.

Кўпинча оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг пигментланишини безгакка қарши воситаларни, трициклик тимолептикларни истеъмол қилган одамлар орасида ҳам учрайди. Ҳозирги вақтда у ўпканинг турли оғир касалликларига чалинганлар орасида ҳам аниқланмоқда.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватидаги меланинли пигментланиши, невусларнинг стимулланиши Реклингхаузен касаллигида ва Олбрайт синдромида ҳам учрайди. Реклингхаузен касаллигида ташхислашни касаллик теридаги клиник кечишининг юзага келиши осонлаштиради.

Олбрайт синдроми (Albright, 1937) оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватидаги пигментланиш, терининг географик карта сингари гиперпигментацияси, сийдикдан жинсий гормонларнинг эркин ажралиши ва суякларнинг фибринли дисплазияси билан тавсифланади. Асосан, аёл жинсига тааллуқли кишилар оғрийди.

Эпителиал сўғали невос бир томондан ривожланиб, одатда, бир текисда жойлашиш тавсифида бўлади. Касаллик эрта ёшдан оқ, ўткир юзага чиқади. Тилда ёки лунжда бўлади. Сўғали невос ўзида қалинлашган оқ чизиқли ёки чизиқли тартибда жойлашган оқ рангдаги папулада жойлашади. Даволаш жароҳлик усулида амалга оширилади.

РЕКЛИНГХАУЗЕН КАСАЛЛИГИ ЁКИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗ

Нейрофиброматоз (Реклингхаузен касаллиги) - туғма касаллик бўлиб, тери ва юз терисида периферик асаб ўқи бўйлаб, факоматоз тўр парда (пигментли невус ва ўсмалар), фиброма типига кўп сонли ўсмалар ва турли катталиқдаги пигментли доғларнинг ҳосил бўлиши билан марказий асаб тизимининг ўзгаришидир.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида оёқчали шаклда ясси текисликда тестли консистенцияли ўсмасимон ҳосилалар вужудга келиб, у нейрофибрин ва ясси хужайраларни ўз ичига олади. Бундай касалликларда оғиз бўшлиғидаги шиллиқ қобик қават ўзгаришини Zakrzewski(1973й) биринчи бўлиб ёзган.

Давоси: жарроҳлик усулида амалга оширилади.

ФОРДАЙС КАСАЛЛИГИ

Фордайс касаллиги Фордайс гранулалари, ёғ безлари, яъни оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида ривожланган безларнинг гетеротипи натижасида кузатилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг бу безлари унча катта бўлмаган гуруҳ-гуруҳ ёки тарқалган, бир мунча бўртган сарғиш гранулалардан иборатлигини клиник кўринишида кузатамиз, унинг миқдори катта оралиқда ўзгариб туради ва болаларда камдан-кам учрайди. Безларнинг миқдори ўсмирлик (вояга етиш) даврида кўпаяди, бироқ, у фақатгина катталарнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида, лунжда, тиш орқа соҳасида, юқори лабдаги Клейн соҳасида учрайди.

Гистологик жиҳатдан текширганимизда, якка-якка ёки гуруҳ-гуруҳ эпителией остида жойлашган чарб безларини кузатиш мумкин. Чарб безлари лабда жойлашганда, у косметик мақсадда коагуляция қилинади.

КЕННОННИНГ ОҚ ЛАБЛИ НЕВУСИ

Саппон 1935 йилда ўзига хос, яхши сифатли, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг невусли эпителиал дисплазиясини кузатади, бу ўзгариш маълум касалликлардан ўзининг клиник ва гистологик кўриниши жиҳатидан фарқланишини ва унга "Кенноннинг оқ лабли невуси" номи олишига асос яратилади. Б.М. Пашков эса ушбу касалликнинг клиник ва гистологик ўхшашликларига асосланиб, бир неча беморларни текширади ва уларнинг оғиз шиллиқ қобик қаватидаги ўзгаришлар-

ни эпителийнинг олдинги бўлимларида вақти-вақти билан кўтарилиб турадиган ҳосилани юмшоқ лейкоплакия, деб атаб қўя қолди.

ПАШКОВНИНГ ЮМШОҚ ЛЕЙКОПЛАКИЯСИ.

Этиологияси ва патогенези. Юқоридаги эпителийдаги ўзгаришларнинг келиб чиқишида, клиник ўхшаш турли ҳолатларнинг барчасида, бир нарса - невусли тавсиф ётади. Бир қатор муаллифлар эса бу касалликни аутосом-доминантли йўл билан наслга бериладиган эпителиал дисплазия натижаси деб асослашмоқда. Қатор маълумотларнинг ҳам кўрсатишича, юмшоқ лейкоплакия ота-оналардан болаларга ўтади.

Клиник кўриниши. Оқ лабсимон невос бола туғилишидан кейин тезда ривожланиши мумкин, касаллик эрта ёки катта ёшда, асосан жинсий балоғотга етилиш даврида, максимал даражада кўтарилиб, бир қанча вақтдан кейин регрессияга учрайди ёки ўзгармайди. Кўпинча касаллик оилавий тавсифга эга бўлади. Субъектив сезгилар кузатилмайди. Аксарият ҳолларда лунж, кам ҳолларда, бутун шиллиқ қобиқ қават жароҳатланади. Жароҳат доимо симметрик кечади.

Оқ лабли невосда, оқ ёки кўкиш-оқиш қисман қаттиқлашган, юмшоқ, бузилган бурмали, буришган юзани эслатувчи шиллиқ қобиқ қаватли клиник кўриниш кузатилади. Айрим ҳолларда шиллиқ қобиқ қаватнинг бурмали ва бужмайган ҳолати, эпителийнинг кенгайиши, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида катта-катта, осилиб турувчи бурмалар ҳосил бўлиши тавсифлидир. Ўзгарган шиллиқ қобиқ қават шпател билан ишқаланганда тилинмайди ва оғриқсиз. Айрим беморларнинг генитал аъзолари шиллиқ қобиқ қаватида юқоридагига ўхшаш жароҳат кузатилади.

Юмшоқ лейкоплакия асосан болаларда, кўпинча 30 ёшгача бўлганлар орасида учрайди. *Юмшоқ лейкоплакиянинг типик ва атипик шакллари фарқланади, типик шаклининг учоқли ва қисман турлича тарқалган тури кўпроқ кузатилади.*

Типик шаклдаги жароҳатланиш сув оқиши, шишиш, юмшоқ оқиш-кўкиш рангдаги соҳадан иборат бўлади. Шпател билан ишқалаганимизда тангачали соҳа эрозияли соҳага нисбатан осон юлинади. Яллиғланиш реакцияси кузатилмайди. Тарқалган шаклидаги турида лунж ва лаб шиллиқ қаватининг кенг соҳа бўйлаб жароҳатини кўриш тавсифлидир.

Шиллиқ қаватдаги ўзгариш қабарган, коваксимон, майда-майда тешикли, шишган, кўплаб тангачалар билан қопланган бўлади. Айрим ҳолларда шиллиқ қават қўнғир (шафтоли)

кўринишни олади, бу кўриниш тангачаларнинг қопланишидан шундай кўринади. Жараён оғиз шиллиқ қобиқ қаватига тарқалса, шиллиқ қават шишади, овқат еганда шикастланиш ва сўзлашганда ноқулайликлар туғдиради, қаттиқ ва иссиқ овқат еганда оғриқ пайдо бўлади.

Юмшоқ лейкоплакиянинг атипик шаклида шиллиқ қобиқ қават тарқалган, лойқа кўринишли, айниқса, лаб ва лунжда, шунингдек, тишларнинг чайнов юзаси чизиги бўйлаб қисман бўртган шиллиқ қават кузатилади. Айрим ҳолларда бемор шиллиқ қобиқ қаватнинг сувланиши, натижада, тез тишлаб олишдан (айниқса, руҳий зўриқиш вақтидаги ҳолатда) шикаят қилади.

Юмшоқ лейкоплакия айрим ҳолларда даволанмаса ҳам тузалиб кетиши мумкин.

Ташхислаш. Юмшоқ лейкоплакия ўзининг клиник кўриниши асосида ташхислаш учун қийинчилик туғдирмайди. Кўкиш-оқиш ранг, майда-майда тешикли, жароҳатнинг бурмали юзаси, сувланиш, оғиз шиллиқ қобиқ қаватини, айниқса, лунжни тишлаб олиш одати тўғри ташхис қўйиш учун асосдир.

Даволаш. Юмшоқ лейкоплакияни даволашда беморга А витаминини, аскорбин кислоталари, В гуруҳ витаминларини тавсиф қилиш зарур. Барча беморларнинг оғзи тўла санация қилиниб, тишларнинг ўткир қирралари силлиқланади.

ЯХШИ СИФАТЛИ НАСЛИЙ ЭПИТЕЛИЯ ОРАЛИҚ ДИСКЕРАТОЗИ

Яхши сифатли наслий эпителия оралиқ дискератоз-аутосом-доминант типдаги наслий яхши сифатли касалликдир. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати, кўз, лаб, лунж, оғиз туби, тилнинг вентрал юзаси жароҳатида кўринади. Касаллик эрта ёшлиқдан ривожланиб, ўсмирлик давригача балоғотга етилгунича давом этади.

Қисман бўртган, юмшоқ консистенцияли, турли шаклдаги қалпоқча ҳосил қилади, юзаси бурмали оқиш рангдаги тошмалардан иборат. Субъектив сезгилари йўқ. Кўзнинг жароҳатланиши баҳор ва ёзда кучайиб, ранг ажрата олмаслик билан кўшилиб кетади.

Яхши сифатли наслий эпителия оралиқ дискератозининг бошқа наслий касалликлардан фарқи, бунда кератотик жара-

ённинг оғизда ривожланиши (туғма пахионихия, туғма дискеротоз, Дарье касаллиги, Кенноннинг оқ лабли невуси), бир вақтда кўзгалиши кабилар билан ажралиб туради.

ПАСТКИ ЛАБНИНГ ТУҒМА ФИСТУЛАСИ

Пастки лабнинг туғма фистуласи — ривожланиш жараёнидаги бузилиш, лабнинг марказида ўрта марказий чизиқдан симметрик икки томондаги нуқтали чуқурча пайдо бўлишидир. Бу чуқурчалар бир неча миллиметр гача чуқурликда давом этиб, лаб тўқимасида кўр чуқурча бўлиб тугайди. Айрим беморларда фистулалардан ёпишқоқ модда ажралиши мумкин. Шунга ўхшаш фистулалар камдан-кам бўлсада, оғиз бурчагида ҳам учраши мумкин. Давоси жарроҳлик усулда амалга оширилади.



1. Невуслар, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатиладиган эпителиал дисплазиядаги ҳолатлар, симптом ва синдромлар.
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида нейрофиброматоз касалигидаги ўзгаришларнинг асосий белгилари.
3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида Фордайс касаллигидаги ўзгаришларнинг клиник кечиши.
4. Кенноннинг оқ лабли невусида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришларнинг клиник кўриниши ва даволаш усуллари.
5. Пастки лабдаги туғма фистулаларнинг учраши ва клиник таъхиси.
6. Яхши сифатли наслий эпителия оралиқ дискератози, клиникаси, оқибати.

Ўн бешинчи боб

Мавзу: ТИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликларининг асосий қисми тил касалликлари эканлигини билиши, уларнинг ривожланиши ва юзага келиши турли кўринишидаги тавсифга хос эканлигини, шунингдек, тилдаги ўзгаришлар организмдаги турли тери касалликларида ҳам кузатилишини билиши; масалан, бир турдаги касалликларда симптомсимон тавсифда юзага келса, бошқа касалликларда умумий касаллик симптоми кўринишида юзага келишини билиши талаб этилади. Тил касалликларида клиник белгилар кечиши, даволаш ва қиёсий таъхислашни талабалар чуқур ўзлаштириши жуда зарур.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютер маълумотлари, клиникада даволанаётган беморларнинг касаллик варақалари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Тил анатомияси ва унинг инсон организми учун муҳим ўрин тутиши.
2. Тил касалликларининг клиник кечиши ва даволаш усуллари-нинг ўзига хослиги.
3. Тил касалликлари турлари ва уларнинг бир-бири билан қиёсий таъхиси.
4. Глоситлар ва уларнинг турлари, клиникасига қараб кечишининг ўзига хос асослари.
5. Глоссалгия ҳақида тушунча ва унинг уч шохли нерв невралгиясидан қиёсий таъхиси.

Машғулот ўтадиган жой: Ўқув хоналари, поликлиника ва клиникадаги беморлар билан мулоқот.

Талаба мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, интернет маълумотлари, беморлар касаллик варақаси.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Оғиз бўшлиғи шиллик қобик қавати касалликларининг катта гуруҳини тил касалликлари ташкил қилади. Глоситларнинг ривожланиши ва юзага келиши, клиник кўринишидаги тавсифи жуда турличадир. Тарқалган стоматитларнинг барчаси глоситлар билан бирга кечади, стоматитларни кўзғатувчиси эса герпес вируси, стафилококк, стрептококк, фузоспирилляр симбиоз ва бошқалардир.

Тилдаги ўзгаришлар организмдаги турли тизим касалликларида ҳам кузатилади. Бир турдаги касалликларда спорасимон тавсифда ўзгаришни юзага келтирса, иккинчи турдаги

хасталикларда умумий касаллик симптоми кўринишида юзага келади, масалан, гиперхром анемияда Гунтерсимон тил кузатилади. Шунинг учун ҳам кўпчилик мутахассислар оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг ҳолати организмнинг қатор ўзгаришларини акс эттирувчи ойнадир, деб таъкидлашади.

Қатор ўзгаришлар; бу жуда катта гуруҳни ташкил қилиб, фақат тилнинг ўзида ўзгариш белгиларини юзага келтиради: *дескааматив глоссит, қора тукли ва бурмали тил, чегараланган ўткир* ва *сурункали касаллик, ромбсимон глоссит, тилнинг нейроген касалликлари, ривожланишдаги аномалиялар* шулар жумласидандир. Ушбу бобда тилнинг айнан мазкур касалликлари тўғрисида иложи борица кенгроқ маълумот берамиз.

Тилнинг бир хил касалликлари ўткир кечади, яна бошқа турдагилари сурункали ёки вақти-вақти билан алмашиниб, яхши сифатли тугалланади ёки рецидив бериб туради. Турлича кечиши ва жараённинг ривожланиши организмнинг умумий аҳолига боғлиқ. Тил касалликлари турли ёшдаги аҳоли орасида учрайди, бироқ, уларнинг айрим кам тури болалар орасида учраса, иккинчи бир гуруҳ тури қариялар орасида кўпроқ кузатилади, учинчи кўринишидаги тури эса беморларнинг бутун ҳаёти давомида сақланиб қолади.

Тил касалликлари ривожланиш сабабларининг турли-туманлиги, алоҳида касалликларнинг патологик ривожланишидаги клиник тавсифи ва жараённинг кечиши, унинг профилактикаси ва даволаш асосларининг турличалиги билан фарқланади. Касалликларнинг ривожланиш асослари, кечиши ва унинг давоси ҳар бир касаллик кўриниши шаклларини баён қилиш жараёнида ўз аксини топади.

Ўткир катарал глоссит. Агар оғиз шиллиқ қобик қаватининг ўткир катарал яллиғланиши чегараланган ва фақат тил соҳасида жойлашса, унга ўткир катарал глоссит деб таъкид қўямиз. Бу яллиғланиш жароҳатланган эпителий орқали инфекция, кўпинча кокклар тушишидан ривожланади. Яллиғланиш сабаби турли хил механик омиллар: кариоз ковакнинг ўткир учи, сифатсиз якка-якка металл коронка ёки протезлар, тишлар чиқишидаги қийинчиликлар, тиш карашлари, оғизни тартибли тозаламаслик кабилардир.

Глосситлар инфекцияли келиб чиқиш тавсифида бўлса, яллиғланиш жараёни тилнинг деворида ёки унинг четига яқин ён юзасида жойлашади. Бу соҳалар яллиғланиш жараёни учун анатомо-физиологик қулай шароитдир. Қон томирларига ва лимфа томирларига бой тўр парда, шиллиқ безлар ва фолликулалар микроорганизмларнинг тил тўқимасига ўтиши ва тушиши, тез тарқалиши учун қулай шароит саналади.

Касаллик тилда оғриқнинг пайдо бўлиши билан бошланади. Оғриқ овқат еганда, сўзлашганда кучаяди. Тилнинг юзаси қизарган, тўқимаси шишган, ён томонларда тишларнинг изи кўзга ташланади. Жараён ривожланишининг 2-3- кунда гигиеник тозалик бузилади, дескваматив эпителий ҳужайралар ва экссудат йиғилиб, қараш билан қопланади. Тил бир мунча ишшган, қаттиқлашган, замбуруғсимон сўрғичлар анча катталашган, шиллиқ қобиқ қават қараш билан қоплангандай бўлади.

Ташхислаш қийинчилик туғдирмайди. Даволашда касалликнинг ривожланишига сабабчи бўладиган, механик ва кимёвий омилларни бартараф қилиш зарур. Оғизни кунига 6-8 мартагача илиқ антисептик эритмалар билан чайқаш, унга шалфей, мойчечак, календула ва бошқа табиий доривор ўсимликларни қўшиб қўллаш яхши натижа беради. Қарашга қарши 1-2%ли натрий гидрокарбонат эритмаси тавсия қилинади. Оғриқни олиш учун 3% ли новокаин эритмаси билан аппликация қилинади ёки 10% ли анестезин эритмаси, цитраль эритмаси қўлланилади.

Дескваматив глоссит. (“географик” тил) - тилнинг ўз шиллиқ қобиқ қаватидаги дистрофик-яллиғланиш касаллигидир.

Жараён тилнинг девори ва ён юзасида эпителийлар шохланиши бузилиши ва тил сўрғичларининг дистрофик ўзгариши билан бошланади. Ҳозирги вақтгача бу тил касаллигининг турли хиллари фарқланиб келинади. Е. Е. Платонов дескваматив глосситни нейродистрофик жараёнга, А. И. Рыбаков ва Г. В. Банченко эса бун тилнинг ўткир яллиғланиши касалликлари қаторига киритди. И. Г. Лукомскийнинг ёзишича, дескваматив глоссит ҳақиқий касаллик бўлмай, балки меъёрий ҳолатдир. Rayet (1831) бу касалликни pityriasis, Moller (1851) сурункали эпителий ювилиши, деб баҳолашган. Ҳозирги вақтда кенг қўлланиладиган яна бир номи “exfoliatio areata linguae”, “географик тил”дир.

Дескваматив глоссит ёшлар орасида кўп учрайдиган касаллик бўлишига қарамай, катталар орасида, айниқса, аёлларда кўп кузатилади.

Касалликнинг этиопатогенези охиригача тўлиқ ўрганилмаган. Махсус тарқатувчи инфекция (махсус стрептобацилла) касалликни келтириб чиқариши исботланмаган. Кўпчилик текширувчиларнинг фикрича, касалликнинг ривожланишига жуда кўп омиллар сабаб бўлади.

Кўп ҳолларда, меъда-ичак тракти ва қон яратувчи тизим касалликларида дескваматив глоссит кўпроқ учрайди. Бунга вегетатив-эндокрин зўриқиш, ўткир инфекцион касаллик ва коллагенозлар сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари, вирус-

ли инфекция, организмнинг гиперергик ҳолати, наслий омиллар ҳам касалликни ривожланишига олиб келади.

Клиник кўриниши. Кўпчилик беморларда, айниқса, болаларда касаллик ҳеч қандай субъектив ўзгаришларсиз кечади ва бу уни кутилмаганда оғиз бўшлиғини кўрганда учратиб қоламиз. Камдан-кам беморлар тилидаги суқилиш, куйишиш ёки тил сезгирлигининг ўзгаришини сезишдан шикоят қилади. Бундай субъектив сезгилар оғиз гигиенасига тўғри риоя қилмайдиганлар орасида кузатилади ва шикоятлар декваматив глоссит - бурмали тил касаллиги кўринишида кечганда ҳам кўринади.

Тил эпителилари десквамация соҳаси тилнинг турли соҳаларида - тил деворида, ён юзасида қизил доғ ҳолида турли шакл ва катталиқда кузатилади. Айрим ҳолларда десквамация соҳаси айлана ёки ярим айлана шаклида бўлади.

Дескваматив глоссит учун тавсифлиси шуки, жароҳатнинг ўрни ўз шакли ва катталигини доимо ўзгартириб туради. Десквамацияланган соҳада яна ипсимон сўргичлар пайдо бўлиб туради. Жароҳатланган соҳада замбуруғсимон сўргичлар қисман катталашади.

Десквамацияланган соҳа атрофида унча сезиларсиз кератоз кузатилади, кератозли соҳада ингичка буралган “ипни” ва “чизикли” оқиш рангдаги кўриниш кератоз атрофини ўраб туради. Десквамациялар кўпинча катталашади, ўзаро қўшилади ва тил девори ён юзаларида маълум катта соҳани эгаллайди. Эпителизацияланган соҳали ёки унга яқин қўшилган соҳадаги ўзгариш қисмида яна десквамация кузатилиб, бир неча кундан кейин яна йўқолиб кетади. Шундай қилиб, кўп йиллар давомида тилнинг турли соҳаларида янгидан-янги шаклларнинг вақти-вақти билан ўзгариб, алмашиниб туриши сабабли у “географик тил” номини олган.

Дескваматив глосситлар меъда-ичак тракти ва бошқа тизим касалликларига ўхшаш равишда, вақти-вақти билан қайталаниб туриши мумкин. Соматик касаллик қўзиши вақтида тил шиллиқ қобиқ қавати эпителийсининг десквамацияланиши кучаяди.

Касалликка ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Бу касалликнинг асосида, тилнинг дорсал ва ён юзаси шиллиқ қобиғининг дескваматив ўзгариши ҳамда шаклнинг ўрни доимий. **Оқибати** яхши тугайди. Дескваматив глосситни қизил ясси темирлаткидан, лейкоплакия ва иккиламчи захмдаги тошмандан фарқлаш зарур.

Касалликнинг махсус давоси йўқ. Оғиз бўшлиғини санация қилиш, турли шикастловчиларни бартараф этиш, оғиз бўшлиғи тозалигига тўғри риоя қилиш, кучсиз ишқорий эрит-

малар билан чайқаш зарур. Оғизда ачишиш ёки куйиш сезгиси пайдо бўлганда, цитрал эритмаси (25-30 томчи 1%ли цитрал эритмаси учун ярим стакан сувда), 5-10%ли анестезин порошогини Е витаминининг мойли эритмасига қўшиб, аппликация қилиш керак. Пантотен кальций (В5-витамины)ни 0,1-0,2 г дан кунига 3 марта, 3-4 ҳафта ичиш яхши натижа беради. Гипосенсибилизацияловчи, соматик касалликларни даволаш тавсия қилинади.

Бурмасимон (скротальный) тил. “Скротал тил” деб номланишига сабаб, тил юзаси ташқи кўринишидан моюкнинг терисига ўхшаб кўринади. Скротал тилга кўпчилик муаллифлар туғма касаллик деб қарашади. Бундай тил катталар ва болалар орасида бир хил миқдорда учрасада, болаларда бурмаларнинг чуқурлиги нисбатан камроқ кузатилади. Катталарда тилнинг катталашиши билан тилдаги бурмалар чуқур ва аниқ акс этади. Бурмасимон тилда кўпинча тилнинг катталашиши - макроглоссия ва тил тўқимаси икки маротабагача қалинлашиши кузатилади.

Бурмасимон тил юзасида жуда кўплаб ўсиқлар бўлиши тавсифлидир. Ёриқ-ёриқ бурмалар бир-бири билан бўйлама йўналишда симметрик ёки кўндаланг йўналишда, симметрик жойлашади. Кўндаланг бурмалар чуқурлиги бироз камроқ бўлса, асосий йўналишни битта тизимга бирлаштиради. Бўйлама бурмалар тилнинг ўрта чизиғи бўйлаб тўғри жойлашиб, тилнинг учидан токи эгатсимон сўрғичигача давом этади. Чуқур бўйлама ёриқлар ва кўндаланг бурмаларнинг текисланиши ёриқли тил деб юритилади. Бурмаларнинг тубида ва юзасида сўрғичлар жойлашиши тилнинг меъёрий шиллиқ қобиғи учун хосдир.

Бу силлиқ-полигеографик аномалия ҳеч қандай симптомсиз кечади. Бундай тил организм турли соматик касалликлар билан оғриганда, ўткир инфекцияли касалликни бошидан кечирганда, оғир жарроҳлик операцияларида, махсус иммунитет реактивлиги пасайиши натижасида юзага келади ва бунда тилдаги бурмалар шиллиқ қобиқ қавати сезгирлиги юқори бўлади, турли шикастловчи омилларда осон жароҳатланиб, микробли флора, айниқса, *Candida albicans*нинг жойлашиб, ривожланишига қулай шароит юзага келади. Бундай вақтда, кўпинча, тилнинг қатарал яллиғланиши ёки кандидозли глоссит ривожланади. Тилда куйиш, иссиқлик ва кимёвий таъсирлардан оғриқ пайдо бўлади. Оғизда гигиеник ҳолатнинг ёмонлашуви, овқат ва ювилган эпителий ҳужайралари қолдиғининг бурмаларда тўпланиши бузилиш жараёнини кучайтириб, оғиздан қўланса ҳид келтиради.

Бурмасимон тилга ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. У Мелкерссон-Розентал синдромининг симптоми бўлиши

мумкин. Бундай ҳолатларда тилнинг кўриниши учламчи захмда пайдо бўладиган склерозланувчи глосситга ўхшаб кетади. Бурмасимон тилда, жароҳат соҳаси юмшоқ ва яхши ҳаракатчан бўлса, жароҳат ўрнида қаттиқлашган бириктирувчи тўқима ва ҳаракатнинг чегараланганлиги кўринади.

Касаллик учун махсус даволаш тартиби талаб қилинмайди. Оғиз бўшлиғини доимо гигиеник тоза тутиш орқали касаллик асоратидан сақланиш мумкин. Агар хасталикнинг асорати бўлса, унда албатта зарурий муолажа ўтказилади.

Қора “сочли (тукли) тил”. Касаллик тил ипсимон сўрғичларининг турли даражадаги гиперплазияси ва шохланиши билан тавсифланади. Гиперплазия жараёнида сўрғичлар ранги оч сарғиш рангдан, оч-жигарранг ва қора ранггача ўзгаради. Хасталик бемор учун сезиларсиз, тез, ривожланади. Унинг пасайиши жуда секинлих билан кечиб, тез-тез қайталаниб туради. Касаллик катта ёшли одамлар орасида нисбатан кўпроқ учрайди.

“Сочли тил”нинг ривожланишидаги сабаблар тўла аниқланмаган. Бу касаллик, кўп ҳолларда, инфекция хасталиклар ва меъда-ичак тракти ҳамда жигар фаолияти бузилишларида кўринади. Сурункали ипсимон сўрғичлар гиперплазияси тез-тез кузатилмоқда. Улар гипо ва ацидли гастритларда, оғиздаги муҳит ишқорий томонга силжиши оқибатида касалликнинг юзага келиши учун замин ҳозирлайди.

“Сочли тил” билан оғриганларнинг қарийб 68-70% ида *Candida* замбуруғларининг фаол иштирокида кандидозли стоматит ривожланади. Бироқ, шуни таъкидлаш ўринлики, замбуруғли флора иккиламчи бўлиб, замбуруғли стоматитлар “сочли тил” касаллиги кўринишида юзага келади. Тил сўрғичларининг гиперплазияси *candida*лар инвагинацияси учун қулайлик туғдиради.

“Сочли тил” касаллиги жуда кўп алкоғолли ичимлик ичадиганларда, чекадиганларда, турли кимёвий таркибли дори-лар истеъмол қиладиганларда ва бир қатор истеъмол маҳсулотларини еганда юзага келади. Айрим ҳолларда бу маҳсулотлар истеъмол қилингандан кейин “сочли тил” ривожланади ёки қайталанadi. Демак, шу истеъмол қилинган модда аъзонинг сенсбилизациясига олиб келади, тўқиманинг махсус шиши кузатилиб, ипсимон сўрғичлар гиперплазияси ва шохланишининг кучайишига сабаб бўлади.

Гиперплазияланувчи ипсимон сўрғичлар тилнинг орқа ва ўрта учинчи соҳасида кўпроқ жойлашган. Тилнинг ён юзаси ва олдинги қисмида сўрғичлар эркин жойлашгани учун меъерий кўринишда сақланиб қолади. Тилнинг дорсал юзасида ипсимон сўрғичлар қалинлашади, узунлашади ва шохланади.

Сўрғичлар 0,5 дан 3 см гача узунликда бўлиши мумкин. Тил асосига томон сўрғичлар қалин ва мустақкам ўрнашади, учи эса доимо ингичкалашиб боради. Тил деворидаги шиллик қобик қаватда кузатилган ўзгариш шакли овал ёки четлари нотекис учбурчакни эслатади. Тукли (сочли) тил учун унинг ранги муҳим аҳамиятга эга, яъни, оч-сариклик, хиралик, тўқ-сариклик хосдир. Ипсимон сўрғичларнинг учи асосига нисбатан янада қорамтир бўлади. Сўрғичларнинг бўялиши кўп ҳолларда, истеъмоқ қилинадиган овқат таркибидаги пигментли рангларга ва микрофлорага (хромагенли замбуруғлар) боғлиқдир.

Касаллик одатда, 2-3 ҳафтагача чўзилади. Бироқ, ундан ҳам узоқ вақт давом этиши тўғрисида маълумотлар бор. Касалликда оғиз шиллик қобик қаватида қуриш, таъм сезгилари бузилиши кузатилади. Бактериоскопик текширишларда лептотрихиялар миқдорининг кўпайгани кўринади.

Қора “сочли тил”ни ташхислаш унча мураккаблик туғдирмайди. Тил деворидаги шиллик қобик қаватнинг ўзгариши фақат ҳақиқий тукли тил касаллигида эмас, балки ёлғон тукли тилда ҳам кўринади. Ёлғон сочли тил кўриниши меъда-ичак тракти, оғиз бўшлиғидаги яллиғланиш касалликлари оғиз гигиенасининг ёмонлашуви натижасида, тилнинг ўткир бўялиши оқибатида юзага келади. Бундай ҳолларда ипсимон сўрғичларнинг ўткир гиперплазияси бўлмайди.

Жараён ҳеч қандай даво талбирларисиз 10-15 кун давомида пасаяди. Оғиз бўшлиғини гигиеник жиҳатдан тоза тутиш, таъсирловчилардан ҳоли қилиш, тиш караши, тиш тоши, кариоз ковакни ёпиш кабилар жараённинг ўз-ўзидан тузалишини тезлаштиради. Агар ипсимон сўрғичлар жуда ўткир гиперплазияланган бўлса, уни механик усулда олинади. Бунда хавфсизликка риоя қилган ҳолда устара билан қириш мумкин. Паст ҳароратдан фойдаланиш ҳам яхши натижа беради. Суюқ азот пуркаб, 15-30 сония музлатиб, сўрғичларни тилиб олиш мумкин. Консерватив усуллардан кератолитик воситалар - 5-10% ли салицилат спиртини, 5%ли резорцинни кунига 2-3 мартадан тил деворига суркаш ҳам яхши самара беради. Гиперсенсбилизацияловчи терапия, С, Д, А витаминларини қўллаш, агар замбуруғли глосситлар юзага келса, махсус даволаш ўтказиш зарур.

Ромбсимон тил (ромбсимон глоссит). Бу касалликнинг келиб чиқишини икки хил фикрлар асосида тунуштирамиз: биринчидан, хасталик тилнинг ўзига хос касаллиги десак, бошқа муаллифлар тил деворининг тузилишидаги аномалия натижасидаги касаллик дейишади.

Ромбсимон тил касаллигининг этиология ва патогенези тўла ўрганилмаган. Вгосқ(1914й.) фикрига асосан, касаллик тур-

ли махсус инфекцияли хасталиклар — туғма захм ва сил оқибатида юзага келади. Бироқ, ҳозирги замон тиббиёти бу қарашни морфологик ва клиник текшириш натижалари асосида инкор қилади. Кўп муаллифлар ҳозирги вақтда ромбсимон тилнинг ривожланишида туғма омиллар аҳамиятлироқ эканлигини таъкидламоқда. Бунинг ривожланишида эмбриогенез жараёнидаги шартли бузилишлар оқибатида тил ягона дўмбогининг сақланишига олиб келишидир. Бундан ташқари, ромбсимон тилнинг юзага келишида замбуруғли жароҳатнинг ҳам аҳамияти бор.

Клиник ромбсимон глоссит бу — тил орқасидан учинчи қисмининг ўрта чизиғи бўйлаб, олдинги бўғинга сўрғичли йўналишда шиллиқ қобиқ қаватнинг қотишидир. Жароҳат ўчоғининг катталиги 0,5 дан 2,5 см гача кузатилади. Бу ўчоқлардаги шакл кўпроқ ромбни эслатгани учун касаллик “ромбсимон тил” номини олган. Бироқ, жароҳат ўчоғида фақат ромб шаклигина кузатилмайди, айлана, овал шаклларни ҳам кўриш мумкин. Ромбсимон глосситда, тил шиллиқ қобиқ қават атрофидаги тўқималардан қисман бўртиб туради. Бундай ҳолларда бу соҳа атрофидаги шиллиқ қобиқдан аниқ чегаралар билан; қизил, оч-қизил рангда, кўкиш бўлиши билан фарқланади.

Ромбсимон глоссит сурункали касаллик бўлиб, йиллаб давом этади ва одатда, ўз-ўзидан тузалиб кетиши кузатилмайди. Ромбсимон тилни клиник кечишига қараб, *уч хил шаклга ажратамиз - ясси (ёки текис), дўмбоқли (ёки дўмбоқчали гадирбудир) ва папилломатоз (ёки гиперпластик) турлари.*

Ясси шаклида жароҳатланган тил шиллиқ қобиқ қавати силлиқ, ялтироқ бўлиб, атрофидаги шиллиқ қобиқдан кўтарилмайди, сўрғич эпителийлар кузатилмайди, қизил ёки тўқ қизил тусда ранг беради. Пайпаслағавимизда жароҳат соҳаси қаттиқлашган, оғриқсиз, жағ ости лимфа тугунлари қўлга сезилмайди.

Дўмбоқли шаклдаги ромбсимон тилда жароҳатнинг айлана ёки овал соҳаси яхши аниқланадиган дўмбоқлардан, бирибидан фарқланадиган аниқ бурмалардан ажралиб туради ва сўрғичлари бўлмайди. Дўмбоқларнинг бундай жойлашиши кўприкли, осма йўлларга ўхшаб туради. Бу соҳалар қизил, қисман кўк-қизил тусда бўлиб, устидан шохланган эпителий қоплаганда, оч сут рангда товланади. Жароҳат яраси беморнинг бутун ҳаёти давомида бир хил катталиқда сақланиб қолади.

Папилломатозли шаклида аниқ ўзгаришлар бўлмайди, тил деворларидан папилломатозли ҳосила кўтарилиб, кўзга ташланиб туради. Улар асосан кенг, қаттиқлашган, оқиш рангда

бўлади. Учоқ 3-5 см катталиқкача етиши мумкин. Папилломатозда ҳосила пайдо бўлиши оқибатида бўртган, ғадир-будир, қаттиқлашган, баъзи ҳолларда, яллиғланган нарса вужудга келади. Бундай ҳолларда, бемор гўё оғзида бегона нарса борлигини сезишидан шикоят қилади.

Ромбсимон тилнинг учала кўриниши ҳам, айниқса, ясси шакли ҳеч қандай субъектив белгиларсиз кечади. Кўпчилик беморлар агар оғзига эътибор бермаса, ромбсимон глосситли ўзгаришлар борлигини сезмайди. Камдан-кам беморлар оғзи қуришидан, тил деворларидаги нотекисликдан, қуйиш сезгисидан шикоят қилади. Бундай сезгилар ўткир яллиғланиш жараёни кузатилганда юзага келади.

Ромбсимон тилнинг кечиши одатда, яхши сифатли, клиник ва морфологик кўриниши узоқ йиллар давомида ўзгаришсиз қолади. Ноқулай шароитлар – организм ҳимоя тизимининг пасайиши, доимий шикастловчи омиллар таъсирида, дўмбоқли ва папилломатоз шаклли глосситлар янада ривожланиш томонга қараб силжийди. Бундай гуруҳ беморларни доимий диспансер назоратига олиш зарур. Чунки бу каби глосситларда жараён ёмон сифатли ўзгариш томонга силжиши хавфи мавжуддир. Касалликни тил папилломатози ва тилнинг замбуруғли жароҳатлинишидан фарқлаймиз.

Врач қўллайдиган даво усули ромбсимон тилнинг шаклига қараб белгиланади. Дўмбоқли ва папилломатоз шаклининг ривожланиб бориши кузатилса, даволаш жарроҳлик усулида амалга оширилади. Папилломатозли шаклида криотерапия самарали ҳисобланади.

Микроглоссия - тилнинг кичрайиши билан кечадиган жараён. Микроглоссия *бирламчи* (туғма) ва *иккиламчи* (орттирилган) бўлиши мумкин. Бирламчи микроглоссия эмбрионал ривожланиш давридаги аномалия оқибатида юзага келади. Бунда тилнинг ҳолати бир умр ўзгармайди. Иккиламчи микроглоссия қатор асоратли касалликлар натижасида: каллогенозда, махсус инфекцияларда кузатилади. Бундай микроглоссия тил мушакларининг атрофияланиши билан кечади. Касаллик симптомсиз кечсада айрим ҳолларда нутқ бузилади.

Макроглоссия. Туғма макроглоссия тил мушакларининг ҳаддан ташқари ривожланиши оқибатида кузатилади. Тилнинг катталашиши, айрим ҳолларда, юз-жағ соҳаси мускулларининг тарқалган гипертрофияси билан кечади. Бундай ҳолларда, тилнинг ассимметрияси, яъни, бир томони бўртади. Туғма макроглоссия Даун касаллигида, микседемада, кретинизмда учрайди. Акрометалияда ҳам тил катталашади. Тери қатламидаги атипик тизимли кандидозда макроглоссия кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда тил қаттиқлашади, кам ҳаракатланади,

ҳажми 1,5-2 мартагача катталашади. Лимфангиома, гемангиома каби томирнинг янги ҳосилалари ҳам макроглоссияга сабаб бўлади.

Тилнинг сезиларли катталашиши овқат ейишни қийинлаштиради, нутқ, нафас олиш ва ютиш фаолиятларини ўзгартиради. Болаларда макроглоссия тиш қаторлари ривожланишига, пародонт тўқималари шаклланишига зарарли таъсир қилади. Тил мушакларининг доимий кенгайиб бориши, тиш ёйи, окклюзиянинг бузилишига, олдинги тишлар лаб томонининг бўртиб чиқишига, очиқ прикус юзага келишига сабаб бўлади. Макроглоссиянинг ўткир кўринишларида, тил оғиз бўшлиғи олдинги соҳасига доимий шикастловчи таъсир кўрсатиб, турли ташқи омиллар таъсирига учрайди. Тил қурийди, қараш ва қотган қават тўқима билан қопланиб кўкин-ифлос рангда товланади. Тилнинг шиллиқ қобик қавати осон жароҳатланади, сўргичлар билан қопланган қисми тез-тез қонайди. Тилнинг ён юзасида тиш излари қолиб, аниқ кўзга ташланади. Механик шикастланган шиллиқ қават тез-тез йиринглаши мумкин. Оғиз очиқ туриши оқибатида, сўлак доимо лаб, оғиз бурчаги, энгак терисига тегиб, қитиқловчи таъсир қилади ва мацерацияланишга олиб келади.

Врачнинг даволашда тутадиган йўли тил катталашишига сабабчи омилни билиши ва тилнинг катталиқ даражасига қараб белгиланади. Агар макроглоссия умумий касаллик кўриниши ёки фаолиятининг бузилишисиз кечаётган бўлса, радикал даволаш ўтказилмайди. Мабодо тилни катталашиш фаолиятига таъсир қилса: нутқ, ютқин, фаолияти бузилса, тил доимий шикастланса, унда жарроҳлик билан даволаш усули қўлланилади.

ГЛОССАЛГИЯ

Глоссалгия (глоссодиния, тил парестезияси). Тилда кўринмайдиган ўзгаришларсиз оғриқли ва ноқулай сезгиларнинг пайдо бўлиши билан кечадиган патологик ҳолатдир. Ҳозирги вақтда, нафақат тилдаги, балки оғиз шиллиқ қобиғидаги оғриқли, ноқулай сезгиларни англатувчи **“стомолгия”** сўзи айнан шу касалликларда кенгроқ қўлланилмоқда.

Глоссалгиянинг этиология ва патогенези ҳозиргача тўла аниқланмаган. Тилдаги оғриқ ва парестезияли сезгиларнинг пайдо бўлишида меъда-ичак трактидаги касалликларнинг аҳамияти борлиги тўғрисида қатор далиллар мавжуд, бундан ташқари, ҳайз даврида парестезия юзага келишини ҳам кўп учратиш мумкин. Жуда ҳам юқори асабий-руҳий ўзгаришларда, ўта сезувчанлик ва ёмон ухлаш кабиларда, глоссалгия жараёни жуда кўп маротаба кузатилади.

Касаллик секинлик билан ривожланади ва бемор ҳамма вақт ҳам оғриқ пайдо бўладиган жойини аниқ кўрсата олмайди. Одатда, беморда тилнинг механик шикастланиши, протез уриши, ортопедик восита кесиши билан глоссалгия бошланади, айрим беморларда турли касалликлар туфайли тиш олинishi ёки юз-жағ соҳасидаги бошқа хил жарроҳлик муолажалари оқибатида юзага келади.

Глоссалгияда кўпинча, парестезия худди куйишиш, суқишиш, қичишиш, анемия, оғирлик сезгилари кўринишида бўлади. Айрим ҳолларда бемор тишига худди аччиқ калампир теккани каби сезгидан, баъзилар парестезия оқибатида тилда кучли оғриқ сезишдан шикоят қилади.

Оғриқли ва ноқулай сезгилар тилнинг учида, ён юзасида, баъзан тил илдизида жойланади. Айрим ҳолларда, парестезия лабда, танглайда, тил илдизида, ютқинда, қизилўнгачда, бўйин соҳада жойланади. Оғриқли симптом аниқ чегарага эга бўлмайди ва доимий тавсифда кечмайди. Одатда овқат еган вақтида йўқолади, эрталаб кучсиз ёки умуман сезилмайди, кечкурун, узоқ сўзлашганда ва асабийлашганда оғриқ кучаяди. Касаллик турли интенсивликда йиллаб давом этиши мумкин.

Даволанмасдан соғайиб кетиш жуда кам ҳолларда кузатилади.

Қатор беморлар глоссалгия билан ҳам, канцерофобия билан ҳам бир вақтда оғрийди. Беморни оғриқ ёки ноқулай сезги безовта қилганида, ойнага қараб, қисман ўзгарган шиллик қобик қават соҳани учратиши мумкин.

Глоссалгияда тилнинг морфологик ўзгариши ҳам кузатилади. Оғиз бўшлиғи шиллик қобик қаватида, одатда, қуриш ёки яхши намланмаслик кузатилади.

Айрим ҳолларда, гипосаливация белгилари: шиллик қобик қават қизарган, ялтироқ, сўлак ёпишқоқ, кўпикли бўлади. Баъзан тил шишади, тиш излари шиллик қобик қаватда аниқ кўзга ташланади.

Глоссалгияни уч шохли нерв невралгиясидан **қийёсий фарқлаш** керак. Невралгияда оғриқ тўсатдан пайдо бўлади ва санчиқли соҳаси аниқ бўлади. Оғриқ сўзлашганда ёки овқатланганда кўзийди. Глоссалгияда эса, оғриқ овқат еган вақтда кузатилмайди. Невралгияда уч шохли нерв иннервация қиладиган соҳаси бўйлаб парестезия ва оғриқ тарқалини, овқат еганда ва сўзлашганда, сезгирлик ўзгариши билан оғриқ пайдо бўлиши кузатилади, тилни пайпаслаганимизда оғриқ бўлмайди.

Оғиз бўшлиғида парестезия ҳолати турли-хил металлар ва темир қотишмаларининг кўприксимон протезни улашда иш-

латилган қисмидан пайдо бўлиши мумкин. Бу вақтда бемор металл таъмидан, оғизда микроток пайдо бўлиб, таъм сезишнинг ўзгаришидан шикоят қилади. Кўприксимон протезларни ечиб олиш билангина ноқулай сезгилар йўқолади.

Оғиз бўшлиғида куйиш ва қуриш ҳолатлари организм акрил пластмассаларни кўтара олмаслиги оқибатида ҳам рўй беради. **Ташхислашда**, бемордан йиғилган анамниз муҳим аҳамият касб этади. Коронка ёки протезни ечиш касаллик белгиларининг қисман бўлсада, бартараф қилади. Бундан ташқари, протез тайёрланган материалга аллергия бўлса, шу соҳадаги оғиз шиллиқ қобиқ қавати қизаради, шишади ва унда увишиш, эрозия кузатилади.

Глоссалгия ва десквamatив глосситнинг қиёсий фарқида асосан, глосситда куйиш ва оғриқ овқат еганда кучайса, глоссалгияда оғриқ ва куйиш йўқолади. Глоссалгияда ўзгариш кузатилмайди, глосситда эса жараён вақтида десквамацияли соҳа сезилади.

Даволашда глоссалгияни келтириб чиқараётган омилларни ҳисобга олиб ҳаракат қилинади. Бунда асосан организмдаги барча аъзо ва тўқималардаги меъёрий фаолият ўрганилади. Даволашда, организмнинг умумий соғлиғини тиклаш мақсадида, тегишли аъзо касалликлари йўналиши бўйича мутахасис билан маслаҳатлашиб, зарур усуллар қўлланилади.

Кўпчилик глоссалгия билан оғриган беморларнинг руҳий ва асабий ҳолатини инobatга олиб, уларга: 0,005 г седуксен, 0,005 г элениум, 0,3 г триоксазин, 0,025 г дан кунига 2-3 марта аминазин, 3-4 ҳафта давомида буюрилади. Поливитаминларни 3-4 ҳафта давомида қўллаш яхши натижа беради. Касалликнинг бошланғич даврида В₁ витаминини новакаин билан аралаштириб, 10-12 инъекция пастки жағни оғриқсизлантирилиши каби ўтказилади.

Анацид гастритда ва тил сўрғичларининг ўткир атрофиясида В₁₂ витамини (10-12 инъекция) билан даволаш ўтказилади. Сўлак ажратилишининг кучайишида, ичишга калий йодиднинг 3%ли эритмаси 3 кун давомида тавсия қилинади. Натрий ионлари ёрдамида электрофорез ўтказиш ҳам глоссалгия учун яхши даволовчи самара беради. Электроуйқу ва гипноз усулларини ҳам қўллаш мумкин.

Оғиз гигиеник ҳолатига катта эътибор бериш, доимий жароҳатловчи омилларни бартараф қилиш ўта муҳим аҳамиятга эга. Тишлар пломбланади, илдизлар олинади, тиш тошлари ва карашлари тозаланади. Окклюзия баландлигини тўғри ва ўз вақтида тиклаш, тўғри ортопедик ёрдамни кўрсатиш ҳам му

ҳим аҳамият касб этади. Тилдаги парестезия ва оғриқни бар-
тараф қилиш мақсадида анестезин (Anaesthesini 1г; Glycerini
10 г), тримекаиннинг 0,5%ли эритмаси, цитрал билан оғиз-
ни чайқаш яхши натижа беради.



1. Тил касалликлари нима ва турларини санаб ўтинг.
2. Тилдаги ўтқир катарол яллиғланиш, "Географик" тил, кли-
никаси.
3. Бурмасимон ва қора сочли тил касалликларининг келиб чи-
қиши ва даволаш.
4. Ромбсимон тил, келиб чиқиши ва даволаш усуллари.
5. Глоссалгия нима, этиологияси, таъхислаш ва даволаш.

Ўн олтинчи боб

Мавзу: ХЕЙЛИТЛАР

Таълимий мақсад: Хейлитлар лабнинг яллиғланишли касаллиги ҳисобланади. Лаб қизил ҳошиясининг жароҳатланиши ва клиник кечишини, ташхислашни, даволашнинг ўзига хослигини, оқибатларини билиш, уларни синфлашни, турларига қараб бири-биридан асосий фарқни этиопатогенизида касаллик кечишига боғлиқлиги кабиларни талабалар билиши шарт.

Машғулотнинг техник таъминоти: Слайдлар, расмлар, компьютер маълумотлари, клиникада даволанаётган беморларнинг касаллик варақалари.

Машғулотнинг асосий саволлари:

1. Хейлитлар ҳақида тушунча ва уларнинг турлари.
 2. Хейлитларнинг организмдаги бошқа яллиғланиш касалликларидан фарқи.
 3. Хейлитларни турларига қараб клиник кечишининг ўзига хослиги.
 4. Хейлитлар, уларни даволаш усуллари ва оқибатлари.
 5. Хейлитлар келиб чиқишидаги асосий сабаблар ва уларнинг олдини олиш.
 6. Сурункали лаб ёрилиши, клиникаси, этиологияси ва даволаш.
- Машғулот ўтадиган жой:** Ўқув хоналари, клиника ва поликлиника.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, компьютер маълумотлари, клиникадаги беморлар касаллик варақалари.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Хейлитлар - лабнинг яхши сифатли яллиғланиш касаллигидир. Бу гуруҳга фақат лабда жойлашган ва лаб қизил ҳошиясининг жароҳатланиши билан кечадиган касалликлар кирди. Ҳозиргача хейлитларнинг умумий қабул қилинган синфланиши йўқ, бу эса касалликни ташхислашда ва даволашнинг самарали бўлишида қийинчилик туғдиради. Кўплаб муаллифлар синфлашнинг мураккаб томонларини таклиф қилишади. Бир хил касаллик шакллари турлича номланади. Масалан, Greither (1955й.) лаб экземаси ва лаб экземасимон ҳолатини себореяли ва периорал шаклда юзага келадиган кўринишларга ажратган. Л.И. Урбанович (1965 й.) эса хейлитларнинг ҳеч қандай асосланмаган синфланишини, яъни эксфолиатив хейлит ва Манганоттининг абразив преканкроз хейлитини бир гуруҳга киритишни таклиф қилади.

Адабиётларда “экзематоз хейлит” сўзи тез-тез учраб тура-

ди. Экзематоз хейлит сўзини асослаш учун лаб ва юз терисининг аралаш жароҳатланишини кўриш керак. Адабиётларда “экзематоз хейлит” сўзи остида атопик, аллергик, алоқали ва актиник хейлитлар тўғрисида фикр баён қилинади. Оғиз бурчакларининг ёрилиши ва мацерация ҳосил бўлишига, кўпинча, катталар орасида микробли хейлитлар сабаб бўлиб, улар микробли экземаларнинг бир кўринишидир. Ангуляр хейлитда эса стрептококкли ёки микотик яламада бўлиши кузатилади. Кўпчилик муаллифлар Манганотти хейлитини хейлитлар синфига киритади. Бу нотўғри, Манганотти хейлити лабнинг рақ олди касалликларига киради.

Ҳозирги вақтда А.Л.Машкиллейсон ва С.А. Кутин таклиф қилган синфлаш кенг қўлланилади. Барча хейлитлар икки гуруҳга ажратилади: **аниқ хейлитлар ва симптоматик хейлитлар**. Аниқ хейлитлар гуруҳига **эксфолиатив, glandуляр, алоқали** (оддий ва аллергик), **метереологик ва актиник хейлитлар** киради. Симптоматик хейлитлар гуруҳига **атопик, экзематоз ва плазма хужайрали хейлит, макрохейлит** — бу Мелькерсон-Розентал синдроми каби кўринишида - **ихтиоздаги хейлит, гиповитаминозли хейлитлар** киради.

Мелькерсон-Розентал синдроми, ихтиоз ва гиповитаминозлар тўғрисидаги бўлимда ёритилган бўлиб, шу ўринда, хейлитларнинг бошқа тури, шунингдек, лабнинг сурункали ёрилиши тўғрисида маълумотлар бериб кетилган.

ЭКСФОЛИАТИВ ХЕЙЛИТ

Эксфолиатив хейлит — фақат лаб қизил ҳошиясининг жароҳатланиши билан кечадиган сурункали касалликдир. Бу хасталик тўғрисида биринчи мартаба Stelwagon 1900 йилда “персистирующая десквамация губ” номи билан ёзган. Кейинчалик Besnier (1901), И.Ф.Зеленев (1903) “Seborrhoica sicca oder exfoliation” - “лабнинг эксфолиатив яллиғланиши” деб аташни таклиф қилишади. Б.М.Пашков (1963) бу касаллик тўғрисида изланишларни чуқурлаштириб, унинг клиникаси, патогенези ва даволаш ҳамда икки хил шаклдаги эксфолиатив хейлит: қуруқ ва экссудатив шаклини кўрсатиб, уларни бир-бирига ўзгариб туришини таъкидлади.

Этиологияси ва патогенези. Кўпчилик тадқиқотчилар касаллик асосида нейроген механизм, [Stelwagon, 1900; Trimble 1913; Curtis, Rogers 1952], яна бошқа гуруҳ муаллифлар шахсий руҳий патологик ҳолат ётади, деб изоҳлашади. Электроэнцефалографияда бундай беморларни текшириш натижаларининг кўрсатишича, фаол биоэлектрик тоқлар бош миянинг энса соҳасида ўткир ва сокин тўлқинларида, синхронли се-

кин фаоллик миянинг марказий ва пешона соҳасида кузатилиши, айнан бош мияда чуқур ирритация асоратлари пайдо бўлишини кўрсатади.

Эксфолиатив хейлит билан оғриган беморлар асабий-руҳий ҳолатининг кўзгалган-депрессив, айниқса, экссудатли шаклда яққол кузатилиши, касалликнинг қуруқ шаклида репрессив реакция-қўзғалиш усти ҳолати кўриниши аниқланди.

Эксфолиатив хейлитдаги патологик жараён асосида фиброз бириктирувчи тўқимада турли омиллар: яллиғланиш, иммунно-аллергик, метаболтик, генетик омиллар ётади. Лимфоцит ва плазматик ҳужайраларни гистологик текширишда, касаллик потогенезида иммунноаллергик омил аҳамиятли эканлиги аниқланган.

Клиник кўриниши. Эксфолиатив хейлит билан кўпинча аёллар оғрийди. Беморларнинг ёши кўпинча 3 дан 70 гача бўлади, бироқ, кўп ҳолларда 20-40 ёшлилар оғрийди.

Экссудатив шаклдаги эксфолиатив хейлит, лаб қизил ҳошиясида тангачали, мугузли сарғиш ёки сарғиш-жигарранг ҳосилаларни оғиз бурчагидан иккинчи бурчагигача қоплаши билан тавсифланади. Айрим ҳолларда, мугузланган тўқималар катталашиб, лабда ҳуштак чалувчи мослама шаклига киради. Бу жараён фақат лаб қизил ҳошиясида жойлашиб, ҳеч қачон шиллиқ қобиқ ёки терига кўчмайди. Шуниси тавсифлики, оғиз шиллиқ қобиғига ва терига ўтиш чизиғи зарарланмаган ҳолда туради. Қотган-мугузли тўқима олинганда, остида оч қизил рангли лаб қизил ҳошияси кузатилиб, эксфолиатив хейлитдан фарқли, эрозия ҳолати вужудга келмайди. Лабдаги Клейн соҳаси (шиллик қаватнинг бошланиш чизиғи) озгина қизариб шишади.

Эксфолиатив хейлитнинг экссудатли шаклида капилляр қон томирлар ўтказувчанлигининг бузилиши оқибатида қисман яллиғланиш белгилари бўлиб, у кўплаб мугузли тўқимани ҳосил қилади. Доимий мугузли тўқималарнинг ҳосил бўлиши ҳар 3-6 кунда максимал ривожланиш даражасида кузатилади. Қатор беморларда капиллярларнинг ўтказувчанлиги ёпишқоқ экссудатли оқиш моддага айланади, кейинчалик у қуриб мугуз пайдо бўлади. Бемор лабининг куйиши ва оғришидан шиқоят қилади, айниқса, сўзлашганда, овқат еганда жараён яққол намоён бўлади, шунинг учун беморнинг оғзи доимо қисман очиқ ҳолатда туради.

Эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шакли лабнинг биттасига ёки иккаласига бир хилда жойлашади. Жароҳат лента шаклида, лабнинг бир бурчагидан иккинчи бурчагига томон тортишувчан мугуз ҳосил қилади. Оғиз чегарасида лаб қизил ҳошияси ҳам доимо эркин сақланиб қолади, сарғиш ёки сарғиш-

жигарранг тангачалар лаб қизил ҳошияси марказида мустаҳкам бирикади ва четлари қисман қолади. Тангача пайдо бўлганидан 5-7 кун ўтгач осон олинади, остида оч-қизил ранг кузатилиб, тангача ўрнида эрозия бўлмайди. Клейн соҳасидаги чизик шиллиқ қавати қизаради. Бемор лабининг қуриши ва куйишидан шикоят қилади.

Айрим ҳолларда лаб қизил ҳошияси оғизнинг бир бурчагидан иккинчи бурчагигача жароҳатланмай, лаб ўрта чизигининг учинчи қисми унча катта бўлмаган оч-жигарранг тангачали лаб қизил ҳошияси марказида мустаҳкам бирикади. Бундай ҳолларда юқори лабнинг марказидаги Клейн соҳаси чизиги кўпроқ жароҳатланади, юқори ва пастки лабнинг қолган қисми жароҳатсиз қолади. Қатор беморларда лаб қуриши ва ундаги тангачани тишлаб олиш одати кузатилади. Эксфолиатив хейлитнинг экссудатли шаклини лаб қизил ҳошиясида тангачалар қотиши тугагандан кейин, ўрнига ярим шаффоф тангача кўринишида ҳосила пайдо бўлиши билан касаллик янгидан бошланиш даврида даволанса яхши натижага эришилади. Оғриқ ва куйишиш камаяди, йўқолиб кетади. Экссудатли шаклдан қуруқ шаклга ўтиш бир неча даво муолажаси ўтказилганидан кейин кузатилади. Қатор беморларда экссудатли шакли давонлагандан кейин, қуруқ шаклга ўтади, бироқ орадан бир неча вақт ўтгач, касалликнинг яна экссудатли шакли қайталанadi.

Кечиши. Касаллик узоқ йиллар, ҳаттоки, бир неча ўн йиллар кечиши, айниқса, қуруқ шаклида кузатилади. Касалликнинг экссудатли шакли кечишида бемор айниқса, юзининг ҳунуклашиши — лабнинг доимий патологик ҳолати ва оғриганидан мурожаат қилади.

Касаллик ўз-ўзидан тузалиб, ремиссия даври билан алмашилиб туради. Эксфолиатив хейлит камдан-кам ҳолларда учрайди. Бироқ текшириш натижаларининг кўрсатишича, эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шакли билан оғриган беморлар касаллик субъектив белгиларининг қанчалик безовта қилишидан қатъий назар врачга бирор маротаба мурожаат этмаган. Касалликнинг бундай тавсифли кечиши ўта қуруқ ёки экссудат шаклининг алмашилиши билан кўринади.

Эксфолиатив хейлитнинг турли шаклда товланиб кечиши лаб қизил ҳошиясининг бирор-бир соҳасида доимий сақланиб турувчи тошма кузатилиши билан аниқланади, бу эса, худди рак олди ҳосиласи кўринишини юзага келтиради. Лекин бу тошма ёмон сифатли ўсмага айланмайди.

Ташхислаш. Касалликнинг типик кўринишларини ташхислаш қийинчилик тудирмайди. Бироқ эксфолиатив хейлит лаб қизил ҳошиясида жойлашадиган бошқа кўплаб касалликларга

ўхшаш мумкин. Бундай касалликларга актиник хейлит, қизил югирикнинг эрозив-яралли шакли ҳамда “гландуляр хейлит” (Woodburne, Philpott 1950й.) номи билан аталган айнан шу хасталикни киритишимиз мумкин.

Эксфолиатив хейлитнинг экссудатли шакли актиник хейлитнинг экссудатли шаклидан, Манганоттининг преканкроз абразив хейлитидан, оддий пуфакчадан, қизил югирикнинг эрозив-яралли шаклидан ва қизил ясси темираткидан қиёсий фарқланади.

Эксфолиатив хейлитнинг экссудатли шаклидан, актиник хейлитнинг экссудатли шаклининг фарқи шуки, лаб қизил ҳошияси бутун юзасини жароҳат эгаллайди, везикулалар ўрнида ўткир шиш ва эрозия ҳосил бўлади. Актиник хейлитнинг ташхисида анамнез маълумотлари аҳамиятли саналади.

Эксфолиатив хейлитнинг экссудатли шаклида лаб қизил ҳошиясида қотиб қолган оддий пуфакча тўқималарини олганда, эрозия ҳосил бўлиши, Никольский симптоми мусбатлиги, суртмада аконтолитик ҳўжайраларнинг топилиши билан фарқланади. Лаб қизил ҳошиясида оддий пуфакчалар жароҳати жойлашган беморлар барчасининг оғиз шиллиқ қобиқ қаватида тошмалар кўринади.

Эксфолиатив хейлитнинг экссудатли шаклидан Манганотти преканкроз ҳосилалли хейлитининг фарқи, ундаги жараённинг чегаралангани, эрозия ва касаллик кечишидаги фарқлар билан ажратилади. Манганотти хейлитини ташхислашда, айрим ҳолларда, беморлар ёши ҳам аҳамият касб этади.

Эксфолиатив хейлитнинг экссудатли шаклидан қизил югирикнинг эрозия-яралли шакли қуйидагича фарқланади: югирикнинг бу шаклида, чегарали, қисман эритемали эрозия ёки яра ҳосил қилган жароҳат ўчоғида чандиқли атрофия ва гиперкератоз ҳосил бўлади. Бу касалликни қиёсий ташхислашда, қизил югирикнинг тангачаси Вуд лампаси нурида кўкиш-қора шаклда товланиши ҳам аҳамиятли ўрин тутати.

Эксфолиатив хейлитдан атипик хейлитнинг фарқи шуки, бунда жараён лаб терисига, айниқса, оғиз бурчагига тарқалади. Жараён лихенизацияли тавсифда, етарли даражада интенсив қичишиш, даврий кечиши, кўпинча йилнинг фаслига боғлиқ ҳолда авж олиши билан ўтади. Эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шаклидан метереологик хейлитнинг фарқи унинг кечиши тўғридан-тўғри ўтади, турли метереологик омилларнинг таъсирига боғлиқ. Лаб қизил ҳошиясининг бутун юзасида яллиғланган жароҳатлар учрайди. Қуруқ шаклдаги эксфолиатив хейлитдан алоқали аллергик хейлит, аллерген билан алоқада бўлган соҳада чегарали эритемалар тошиши, қичишиш, шунингдек, аллергик таъсир

тўхташи билан тошмаларнинг тезда йўқолиб кетиши билан фарқланади.

Гиперкератоз ва атрофиянинг ўткир клиник белгилари кузатилмаган айрим ҳолларда, эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шаклини лабнинг қизил югиригидан фарқлаш қийин. Бироқ, югирик учун жараённинг бошланиши ёки қайталаниши шуниси билан тавсифлики, баҳорги-ёзги вақтда жароҳатнинг ўчоқли тавсифида эритема ва сўлак ажраладиган тангачалар кузатилмайди. Агар ташхис учун маълумотлар етарли бўлмаса ёки иккиланиш пайдо бўлганда, гистологик текшириш ўтказилади.

Оқибати. Хейлитнинг экссудатли шаклида қуруқ шаклига қараганда, оқибат нисбатан яхши тугалланади.

Даволаш. Эксфолиатив хейлитни даволаш қийинчилик тугдиради.

Эксфолиатив хейлитнинг экссудатли шаклида комплекс патогенетик терапия, Букки чегараланган нурлари (ҳафтасига 2 маротоба 200R дан, жами 1600 дан 3000 R гача) таъсири ва организм реактивлигини оширувчи дори воситаларини, масалан, мушак орасига пирогенал (50 МПДдан бошлаб, 100 МПДдан қўшиб борилади, кун оралаб, бир марталик дозаси 1000-1500 МПД га етгунча) қўллаш яхши натижалар беради. Букки нури билан ҳар сеанс даволашдан олдин лаб қизил ҳошиясидан қуриб қолган тўқималарни эллигиланишга қарши эритмаларда аста-секинлик билан олиш керак.

Марказий асаб тузимига таъсир қилувчи дори воситаларидан нейролептиклар (меллерил) ёки транквилизаторлар (эленум, седуксен, триоксазин ни қўллаш мумкин. Эксфолиатив хейлитнинг экссудатли шаклида беморда тиреотоксикоз кузатилса, бундай ҳолатда, тиреостатик дори воситалари (меркузал, мерказолил) қўлланилади.

Экссудатли шакли билан оғриган беморларда 3-4 муолажа даво курси ўтказилади. Даво муолажа курслари оралигидаги танаффус (Букки нурлари билан даволаш 6 ойда 1 марта қилинади) вақтида лабда инфилтрацион новакаинли блокада (0,25% ли новакаин эритмасидан 5 млдан лаб терисига) қилинади. Эксфолиатив хейлит билан оғриган беморларни даволаш натижалари даво курси тугагандан 1-2 ой ўтгач аниқланади.

Эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шаклидагисини умумий даволаш тартиби худди экссудат шаклини даволаш каби амалга оширилади. Агар қуруқ шаклида беморларда депрессия реакцияси учрайдиган бўлса, бундай вақтда антидепрессантлар (мелипрамин) ишлатилади. Қуруқ шаклдаги эксфолиатив хейлитда Букки нурлари қуйишиш ва лаб қизил ҳошиясида ўткир сувли ишқорланиш кузатилганда қўлланилади.

Қуруқ шакли хейлитларда лаб қизил ҳошиясида индиф-

ферентли малҳамлар, кремлар, лаб помадалари (“Восторг” креми, “Спермацетовый” крем, гигиеник лаб помадалари) суркаш тавсия қилинади. Эксфолиатив хейлит билан оғриган беморларда, албатта, руҳий профилактик суҳбатлар ўтказиш зарур. Бундай суҳбатлар ўтказилгандан кейин (2-3 даво курси) бемор лабида куйишиш, қуриш, тошмаларнинг юпқаланиши ва осон ажралиши кузатилади.

ГЛАНДУЛЯР ХЕЙЛИТ

Гландуляр хейлит - лаб қизил ҳошияси ва ўтиш соҳаларидаги сўлак безларининг гиперплазияси, гиперфункцияси ва кўпинча гетеротиплигининг юзага келиши билан кечадиган касалликдир. Бу хасталик ҳақида биринчи бўлиб, Folkman (1870) пастки лабдаги сўлак безидан йиринг ажраладиган беморни кўриб, касалликни асослаб берган. Жараёнга эрозияли ва ёрилишли ҳосилалар пайдо бўлиши, натижада устини қуриган тўқималар қоплаган ҳосила ҳамроҳлик қилади. Буни Folkman йирингли glandуляр хейлит деб атаган. 1890 й.да Unna касалликнинг юзаки шаклини, Puenta ва Acevedo 1927 йилда йирингсиз оддий glandуляр хейлитни кузатишган. Кейинчалик glandуляр хейлит тўғрисида А.А Тарабухин, А.П. Иордан (1935), Б.М. Пашков (1958), Г.Д. Савкина (1961), Е.А. Чуланова (1973) лар ёзишган. Tourena ва Solant (1938); Dubowy (1938), Michailowiski (1962) лар унинг йирингли glandуляр хейлитдан фарқини тадқиқ этган.

Шундай қилиб, ҳозирги кунда тиббиёт стоматологиясида бирламчи ва иккиламчи glandуляр хейлитлар ажратилади.

Этиологияси ва патогенези. Бирламчи glandуляр хейлит кўплаб муаллифларнинг ёзишича, сўлак безининг туғма аномалияси дир. Бу аномалиянинг клиник кўринишлари асосан жинсий етилиш (20 ёшдан кейин) даврида юзага чиқади. Клейн соҳасида жойлашган сўлак безлари турли омиллар таъсирида гипертрофияланади ва сўлакни янада кўпроқ ишлаб чиқара бошлайди.

Иккиламчи glandуляр хейлитнинг ривожланишида яллиғланиш инфилтрати, асосий касаллик тавсифида суюқлик ажратувчи тўқимани қитиқлайди ва унинг гиперплазияси ҳамда гиперфункцияси сабаб бўлади.

Клиник кўриниши. Бирламчи glandуляр хейлит тез-тез учраб туради. Schuermannнинг маълумотларича, бирламчи glandуляр хейлит 50-60 ёшда кўпроқ кузатилади.

Бирламчи glandуляр хейлитни клиник юзага келиши доимий ўзига хос, бир хил. Шиллиқ қаватнинг лаб қизил ҳошиясига ўтиши соҳасида, айрим ҳолларда, лаб қизил ҳошиясида қизил нуқталар сингари сўлак безлар тубининг кенгайишини

кузатамиз ва томчи сўлак ажралишини кўрамиз. Лаб қуритилганидан 5-10 сония вақт ўтгач, сўлак безларидан томчи сўлаклар ажралиб, бутун лабни қоплаб олади. Баъзида сўлак безлари чиқарувчи йўллarning кенгайган қисми тўғноғич боши каби, тугунчали сўлак ажратувчи тўқима гипертрофиясини ҳосил қилиб жойлашади. Айрим ҳолларда, сўлак канали устида айлана шаклда лейкоплакия ҳосил қилади.

Шунга боғлиқ ҳолда, гландуляр хейлит билан оғриган беморларнинг лаби вақти-вақти билан ҳўлланиб туради, улар буғланиб кетганда, лаб қизил ҳошияси қуруқлашади ва яна ишқорий суюқланиш давом этади. Шунинг оқибатида, лабда ёрилиш, эрозия ва турли рак олди жароҳатлари кузатилади.

Иккиламчи гландуляр хейлит лаб қизил ҳошияси ёки оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги жароҳатларда сурункали яллиғланиш оқибатида юзага келади. Бундай ҳолларда лабдаги шиллиқ қават соҳасида сўлак безлари устининг кенгайиши ва ундан томчи сўлак ажралиши кўринади.

Кечishi. Гландуляр хейлитда лаб қизил ҳошиясининг тез-тез сўлак билан ҳўлланиб туриши, унда қуриш даражасининг юқорилигидан сақлайди, мацерацияланади ва лаб қизил ҳошияси секинлик билан сурункали шоҳланиши мумкин. Дастлаб бу жараён сўлак безларининг чиқариш йўллари атрофида, кейинчалик, тарқалган ҳолда кечади.

Ташхислаш. Бирламчи гландуляр хейлитнинг клиник юзага келишини ташхислаш ҳеч қандай қийинчилик туғдирмайди. Бироқ, уни иккиламчи гландуляр хейлитдан шуниси билан фарқлаш керакки, лабнинг турли хил яллиғланиш жараёнлари кассалликнинг сабабчиси бўлиши мумкин.

Оқибати. Гландуляр хейлитда оқибат яхши тугалланади, бироқ, лаб қизил ҳошиясида рак олди касалликларининг юзага келиш хавфи ҳам мавжуд.

Даволаш. Жуда ингичка (сочсимон) электрод ёрдамида сўлак беzi танасини электрокоагуляция қиламиз, агар сўлак беzi танаси эмас, балки чиқиш йўли коагуляция қилинса, ретенцион киста пайдо бўлади. Айрим беморларда, сўлак безларининг кўп миқдордаги ўзгаришлари кузатилса, без таналарини жарроҳлик усулда кесишдан фойдаланамиз: Клейн чизиғи бўйлаб кесилади ва гипертрофияланган сўлак безлари ювилади. Иккиламчи гландуляр хейлитда асосий касалликни даволашга эътибор берилади.

АЛОҚАЛИ АЛЛЕРГИК ХЕЙЛИТ

Алоқали аллергия хейлит лаб қизил ҳошиясини, кам ҳолларда, лаб териси ва шиллиқ қаватини кимёвий моддаларга сенси-

биллизациясининг охиши оқибатида юзага келади. Алоқали аллергик хейлит билан кўпинча, 20 дан 60 ёшгача бўлган аёллар оғрийди. Бу касаллик ўзига хос тавсифга ҳам эга.

Этиологияси ва патогенези. Алоқали аллергик хейлит — секин типда кечадиган аллергик реакциянинг бир кўриниши сифатида юзага чиқишидир. Ҳозирги вақтда, тиббиётнинг асослашича паст молекулали кимёвий воситалар кичик шикастланишлар орқали тўқимага ўтади, сўрилади ва ёғлар билан реакцияга киришади, ҳужайраларнинг функционал тузилмалари билан бирикади (нуклеопротеидлар, митохондрия, микросомалар, оқсиллар), кейин аллергенлар қон плазмасида юзага келади. Алоқали аллергик хейлитларни таркибига флюоресценловчи моддалар, шунингдек, эозинлар, родаминлар, тутувчи лаб помадалари келтириб чиқаради. Камдан-кам ҳолларда, алоқали аллергик омилларга бошқа кимёвий воситалар сабаб бўлиши мумкин.

Сенсибилизациянинг ўта вариабеллик даври (5-7 кундан бир неча ой ва йилгача) аллергик реакцияга, аллергик реактивликка, асаб, эндокрин ва организм турли тизимларининг ҳолатига боғлиқ бўлади. Аллергенни терига синама қилиб, организмнинг аллергенга муносабатини билиш ҳар доим ҳам мусбат натижа беравермайди.

Клиник кўриниши. Одатда, жараён лаб қизил ҳошиясида, кам ҳолларда лаб терисига тарқалган ҳолда жойлашади. Қизил лаб ҳошияси ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати жароҳати кам кузатилади, шунингдек, лаб шиллиқ қаватининг қобикланган жароҳати ҳолида ҳам кўринади. Аллерген билан алоқа ўрнида аниқ чегарали эритема ва унча катта бўлмаган ишқорий сувланиш кузатилади. Лабнинг қизил ҳошиясида касалликнинг узоқ кечиши оқибатида лаб қуриydi ва юзида кўндаланг майда эгат ҳамда ёриқлар пайдо бўлади. Қатор беморларда касаллик ўткир яллиғланиш реакциялари билан кечиб, майда пуфакчалар тез юзага келиб, чегарали из қолдирувчи соҳалар ҳосил қилиши кўринишида кечади. Бемор лабининг қичишиш ва куйишишидан шикоят қилади.

Кечиши. Алоқали аллергик хейлитнинг кечиши лаб қизил ҳошиясига таъсир қилаётган сенсibilловчи агент таъсирига боғлиқ. Касалликнинг қайталаниши турлича аллерген таъсир этиши билан юзага келади, шу ўринда таъкидлаш жоизки, айрим беморларда ярим валентли сенсibilлизация ҳам учрайди.

Таъхислаш. Алоқали аллергик хейлит, айниқса, лабнинг ўткир ишқорий сувланиши, эксфолиатив хейлитнинг қуруқ ўткир ишқорий сувланиши, эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шаклларида, жароҳатнинг фақат Клейн чизигидан лаб ки-

зил ҳошияси ўртасигача жойлашиши билан фарқланади, ҳеч вақт лаб қизил ҳошиясининг бутун юзаси ёки лаб терисини тўла қоплаб олмайди. Эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шаклида эритема бўлмайди, у алоқали аллергик хейлитда доимо мавжуд бўлади.

Алоқали аллергик хейлит актиник хейлитнинг қуруқ шаклига ўхшайди. Касаллик анамнези асосида фотосенсибиловчи таъсирга эга, лаб помадасининг ишлатилишини аниқлаб, ташхисга аниқлик киритиш мумкин. Бунинг учун 1-2 ҳафта давомида лаб помадасини қўллашни тўхтатиб, махсус бўлмаган десенсибилизация ўтказилади. Атипик хейлит, алоқали аллергик хейлитдан лаб қизил ҳошияси ва атроф терисидаги инфилтрацияси (айниқса, оғиз бурчагидаги соҳада кузатилиши) ва кечиши даврининг узунлиги билан фарқланади.

Оқибати. Тузалиш билан тугайди.

Даволаш. Алоқали аллергик хейлитни даволашда авваломбор касалликка сабабчи омил бартараф қилинади. Агар касалликнинг клиник кўриниши аниқ билинмаса, уни маҳаллий даволаш билан чегараланиш мумкин; яъни кортикостероид малҳамлар шаклида (преднизолон, фторокорт, флюцинар) кунига 5-6 марта суркалади. Оғир кўринишли ҳолатларда десенсибилизацияловчи даво тавсия қилинади.

Профилактикасида алоқали аллергик хейлитни келтириб чиқарувчи аллергендан ҳимоялаш чора-тадбирлари кўрилади.

МЕТЕОРОЛОГИК ХЕЙЛИТ

Метеорологик хейлит А.Л. Машкиллейсоннинг (1970) ёзиши бўйича, турли метеорологик омиллар (юқори ёки паст намлик, ҳаво чанги, шамол, совуқ, қуёш радиацияси ва бошқ.) таъсири остида лабнинг яллиғланиши билан кечадиган касалликдир. Кўриб чиқилган адабиётлар ва кузатилган беморларни ўрганиш натижалари, метеорологик хейлитнинг келиб чиқишида қуёш нурига сенсibiliзация бўлмаслиги ҳолатларини айнан кўрсатмоқда. Касаллик кўпинча аёлларга нисбатан эркаклар орасида кўпроқ учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Метеорологик хейлитларни келтириб чиқарувчи сабаблар кам ўрганилган. Касаллик ривожланишидаги асосий сабаблар метеорологик шароит, шунингдек, юқори ёки паст ҳаво ҳарорати, чангланиш деб қаралади. Бироқ, бошқа омилларни ҳам эътироф этиш мумкин; масалан, бир иқлим шароитидан иккинчи бир иқлим шароитига узоқ вақт мобайнида ўтадиган организмда ҳам бу ўзгаришлар кузатилади. Метеорологик хейлит кўпинча, оқ ёки қора танли одамларда ҳамда терисининг қуруқлиги ўта юқори одамларда

(себорея, себореяли экзема, диффуз нейродерматит, ихтиоз) учрайди.

Клиник кўриниши. Метеорологик хейлитда, одатда, пастки лабнинг қизил ҳошияси кўпроқ жароҳатланади. Лаб аниқ бўлмаган рангда қизаради, енгил инфилтратли, қуруқ, майда тангачалар билан қопланади, бемор лаб қуриши ёки лабнинг тортилиши сезгисидан шикоят қилади, бундай ҳолларда, кўпчилик беморлар лабини ялайди, бу эса қуриш ортишига олиб келади, кейин лаб қизил ҳошияси инфилтрацияланади. Лабнинг териси ва шиллиқ қобиқ қавати ўзгармайди.

Кечиши. Метеорологик хейлит сурункали кечади ва камдан-кам ҳолларда нохуш ҳосилалар пайдо қилади ҳамда шу кўринишда рак олди касалликлари ривожланади.

Ташхислаш. Метеорологик хейлитни ташхислаш жуда қийин, чунки у алоқали аллергик хейлит, актиник хейлитнинг қуруқ шакли, айрим ҳолларда, атопик хейлит ва эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шаклига ўхшайди. Аллергик алоқали хейлитда, жароҳат кўпинча пастки ва юқори лабнинг қизил ҳошиясига, лаб терисига сезиларсиз ўтиш билан жойлашади. Қиёсий фарқлаш учун анамнез йиғиш зарур. Метеорологик хейлит ва актиник хейлитнинг қуруқ шаклини қиёсий фарқлаб, ташхис қўйиш муҳимдир чунки бу касалликларнинг инсоляцияси бўлиши мумкин. Актиник хейлит кўпинча лаб қизил ҳошиясида қуёш нури таъсирни ва албатта сенсibiliзация натижасида юзага келади.

Эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шакли жароҳатнинг жойлашиши билан (лабнинг ўтиш соҳасидан то ўртасигача давом этади) фарқланади, кўпинча, иккала лаб жароҳати ва ўзига хос тангача ҳосил бўлади ҳамда бир текисда кечиши тавсифлидир. Актиник хейлит метеорологик хейлитдан фарқли ўлароқ, тўлқинсимон кечади, қайталаниши ва ремиссияси навбатланиб туради. Бунда фақат пастки лаб қизил ҳошияси жароҳатланмай, бир вақтда юқори лабнинг териси ва асосан оғиз бурчағи соҳасида жароҳат кузатилади.

Оқибати соғайиш билан тугалланади, бироқ узоқ вақт кечадиган ҳолатларда, ёмон сифатли ҳосилалар пайдо бўлиши мумкин.

Даволаш. Дастлаб касалликнинг юзага келишига олиб келувчи омилларни бартараф қилиш зарур. Умумий даволовчи воситалардан B_2 , B_6 , B_{12} витаминларни ва никотин кислота-сини қўллаш зарур. Лаб қизил ҳошиясига лаб помадаси ёки фотохимояловчи мойли кремлар, малҳамлар суркаш керак. Ўткир яллиғланишли ҳолатларда, 7-10 кун кечганда, 0,5% ли преднизолон малҳамини суркаш яхши натижа беради.

Профилактика мақсадида метеорологик хейлит билан оғри-

ган беморларни тақрорий таъсирловчи омиллар билан бошқа алоқада бўлмайдиган меҳнат шароитига ўтказиш керак.

АКТИНИК ХЕЙЛИТ

Актиник хейлит лаб қизил ҳошиясининг қуёш нурига сезгирлиги юқори бўлган одамлар орасида сурункали кечадиган касаллик кўринишида юзага келади. Бу касаллик тўғрисида биринчи бўлиб, Auges (1924) ёзган.

Актиник хейлит 20-60 ёшли эркаклар орасида кўпроқ кузатилади. Унинг *эксудатли* ва *қуруқ шакли* фарқланади. Қатор муаллифлар актиник хейлитнинг қуруқ шаклини факультатив рақ олди хейлити деб айтишади. Биз ҳам бу фикрга тўла қўшиламыз.

Этиологияси ва патогенези. Актиник хейлитнинг ривожланишида асосий сабаблардан бири ультрабинафша нур таъсирида секин типдаги аллергик реакциянинг ривожланишидир.

Клиник кўриниши. Актиник хейлитнинг қуруқ шаклида йилнинг баҳор фаслида, пастки лабнинг қизил ҳошиясида оч-қизил ранг, майда-майда қоплама, қуруқ ва кумуш-оқиш тангачалар ҳосил бўлади. Жароҳат лаб қизил ҳошиясининг бутун юзасини қоплайди, юқори лаб юз териси кам ҳолларда жароҳатланади. Қатор беморларда, лаб қизил ҳошиясида шоҳланиш, айрим ҳолларда, варикоз катталаниш кузатилади.

Эксудатли шакlining клиник кўриниши ўткир аллергик алоқали дерматитни юзага келишига ўхшаб кечади. Бунда пастки лабнинг қизил ҳошияси қисман шишган ҳолда, оч-қизил эритема соҳалари, майда-майда пуфакчалар ҳосил бўлади, сўнувчи эрозиялар кузатилиб, унинг юзида қуриган тўқималар кўринади. Бемор қичишишдан, куйишишдан, баъзан лабнинг оғришидан шикоят қилади.

Актиник хейлитни ташхислаш қийинчилик туғдирмайди.

Кечиши. Касаллик йил фаслига қараб кечиши билан тавсифланади, баҳорги-ёзги даврда кучаяди ва кузги-қишги даврда ўз-ўзидан пасайиб кетади. Актиник хейлитнинг узоқ вақт кечишида лаб қизил ҳошиясида шоҳланиш ўчоғи юзага келади, айрим ҳолларда, эрозия ва яралар кузатилади. Узоқ вақт кечадиган эрозия, яра, ёрилиш, айниқса, асоси қаттиқлашган жароҳатларни, шунингдек, ўткир шоҳланиш соҳаларини албагга цитологик ёки гистологик текшириб, ёмон сифатли ўсмалар йўқлигига ишонч ҳосил қилиш керак. Актиник хейлитлар рақ олди ҳосилалари учун облигат бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Ташхислашда актиник хейлитнинг клиник кўриниши ва ти-

пик анамнезига суянамиз. Касаллик бошланишида, қайталанмишда *инсоляция* билан боғлиқ, одатда, баҳорда бемор терисининг қуёш нурига сезгирлиги ошиб кетган даврда кузатилади.

Активик хейлитнинг экссудатли шаклини қиёсий ташхислашда уни атопик хейлитдан фарқлаймиз, бунда жароҳат фақат лаб қизил ҳошиясида эмас, балки лаб терисида, оғиз бурчагида жойлашади ва касалликнинг *инсоляция* билан алоқаси кузатилмайди. Активик хейлитни аллергик алоқали хейлитдан фарқлаш ҳар доим ҳам осон кечмайди. Ташхислашда касалликнинг анамнези ёрдам беради.

Активик хейлитнинг қуруқ шаклидан эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шакли фарқланади, бунда жараён ўзининг жойлашиши билан тавсифланади. Активик хейлит ва лаб қизил югириги ривожланишида инсоляция таъсири ташхислашга қи-йинчилик туғдиради, айниқса, қизил югирикнинг клиник кўринишларсиз гиперкератози ва атрофиясида; бунда Вуд лампасидаги нурлар люминесценцияси ёрдамида аниқланади. Айрим ҳолларда ташхислашни гистологик текшириш натижасида ҳал қилиш мумкин, холос.

Оқибати. Активик хейлитнинг оқибати яхши, бироқ, унинг қуруқ шаклининг узоқ кечиши ёмон сифатли жараённи ёки лаб қизил ҳошиясида рак олди касаллигини юзага келтириши мумкин.

Даволаш. Касалликни келтириб чиқарувчи омиллар мавжуд иш шароитини алмаштириш, айни вақтда, никотин кислота, В гуруҳ витаминлари, бегакка қарши воситалар (делагилни 0,25 г дан кунига 2 марта 2-3 ҳафта мобайнида) ва унча катта бўлмаган дозада кортикостероидлар (преднизолон 10 мг дан кунига) тавсия қилинса, яхши натижаларга эришиш мумкин. Суркаш учун преднизолоннинг 0,5% лисидан фойдаланиш яхши самара беради.

PUVA (ультрабинафша нурлантиргич 360 нм тўлқин узунлиги) ускунасида организм толерантлигини ультрабинафша ёруғликка ўргатиш ҳам касалликни даволашнинг замонавий усулидир.

Профилактикасида нурдан ҳимояловчи малҳам ва кремлардан (“Щит”, “Луч”, “Антилюкс”, 10%ли салолли малҳам) фойдаланиш тавсия қилинади.

АТОПИК ХЕЙЛИТ

Атопик хейлит — атопик дерматит ёки тарқалган нейро-дерматитнинг симптомларидан бири бўлиб, маълум касаллик босқичларида алоҳида-алоҳида юзага келадиган белгилар би-

лан тавсифланади. Лабнинг бу жароҳати илгари адабиётларда “Экзематоз хейлит”, “микробли”, “себореяли хейлит”, “Экзематит” каби номлар билан юритилиб келинган. Атопик хейлит 7-17 ёшли бола ва ўсмирлар орасида кўпроқ учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик ривожланиши асосида генетик омил ётади (А.И. Маликов, 1969, Vidal, 1889; Sllig, 1952; Rajka, 1960, Niermann, 1964) ва атопик аллергия натижасида юзага келади (Ю.К. Скрипкин, 1967; Haxthausen, 1925; Post, 1929) деган фикрлар илгари сурилмоқда.

Овқат маҳсулотлари, дори воситалари, гуллар чанги, уй-рўзғор чанги, микроорганизмлар, пардоз ашёлари ва бошқалар аллергия бўлиши кузатилган, айрим ҳолларда, физик ва бактериал омиллар, шунингдек, аутоаллергенлар бўлиши мумкин.

Атопик аллергиянинг клиник кечиши тадқиқ этилганида марказий ва вегетатив асаб тизимига таъсир қилиши аниқланган (Brocq, Jacquet, 1891, Gay, Schoemaker, 1958).

Клиник кўриниши. Атопик хейлитда лаб қизил ҳошияси ва кейинчалик тери жароҳатланади, оғиз бурчаги соҳасида жараённинг интенсив кечиши кўринади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватига ёпишган қизил ҳошия жароҳатланмай қолади, бунда унингшиллик қаватга ўтиши кузатилмайди.

Касаллик қичишиш ва бинафша ранг эритемалар ҳосил бўлиши билан юзага чиқади, чегараси аниқ, айрим ҳолларда, лаб қизил ҳошияси ва тери сезиларсиз шишади. Қатор беморларда қичималар ўрнида қуриган тўқима ҳосил бўлади. Жуда тез вақт ичида яллиғланиш жараёни насаяди ва лабнинг лихенизацияси сезилади. Қизил ҳошия ва бутун юзаси майдаланади, майда тангачаларга ажралади ва у майда ингичка радиал чуқурча кесилгандай шаклни олади. Тошмалар секинлик билан камайиб боради, оғиз бурчагидаги тери узоқ вақтгача инфилтрация ҳолида сақланади. Атопик хейлит билан оғриган беморларнинг юз териси қуруқ, осон қипиқланади.

Кечиши. Атопик хейлит узоқ вақт давом этади, касаллик кузги-қишки вақтда зўраяди ва ёзда ремиссия ҳолида кечади. Жинсий етилиш даврининг охирларида (19-20 ёшда) кўпчилик беморлар ўз-ўзидан тузалади.

Таъхиси. Атопик дерматит билан оғриган беморларни кўрганимизда, лаб жароҳати билан бирга, лунж терисида, тирсак бурмасида, оёқ товони чуқурида, сон терисида ҳам тошмалар намоен бўлади. Атопик хейлит клиник кўриниши томонидан эксфолиатив, актиник, аллергия алоқали хейлитлар, шунингдек, стрептококкли яламаларга ўхшайди.

Эксфолиатив хейлитда атопик хейлитдан фарқли ўлароқ, жароҳат доимо лаб қизил ҳошиясида, Клейн чизиги бўйлаб,

қизил ҳошиянинг, ўрта қисмигача давом этади, ҳеч вақт терига ўтмайди, оғиз бурчагини жароҳатламайди, эритема ва лабда лихенизация кузатилмайди, касалликнинг кечиши бир текисдалиги ва ремиссиянинг йўқлиги билан фарқланади. Бемор анамнезида актиник хейлитда касалликни инсоляциясига боғлиқ бўлмаган ҳолда аниқ жойлашиши, оғиз бурчагида ўткир жароҳат кузатилмаслиги атопик хейлит учун тавсифлидир.

Аллергик алоқали хейлитда касалликнинг узоқ вақт кечишида лихенизация кузатилиб, оғиз бурчагида жароҳат бўлмайди, унинг кечиши аллергеннинг алоқасига бевосита боғлиқ бўлади. Айрим ҳолларда, атопик хейлитни симметрик стрептококкли ва кандидозли яламадан қиёсий фарқлаш қийинчилик туғдиради. Яламада жароҳат оғиз бурчагида жойлашиши билан чегараланади ва лихенизация кузатилмайди.

Оқибат соғайиш билан тугалланади.

Даволаш. Махсус бўлмаган десенсибилизацияловчи терапия, гистаминга қарши дори воситалари, витаминлар (пиридоксин, рибофлавин) қўллаш яхши самара беради. Қатор беморларни даволаш мақсадида гистоглобулин ҳафтасига 2 марта 6-8 инъекцияда, катталарга 0,2 мл дан 1 мл гача миқдорда, тиосульфат натрий ичишга ёки венага, седатив воситалар (триоксазин, седуксен, меллерил ва бошқ.) ишлатилса, натижа юқори даражада бўлади. Атопик хейлитнинг оғир кечишида 2-3 ҳафта давомида кортикостероидларни ичиш; болаларда 8-14 ёшда 10-15 мл/кунига преднизолон, катталарга эса, 15-20 мг/кунига ёки дексаметазон қўлланилса янада яхши самара беради. Маҳаллий восита сифатида кунига 4-5 мартадан кортикостероид маҳамини суркаш, Букки нурины қўллаш ҳам фойдадан холи эмас. Ўткир, аччиқ таомлар, ширинлик, алкоголь истеъмол қилиш мумкин эмас ва углеводлар истеъмоли тезда камайтирилиши керак.

ЭКЗЕМАТОЗЛИ ХЕЙЛИТ

Этиологияси ва патогенези. Лаб экземаси умумий экзематоз жараён вақтида юзага келадиган, Л.Н. Машкиллейсоннинг ёзишича, асаб-аллергик табиатли, тери юза қисми яллиғланишили бўлиб, ташқи ва ички қўзғатувчи таъсирлар остида, асосан, қизарган пуфақлар ҳосил бўлиши, қичиши, гистологик жиҳатидан эпидермиснинг мугузли қаватида пуфақлар ҳосил бўлиши билан кечадиган касалликдир. Бунда аллерген турли омиллари, масалан, микроблар, овқат маҳсулотлари, турли-хил дори воситалари, никель ва хром типдаги металллар, протез тайёрлашда ишлатиладиган моддалар, пломба ашёлари ҳамда тиш пасталари бўлиши аниқланган.

Клиник кўриниши. Лаб экземаси худди организмнинг умумий экземаси каби ўткир, ярим ўткир ёки сурункали кечиши мумкин. Бунда лаб қизил ҳошиясининг жароҳатланиши юз терисининг жароҳатланиши билан аралаш ёки қобиқланган ҳолда кўринади.

Ўткир лаб экземасининг клиник кўриниши полиморфизм-лиги билан тавсифланади, оқибати қизариш, кичкина тугунчалар, пуфакча, тангача ва қуриган тўқима ҳосил бўлади. Жараён лабнинг кўринарли шиши билан кечади. Экзематозли жараён лабда қобиқли ҳолда кечса ҳам, яқин жойлашган терининг қизил ҳошиясигача тарқайди. Шунини таъкидлаш керакки, экзематоз жараёнидаги полиморфизм умумий эволюцион тавсифга эга, яъни, бир элемент ўрнига иккинчиси шаклланади ва ривожланади.

Жараён лаб қизил ҳошиясининг шишиши ва қизариши билан бошланади. Агар жараён кейинчалик ривожланишдан тўхта-са, лаб қизил ҳошиясида тангача ҳосил бўлиб, ишқорий сувланади. Бошқа ҳолларда қизарган ва шишган қизил ҳошияда кичкина тугунчалар бўлиб, бир қисми тезда пуфакчаларга айланади ва лойқа қуриган тўқимали ҳосила пайдо бўлади. Бу вазият жуда тез вақтда кузатилиши, ҳаттоки, бир неча соат давомида кечиши мумкин. Бундай ҳолларда, бемор қичишишдан ва куйишишдан ҳамда оғзини очишда, сўзлашганда қийналишидан шикоят қилади. Кейинчалик ўткир жараён секинлик билан пасайиб боради, тезда шиш ва қизариш камаяди, агар таъсирловчи аллерген бартараф қилинмаган бўлса, унда биринчи элемент иккинчи ва учинчисига айланиб, жараён сурункали тус олади.

Экзематоз жараён сурункали кечганда, унинг клиникасида ўзгариш кузатилади. Лаб қизил ҳошияси ва жароҳатланган тери атрофи соҳаси яллиғланиш инфилтрати ҳисобига қаттиқ-лашади. Бошқа ҳолларда қизил ҳошия ва тери турғун сақланиб, терида аниқ манзара кўзга ташланади. Бундай асослар устида, кичик-кичик тугунлар, везикулалар, қуриган тўқималар, тангачалар ҳосил бўлади. Кўпинча, бундай вазият асоратланиб, оғриқли, қонайдиган ёриқлар ҳосил бўлади, бемор қичишишдан шикоят қилади.

Экзема билан оғриган беморлар бир қисмининг лабида ўзгариш кузатилмайди, экзематозли жараён кам вақтда юзага келади ва узоқ вақт лабда микробли ёриқлар бўлади. Бундай ҳолда лабдаги экзема худди микробли экзема ҳолида кўринади. Шундай қилиб, лабнинг микробли экземасида дастлаб микробли ялама ёки микробли ёриқ лаб марказида, кам ҳолларда, бундан қанотларида кўринади. Бу ўчоқ атрофидаги тўқималар сенсибилизациясининг ошиши натижасида қизил ҳошия ёки те-

ридаги ўчоқда бактериал токсин ва аутоксин таъсирида микробли экзема юзага келади. Микробли ўчоқ жойлашган қизил ҳошия ва терида шиш, қизариш, кичкина везикула элементлари, сарғиш-кўкиш қуриган тўқима вужудга келади. Экзематозли реакция, айниқса, микробли ўчоққа яқин соҳада яққол кўзга ташланади. Везикуляр элементли тошмалар пайдо бўлиши тезда тўхтади ва пўст ташлаш юз беради. Бундай ҳолатларда, жараён жуда узоқ вақт давом этиши мумкин. Микробли экзема кам ҳолларда кузатилади. Идиопатик лаб экземасининг қобиқли шакли ҳам микробли экземада кўп учрайди, бироқ, атопик хейлитнинг юзага келиши такрорийлиги билан нисбатан орқада қолади.

Ташхислаш. Лаб экземасини ташхислашни бир вақтда терида пайдо бўлган классик экземали жароҳат енгиллаштиради. Қолган ҳолатларда лаб экземаси микровезикулаларга нуқтали, серозли чуқурларда нуқта-нуқтали қуюқ ҳосилалар, шунингдек, тошмаларнинг полиморфизм тавсифдаги ривожланиши ташхис учун асос бўлади. Лаб экземасида, экзематоз жараён турли босқичларда ўзига хос тавсифли бўлган тошмалар кўринади.

Лаб экземаси кўпроқ аллергик алоқали ва атопик хейлитга ўхшаш бўлади. Бироқ, атопик хейлит кўпинча, ёш болаларда кузатилиб, микровезикуляр ва нуқта-нуқталар эмас, балки бошқа клиник кўриниш белгилари — лихенизация; асосан, оғиз бурчагида, терига ўтиш жойида пайдо бўлади. Аллергик алоқали хейлитда, лаб экземасидан фарқли ўлароқ, жараён номорф тавсифда кечади, қизил ҳошиянинг барча соҳасида бир хил босқичда ўзгариш кузатилиб, у терига ўтмайди ва аллерген бартараф қилинган ҳолатда, жараён тезда тўхтади. Актиник хейлитнинг экссудатли шаклида, лаб экземасидан фарқли ҳолда, жараён йил даврлари ва касаллик инсоляцияси билан аниқ боғлиқликда кечади.

Даволаш. Экземаларни патогенетик даволаш мақсадида десенсибилизацияловчи ва седатив воситаларни қўллаш тавсия этилади.

Лабдаги жароҳатларни маҳаллий даволаш мақсадида, кортикостероид таркибли малҳамларни суриш, экземани қуюқ шаклида кортикостероид аэрозолларини қўллаш муҳимдир. Микробли экземаларда кортикостероид ва антибактериал воситаларни (лоринден С, дермозолон, оксикорт), малҳам ҳамда аэрозолларни қўллаш яхши самара беради.

ПЛАЗМА ҲУЖАЙРАЛИ ХЕЙЛИТ

Плазма ҳужайрали хейлитни 1966 йилдан Luger таклифига асосан бундай номланиши адабиётларда кенг қўлланилади.

Лугеннинг таъкидлашича, бу касаллик лаб қизил ҳошиясида ҳам жойлашади. Яллиғланишнинг бу кўриниши қатор муаллифларнинг (Zoon, 1960; Nicolowski, Will, 1956, Schuermann 1960) таъкидлашича, лабдаги табиий тешик атрофида кузатиладиган жараёнدير.

Этиологияси ва патогенези. Касалликнинг ривожланиш сабаблари аниқланмаган. Уни ўрганиш билан шуғулланган юқорида номлари келтирилган муаллифлар, лабнинг сурункали қитиқланиши касалликнинг патогенетик ривожланишида ўрни бор, деб таъкидлашади. Brucke ва Mackie плазма ҳужайрали хейлитни лаб қизил ҳошиясида худди дори воситаларидан токсикодермия сингари эрозия ва қуриган тўқималарнинг ҳамда эритемаларнинг ҳосил бўлиши натижасидир, деб қарашган. Бироқ, дори воситалари таъсири бартараф қилинган, эритемалар тезда йўқолиб кетган, аммо гистологик текшириш натижасида, плазма ҳужайрали инфилтратларнинг йўқлиги аниқланган.

Клиник кўриниши. Бу касалликнинг клиник кўриниши турли-туман. Жароҳат кўп ҳолларда, пастки лабда жойлашади. Лаб қизил ҳошияси жароҳатланганда, қорамтир жигарранг эритема тусига кириб, ялтироқ юзли шаклни эслатади, кам ҳолларда, ҳошия юзасида эрозия ва петехиялар пайдо бўлиши мумкин. Яна бошқа ҳолларда, қизил ҳошия оқиш-кўкиш ёки жигарранг қуриган тўқима ҳолида бўлиб, унинг қалинлиги 6-8 мм қалинликда, гапирганда турли хил овозлар чиқиши мумкин. Қуриган тўқима олинса, унинг тагида оғриқли эрозия ёки ўсмасимон юмшоқ ҳолатдаги ҳосила кўринади.

Кечиши. Плазма ҳужайрали хейлитлар кўп вақт, узоқ йиллар давомида кечади, даволанмаса, ҳеч вақт ремиссия ёки ўз-ўзидан тузалиш ҳолати кузатилмайди.

Ташхиси. Хулосаловчи ташхисни плазма ҳужайрали хейлит деб қўйиш учун гистологик текшириш натижаси бўлиши шарт. Касаллик клиник кўринишидан дори воситаларига боғлиқ эритемани, кўп шаклли экссудатли эритемада қобиқланган жароҳатни, лаб қизил ҳошиясида қизил югирикда эрозив-яралли шаклини эслатиши мумкин. Кўп шаклли экссудатли эритемада, плазма-ҳужайрали хейлитдан фарқли ҳолатда, лаб қизил ҳошияси, оғиз шиллиқ қобиқ қавати жароҳатланади, аниқ ва ўткир субъектив белгилар кузатилади, тана ҳарорати кўтарилади. Касаллик рецидив кечиши билан тавсифланади.

Лаб қизил ҳошиясидаги қизил югирикнинг эрозив яралли шакли ўзининг ўткир гиперкератози ёки шоҳланиши билан, Вуд лампаси нурида қорсимон-оқ ялтираб кўриниши, атрофияланиши, кортикостероид ва бегакка қарши воситаларни

қўлаганда самарали эканлиги, шунингдек, касаллик белгиларининг патоморфологияси билан фарқланади.

Даволаш. Жароҳат соҳаларининг жарроҳлик усулида кесишдан фойдаланиб даволаймиз.

СУРУНКАЛИ ЛАБ ЁРИЛИШИ

Сурункали лаб ёрилиши тез-тез учраб турадиган касаллик бўлиб, бу ҳақда кўплаб муаллифлар (Б.М. Пашков, 1958, 1967; Г.Д. Савкина, 1965; Sticker, 1899; Montgomery, Culver, 1919) ўз фикрларини баён қилишган. Бу касаллик эркак ва аёлларда турли ёшлар орасида бир хил миқдорда учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Касалликнинг пайдо бўлишида лабнинг ўзига хос тузилиши (лаб марказида чуқур бурма бор) ва сурункали шикастланиш муҳим аҳамият касб этади. Турли хил метеорологик омиллар ҳам лаб қизил ҳошиясининг қуриши, эластиклигининг бузилиши ва ёрилишнинг юзага келишига муҳим ўрин тутади. А ва В гуруҳ витаминлари етишмаслиги ҳам ўзига хос аҳамият касб этади. Кўшимча микробли флора ёриқларни сақланиб туришига ёрдам бериб, битишига тўсқинлик қилади.

Клиник куриниши. Якка-якка ёки кўп сонли чуқур ёриқлар лаб қизил ҳошиясида қўндаланг жойлашади ва оғриқ сезиладди. Ёриқлар асосан пастки лаб қизил ҳошиясининг марказий қисмида, айрим ҳолларда, марказнинг ён томонида жойлашади. Бу ёриқлар лаб шиллиқ қаватининг қизил ҳошияси томон давом этиши мумкин, бироқ, ҳеч қачон терига томон давом этмайди. Айрим ҳолларда, ёриқлар жигарранг қуриган тўқима билан қопланган бўлади ва унинг атрофида унча сезилмайдиган яллиғланиш реакцияси кузатилади. Кечқурун чуқур ёриқлар эпителизацияланиши мумкин, лекин эрталаб лабнинг қимирлаши натижасида ёриқ яна очилади ва осон қонайди. Ёриқлар узоқ вақт сақланиб турса, унинг четлари қаттиқлашади ва шохланиши мумкин, кирсимон оқ рангда шаклланади.

Кечиши. Ёриқларни даволашга тўғри ёндошилмаса у йиллаб давом этиши ва вақти-вақти билан битиб, яна қайталашиб туриши мумкин.

Ташхислаш. Сурункали лаб ёрилишини ташхислаш унча қийинчилик туғдирмайди. Шунинг учун бу касаллик белгилари лаб ва унинг қизил ҳошиясидаги бошқа хасталиклар билан солиштирилмайди.

Оқибати. Касаллик оқибати яхши, бироқ, ёриқларнинг узоқ вақт мобайнида сақланиб қолиши унинг атрофида лейкоплакиянинг ривожланишига сабаб бўлади.

Даволаш. Сурункали лаб ёрилишини даволаш учун дастлаб касалликни келтириб чиқарувчи омилни аниқлаш ва барта-раф қилиш керак. Антибиотик тутувчи (дибиомицинли), кор-тикостероидли (оксикорт, лоринден С), эпителизацияловчи воситаларни (Шостаков бальзами, наъматак малҳами, обле-пиха малҳами) қўллаш яхши натижа беради. А витамини ва В гуруҳ витаминларини, айниқса, В₂, В₆ ва РР витаминларни узоқ муддат мобайнида қабул қилиш ҳам фойдадан ҳоли эмас. Агар даволашнинг натижаси бўлмаса, ёриқлар соғлом тўқи-мадан ажратиб кесиб олинади.



1. Хейлитларнинг клиник кечишига қараб турларини санаб ўтинг.
2. Аниқ хейлитларга қайси хейлитлар киради.
3. Симптоматик хейлитларга қайсилари киради ва асосий бел-гилари.
4. Хейлитларни клиник кечишига қараб ташхислаш ва даво-лаш.
5. Аллергик хейлитлар, этиологияси, даволаш.
6. Хейлитларни қийсий ташхислаш ва оқибати.

Ўн еттинчи боб

Мавзу: МЕЛЬКЕРССОН-РОЗЕНТАЛ СИНДРОМИ

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида қуйидагиларни билиши лозим: бу синдром *Melkersson* исми швед врачлари томонидан кўйилган. Ушбу синдромда беморларда, симптомларнинг ўзига хослигини; яъни, юзнинг бошқа соҳаларидаги шишлар, тил, халқум, юзни бир томонлама шולי ва тилни бўғимланиши каби ҳолатлар кузатилишини билиши зарур. Этиологияси, патогенези, ўзига хос клиник кўриниши, ташхислаш, даволаш усулларини талабанинг билиши, индромни даволашда ва оқибатини ижобий томонга ўзгартиришга хизмат қилади.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютер маълумотлари.

Машғулотнинг асосий саволлари:

1. Мелькерссон-Розентал синдроми келиб чиқиши ва ўзига хос симптомлари.

2. Мелькерссон-Розентал синдроми клиник кечишининг ўзига хос асослари.

3. Мелькерссон-Розентал синдромида беморларнинг асосий шикоятлари.

4. Мелькерссон-Розентал синдроми ташхислаш, даволаш усуллари ва оқибатлари.

5. Мелькерссон-Розентал синдроми жарроҳлик ва консерватив даволаш усуллари.

Машғулот ўтадиган жой: Ўқув хоналари, поликлиника ва клиника бўлимлари.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, клиникадаги даволанаётган беморлар касаллик тарихлари.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Бу касалликни 1928 йилда швед врачлари *Melkersson* кузатган ва юз нервининг бир томонлама шакли ҳамда лабнинг ангиотрофик шиши билан келган беморга 1931 йил *Rosenthal* ҳам бир хил клиник белгиларни асослаган ва илгари сурган. Кейинчалик *Melkersson* ва *Rosenthal* ўзларининг узоқ изланиш амалиётлари давомида, бундай беморлардаги қатор симптомлари: лунж, кўз қовоғи, юзнинг бошқа соҳаларидаги шиш, тил, халқум шиши, юзни бир томонлама шולי ва тилнинг бўғимланиши каби ҳолатларни кузатишган. 1945 йилда эса *Mischer* бу касалликнинг гистологик ўзгаришларини тўла ўрганиш натижаларига асосланиб, касалликни Мелькерссон-Розентал синдроми деб аташни таклиф қилди.

Этиологияси ва патогенези. Мелькерссон-Розентал синдро-

ми сабаблари охиригача ўрганилмаган. Қатор муаллифлар бу касалликни наслий, яна бошқалари нейродистрофик ўзгариш, Mischer (1954) ва Schuerman эса макрохейлитнинг гематоген-инфекцион табиатли кўриниши, деб санашади. Биз эса бу касаллик сабаблари полиэтиологик тавсифга эга деб айта оламиз.

Клиник кўриниши. Мелькерссон-Розентал синдромига кам учрайдиган касаллик деб қараб бўлмайди, чунки аёллар орасида бу касаллик кўпроқ учрайди. Касаллик турли ёшдаги даврда кузатилиши ва юз териси, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида шиш пайдо бўлиши билан бошланади. Камдан-кам ҳолларда касалликнинг бирламчи симптоми - юз нервнинг шол бўлиши учрайди. Касаллик бошланишида юзда шишлар пайдо бўлади, аввал юқори лаб шишади, кейин пастки лаб, кам ҳолларда бир ёки иккала лунж шишади, юқори лаб ва лунж ёки бир вақтда иккала лаб шишади. Касалликнинг бирламчи белгиси сифатида юзда невралгия типидagi оғриқ кейинчалик юз нервнинг параличи кузатилади.

Касаллик одатда тўсатдан бошланади. Бир неча соат ичида шиш бир ёки иккала лабда пайдо бўлади. Шиш 3-6 кундан бир ойгача сақланиб туриши мумкин. Лаб шакли ўзгаради, лаб четлари буралиб хартумча шаклига кириб, тишлардан ажралиб туради. Айрим ҳолларда, шиш шу даражада катталашадикки, лаб 3-4 маротабага ўзгаради. Лабнинг қалинлиги бир хилда бўлмай, одатда, бир томони иккинчи томонидан кўпроқ шишган бўлади.

Лабнинг шишига ёриқларнинг ҳосил бўлиши қўшилиши мумкин. Одатда, шиш лабнинг бурунгача ёки энгаккача бўлган соҳасини эгаллайди. Кучли шиш пайдо бўлса, нутқ, мимика, овқат ейиш жараёни бузилади. Шишган лаб оқ-қизил, бошқа ҳолларда, таранглашган кўринишда бўлади. Пайпаслаганимизда, тенг ёки қаттиқ эластик тўқима консистенцияси аниқланади. Пайпаслагандан кейин из қолмайди. Лаб тўқимаси нисбатан қаттиқлашади, лекин склерозланмайди.

Бундай шишлар кўпчилик беморларда доимий сақланиб қолади, секинлик билан бўшашади, вақт ўтиши билан бироз камаяди. Айрим беморларда, шиш бутунлай йўқолади, лекин вақти-вақти билан турли даражада қайта ривожланиб, кейин доимий сақланиб қолиши мумкин. Шишнинг юзага келиш даражаси кун давомида ўзгаради. Айрим ҳолларда, шиш лунжга, бир ёки икки юзга, милкка, қаттиқ танглайга, тил ва бурунга тарқаши ҳам кузатилади.

Мелькерссон-Розентал синдроми камдан-кам ҳолларда лунжда қобиқланган шиш пайдо қилади. Бундай ҳолат кўплаб адабиётларда грануламатоз парейт ёки грануламатоз макрохей-

лит деб аталади. Одатда, бир томонлама пареит ривожланади. Шиш кўпинча бутун лунжнинг қалинлиги бўйлаб тарқалади. Бундай ҳолларда, шиллик қобиқ қаватда шиш кузатилиб, унда тиш излари сезилиб туради. Кейинчалик жароҳатланган соҳа тўқимаси қаттиқ эластик бўла боради. Шишган жойда яллиғланиш ва оғриқ сезилмайди.

Фақат лунждаги шиллик қаватнинг жароҳатланишида юмшоқ шиш бўлиб, у ёстиқсимон таранглашишни эслатади. Шиллик қават оқ-пушти бўлиб, тиш ўринлари сақланиб қолади. Шишнинг қайталаниши чуқур-чуқур бурмаларнинг ҳосил бўлишига олиб келади. Шиш милк, қаттиқ ва юмшоқ танглай, тил ва оғиз шиллик қобигининг бошқа соҳаларида пайдо бўлади. Шиш аниқ чегараланган, шиллик қаватнинг бутун соҳасига тарқалган ёки қисман қизарган бўлиши мумкин.

Мелькерссон-Розентал синдромида жароҳатланадиган соҳанинг жойлашишига қараб, **учта симптом фарқланади.**

Мелькерссон-Розентал синдромининг биринчи симптомида суяк тўқимасида аниқ чегарали деструктив ўчоқлар бўлиши, юқори ва пастки жағдаги тишлар илдири учидаги ўзгариш кузатилади, бу ўзгаришларни фақат рентгенологик текширишда аниқлай оламиз. Ўзгаришлар тиш пулпасини ҳеч қандай некротик жараёнга олиб келмайди ва бу эндодонтик даволашсиз тузалади. Бундай жараёнли гранулёмалар Мелькерссон-Розентал синдромининг бир симптоми эканлигидан далolat беради. Бундай шишлар пешона, қовоқ ва юзнинг бошқа соҳаларида ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Мелькерссон-Розентал синдромининг иккинчи симптоми юз нерви шаклланиши: оғизда турли хил ноқулай сезгиларнинг пайдо бўлиши, бир томонлама вазомотор ринопатия, сўлак ажралишидаги ўзгариш кабилардир. Айрим ҳолларда продромал ўзгаришлар бир томонлама невралгия, бош оғриғи, мигрен кўринишида пайдо бўлади. Продромалдан кейин юз нервининг бир томонлама шоли тезда юзага келади. Юз мушаклари ярмисининг тонуси йўқолади, кўз олмаси кенгаяди, оғиз бурчаги пастга тушади. Кўпинча, вегетатив, сезги ва мотор фаолиятларининг кўринишлари сақланган ҳолатда, қисман шоллик юзага келади.

Аксарият беморларда юз нервининг шоллиги секинлик билан ўтади. Бироқ касалликнинг кечиш даврида рецидивланиши вақти-вақти билан такрорланиб туради. Камдан-кам ҳолларда, юз нервининг икки томонлама шоллиги кузатилади.

Мелькерссон-Розентал синдромининг учинчи симптоми - бу тилнинг бурмали шаклга киришидир. Клиник жиҳатдан тилнинг шиши ва тенгсиз ҳолатда катталашиши сезилади. Жароҳат ўчоғи дастлаб оқ-пушти ёки одатдаги ранг кўринишида

бўлади. Шиллиқ қават секинлик билан лойқаланади. Сарғиш-пушти ранг, доғ ёки текислик чизиғи шаклида соҳалар юзага келади, бу лейкоплакия ўчоғини эслатади. Кўпинча, тилнинг ўртасидан чуқур эгат ўтади, икки тенг бўлак бирлашиб, тилни ҳосил қилгандай кўринади. Тил секинлик билан кам ҳаракатчан бўлиб боради. Тил орқасидаги учинчи қисми ва илди-зига жараён таъсир қилмайди.

Кечishi. Мелькерссон-Розентал синдроми сурункали кечади. Касаллик рецидиви бошланишида, кўп ёки кам давомий ремиссия билан алмашинади, бу вақтда, макрохейлитнинг барча белгилари йўқолади. Кейинроқ макрохейлит ва юз нервнинг шоллиги турғун тавсифда тус олади. Қатор муаллифлар касалликнинг герпесдан кейин қайталанишини таъкидлашади. Беморда доимий косметик нуқсоннинг мавжудлиги руҳига таъсир қилиб, ипохондрик ва депрессив кўринишдаги ўзгаришларга сабаб бўлади.

Айрим ҳолларда Мелькерссон-Розентал синдромида беморларда бурмали тил ва юз нерви шоллиги кўринмай, фақатгина макрохейлит симптоми кузатилади.

Ташхислаш. Мелькерссон-Розентал синдромининг учала симптоми кўринишидаги беморларни ташхислаш қийинчилик туғдирмайди. Касалликнинг моносимптоми (макрохейлитда) шаклини сурункали шохсимон яллиғланишдаги элевантиаз, Квинке шиши ва каверноз гемангиомалар билан қиёсий фарқлаш керак. Элевантиазнинг макрохейлитдан фарқи унда ўткир яллиғланиш белгиларининг бўлиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, лабдаги бириктирувчи тўқималар бўлишида фиброзлар кузатилиши эса Мелькерссон-Розентал синдромини солиштиришга асос бўлади. Квинке шишида макрохейлитдан фарқли ўлароқ, қисқа муддатли шиш, гистаминга қарши воситаларни истеъмол қилганда шишнинг тез ўтиб кетиши, хуружли оғриқ, шунингдек, оғриқ хуружидан кейин шишнинг тўла ўтиб кетиши кузатилади.

Қатор беморларда сурункали лаб ёрилиши оқибатида иккиламчи инфекция иштирокида макрохейлит ривожланади. Бундай макрохейлитлар самарали даволашдан кейин тезда ўтиб кетади, каверноз гемангиома Мелькерссон-Розентал синдромидан фарқли ўлароқ, туғилган вақтда ёки эрта ёшдан кузатилади. Лабда, кўпинча, пастки лабда таранглашган-қизил рангли юмшоқ ўсма, босганда оқариб қоладиган ҳосила бўлади. Бунини Мейж трофедемарига ўхшайди, деб ўйлаш мумкин, лекин Мейж трофедемаси оёқ соҳасида пайдо бўлади, холос.

Оқибати. Мелькерссон-Розентал синдромининг оқибати яхшилик билан тугайди, бироқ, айрим беморларда ҳалқум, кекирдак, буруч-ютқин соҳаларида жараён кўчиши, ангиодис-

тоник зўриқишнинг қўшилиши билан мия қон томирларининг ўтказувчанлигининг ошиши оқибатида, мия тўқималари ва пардаларининг ҳамда бош суяги ичида босимнинг ортиб кетишига олиб келади.

Даволаш. Мелькерссон-Розентал синдромини даволаш жуда қийин кечади. Даволашни иккита йўналиш; жарроҳлик ва консерватив усулларда ўтказиш мумкин. Ҳар бир беморни яхшилаб текшириб, патологик жараённинг кечишини ва касалликдан сақланиш учун тутиладиган мақсадларни аниқлаб оламиз. Бунинг учун юз-жағ соҳасида фокал инфекция ўчоғи борлиги, ички аъзолар, асаб тизими ҳолати ва бактериал аллергия муносабати аниқланади.

Жарроҳлик йўли билан даволашда асосан, косметик ҳолатни яхшилаш мақсадида, лабнинг бир қисми тўқимаси кесилади. Бироқ, жарроҳлик усулда даволаш касалликнинг қайталанишини тўхтата олмайди, шунинг учун дастлаб терапевтик даво усулини қўллаган маъқулдир.

Консерватив даволаш турли дори воситалари ёрдамида амалга оширилади. Кортикостероидлар кенг таъсир доирасига эга антибиотикларни биргаликда қўллаш, шунингдек, молярияга қарши сунъий дори воситаларидан фойдаланиш натижа беради. Бунинг учун преднизолон (20-30 мг дан) ёки дексазон (2-3 мг кунига) бир вақтда окситетрациклин ёки экмоновоциллин (800000-1000000 Ед кунига), безгакка қарши сунъий восита (хингамин 0,25 г дан 2 марта кунига), пироген восита (пирогенал 50-75-100-500 МПД дан, кам ҳолларда, 1000 МПД ҳафтасига 2 марта, 14-16 инъекцияси бир курс, ёки продигизан 25-50-75-100 дан 125 мкг гача 4-5 кунлик танаффус билан, даво курси 5-8 инъекция), десенсибилизацияловчи воситалар (кальций препаратлари, антигистамин дори воситалари) 30-40 кун давомида қўлланилади. Беморнинг умумий аҳволи, ёши касалликнинг клиник симптомлари, касаллик босқичларига қараб, дори воситаларининг миқдори ва комбинацияси белгиланади.

Беморда бактериал аллергия кузатилганда, махсус гипосенсибилизацияловчи воситани аллергенга қараб танлаб ўтказилади. Аллерген эритмасининг 1:100000 нисбатдаги концентрациясини тери ичига юбориш билан амалга оширилади. Дастлабки дозаси 0,1 мл ни ташкил қилиши керак. Ҳар бир кейинги инъекцияда доза 0,1 мгдан қўшиб борилади, ва 0,5 мл гача етказилади. Аллерген дозасининг ошишини фақат беморнинг умумий аҳволидан, умумий ва маҳаллий реакциялар йўқлигидан билиб олишимиз мумкин.

Макрохейлит ва паротитда гепаринли малҳамни маҳаллий

электрофорез қилиш билан ҳамда жароҳат ўрнига шу маз ва димексидни аралаштириб киритиш билан яхши терапевтик натижага эришиш мумкин. Даволашда касаллик бошланишининг дастлабки босқичларида комплекс усулларнинг қўлланилиши яхши самара беришини амалиёт кўрсатмоқда. Юқорида келтирилган даво курсини 2-3 ойлик танаффусдан кейин такрорлашни тавсия қиламиз.



1. *Мелькерссон-Розентал синдроми*ни клиник кечиши.
2. *Мелькерссон-Розентал синдроми* симптомли фарқларини санаб ўтинг.
3. *Мелькерссон-Розентал синдроми*ни даволаш усуллари, кетмакетлиги.
4. *Мелькерссон-Розентал синдроми* оқибати.

Ўн саккизинчи боб

Мавзу: ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБ ҚИЗИЛ ҲОШИЯСИНИНГ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида; ўсмасимион касалликларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясида учрашини, халқаро таснифини, бошқа касалликлардан фарқини, клиникасини, ўзига хослиги, ташхислашни, даволашни ва оқибатларини билиши лозим. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги рак олди касалликлар ўзининг клиникаси, тавсифи, оқибати, ҳажми ҳамда тўртта асосий босқичли ривожланиши, қиёсий ташхисини, келиб чиқишининг асосий сабабларини, гистологик жиҳатдан текширилишини талаб этади.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, онкологик касалликлар билан оғриган беморларнинг тиббий ҳужжатлари, муляжлар.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг рак олди касалликларининг турлари ва халқаро синфланиши.
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг рак олди касалликлари клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари.
3. Лейкоплакия ҳақида тушунча, унинг этиопотогенези, клиникаси, ташхиси, даволаш усуллари.
4. Лаб қизил ҳошиясининг рак олди касалликлари, синфланиши, белгилари.
5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг рак олди касалликларининг организмдаги бошқа соҳа рак олди касалликлари билан қиёсий ташхиси.

Машғулот ўтказиладиган жой: Ўқув хоналари, клиника ва поликлиникадаги бевосита мурожаат қилган беморлар.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, компьютер маълумотлари, клиникадаги беморлар ва касаллик тарихи varaқалари ҳамда мулоқотлар.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Ракнинг ривожланиши жуда кўп босқичли ва узоқ жараёни уз ичига олади. Кўпинча, қатор касалликлар ўзининг тавсифини ўзгартириши оқибатида рак олди ўзгаришлари келиб чиқади. Рак олди касалликлари ва рак касаллиги ўртасидаги фарқ шуки, биринчи касалликда рак ташхисини қўйиш учун бир ёки бир неча аниқ кўзга ташланадиган белгилар кузатилмайди. Бу “етишмайдиган” белгиларнинг юзага келишига, патологик жараённинг узлукли ривожланиши сабаб бўлади. Рак

олди ўзгаришлари ўзининг клиникаси, тавсифи, натижаси ва ҳажми ҳамда тўртта асосий йўналиши бўйича ривожланади: тез ривожланиш, ривожланишсиз ўсиш, сезиларли ўзгаришсиз узоқ вақт сақланиб туриши ва регрессия. Демак, фақат биринчи йўналиш тез ривожланиб (прогресс), рак олди касаллигини ракка олиб келади. Рак олди жараёнининг тез ривожланиб, ракка айланиши учун канцероген омил ривожланиш жараёнининг турли босқичида туртки таъсири бўла олади. Рак олди касаллиги ракка ўтиш вақтида турганда, канцероген сабабчи омиллар таъсири бартараф қилиниши, шу вақтнинг ўзидаёқ, раkning трансформацияланишига (тўхташига) олиб келиши ҳам мумкин.

Ҳозирги вақтда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати рак олди касалликларига ташхис қўйиш учун 1976 йилда бош ва бўйин ўсмаларини ўрганиш комитети таклиф қилган ва собиқ Совет ҳукумати миқёсидаги онкологларнинг илмий тиббий йиғилишида тасдиқланган синфлашдан фойдаланамиз.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ СИНФЛАНИШИ

А. юқори даражадаги ёмон сифатлилик хавфи мавжудлиги (облигатли):

1) Боуэн касаллиги.

Б. Кам даражадаги ёмон сифатлилик хавфи мавжуд (факултативли):

1) Лейкоплакия (варикозли ва эрозивли);

2) папилломатоз;

3) эрозив-ярали ва қизил югирикнинг гиперкератотик шакли, қизил ясси темиртки;

4) нурланишдан кейинги стоматит.

ЛАБ ҚИЗИЛ ҲОШИЯСИНИНГ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ СИНФЛАНИШИ

А. Юқори даражада ёмон сифатлилик хавфи мавжудлиги (облигатли):

1) Сўгалсимон рак олди;

2) чегараланган рак олди гиперкератоз;

3) Манганоттининг абразив преанкроз хейлити.

Б. Кам даражадаги ёмон сифатлилик хавфи мавжуд (факултативли):

1) лейкоплакия;

2) кератоакантома;

3) тери шохланиши (рог);

4) шоҳланган папиллома

5) қизил ясси темирлатки ва қизил югирикнинг эрозив-яралли ва гиперкератотик шакли;

б) нурланишдан кейинги хейлит.

Ушбу синфлашда биз ўхшаш ҳолатлар ҳисобланадиган, камдан-кам ҳолларда ёмон сифатли ҳосилага айланадиган (ясси лейкоплакия, сурункали лаб ёрилиши), шунингдек, актиник ва метеорологик хейлитлар, чандиқ ва чандиқли атрофияларни киритмадик. Куйида оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати ва лаб қизил ҳошиясининг асосий рақ олди касалликлари клиникасини баён қиламиз; папилломатоз, қизил ясси темирлаткининг эрозив-яралли ва гиперкератотик шакли ҳамда қизил югирик ушбу қўлланманинг олдинги бўлимларида тегишли гуруҳларда берилган.

БОУЭН КАСАЛЛИГИ

Боуэн касаллигини 1912 й. Bowen ёзган бўлиб, у ёмон сифатли ривожланиш даражаси фаол деб, *concer insitu* тушунчасини таъкидлайди. Бу касаллик кўпинча, 40-70 ёшли эркеклар орасида кузатилади. Боуэн касаллигининг тарқаладиган соҳаси оғиз шиллиқ қобик қавати, юмшоқ танглай, тилча, тишининг орқа соҳаси ва тилдир.

Клиник кўриниши. Боуэн касаллигининг клиник кўриниши оғиз шиллиқ қобик қаватида жуда турлича кечади. Кўпинча битта, кам баъзан иккита ва кўп ўчоқли жароҳат ҳолида учрайди. Чегараланган, секин катталашадиган, доғли тугун жароҳат ҳосил бўлиши билан юзага келади. Айрим ҳолларда, жароҳатнинг текис бўлмаган шохланиши унинг лейкоплакия ва қизил ясси темирлаткига ўхшашига сабаб бўлади. Жароҳат юзасининг айрим қисмлари эрозияли ёки сўрғичли кенгайишли ўсма каби бўлиб, кўпинча таранглашган қизил рангда, кам ҳолларда, силлиқ юзали бўлади. Жароҳат узоқ давом этса, шиллиқ қобик қаватнинг енгил атрофияси кузатилади, бундай ҳолатларда, ўчоқ нисбатан чўккади. Бир неча ўчоқларнинг қўшилишидан тўғри бўлмаган шакли тасма ҳосил қилади. Субъектив сезгилар бўлмаслиги мумкин.

Бироқ Боуэн касаллигида доимо клиник кўриниш аниқ бўлади. Боуэн касаллигида аниқ сарғиш-оқиш, қизил ясси темирлаткини эслатувчи кўриниш ҳосил қилади, шиллиқ қаватдаги ўчоқда бурмалар вужудга келиши лейкоплакияни эслатади. Боуэн касаллигидаги бундай тавсифли жароҳат лунж шиллиқ қобик қаватида жойлашганда ҳам кузатилади.

Кечиши. Боуэн касаллиги одатда ёмон асоратли (Venkei ва Sugar (1962) шундай таъкидлашади).

Оқибати. Боуэн касаллигини даволамаслик ёмон оқибатга олиб келади, чунки касалликни ўз-ўзидан регрессияси кузатилмайд.

Ташхиси. Боуэн касаллиги оғиз шиллиқ қобиқ қаватида жойлашганда ташхис қўйиш жуда қийин. Ташхис фақатгина гистологик текшириш натижаси асосида қўйилади.

Даволаш. Боуэн касаллигида жароҳатланган тўқимани соғлом тўқимадан ажратиб, тўла олиб ташлаш керак. Бу усул мумкин бўлмаган ҳолларда, яқин фокусдан рентгенотерапия ва нурли терапия қўллаш зарур.

РАК ОЛДИ СЎГАЛИ

Рак олди сўғали ҳақида 1965 йилда А.Л. Машкиллейсон ёзиб, бу ҳосила лаб қизил ҳошиясининг клиник жиҳатидан мустақил рак олди ўзгаришини, юқори даражада ёмон сифатлилик тавсифига эгаллигини таъкидлаган. Бу асосан, эркаклар орасида 40 ёшдан кейин пастки лабда кузатилади.

Рак олди сўғали лабнинг барча рак олди ҳосилаларининг 7% ни ташкил қилади.

Клиник кўриниши. Жароҳат аниқ чегараланган бўлиб, фақат лаб қизил ҳошиясида 4 мм дан 1 см гача катталиқда, одатда, ярим шар шаклида бўлади. Ҳосила атрофидаги қизил ҳошиядан 3-5 мм кўтарилиб, қаттиқлашган консистенцияга эга бўлади. Бундай тугунларнинг ранги меъърий ҳолдан таранглашган қизил ранггача ўзгаради. Бироқ, кўпчилик беморларда тугун юзида юпқа тангачалар қаттиқ ёпишиб туради. Бундай ҳолатларда, жароҳат сўғални ёки шохланувчан папилломани эслатади. Тугунларни пайпаслаганда, оғриқ сезилади. Рак олди сўғали лаб қизил ҳошиясини ташқи томонидан ўзгаришсиз сақлайди.

Кечиши. Рак олди сўғали жуда тез вақт оралигида, касаллик бошланганидан 1-2 ой вақт ўтгач, ёмон сифатли ҳосила бериши мумкин. Ёмон сифатли ҳосила пайдо бўлишининг бошланиш даврини клиник жиҳатдан аниқлаб бўлмайди. Асосий эътиборни жароҳат ҳажмининг тезда катталашиб кетиши, шохланишнинг кучайиши асосида қаттиқлашишнинг юзага келиши, элементнинг эрозияланиши ёки яраланишига қаратиш зарур.

Ташхислаш. Касалликка клиник кўриниш асосида ташхис қўйиш мумкин, бироқ гистологик текшириш натижаси ҳам буни тасдиқлаши шарт.

Оддий сўғал, рак олди сўғалидан ипсимон сўргичларнинг катталашishi, периферия бўйича шох қатламнинг гипертрофияси билан фарқ қилади. Папиллома эса, рак олди сўғалидан оёқчаларининг бўлиши, юмшоқ консистенцияси ва ни-

ҳоят гистологик текшириш натижасида аниқланган ўзгаришлар билан фарқланади. Кератоакантома эса рак олди сўғалидан перифериядаги қаттиқлашган қизғиш валик билан унинг марказини ўраб олади, ўртаси шохланган масса билан тўлган бўлади. Пиоген гранулёма эса ўзида оч-қизил, юмшоқ консистенцияли оёқчалар ҳосил қилиши билан фарқланади.

Даволаш. Жарроҳлик усулида жароҳатланган тўқима соғлом тўқимадан ажратилиб, тўла олиб ташланади.

РАК ОЛДИ ЧЕГАРАЛИ ГИПЕРКЕРАТОЗИ

Лабнинг қизил ҳошиясидаги рак олди чегарали гиперкератозини 1965 йилда А.Л. Машкиллейсон мустақил рак олди касаллиги сифатида баён қилган. Бу касаллик лабдаги барча рак олди касалликларининг тахминан 8%ни ташкил қилади. Касаллик асосан, 30 ёшдан катта эркаклар орасида кўпроқ кузатилади. Касаллик, одатда, пастки лабда, фақат қизил ҳошияда, кўпинча, марказдан ён томондга жойлашади.

Клиник кўриниши. Жароҳат аниқ чегараланган соҳада полигонал шаклда жойлашиб, катталиги 0,2x0,5 дан 2x1,5 см гача. Ўчоқ юзаси юпқа, қаттиқ, ёпишган тангачалар билан қопланган, сарғиш-оқ рангда. Кўпчилик беморларда, ўчоқ қисман чўккан бўлади. Бироқ, ўчоқ юзига мустақил ёпишган тангачалардан қисман бўртиб туради. Чегарали гиперкератоз ўчоқи ясси юзага эга бўлиб, камдан-кам ҳолларда, ялиғланиш натижасидаги кўриниш каби ўзгариши мумкин.

Кечиши. Чегарали гиперкератоз тез кечмайди, бироқ рак олди сўғали каби ёмон сифатлилик хусусияти фаол бўлса, касаллик бошлангандан 6 ой вақт ўтгач, тезда ракка айланади.

Клиник белгиларида кучли шохланиш ва элемент асосининг қаттиқлашиши кузатилади. Бироқ, бу белгилар касаллик пайдо бўлганидан кейин анча вақт ўтгач юзага келади. Ёмон сифатли ҳосилага ташхис қўйишда биопсия қилиш ягона усул саналади.

Ташхислаш. Касалликка ташхис клиник кўриниш ва гистологик текшириш натижасига асосланиб қўйилади. Лейкоплакия чегарали гиперкератоздан юзасида гиперкератотик тангачалар бўлмаслиги билан ажралиб туради. Қизил югирик эса чегарали гиперкератоздан ялиғланиш ва атрофик ўзгаришларнинг бўлиши билан, қизил ясси темиртки эса чегарали гиперкератоздан жароҳат ўчоғининг ялиғланишли бўлиши ва инфилтрация бўлиши билан фарқланади. Қачонки, лаб қизил ҳошиясида тангачалар ҳосил бўлса, у чуқурроқ жойлашади, чегарали гиперкератозда унча чуқур эмас.

Чегарали гиперкератоз ва рак олди сўтали лаб қизил ҳошиясида аниқланганда, юзага келадиган оғир муаммо жароҳат ёмон сифатли ҳосиллага айланганми, ёки йўқ? деган саволга жавоб топишдир. Лекин ҳозирги кунгача, ёмон сифатли ҳосил пайдо бўлганлигини кўрсатувчи клиник белгилар аниқланмаган. Ташхис қўйишга ёрдам берадиган клиник белгилар - бу шохланишнинг кучайиши, эрозияли ёки ярали ҳосил пайдо бўлиб, элемент асосининг қаттиқлашишидир, холос. Бироқ, бу белгилар касалликнинг бошланиши ва ёмон сифатлига ўтгандан кейин аниқланади, шунинг учун эртароқ ташхис қўйишнинг ягона усули бу - биопсия қилишдир.

Даволаш. Жароҳатланган тўқималарни соғлом тўқимадан ажратиб олиб, жароҳдик усулида олиб ташлашдир. Буни албатта, гистологик текшириш босқичи билан бир вақтда олиб бориш зарур.

МАНГАНОТТИНИНГ АБРАЗИВ ПРЕКАНКРОЗ ХЕЙЛИТИ

1933 йилда Manganotti пастки лаб қизил ҳошиясида ўзига хос эрозияли ўзгариш кузатди, бу ўзгариш ясси хужайрали ракка айланишини аниқлади ва уни абразив преканкрроз хейлит деб атади. Кейинчалик бу касаллик тўғрисида Б.М. Пашков (1963), А.Л. Машкиллейсон (1967, 1970), Е.И. Абрамова, Venkei, Sugar (1962) лар ёзишган. Биз қатор илмий адабиётлар ва амалий кузатишларга таяниб, касалликнинг ёмон сифатлилигига асосланиб, уни облигат рак олди ҳосилаларига киритамиз. Бу касаллик асосан 60 ёшдан катта эркаклар орасида кўпроқ кузатилади.

Этиологияси ва патогенези. Манганотти хейлитининг ривожланишида пастки лабдаги тўқималар трофикасидаги ўзгаришнинг ўсиши муҳим ўрин эгаллайди, бу айниқса, иккиламчи адентия ёки олдинги пастки тишларнинг йўқотилишида фаол намоён бўлади. Манганотти хейлитининг патогенезида А гиповитаминози ва меъда-ичак трактидаги патологик жараён муҳим ўрин тутди.

Клиник кўриниши. Манганотти хейлитининг клиник кўриниши турли-туманлиги билан фарқланади. Одатда, жароҳат овал ёки нотўғри шакли эрозия шаклида, кўпинча текис, ялтиратилган юзага ўхшаб қизил рангда бўлади. Айрим беморларда эрозия усти ялтироқ қуриган эпителий билан қопланади. Кўпинча эрозия юзасида қуриган тўқима ҳосил бўлиб, уни олганимизда қонайди. Эрозия асосида ва атрофида тўқиманинг қаттиқлашиши кузатилмайди. Қатор беморларда эрозия қисман қизарган ва асоси инфилтрланган бўлиб, яллиғланиш реакцияси эрозия чегарасидан 1-1,5 см атрофда тарқайди.

Бундай яллиғланиш кўриниши лаб қизил ҳошиясида таранглашган инфильтрация ва қизариш кўринишида юзага келади. Манганотти хейлитидаги яллиғланишга ўхшаш асосларнинг турғун эмаслиги унинг фарқли белгисидир. Одатда эрозия битта, кам ҳолларда иккита, жуда камдан-кам ҳолда учта бўлиши мумкин. Кўпинча, эрозия узоқ вақт кечади ва тез эпителизацияланади, кейин тезда рецидив беради.

Кечиши. Манганотти хейлити сурунқали бўлиб, таъсирловчи омилнинг давомий алоқаси натижасида ракка айланиш хавфи юқори, 3 ойдан 30 йил муддатгача чўзилади. Тўғри муолажа, консерватив даволашни тўғри танлаш ҳам касалликнинг тузатишига олиб келади.

Ташхиси. Касалликни ташхислашда, клиник кўринишлар асосан гистологик текшириш натижаларига таянилади. Манганотти хейлити қизил югирикни эрозив шаклидан, қизил ясси темираткидан, лейкоплакиядан, кўп шакли пуфакчали экссудатли эритемадан, герпетик эрозиядан фарқланади. Қизил югирикнинг эрозив-ярал шаклида таранглашган эритема, гиперкератоз, чандиқли атрофия кузатилади. Қизил ясси темираткили эрозив-ярал шаклида майда-майда оқиш-сарғиш рангли папулалар ҳосил бўлиб, у нозик, чиройли кўринишда бўлади, бундай ҳолат Манганотти хейлитида кўринмайди.

Пуфакчаларда Никольскийнинг симптоми мусбатлиги тавсифли бўлиб, суртмада акантолитик ҳужайра аниқланади, жароҳат фақат лаб қизил ҳошиясида эмас, балки оғиз шиллиқ қобиқ қаватида ҳам учрайди. Манганотти хейлитидан фарқлироқ экссудатли эритемада жараён ўткир бошланади, оч-қизил эритема лаб қизил ҳошиясида қисман шишган ва оғриқли бўлади.

Герпетик эрозия учун эритемалар ва эрозиялар ярим айлана шаклида, атрофи шишган, шунингдек, тошмаларни қисқа муддатли сақланиши билан Манганотти хейлитидан фарқланади.

Даволаш. Манганотти хейлитини даволаш учун эпителизациянинг стимулловчи воситалар қўлланилади ва қитиқловчи омилларни кучсизлантирувчи оқибатлари бартараф қилинади, меъда-ичак тракти патологияси, метеорологик ва glandуляр хейлитлар даволанади. Бунда оғиз бўшлиғини санация қилиш ва протезлар қўйиш муҳим босқич саналади. Агар цитологик текшириш натижасида Манганотти хейлитининг ёмон сифатлари аниқланмаса, бундай ҳолларда, жарроҳлик усулини қўлламасдан олдин танаффуссиз (2-3 ой давомида) умумий ва маҳаллий консерватив даво курси ўтказилади. А витамини кунига 3 мартадан 10 томчидан, компламин ёки ни-

котин кислотани, перобола ва бошқа воситаларни қўллаш яхши самара беради.

Маҳаллий А витаминини, кортикостероид малҳамлари, дибиомицин малҳамини, метилурацил таркибли малҳам ва салкосерилларни қўллаш тавсия қилинади. Агар жароҳат ёмон сифатли ҳосилага айланса, бу ҳолда жарроҳлик усулида соғлом тўқимагача бўлган соҳа кесиб ташланади.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ

Лейкоплакия оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ёки лаб қизил ҳошиясининг сурункали экзоген қитиқловчиларига жавоб тариқасида ривожланиб бораётган яллиғланиши билан кечадиган шохланувчи ҳолат бўлиб, факультатив рак олди ўзгаришига киради. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва лабдаги бошқа рак олди касалликларига қараганда, лейкоплакия кўпроқ кузатилади. Лейкоплакия 40 ёшдан катта эркакларда кўпроқ учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Лейкоплакиянинг этиопатогенези охиригача аниқланмаган. Бироқ, кўпчилик тадқиқотчиларнинг фикрича, оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг турли ташқи кўзгатувчиларга реакциясидир, бундай ҳолатга эндоген омил таъсири ҳам киради. Буларнинг ичида меъда-ичак тракти касалликлари биринчи ўринларни эгаллайди, айни вақтда, шиллиқ қаватнинг ташқи омиллар таъсирига чидамлилиги пасаяди. А витаминининг алмашинуви бузилади, бу эса шохланиш жараёнига таъсир қилади. Лейкоплакиянинг ривожланишида генетик омиллар ҳам мавжуд бўлиб, буни туғма ва наслий дискератоз ҳолатларида кузатиш мумкин. Бундан ташқари, лейкоплакиянинг ривожланишида қандли диабет касаллигидаги организм ўзгариши, турли хил механик, кимёвий, сигаретнинг қўланса тутунни, оғиздаги галваник тоқлар, протезларнинг қитиқловчи таъсири, кўмир ишлаб чиқариш корхонасида юзага келадиган омиллар, нейродиострофик жараёнлар, лактатдегидрогеназа ва глюкоза 6 фосфатдегидрогеназа фаоллигининг ошиши кабиларнинг аҳамиятли эканлигини кузатишимиз мумкин. Бу кўриниш қизил ясси темираткининг экссудатли гармоник шаклини эслатади.

Тиш қаторларида нуқсон бор беморлар юзининг пастки 1/3 қисми ўзгариши оқибатида лейкоплакия шиллиқ қобиқ қаватда тишларнинг бирикиш чизиғидан токи тишларнинг орқа соҳасигача давом этади. Жароҳатдаги шохланиш даражасига қараб, ранги оқдан токи сарғиш-оққача ўзгариб туради. Жароҳат ўчоғида бурмалар кузатилиб, у тошли кўприк кўринишда бўлади. Бу ҳолат кўпинча ёши катта беморлар орасида, шил-

лиқ қобиқ қават худди терига ўхшаб бурмалар ҳосил қилган ҳолатда учрайди.

Оғиз тубида лейкоплакия кузатилса, худди кўкиш-оқ кўри-нишда кўчаётган плёнкани эслатади, лекин юлганда плёнка қобиғи ажралмайди. Шунини эсда тутиш керакки, маҳаллий шикастловчи омил билан биргаликда сигарет тутуни кўшилиб, гальваник ток ҳосил қилиши мумкин.

Лейкоплакия кўпинча тишнинг ён томонида жойлашиб, кўп ҳолларда тиш қаторларининг нуқсонли ўринларига тўғри келади. Тилда жойлашган лейкоплакия ўчоғи шохланувчи оқ доғ шаклида кўринади. Лейкоплакия тил деворида жойлашса, жароҳат одатда буришган шаклда бўлади.

Пастки лабнинг қизил ҳошиясида лейкоплакия жойлашганда, юпқа плёнка тўғри бўлмаган кўкиш-оқиш рангда кўринади. Бундай ўчоқнинг чегараси аниқ ва текис бўлмаган чегара билан ажралиб туради. Шохланиш Клейн соҳасига ҳам тарқашади, кам ҳолларда, пастки лаб шиллиқ қобиқ қаватида жойлашиши мумкин.

Лейкоплакиянинг варикоз шакли кўпинча ясси лейкоплакия кўринишида юзага келади. Қобиқланган варикоз шакли кўп ҳолларда, қандайдир механик таъсирлар остида юзага келади. Варикоз шаклдаги лейкоплакияни ясси шаклидан ажратиш қийинчилик туғдирмайди. Варикоз шаклида шохланиш жараёни ўткир, шунинг учун жароҳатланган соҳа атрофи, шиллиқ қобиқ қаватидан нисбатан бўртган, ранги аниқ кўкиш-оқиш шаклда; жароҳатни пайпаслаганда, қисман қаттиқланиш кузатилади.

Варикоз лейкоплакия иккита клиник шаклда кузатилади; тасмали ва сўғалсимон. Тасмали шаклида жароҳат ўчоғида сутлиқ оқ ранг кузатилиб, шиллиқ қаватдан кўтарилиб туради. Бундай ўчоқлар нотекис шаклда бўлиб, юзи ғадир-будир, пайпаслаганда сезилмайди.

Сўғалсимон шакли тасмали шаклидан кўп бўлади, қаттиқлашган, ғадир-будир ҳосила кузатилиб, атроф шиллиқ қобиқ қаватдан бўртиб туради. Камдан-кам ҳолларда, катта сўғалли кенгайиш кўринади. Бундай ҳосилалар лунж, оғиз бурчагига яқин соҳалардаги шиллиқ қаватда оқ рангда пайдо бўлиб, ажралиб туради. Бу шаклнинг патогенезида шиллиқ қобиқ қаватнинг шикастланиши, тиш қаторларидаги нуқсонлар сабабчи бўладиган бошқа жароҳатлар ётади. Жуда ўткир ўзгаришлар асосан, шиллиқ қобиқ қаватнинг турли даражадаги шикастланиш ўринларида кўринади, яъни яроқсиз коронка ва протез соҳаларида: илмоқ ўринларида, ўткир тиш қирраларида ва бошқалар. Бундай беморларда лейкоплакия ўчоғи марказида унча

катта бўлмаган эххимозали яллиғланишларни кузатамиз, бу яллиғланишлар эрозияни эслатади. Варикоз лейкоплакияга нисбатан юқори даражадаги ёмон сифатли хусусиятини сақлайди.

Лейкоплакиянинг яхши сифатли кечишида жароҳат ўчоғи асосида қаттиқланиш кузатилмайди. Бундай қаттиқлашишнинг пайдо бўлиши ва шохҳланишининг кучайиши ёмон сифатли ўсмага айланишининг дастлабки белгиси саналади. Бироқ, бу белгилар кўринмаганда, варикоз лейкоплакия билан оғриган беморларни эътиборсиз қолдирмаслик зарур, чунки бу касалликнинг типик кечишида ҳам плазма ҳужайрали рақларни гистологик текширишда аниқлаш ҳоллари кузатилади. Шунинг учун стоматолог врач бундай беморларни даволашга жуда катта аҳамият бериши зарур.

Лейкоплакиянинг эрозияли шаклида ясси ва варикоз шаклидан фарқлироқ, субъектив сезгилар кўринади, овқат еганда кучаядиган оғриқлар шулар жумласидандир. Эрозияли шакл одатда ясси ёки варикоз шакли кўринишида кескин юзага келади. Эрозия худди алоҳида-алоҳида шаклда ва кўп сонда юзага келади.

Клиник кўриниши. Лейкоплакия кўпинча, оғиз шиллиқ қоғиқ қаватининг лунж, оғиз бурчаги, пастки лаб, кам ҳолларда тилнинг девори ва ён томонида жойлашади. Касалликнинг клиник кўриниши бир хилда эмас, шунга боғлиқ ҳолда **ясси, варикоз, эрозив** лейкоплакияларга ва чекувчиларда кузатиладиган **Таппейнер лейкоплакиясига** ажратилади.

Лейкоплакиянинг клиник кўриниши фақатгина сабабчи омилга, касаллик шаклига эмас, балки унинг жойлашишига ҳам боғлиқдир. Лейкоплакиянинг пайдо бўлишидан токи ёмон сифатлига айланишигача бўлган давр, бир неча босқичларга ажратилади. Жараённинг лейкоплакияга ўтиш олди босқичидан ўзгаришсиз яллиғланиши кузатилади. Шундан кейин унинг тенг шохланиши тезда ўтиб кетади. Кейинчалик касаллик ривожланиб боргани сари жароҳат ўчоғи атрофидаги тўқималардан қисман бўлсада бўртиб (варикоз лейкоплакия) чиқиши кузатилади. Касалликнинг шу даврида гиперпластик алмашилиш метопластик ўзгаришга олиб келади ва шунга боғлиқ ҳолда ёмон сифатли ҳосилага ўтиб кетиш хавфи юқори бўлади. Эрозив шаклининг жуда юқори даражада ёмон сифатли ҳосилага айланиш хавфини туғдиради. Шундай қилиб, лейкоплакиянинг юқоридаги барча босқичлари ягона патологик жараён саналади.

Лейкоплакия ясси шаклининг клиник кўриниши жараён жойлашган ўрнига маълум даражада боғлиқдир. Жараён оғиз

бурчагида жойлашганда, жароҳат учбурчакли шаклда бўлиб, оғиз ичкарисига чуқур йўналиш ҳолатида туради. Айрим ҳолларда жараён лаб қизил ҳошиясида жойлашиб, оғиз шиллиқ қобиқ қавадидан ажралган ҳолатда жойлашади. Бошқа ҳолатларда, жараён оғиз ичкарисига тишларнинг бирикиш чизиги бўйлаб тарқалади. Бундай ҳолларда лейкоплакия ўчоғи сарғиш-оқиш рангга ёки юпқа оқ плёнка шаклга киради. Лейкоплакиянинг ранги у ёки бу соҳага жойлашишига қараб, турли даражадаги ялтироқлик шохланишига эга бўлади.

Жараён лунж шиллиқ қобиқ қавагида жойлашганда, унча катта бўлмаган оқ сариқ ёки айлана шаклидаги ҳосила кўриниши кузатилади. Жараён лунжда жойлашиб, унга сунъий металл коронкалар тегиб турса, ўчоғи атрофида қизариш ва шиш вужудга келади. Кўп ҳолларда, термик ёки механик кўзгатувчилар ўрнида юзага келади. Лейкоплакиянинг бу шакли юқори даражадаги ёмон сифатли хавфга эга.

Таппейнернинг чекувчилар лейкоплакияси (никотинли стоматит) жуда кўпга ситарет, айниқса, трубка чекувчиларнинг қаттиқ танглай шиллиқ қобиқ қавадига кўп кузатилади ва лейкоплакиянинг бошқа турларига қараганда, чекишни ташлагандан кейин жуда тез вақтда ўтиб кетади. Ҳаттоки, танглай ва юшоқ танглайга ўтиш қисмидаги шиллиқ қобиқ қават кўкиш-оқиш рангдаги шохланиш ва бурмаларни кўришимиз мумкин. Бундай кўринишда, танглайнинг орқа ярмида яхши кўринадиган қизил нуқталар кўришиб, устига сўлак безларининг йўли очилади. Жараённинг ўткир кечишида қизил нуқтачалар унча катта бўлмаган ярим шар шаклида тугунчалар ҳосил қилади. Бундай жароҳат ўчоғидаги тугунлар “тошли кўприк” кўринишини эслатади.

Кечиши. Лейкоплакия - сурункали касаллик. Агар қитиқловчи омил бартараф қилинса ёки унинг таъсири кучсизланса, оғизда ва бутун организмда ўтказилган санация ва тўғри консерватив даво, касалликнинг қайтишига (регрессиясига) олиб келади, бироқ, лейкоплакия қайтар жараён бўлиб, сақланиб қолади. Агар қитиқловчи омил бартараф қилинмаса, касаллик ривожланиб боради ва ракка айланиши мумкин.

Лейкоплакиянинг ҳамма шакли юқори даражадаги ёмон сифатли натижа беришига мойил. Кўп ҳолларда, касалликнинг ўчоғи тилда жойлашганда, ракка ўтиши кўпроқ кузатилади.

Лейкоплакия айрим беморларда бир неча йиллар давомида кузатилади, ёмон ўзгаришга айланмайди, баъзи беморларда эса, жуда тез вақт оралиғида ракка айланиши мумкин. Лейкоплакиянинг кечиши ва ракка айланиши даври касалликнинг шаклига боғлиқ, варикоз ва эрозив шакли жуда тез ракка айлади.

Лейкоплакиянинг ёмон сифатли ҳосилага айланиши бошланиш даврини клиник сипмтомларга қараб белгиласа бўлади. Ясси лейкоплакияда ёмон сифатли ҳосилага ўтишнинг асосий белгиси тўсатдан лейкоплакия ўчоғи асосининг қотиши ва эрозияланишидир. Айниқса, жароҳат бутун соҳаси асосининг қотиши эмас, балки, бирор-бир томонидаги соҳасининг қотиши жуда хавфли саналади.

Жароҳат ўчоғининг асосида қотиши, шохланишининг кучайиши, тўсатдан эрозияланиш варикоз лейкоплакиянинг ёмон сифатли асорати бошланишидан далолат беради. Шунга боғлиқ ҳолда, лейкоплакиянинг турли шаклларида жароҳатта пальпацияли текшириш ўтказиш зарур. Кўпчилик беморларда, лейкоплакиянинг варикоз шаклидаги типик кўринишида, гистологик текшириш натижасида рак хужайралари аниқланиши кузатилади.

Эрозив лейкоплакиянинг ёмон сифатли шаклга айланишидаги клиник белгилари - эрозия юзасининг қоновчанлиги, яраланиши, сўрғичли кенгайиши ва катталаниши кузатилади. Бироқ, ёмон сифатли ўзгаришлар бошланишида бу белгилар сезилмаслиги мумкин.

Шунга боғлиқ ҳолда, варикоз ва эрозив лейкоплакияда, касалликнинг бошланиш даврида гистологик текшириш лозим деб ҳисоблаймиз.

Ташхислаш. Ташхислашда, асосан, клиник белгилар асосида гистологик текшириш натижасига таянамиз. Лейкоплакия қизил ясси темиратки, қизил югирик, захм папуласи, юмшоқ лейкоплакия, кандидознинг турли шакли билан ўхшаш бўлади.

Даволаш. Биринчи ўринда, оғизни яхшилаб санация қилиш зарур. Ютуқди даволаш учун асосий шартлар қитиқловчи омилларни бартараф этиш, сигарет тутуни, тиш қаторларидаги нуқсонлар, тиш ва илдизларнинг ўткир қирралари, амалгамали пломбалар, протезларнинг ўткир қирраларини бартараф қилиш шулар жумласидандир. Тиш қаторларида нуқсон бор беморларда лейкоплакия касаллиги белгилари кузатилса, уларга олтин, қумуш ва полладий қотишмаларидан олиб қўйилмайдиган протез ва коронкалар қўйиш тавсия қилинади.

Протез асосида лейкоплакия кузатилган беморларга икки қаватли асосга эга эластик протезлар қўйиб, лейкоплакияни келтириб чиқарувчи омил бартараф этилади.

Бунда чайнов босимининг шиллиқ қаватга тенг тақсимланишига эришилади.

Лейкоплакия билан оғриган беморларда тиш протезлари яхшилаб силлиқланган бўлиши керак. Қисман олиб қўйиладиган протезларни тўғри тайёрлаш учун илмоқлар жойлашиши-

га муҳим эътибор бериш лозим. Лейкоплакия билан оғриган бемор стоматолог ҳузурига йилига 2-3 марта келиши шарт. Бунда врач стоматолог беморга ҳар доим тўғри даво усулини танлаб бериши керак.

Лейкоплакияни даволаш мақсадида, албатта, чекишни тўхтатиш зарур. Лейкоплакиянинг варикоз шаклида жароҳатланган ўчоқ соғлом тўқима чегарасидан ажратилиб, жарроҳлик усулида олиб ташланади. Суюлтирилган азотдан фойдаланиб, криохирургия қилиш яхши натижа беради. Консерватив даволаш натижа бермаганда, албатта жарроҳлик усули ўтказилади, бунда гистологик текшириш натижаларига таяниш зарур. Лейкоплакия билан оғриган беморларни текширганимизда, албатта, қандайдир соматик касаллик, айниқса, меъда-ичак тракти касаллиги борлиги аниқланади.

А витаминини кунига 10 томчидан 3 маҳал, 1-2 ой давомида ичиш, шунингдек, В гуруҳ витаминларини қўллаш яхши натижа беради. А витаминининг мойли эритмасини кунига 3-4 мартаба суркашнинг яхши самараси кузатилган. Апликация билан бир вақтда, жароҳат ўчоғига 10% ли натрий боратнинг глицерин ёки картолинли аралашмасини қўллаш ҳам яхши натижа беради.

ШОХЛАНУВЧИ ТЕРИ

Шохланувчан тери - бу қатта гиперкератозли эпителий гиперплазияси бўлиб, клиник жиҳатидан кўп ёки кам ўткирлашган шохли тошмалардан иборат. Шохланувчи тери кўпинча 60 ёшдан катта одамлар пастки лабидаги қизил ҳошияда учрайди. Кўп ҳолларда битта, баъзан икки ва учта шохланувчан тери кузатилади. Қатор ҳолатларда, шохланувчан тери лейкоплакия, силли югирик ва чандиқлар кўринишида бўлади.

Клиник кўриниши. Шохланувчан терининг юзага келиши типик, жароҳат аниқ чегараланган 1 см гача диаметрли ҳажмда бўлади. Шохланиш конуссимон шаклда, лабда 1 см гача бўртиш билан ўтиб кетади. Шохланган ҳосила чиркин-кўкиш ёки жигарранг кўкиш рангда, қаттиқ консистенцияда, ўз асосига мустаҳкам ёпишган, қисман атрофдаги қизил ҳошия тўқимасидан кўтарилиб туради.

Кечиши. Шохланувчан тери — сурункали касаллик, жараён йиллаб давом этиши ва айна вақтда, яллиғланиш, қаттиқлашиш, шохланишнинг кўпайишидан ёмон сифатлилиги тўғрисида хавфсиранишимизга асос бўлади. Бироқ, гистологик текширишгина шубҳаларимизга яқун ясайди.

Даволаш. Шохланувчан тери асосан жарроҳлик ва терапевтик усулда соғлом тўқимадан ажратиб олиб ташланади, албатта гистологик текшириш натижасига асосланилади.

КЕРАТОАКАНТОМА

Кератоакантома (ўхшаш номи: шохли моллюска, яхши сифатли акантома) - тез-тез ёмон сифатли натижа берадиган тез ривожланадиган ва тезда регрессияга учрайдиган эпидермал яхши сифатли ўсмадир. Кератоакантома лаб қизил ҳошиясида кўп учрамайди, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида умуман учрамайди, камдан-кам ҳолларда, тилда пайдо бўлади.

Клиник кўриниши. Касаллик лаб ва тилда кўкиш-қизил рангда қаттиқлашган ярим шар шаклдаги воронкасимон-маркази чуқурлашган ҳосилани юзага келиши билан бошланади. Ой давомида тугунча 2,5x1 см ҳажмда катталашади. Бу элементларнинг марказида аниқ чуқурлашиш, шохланган модда билан тўлиши, у осон олиниши, кейин эса ялпоқсимон тўлиши кузатилиб, четлари қаттиқлашади. Кератоакантома асосидаги тўқимага мустаҳкам ёпишмаган, ҳаракатчан, оғриқсиз бўлади. Кератоакантоманинг оқибати икки хил; 6-8 ойдан кейин тезда регрессияланиши, чандиқ қолдириши мумкин ёки тезда ракка айланиб кетади.

Таъхиси. Кератоакантомани таъхислашда, асосан касалликнинг тез ўсиши ва унинг типик клиник кўринишига таянамиз.

Рак олди сўғалининг кератоакантомадан фарқи шуки, иккинчи касалликда маркази воронкасимон чуқурлашиш, эркин олинадиган шохланувчан модданинг мавжудлигидир. Кератоакантомани қиёсий фарқлашда, раkning экзофит шаклига ўхшашини инobatга олиш зарур. Бундай ҳолларда, ракли ҳосила тўқимага чуққурроқ жойлашиши, асоси жуда қаттиқлиги ва айниқса, шохланган моддани олганда қонаши асосий хусусиятидир.

Даволаш. Кератоакантомани даволашда, асосан, соғлом тўқимадан ажратиб, жарроҳлик усулида олиб ташлашимиз керак.

ОҒИЗ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБ ҚИЗИЛ ҲОШИЯСИДАГИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясининг рак олди касалликлари профилактикасида кечаётган патологик жараёнларнинг ҳар бири учун ўзига хос тартибда, аниқ чоратадбирлар ишлаб чиқилиши зарур. Қатор муаллифларнинг таъкидлашича, организмдаги ёшга қараб ўзгаришлар, А гиповитаминози, меъда-ичак тракти касалликлари, организм умумий чидамлилигининг пасайиши ва оғиз шиллиқ қобиқ қаватида шикастловчи таъсирлар оқибатида рак олди хасталиклари юза-

га келади. Асосий сабаблар сурункали механик, кимёвий, шикастловчи, галваник таъсирлар ҳам рак олди касалликларини ривожлантиради.

Юқорида келтирилганларга асосан оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясининг рак олди касалликларини профилактика қилишда организмдаги турли хасталикларни эскиланиб кетишига йўл қўймаслик, меъда-ичак тракти патологиясининг олдини олиш, лаб ва оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг барча шикастланишларидан огоҳ бўлиш ва олдини олиш зарур. Чекишга қарши курашиш, glandуляр хейлитни радикал даволаш, герпесларнинг тезда олдини олиш ва рецидив беришидан огоҳ бўлиш, лаб ва оғиз соҳасидаги сурункали яллиғланишларни ўз вақтида даволаш, жумладан, қизил яси темиратки ва қизил югирикнинг эрозив-ярали ҳамда гиперкератотик шаклини, оғизни тизимли санация қилиш, шахсий санитар-маърифий ишларини ўтказишни ташкил этиш керак.

Манганотти хейлити профилактикасида асосий ўринни лаб қизил ҳошиясига турли хил метеорологик омиллар таъсирини бартараф қилиш, тиш қаторларидаги нуқсонларни бартараф этиш, рак олди сўғалидан ва лабнинг чегарали гиперкератозидан сақланиш учун эса ўткир ва сурункали шикастланишлардан, лейкоплакияни профилактикаси учун чекишга қарши курашиш, оғиз санациясини тизимли ва самарали олиб бориш, сифатли протезлашдан фойдаланишни йўлга қўйиш зарур.

Рак профилактикасининг асосий йўналиши бу — рак олди касаллиги бор беморларни ўз вақтида диспансер назоратига олиш ва у билан эътиборли иш олиб боришдир. Бунда албатта лаб ва оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг облигат рак олди касалликлари назарда туғилади. Ҳозирги вақтда бундай беморларни диспансер рўйхатига олиш назорати **учта босқичдан: биринчи** диспансерланадиган беморларни танлаш, **иккинчи** диспансер ҳисобга киритиш, **учинчи** диспансерли даволаш ва кузатишдан иборат.

Диспансер рўйхатига олинадиган беморларни танлаш, асосан, профилактик кўрик вақтида (айниқса, онкологик кўрик вақтида) аниқланади, бунда оддий стоматоскопия усулдан фойдаланилади. Диспансер ҳисобга олиш даврида беморлар сонини аниқлашда, поликлиникага келмаганлар ҳисобига, диспансер текшириш ишидаги ташкилий етишмовчиликлар ҳамда ташхислаш аниқ бўлмаганлиги диспансер назоратига олинувчиларни сондаги аниқ маълумотлар учун етарли бўлмаслиги мумкин. Диспансердан ўтказиш иккинчи босқичдаги, диспансер ҳисобга олишдаги соғломлаштириш чора-тадбирларни бошлаш учун даволаш ишларини режалаштиришга бўлган эҳтиёж бевосита учинчи босқичга киради.

Касаллик кечишини диспансер даволаш, профилактиқда-волаш даврида фаол кузатиб боради. Диспансер даволаш босқичи икки фаол даволаш гуруҳи ва кузатув гуруҳига ажратилади. Кейинчалик тузалиб кетаётган беморларни ҳар уч ойда кузатамиз, сўнгра уларни йилига бир марта кузатиш гуруҳларига утказамиз. Бундай диспансеризациялаш тизими даволаш ва касаллик рецидивига ўз вақтида ташхис қўйишга замин яратади.

Рак ўсмасининг трансформацияси жараёни тўғрисида, айниқса, тезда жароҳатланган тўқима соғломидан ажратиб, жароҳлик усулида кесиб олиб ташланади. Текширишлар гистологик натижалар асосида бажарилади. Гистологик текшириш натижаси асосидагина қолган даволаш режасини ҳал қилиши мумкин. Юқоридаги тартибда диспансеризациялаш режаси олиб борилса, натижаси самарали бўлади.



1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг рак олди касалликларининг турлари, синфланиши асослари.
2. Боуэн касаллиги ва рак олди сўғали нима.
3. Манганоттининг преанкроз ҳосилалари хейлитининг клиник кечиши ва оқибатлари.
4. Лейкоплакия нима, турлари, кечиши, даволаш, оқибати.
5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида никотинли стоматитларнинг асосий белгилари.
6. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ва лаб олди қизил хошиясида рак олди касалликлари профилактикаси.

Ўн тўққизинчи боб

Мавзу: ОФИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ, ШИЛЛИҚ ОСТИ ҚАВАТИ ВА ЛАБДАГИ ЯХШИ СИФАТЛИ ҲОСИЛАЛАР

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида: оғиз бўшлиғи шиллиқ, шиллиқ ости қавати ва лабда учрайдиган яхши сифатли ҳосила турлари, клиник кечиши, бошқа касалликлардан қиёсий фарқлари, шикоятлари, қисқача этиологияси, патогенези ҳақида тушунчага эга бўлиши зарур. Даволаш усуллари билиши ва албатта профилактиканинг самарали усуллари ҳақида билиши керак.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютер машғулотлари ва муляжлар, қисман беморлар билан мулоқот.

Машғулотнинг асосий саволлари:

1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ, шиллиқ ости қавати ва лабда учрайдагидан яхши сифатли ҳосилаларга қайси касалликлар киради.

2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кўп учрайдиган яхши сифатли ҳосилалар шакллари ва фарқларини санаб ўтинг.

3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги яхши сифатли ҳосилаларни ўзига хос клиник кечиши.

4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги яхши сифатли ҳосилаларнинг бошқа касалликлар билан қиёсий таххислаш

5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги яхши сифатли ҳосилаларни даволашнинг ўзига хос хусусиятлари.

Машғулот ўтадиган жой: Ўқув хоналари, поликлиника ва клиникадаги беморлар.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, клиникаларда даволанаётган беморлар касаллик тарихлари.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабдаги яхши сифатли ҳосилаларга папиллома, шиллиқ ости қаватига эса фибромалар, гемангиома ва лимфангиомалар киради.

ПАПИЛЛОМА

Папиллома - қопловчи эпителийда жойлашадиган яхши сифатли эпителий, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида жуда кўп учрайдиган янги ҳосила бўлиб, барча ёшдаги аҳоли орасида кузатилади ва нисбатан аёлларда кўпроқ (61,3%) бўлади (Г.А. Железникова, 1969).

Клиник кўриниши. Папилломанинг пайдо бўлиш клиникаси турлича. Кўпинча, ўсма замбуруғ оёқчали ёки айлана шак-

лида катталашади. Оёқчалари кўтарилмай, жароҳат ўчоғи асосига кенг жойлашади ва ярим шар шаклидаги тугун ҳолида қисман бўртиб туради. Папилломанинг ҳажми 1 дан 2 мм гача бўлиб, айрим ҳолларда, аъзо фаолиятининг бузилишига олиб келади. Масалан, тил илдизи соҳасида жойлашса, сўзлашувнинг қийинлашиши, тил ҳаракатининг чегараланишига, ютинишнинг бузилишига сабаб бўлади. Ўсма юзаси гадир-будир, яқиндан ёки лупа ёрдамида кузатилганда, майда-майда донали, сўғалли, бурмали шаклни эслатади. Айрим ҳолларда, папиллома юзасидаги шиллиқ қават ўзгаришсиз сезилиб, бундай ҳолларда, уни фибромадан фарқлаш қийин. Папилломанинг ранги шохланиш даражасининг ўткирлигига боғлиқ. Шохланувчан папиллома ялтироқ, кўкиш рангда бўлиб, варикоз лейкоплакияга ўхшаб кетади. Thoma, Вгiасco кабиларнинг фикрлари исботини яна бир бор таъкидлаймиз: папиллома кўп ҳолларда лейкоплакия соҳасида кузатилади.

Папиллома оғизнинг турли бурчакларида жойлашиши мумкин. Пастки лаб папилломасининг шохланувчан шакли, юқорида айтиб кетилган синфлаш асосида, бош ва бўйин соҳаси факультатив рақ олди ўсмаларига киради.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг папилломатоз катталаниши - папилломатозлар тез-тез учраб туради. Булар оғиз шиллиқ қобиғи қаватидаги шикастланиш ва сурункали яллиғланишга жавоб реакцияси шаклида, ҳақиқий ўсма ҳолида юзага келади. Папилломатознинг қуйидагича шаклларини кузатишимиз мумкин:

1) турлича реактив табиатли папилломатозлар:

а) қаттиқ танглай ва алвеолалар ўсиқ шиллиқ қобиғининг папилляр гиперплазив яллиғланиши;

б) лунж, лаб ва тилнинг шикастланувчан папилломатози;

в) тилнинг ромбсимон папилломатози;

2) пластик бўлмаган табиатли папилломатозлар.

Танглайнинг никотинли папилломатози Таппейнер чекувчилар лейкоплакиясида учраб, папилломатозда кузатилмайди. Қаттиқ танглай ва алвеолар ўсиқ шиллиқ қаватнинг папилляр гиперплазияли яллиғланиши кўп вақт давомида олиб қўйиладиган протезларни тақадиганлар орасида кузатилиб, клиник жиҳатидан ўчоқли ёки тарқалган жароҳат ҳолида кузатилади. Сўргичларнинг катталаниши бундай ҳолларда турлича шаклда бўлади.

Лаб, тил ва лунждаги шиллиқ қобиқ шикастланувчан папилломатози нотўғри тайёрланган протезлар, ёмон шакллан-тирилган плomba, прикус бузилиши, “ақл тишнинг” чиқиши оқибатида, узоқ вақт шикастловчи омилларнинг юзага келиши оқибатида пайдо бўлади. Бу соҳаларда 3-4 та айлана кўри-

нишида юмшоқ, асоси 0,5 см гача қаттиқлашган, меъёрий шиллиқ қобиқ рангига ўхшаган ҳосилалар кузатилади. Тилнинг ромбсимон папилломатози, ромбсимон глоссит оқибатида юзага келади. Ҳақиқий ўсмали папилломатозлар кўпинча лунж, ретромольяр соҳада сўғалсимон қаттиқ ҳосила кўринишида, карам рангидай, ялтироқ шохли кўринишда юзага келади.

Ташхиси. Папилломани ташхислаш қийинчилик туғдирмайди, чунки унда оёқчалар бўлиши ташхисни янада ойдинлаштиради. Агар бундай оёқчалар бўлмаса, папилломанинг фибромадан фарқи, ундаги полип ёки аралаш ўсмалилигини гистологик текшириш натижасида аниқланади.

Томирли ҳосилалар папилломадан ранги ва тез ривожланиши, сезиларсиз шикастланишларда ҳам қонаши, вақти-вақти билан катталариши ва кичиклариши билан фарқланади. Папилломанинг лаб қизил ҳошиясида жойлашган кўринишида оёқчалар бўлмаслиги билан клиник жиҳатидан рақ олди сўғалга ўхшамайди.

Реактив папилломатозлар кўпинча сурункали шикастланиш оқибатида, кейинчалик инфекция тушиши ва яллиғланиши билан тўқималарда турғун гиперплазия юзага келиши натижасида ривожланади.

Пластик бўлмаган табиатли папилломатозлар баъзан кузатилади. Улар лунж орқа соҳасида, ретромольяр соҳада, қанот танглай бурмаси яқинида жойлашади. Айнан шу соҳалардаги папилломатозларнинг ёмон сифатли асоратлар бериши хавфи юқори бўлади.

Айрим ҳолларда, папилломатозларни вируслар ҳам келтириб чиқаради (М.Ф. Глазунов, А.Л. Машкеллейсон, Г.А. Железникова, Штманн). Бундай ҳолатларда оғиз шиллиқ қобиқ қавати папилломатози вулгарли сўғал билан биргаликда келиши кўпроқ кузатилади.

Даволаш. Папилломаларни жарроҳлик усулида олиб ташлаймиз. Папилломатозни реактивлигида шикастловчи омил бартираф қилинади, зарурат туғилса янги ҳосила олиб ташланади.

ФИБРОМА

Фиброма - мезенхима ривожланиши қатламидан келиб чиқадиган яхши сифатли ўсмадир.

Клиник кўриниши. Фиброма сарғиш ёки бинафша рангда оёқчали ёки кенг асосли ҳосиладир. Унинг консистенцияси юмшоқ, эластик, кўпинча папилломага нисбатан қаттиқлашган бўлади. Фиброма жуда секин ўсади, узоқ сақланади ва беморни безовта қилмайди. Жароҳатланганда унинг юзаси оч-қизил рангда ёки шохланувчан бўлади. Фиброма кўпинча, оғиз шил-

лиқ қобиқ қавати лунж соҳасида, тишларнинг бирикиш чизиғи бўйлаб узоқ вақт шикастланиш оқибатида юзага келади.

Фиброма папилломатоз асорати шаклида клиник кечиши жиҳатидан папилломани эслатади. Ангиофибромалар гемангиомадан, тилнинг интерстициал фибромасидан, миомадан фарқланади.

Даволаш. Фибромалар ўзгармаган гўқима чегараси бўйлаб кесиб олинади.

ТОМИРЛАРДАГИ ЎСМАЛАР

Барча ўсмали касалликларнинг 2-3 %ини томирдаги ўсмалар ва 7% ини яхши сифатли ҳосилалар ташкил қилади. Бу ўсмалар туғма ёки эрта ёшлиқдан, камдан-кам ҳолларда кечроқ пайдо бўлади. Кўплаб муаллифларнинг фикрича, 60-80% гача ҳолларда, ангиомалар юз-жағ, айниқса, лаб ва оғиз бўшлиғи соҳасида жойланади. Асосан томирлардаги ўсмаларнинг яхши сифатлиси 2 хил: гемангиома, фаолиятдаги артерия, вена, капилляр ва лимфатик томирларда лимфангиомалар ривожланади. Камдан-кам ҳолларда, ҳужайралар ишлаб чиқариши жараёнида томирлардаги ўсмалар қон томир деворларида махсус таркибли (ангиоперицитомалар, гломусли ўсмалар, ангиолейомиомалар) моддалардан ҳосил бўлади.

Гемангиомалар. Томирдаги ўсмалар орасида кўп учрайдиган ҳосилалардан бири. Гемангиоманинг ташқи кўриниши ва ҳажми унинг турига боғлиқ. Гемангиоманинг ташқи кўриниши бўйича *учта типни фарқланади: оддий, рецемозли, кавернозли*. Бир хил томирдаги ўсмаларнинг ҳар хил типни аралаш келганда, бундай ҳосилалар комбинирлашган гемонгиома ҳосил қилади. Агар гемангиома яхши сифатли бошқа ўсмалар билан аралаш кузатилса, бу ҳолатда, аралаш ангиома (фибранигиома, нейроангиофиброма) деб юритилади. Гемангиома ни клиник нуқтаи назардан бўлиб ўрганиш қулай саналади.

Оддий ёки капилляр (гипертрофик) гемангиома ўзида доғ ёки тугунни сақлаб, оч-қизил рангдан тўқ қизилдан кўкиш ранггача кўриниб, турли катталиқда бутун оғиз бўшлиғи бўлимини қоплаши мумкин. Инвазия чуқурлиғи ҳам бир хилда эмас. Шиллиқ қават ва шиллиқ ости қавати тез-тез жароҳатланади. Айрим ҳолларда капилляр гемангиома мушаклар чуқуригача инфилтрланади, ҳужайра ва суяккача етади. Бундай ҳолларда, жараён аъзонинг гипертрофияланишига ва фаолият бузилишига олиб келади. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг унчалик сезиларсиз жароҳати ҳам айрим ҳолларда қон кетишига олиб келади.

Капилляр гемангиома, айниқса, ёш болаларда инфилтратли ўсишга бўйин бўйлаб чуқурликка, ҳам кенглик бўйича тарқалишга олиб келади. Даволашда радикал усулнинг қўлланилмаслиги рецидивланиш ҳолатини келтириб чиқариши мумкин.

Рецимозли ёки куртакли гемангиома клиник жиҳатидан юмшоқ консистенцияли тугунча кўрнишида бўлиб, атроф тўқимадан бўртиб туради. Ўзига хос тавсифи шуки, унда пулсация кузатилиб, у юрак қисқаришига ҳамоҳанг бўлади. Агар лаб соҳасида жароҳат ўчоғи кузатилса, унинг катталлашиб бориши кузатилади.

Каверноз ёки гюрсимон гемангиома. Бундай томирнинг ўсмаси етарли даражада турлича тавсифда бўлади, айти вақтда, турлилиги унинг чуқурлигига, жароҳат майдонига боғлиқ. Кўп ҳолларда, кавернозли гемангиома тўқ қизил ёки кўкиш рангдаги юмшоқ эластик консистенцияли тугундан иборат бўлади. Агар тугун жуда чуқур жойлашса, шиллиқ қобик қават юзиде ўзгариш кузатилмайди. Ўсмани сиққанда кичраяди, бошни пастига эгганда “шиш” симптоми сезилади.

Агар каверноз гемангиома кўпроқ соҳа бўйлаб тарқалган бўлса, аъзонинг ҳажми катталлашиши (макрогlossия), ютиш фаолияти ва артикуляциянинг оғирлашуви кузатилади. Инфекцияли жараён жароҳат ўчоғигача қўшилса фаолият бузилиши ортиб боради.

Гемангиоманинг устидаги шиллиқ қобик қаватда тез-тез папилломатозли кенгайиш кўринади. Ўсманинг бу тури бўшлиққа кўплаб қон тўпланиши ва тўқима ҳажми катталлашиши, шакли ўзгаришини эслатади, бу ўринда, бириктирувчи тўқиманинг пўстлоқ бўлиб ажралиши ва бир-бири билан қўшилиши кузатилади.

Гемангиоманинг юқорида таъкидланган барча шаклларида клиник белгилар аниқ ва ўзига хос. Бироқ, айрим ҳолларда, айниқса, гемангиоманинг комбинирлашган шаклида уларни бир-бирдан ажратиш қийинчилик туғдиради.

Гемангиоманинг **давоси** ўсманинг тарқалганига ва шаклига боғлиқ бўлади. Даволашда жарроҳлик ва консерватив усуллар аралаш ҳолатда қўлланилади. Жарроҳлик усулида: 1) гемангиома билан жароҳатланган васкуляризацияланган соҳада томирларни бойлаш; 2) ўсмаларнинг ўқини ва атрофини тикиш; 3) ўсмани кесиш.

Пиоген гранулемага ҳозирги вақтда, иккиламчи инфекция билан қўшилган гемангиома гуруҳидаги яхши сифатли ҳосила деб қаралади. Пиогенли гранулема жароҳат ўрнида ривожланади. У одатда, қорамтир-қизил рангда, нўхат катталигида бўлиб, юмшоқ ўсма, унчалик ўткир яллиғланишсиз оёқчали

кўринишда бўлади. Қуриётган эпителий эрозияланади, кам ҳолларда яраланади, кейинчалик йиринглаган-қонли ажралма чиқиши кузатилади. Пиоген гранулёма кўпинча лаб қизил ҳошиясида, тил ости соҳасида ривожланади. Жароҳатнинг оёқчалари бўлмаган вақтда пиоген гранулёмани папиллома ва кератоакантомалардан фарқлаймиз.

Даволаш жарроҳлик усулида ўтказилади.

Лимфангиома. Томирлардаги ўсмаларнинг лимфангиома тури гемангиомалардан камроқ учрайди. Лимфангиоманинг ривожланиш манбаи лимфатик томирлардир. Клиник шишлар юмшоқ эластик консистенцияли тугун ёки аъзони тарқалган ҳолда жароҳатловчи ва катталашишга олиб келувчи ўзгаришдир. Лимфангиома оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг турли қисмида гуруҳ-гуруҳ пуфакчалар тўплами ёки айланаси унчалик қаттиқ бўлмаган тугунли ҳосила шаклида учраши мумкин. Лимфангиома кўпинча тилда жойлашади. Ҳосил бўлаётган ўсманинг юзаси папилломатозли, фиброматозли, кенгайишли гадир-будир бўлади. Алоҳида ўсмалар ҳолидаги тугунлар бугдой донидек қизарган, бинафша ёки сарғиш рангда кўринади. Кам ҳолларда, бундай ҳосила чуқур ёриқларга ажралиб туради.

Вақти-вақти билан яллиғланиш қўшилиши, бундай ҳолатда тилнинг катталашиши, юзида ёриқлар, экскорриациялар пайдо бўлиши мумкин. Овқат ейиш қийинлашади, нутқ тушунарсиз бўлиб қолади. Яллиғланиш ўзгаришлари ўсмани қалинлаштириб фиброзли тўқима ҳосил бўлишига олиб келади, кейинчалик яллиғланиш ўтиши билан тилнинг ҳаракати енгиллашади.

Тилнинг катталашиши, айниқса ёш болаларда жағнинг деформацияланишига олиб келади. Тилда ҳам чегараланган кистозли шаклдаги лимфангиомалар кузатилади. Консистенцияси юмшоқ, ўсма устидаги шиллиқ қобиқ қават ўзгаришсиз бўлади.

Лаб жароҳатланганда жараён кўпинча тарқалган тавсифда бўлиб, микрохейлитни келтириб чиқаради. Тери ва лаб қизил ҳошияси жароҳатланмайди. Бу ташхис қўйишни анча қийинлаштиради. Айрим ҳолатларда, лабнинг диффузли катталашиши (кўпинча юқорилаб), қизил ёки кўкиш рангдаги қаттиқ тугунларни учратиш мумкин. Уларнинг юзасида телеангиоэктазлар ва тугунларнинг қизил ёки бинафша рангда катталашиши кўринади. Лимфангиоманинг бундай жойлашишида, лабдаги фиброз тўқиманинг янада катталашиши кузатилади. Фиброз ўз вақтида лимфатозга олиб келади ва фил лабига ўхшаш ўзгаришга сабаб бўлади.

Лимфангиома лаб соҳасида жойлашганда, қизил ҳошияда

ўзгариш кузатилмайди ва теридаги ҳолатларни Квинке шиши, Мелкерссон-Розентал синдромини чуқур жойлашган каверноз гемангиомадан қиёсий фарқлаймиз. Тил лимфангиомаси интерстициал глосситга ва бошқа этиологияли макроглоссияларга ўхшамайди.

Даволаш гемангиомадаги сингари, лимфангиоманинг ҳам тарқалганлиги ва тавсифига боғлиқ. Чегараланган янги ҳосила кесиб ташланади, лимфангиоманинг кистоз шаклидаги энуклеация ёки резецирланиш аъзонинг бир қисмида кузатилади. Тил жароҳатланишининг тарқалган кўринишида Евдокимов усули қўлланилиб, жароҳатланган тўқима тилнинг мушак қаватигача қатлам-қатлам қилиб, ажратиб олинади. Кавернозли ва кистозли лимфангиомада склерозловчи терапия кам самара беради.



1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги яхши сифатли ҳосила турларини санаб ўтинг.
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг папилломали катталашининг клиник кечиши ва таъхиси.
3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида фибромаларнинг асосий белгилари ва клиник кечиши.
4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда учровчи гемангиомаларнинг асосий белгиларини санаб ўтинг.
5. Лимфангиома, клиникаси, даволаш усуллари.

Йигирманчи боб

Мавзу: ОФИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБНИНГ ЁМОН СИФАТЛИ ЎСМАЛАРИ

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида: оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда учровчи ёмон сифатли ўсмаларни фарқлай билиши, клиник кечиши, шакллари ва таъхислашдаги асосий текшириш усуллари ҳақида тушунчага эга бўлиши; текширишлар кетма-кетлигини тўғри олиб боришни, таъхислашда асосий ва қўшимча усуллардан ўз ўрнида фойдаланишни, бошқа касалликлар билан таққослай олишни билиши шарт. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ёмон сифатли ўсмаларини даволаш усуллари ҳақида етарлича маълумотга эга бўлиши керак.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютер маълумотлари, клиникадаги беморларнинг тиббий ҳужжатлари.

Машғулотнинг асосий саволлари:

1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда учровчи ёмон сифатли ўсмаларнинг таснифи ва шакллари.

2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ёмон сифатли ўсмалари клиник кечишининг ўзига хослиги.

3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ёмон сифатли ўсмаларининг ўзига хос белгилари ва қиёсий таъхиси.

4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ёмон сифатли ўсмаларини текширишнинг ўзига хослиги.

5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ёмон сифатли ўсмаларини даволаш усуллари.

Машғулот ўтадиган жой: Ўқув хоналари, поликлиника ва клиника бўлимлари.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, клиникада даволанаётган беморлар касаллик тарихлари.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Лаб раки юз-жағ соҳасида тез-тез учраб турадиган ёмон сифатли ўсмалар. Касаллик кўпинча пастки лабда (95%) 50-70 ёшдаги эркаклар орасида кузатилади.

Пастки лаб раки клиник жиҳатдан бир неча шаклда юзага келади: **экзофит, ярали, ярали-инфилтратив**. Ракнинг эрта шакли клиник кечиши қисман бўлсада, рак олди жараёни ҳосилаларига ўхшаш ўтади. Экзофит шаклидаги рак турли кўринишда бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда жараён юзи яраланган, четлари инфилтрацияланган, секинлик билан катталашадиган папиллома ҳосил бўлиши билан бошланади. Кейинчалик бу ўринда валиксимон, чети қаттиқлашган яра ҳосил бўлади.

Экзофит раkning сўгалсимон тури майда ғадир-будир ҳосилалардан иборат, ўзаро бир-бирига қўшиладиган, гулкарам шаклида юзага келади. Аста-секин инфилтрацияланиб, атроф тўқима билан қўшилади ва ярага айланади.

Пастки лабдаги эндофит шакли раkning жадал ривожланидиган тури лабнинг ёрилишидан бошланиб, айлана ярадан иборат, туби доимий чуқурлашиб борувчи, майда донли, четлари валиксимон шишиш билан кечади ва ярали шаклга ўтади. Асосида қаттиқ инфилтрат пайдо бўлади. Раkning ярали шакли ярали-инфилтрат шаклига ўтади. Лаб раки лабнинг инфилтрациясидан бошланиб, кейинчалик унинг яраланишига ўтиши мумкин.

Пастки лабдаги ёмон сифатли ўсмаларнинг асосий қисмини ясси хужайрали раklar ташкил қилади. Ясси хужайрали раkning секинлик билан шохланиши, ўзининг секин кечиши билан фарқланиб туради. Регионар метастазлар раkning бу шаклида одатда кечроқ кузатилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган раkning клиник белгилари тўғри ташхис қўйиш учун асос бўлади. Бошланғич даврида, раk олди ҳосилалари билан қуйидаги касалликлар қиёсий ташхисланади: масалан раk олди сўғали, чегараланган гиперкератоз, Манганотти хейлити, кератоакантома ва бошқалар. Ярали ва ярали-инфилтрат шаклдаги раk силдан, лабнинг захмли жароҳатидан қиёсий фарқланади.

Агар ташхис қўйишга иккиланилса, ўсма юзасидан тешилиб, тўқима олиниб, цитологик текшириш ўтказилади. Натижа манфий бўлган ҳолатларда биопсия қўланилади.

Пастки лаб раки кўп ҳолларда очиқ ҳавода (қишлоқ хўжалиги ишларида, балиқчиликда) ишлайдиган одамлар гуруҳи орасида учрайди. Бу турли атмосфера омиллари (инсоляция, ҳарорат миқдори, шамол ва бошқалар) таъсири билан изоҳланади. Лабдаги шикастланиш ва чекиш кабилар ҳам маълум даражадаги омиллар саналади.

Ҳозирги вақтда пастки лаб ракининг I-III босқичларида нур билан даволаш усуллари кенг қўлланилмоқда. Даволашнинг бундай усули касаллик рецидивини 5 йил ва ундан кўп муддатгача тўхтатади. Тарқалган шаклдаги раkда ҳам ҳосиланинг радиацияга берилувчанлиги юқори бўлганда, консерватив даволаш яхши натижа беради. Дастлабки босқичда, жарроҳлик усулидан олдин нур терапияси, иккинчи босқичда жарроҳлик усулининг тўғри келадиган бирор-бир усули (Брунс, Диффенбах, Блохин типлари) қўлланилади. Ҳозирги вақтда пастки лаб ракини муолажасида криодеструкция қилишда азот суюқлигидан кенг фойдаланилмоқда.

Лаб ракининг оқибати жуда кўп сабабаларга боғлиқ бўла-

ди: жароҳат босқичига, ўсманинг ўсиш шаклига, ўз вақтида ва тўғри даволаниш керак. Буларни санаб ўтишимиз ва раkning бошқа соҳага жойлашишидаги ҳолатларига солиштирганимизда натижаси яхши деб баҳолашимиз мумкин. Айрим ҳолларда очиқ ҳавода ишлайдиган беморларга касбини ўзгартириш тавсия этилади.

Оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги раklar. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати анатомик тузилиши жиҳатидан катта миқдордаги соҳани ташкил қилиб, ёмон сифатли ҳосилалар билан жароҳатланиши ҳам кўп кузатилади. Тил раки, лунж, оғиз бўшлиғи туби, алвеоляр ўсиқ, қаттиқ ва юмшоқ танглай раklари кўп учрайди. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги раklarни ташхислаш ва даволаш, уларнинг жойлашиши, клиник кўриниши ўхшаш бўлгани учун алоҳида бўлимда умумий танишиб ўтамиз.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги раkни клиник жиҳатдан *учта шаклга ажратамиз: папилляр, ярали, инфилтратли*. Шуни таъкидлашимиз лозимки, тилдаги раkning бошланиш шаклида турли субъектив белгилар (оғриқ, ноқулай сезгилар, куйишиш) камроқ сезилади.

Папилляр раk замбуруғсимон экзофит ҳосила шаклида юзага келиб, оёқчага, кам ҳолларда асосга ўрнашиб жойлашади. Бу ўсма кечиши вақти билан яраланади, унинг асосида инфилтрация ҳосил бўлиб, бириктирувчи тўқимага тарқалади.

Айрим ҳолларда, раkning бирламчи юзага келиши яра сифатида, бошқа ҳолда, лейкоплакиянинг эрозив-ярали ва қизил ясси темиратки шаклида, ё раkning ярали шаклида бўлади. Дастлабки босқичда, раk асосидаги инфилтрация унчалик ўткирлашмаган, четлари текис ва оғриқ кузатилмайди. Касалликнинг кечиши давомида кўрсатилган белгилар ривожланиб боради, яра катталашиб, остидаги тўқималарни жароҳатлайди, четлари қаттиқ бўлиб, валиксимон, бошқа ҳолларда, кратер шаклга айланади. Қатор ҳолатларда, яра бигизсимон шаклда бўлади. Ўсма инфилтрат атрофидаги тўқималарга тарқалади.

Ракнинг инфилтратли шакли жуда ёмон кечади. Бошланғич даврида инфилтрат унча катта бўлмайди ва кўпинча, шиллиқ қават остида жойлашади. Унинг тилда жойлашган ҳолатидаги ҳаракатланиши охиригача сақланиб қолади, оғриқ ва ютингандаги оғриқ кучсиз бўлади. Кейинчалик инфилтратнинг прогрессияли ўсиши кузатилади, шиллиқ қаватда яра ҳосил бўлади ва тезда катталашади. Бу жараёнда ярали-инфилтрат тавсиф кузатилади. Инфекция кўшилиб, оғриқ пайдо бўлади, оғиздан қўланса ҳид келади, ютқин ва чайнов ҳаракати бузилади. Жараённинг тарқалиши жароҳат оғиз шиллиқ қавати раки учун

типик шаклда кечади. Ёмон сифатли ўсмалар оғиз шиллиқ қобик қаватида жойлашганда ўзига хос бир неча хил асосли жихатларга эга бўлади

Тил раки, кўпинча, унинг ён томони ўрта қисмида кузатилади. Кузатилган беморларнинг 20-25%да жараён тил илди-зи соҳасида жойлашган. Бу соҳада раkning кечиши ёмон асо-ратли ҳисобланади. Раkning регионар тугунларга метастаз бе-риш ҳолати фақатгина раk ўсмасининг гистологик тузилиши-га боғлиқ бўлмай, балки ўсиш шаклига, жойлашишига, тил илди-зига қараб йўналиб ўсишига ҳам боғлиқдир.

Лунж шиллиқ қобик қавати раки лунжнинг турли қисмида учрайди. Агар лунжнинг орқа соҳа қисмида раk инфилтрация-си кузатилса, у тезда ретромоляр соҳага тарқалади, чайнов ва қанот-танглай мускуллари юзида контрактура келтириб чиқа-ради. Регионар тугунлар тилдаги раkка нисбатан камроқ ши-шади.

Алвеоляр ўсиқларнинг шиллиқ қобик қаватидаги раkда ўсма ғадир-будир кенгайиш шаклида ўзгаради. Айрим ҳолларда бу тишни олиб ташлагандан кейин юзага келади, бунда жараён лункадаги остеомиелитнинг стимуляцияланиши билан кеча-ди. Ўсма пастки жағни жуда тез жароҳатлайди. Алвеоляр ўсиқ-нинг орқа соҳаси жароҳатланишида ҳам юз контрактураси ку-затилади.

Экзофит шаклидаги раkning бошланғич давридаги ҳолати оғиз бўшлиғининг папиллома ёки фибромаси билан ўхшаш бўлади. Ярали шаклини қиёсий ташхислашда лейкоплакиянинг эрозив-ярали, қизил ясси темираткини декубитал ярасидан фарқ қилинади. Йўлдошлик қилаётган яллиғланиш жараёни ракли жараённинг инфилтратига ўхшаб кетиши мумкин. Ши-кастланиш бундай ҳолатда қисқа вақт даволанишда кузатила-ди. Инфилтрат-ярали шаклининг тарқалган ҳолида сил, захм ва актиномикотик жароҳатлар билан фарқланади.

Бир қатор оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати раки билан оғриган беморларнинг анамнезида оғиздаги сурункали шика-стланишни аниқлаш мумкин. Кўпинча, жароҳатга кариоз ка-вакли тишлар, пломбанинг нотўғри қўйилиши, ёмон тайёр-ланган протезлар сабаб бўлади. Турли хил ёмон одатлар (че-киш, нос чекиш) оғиз шиллиқ қобик қаватида сезиларли ўзга-ришларни чақириб, раk олди ҳосилаларининг пайдо бўлиши-га олиб келади. Ўсмали жараённинг кўп жойлашадиган ўрни - тил олдинги соҳаси ён тубининг олдинги бўлими. Тишларнинг бирикиши чизиғи бўйлаб кузатиладиган соҳа эканлигини яна бир бор кўрсатмоқда. Бунда жуда кўп ҳолатларда, оғиз шил-лиқ қобик қаватига физикавий ва кимёвий омилларнинг бир вақтдаги таъсирида сенсibiliзацияланиши ёки токсик таъ-

сири натижасида шиллиқ қаватда ўзгариш келтириб чиқариши мумкин.

Касбий касалликларнинг патогенези, кўп ҳолларда, ишлаб чиқариш жараёнидаги аниқ сабабчи омилни аниқлаш қийин бўлади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати касбий касалликларининг патогенезида тананинг бошқа аъзоларидаги каби турли ишлаб чиқариш омиллари билан бирга организмнинг ўзидаги сабабларни ҳам таъкидлаш лозим.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги патологик касбий омилларнинг патогенезида экзоген омил сифатида ишлаб чиқариш биносидagi чангланиш ва ифлосланиш, организмнинг қизиб кетиши ёки совуқ қотиши, оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги шикастланиш омиллари, организм иммунитетининг кучсизланиши, жумладан, оғиз шиллиқ қобиқ қавати ҳимоя тизимининг пасайиши, ундаги қон айланиш ҳолатларининг бузилиши кабиларни санаш мумкин. Эндоген омилларга ички аъзоларнинг ҳолати, асаб, эндокрин тизим ҳолати, оғиз бўшлиғи ҳолати, сўлак ажралиши тавсифи, аллергия ҳолатдаги ўзгариш, микробларга сезгирликнинг ошиши кабилар киритилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабдаги касбий касалликларни келтириб чиқарувчи физик омиллар турличадир. Турли хил чанг кўринишида бундай механик омиллар оғиз шиллиқ қобиқ қаватини жароҳатлайди ҳарорат таъсири, метеорологик омил ва нур энергияси таъсирини ҳам алоҳида таъкидлаш зарур.

Оғиз шиллиқ қобиқ қаватига айниқса, милкдаги шиллиқ қобиққа сурункали шикастловчи таъсир қиладиган механик омиллар дастлаб катарал яллиғланишга, кейин эса фиброзли ва шу соҳадаги шохланишнинг кўпайишига олиб келади. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватига узоқ вақт давомида юқори ҳароратда таъсир қилиши дастлаб катарал стоматитни, кейин сўлак ажралиши ва шохланишнинг бузилишини келтириб чиқаради.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида касаллик келтириб чиқарувчи кимёвий омилларни икки гуруҳга бўлиш мумкин. Биринчидан, бу кимёвий моддалар оғиз шиллиқ қобиқ қаватида қитиқловчи таъсир кўрсатади. Бу гуруҳга облигат қитиқловчилар, жумладан, концентрланган неорганик кислота ва ишқорлар, ишқорий метал тузлари, шиллиқ қаватни ўткир заҳарловчи моддалар таъсири, кимёвий куйиш, яраланиш чақирувчи моддалар, бирламчи жароҳатларнинг оғиз шиллиқ қобиқ қаватида жойлашиши ҳолатларини даволаш мақсадида комбинирлашган даво усуллари киради.

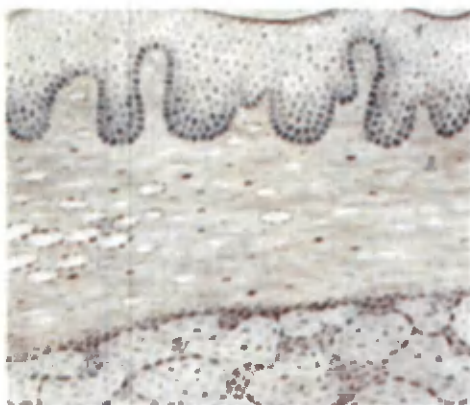
Давонинг натижаси ўсма тўқимасининг гистологик тузи-

лишига, жойлашишига, ўсиш шаклига, регионар соҳаларга матастаз берган-бермаганига боғлиқ бўлади.

Кўпчилик беморлар агар жароҳатланиши чегарали бўлса, меҳнат қилиш қобилиятини йўқотмайди. Бунга албатта нутқ билан боғлиқ бўлган соҳалар ишчилари кирмайди. Жисмоний жиҳатдан иши оғир бўлган беморларни енгилроқ меҳнатга ўтказиш зарур. Агар рак ўсмалари тарқалган жараён билан кечадиган бўлса, даволаш-тиклаш операциясидан кейин улар ногиронликка чиқариладилар. Бундай беморлар ўзларини нажотсиз сезганликлари учун уларга иложи бориचा сифатли ёрдам кўрсатиш ва уларни умумий жамоатчилик орасига қайтариш асосий мақсадимиз бўлмоғи лозим.



1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ёмон сифатли ўсмаларининг келиб чиқиши сабаблари ва турлари.
2. Лаб ракиннинг асосий белгилари ва клиник кечиши.
3. Оғиз бўшлиғи авзо ва тўқималиридаги раkning турлари.
4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ёмон сифатли ўсмаларининг асосий белгиларини санаб ўтинг.
5. Тил ва лунж шиллиқ қавати раки ҳақида умумий тушунча бериб ўтинг.
6. Даволашдаги асосий муаммолар.

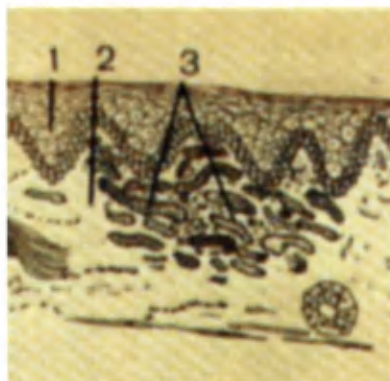


Расм 1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қават пардаси тузилиши.

1. эпителий.
2. хусусий шиллиқ қават.
3. шиллиқ ости қават.



а

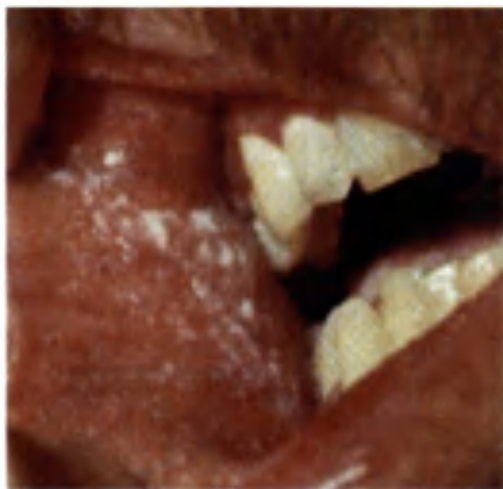


б

Расм 2. Доғ (macula)

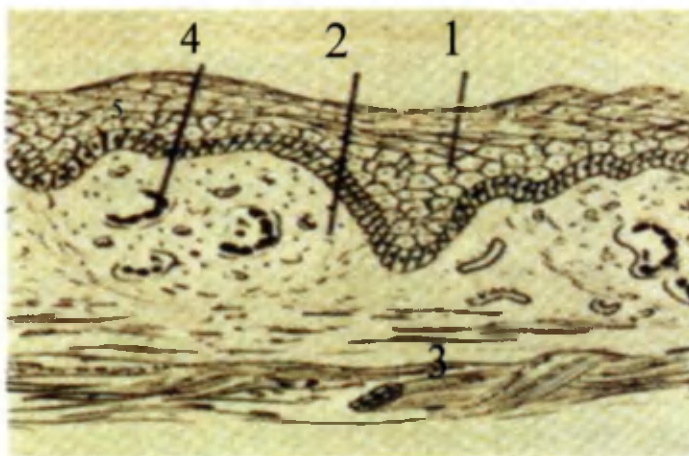
- а) милк шиллиқ қаватидаги яллиғланиш доғи.
- б) гистологик куриниши.

1. эпителий.
2. милк хусусий қавати.
3. томирларни кенгайиши.



Расм 3. Тугунча (papula)

Лунж шиллик қаватидаги тугунчалар.

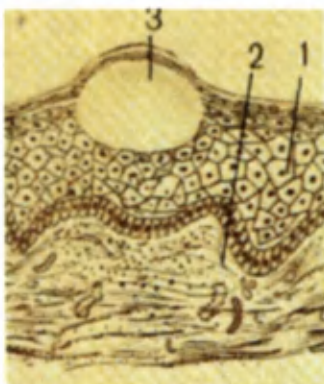


Расм 4. Тангачанинг гистологик тузилиши

1. эпителий.
2. хусусий қават.
3. шиллик ости қавати
4. хусусий шиллик қаватдаги инфильтрация.
5. эпителийнинг шохланувчи қисми.



а



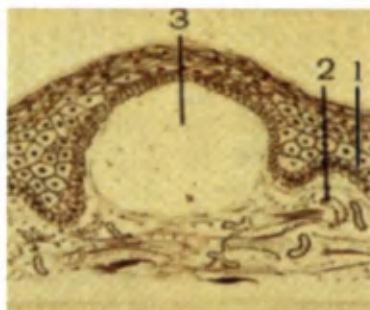
б

Расм 5. Пуфакча

- а) лаблагги пуфакча.
- б) гистологик тузилиши.
- 1. эпителий.
- 2. хусусий қават.
- 3. эпителий қаватидаги бўшлиқ.



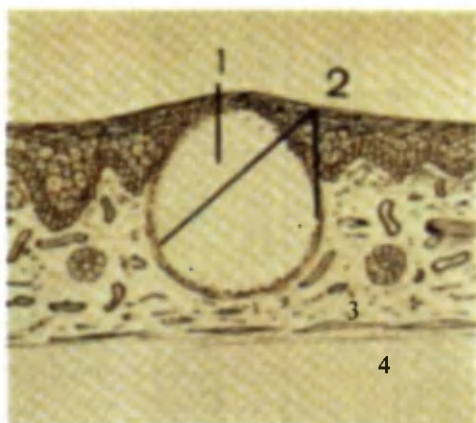
а



б

Расм 6. Пуфак (bulla)

- а) тилнинг шиллиқ қаватидаги пуфак
- б) гистологик тузилиши.
- 1. эпителий.
- 2. хусусий қават.
- 3. эпителий остидаги бўшлиқ.



Расм 7. Киста (cysta)(гистологик тузилиши).

1. бўшлиқ,
2. эпителий девори.
3. хусусий қават.
4. шиллик ости қават.



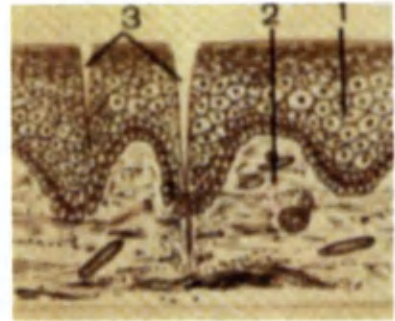
а



б

Расм 8. Яра (ulcus)

- а) тил шиллик қаватидаги яра.
- б) гистологик тузилиши.
1. эпителий.
2. хусусий қават.
3. эпителий ва шиллик қават жарохатланиши.

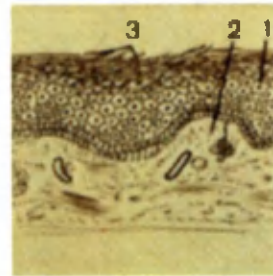


б

Расм 9. Ёрилиш (phagades) ^а

а) пастки лаб қизил ҳошиясидаги ёрилиш
 б) гистологик тузилиши

1. эпителий.
2. хусусий қават
3. гўқима бутунлигини бузилиши.



б

а

Расм 10. Қалпоқча (squama) ёки шохланган эпителий.

а) экзематоз хейлитда пастки лабда кузатиладиган қалпоқча.
 б) гистологик тузилиши.

1. эпителий.
2. хусусий қават.
3. тангача.



Расм 11. Қатқалоқ (crusta) корка (қуриган тұқима) юқори лаб-нинг корка ёки бурмасы.



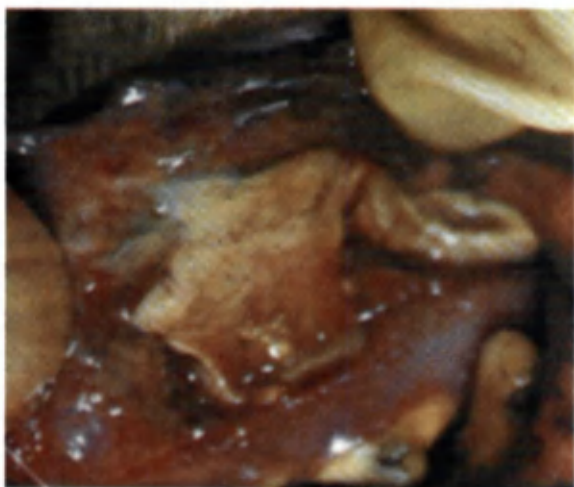
Расм 12. Чандиқ (сiсатrix) пастки лабдаги гипертрофик ўчоқ



Рис. 13. Сурункали механик шикастланиш.



Рис. 14. Сурункали механик шикастланиш.



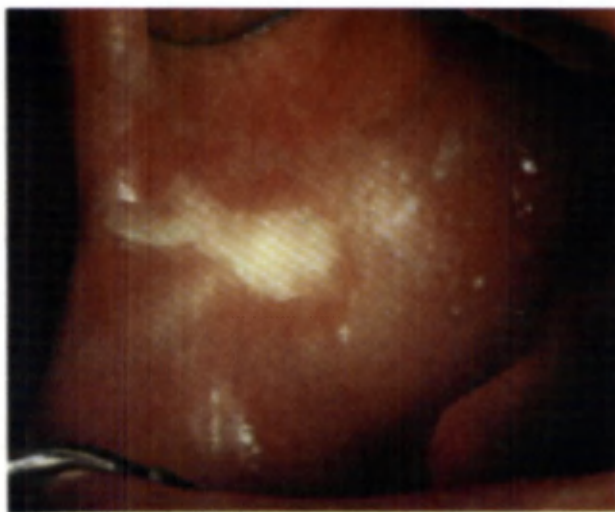
Расм 15. Кислотали куйишдан кейинги яра; қалин некротик парда билан қопланган.



Расм 16. Электр токи таъсирида юзага келган эрозия ва яралар.



Расм 17. Лейкоплакия, оддий шакли ва лунждаги мугузланиш ўчоғи.



Расм 18. Нурланиш. оқибатида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатиладиган эрозиялар.



Расм 19. Пастки лаб бурмаси ва оғиз бурчаги бўйлаб жойлашган бўртиқ тангачали лейкоплакия.



Расм 20. Лейкоплакия.



Расм 21 . Ўткир герпетик стоматит.



Расм 22. Юқори ва пастки лабдаги сурункали қайталанувчи герпесда қизил ҳошияда кузатиладиган везикулалар.



Расм 23. Лунжда жойлашган белбоғсимон темиратки.



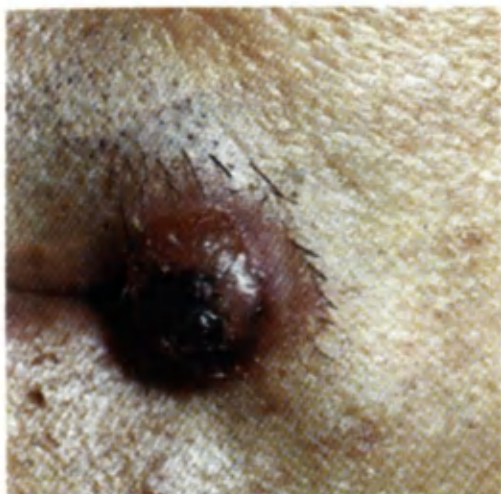
Расм 24. Белбоғсимон темиратки.



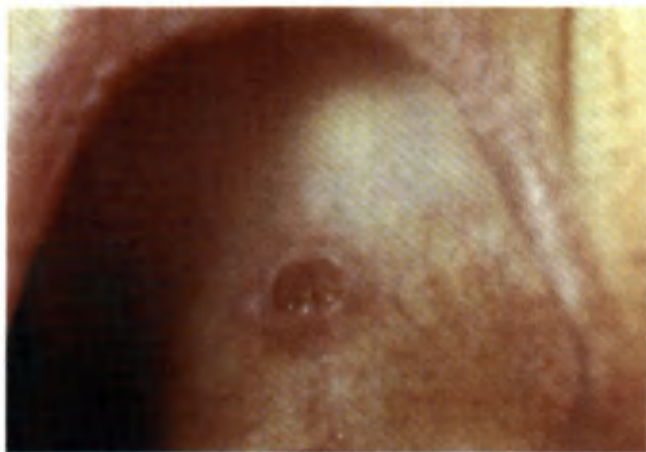
Расм 25. Оксим (яшур). Тилнинг қизаришидаги кўп сонли майда пуфакчаларнинг ҳосил бўлиши.



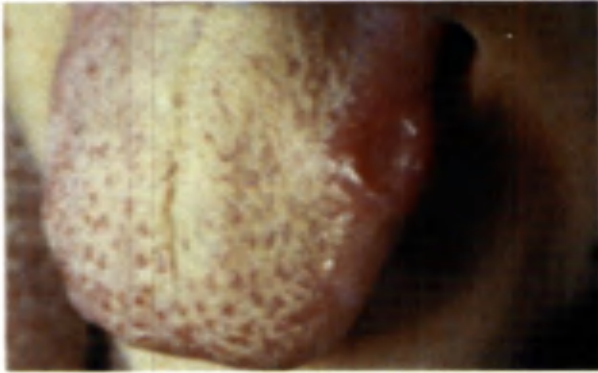
Расм 26. Венсаннинг ўткир ярали-некротик стоматити.



Расм 27. Пиоген гранулемада лабнинг бурчакларида кузатиладиган тўқ қизил рангли юмалоқ шишли ҳосила.



Расм 28. Сил касаллигида қаттиқ танглай яраси.



Расм 29. Бирламчи захмда тилнинг ён юзасидаги қаттиқ шанкр.



Расм 30. Иккиламчи захмда тилнинг остидаги жароҳатлар.



Расм 31. Ўткир псевдомембраноз кандидозда тил устининг оқиш қаранлари.



Рисм 32. Сурнкали гиперпластик кандидоз.



Рисм 33. Сурнкали атрофияланувчи кандидоз.



Расм 34. Квинке касаллигидаги ангио-невротик шиши.



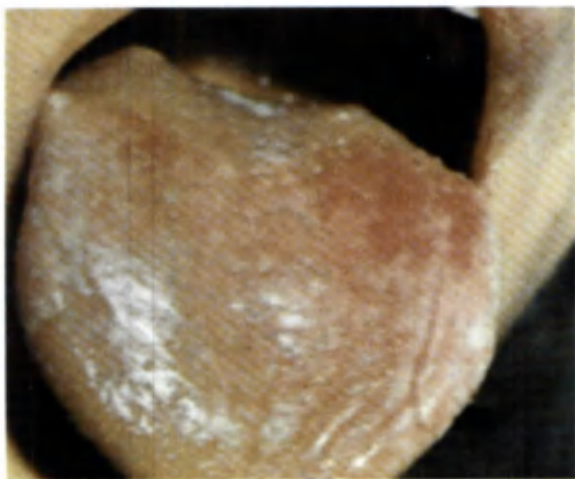
Расм 35. Бехчет синдроми.



Расм 36. Қўрғошинли металлдан келиб чиқадиган стоматит.



Расм 37. С витамини танқислигида парадонт тўқимасидаги ўзгаришлар (С-гиповитаминози).



Расм 38. Аддисон-Бирмер анемиясида тилдаги ўзгаришлар.



Расм 39. РР витамини танқислиги. Тил юзаси силлиқ ва сўргичлари атрофияланган.



Расм 40. Пўрсилдоқда қаттиқ ва юмшоқ танглайдаги пуфаклар.



Расм 41. Бурмали тил.



Расм 42. Пўрсилдоқда Никольский симптомининг мусбат реакцияси.



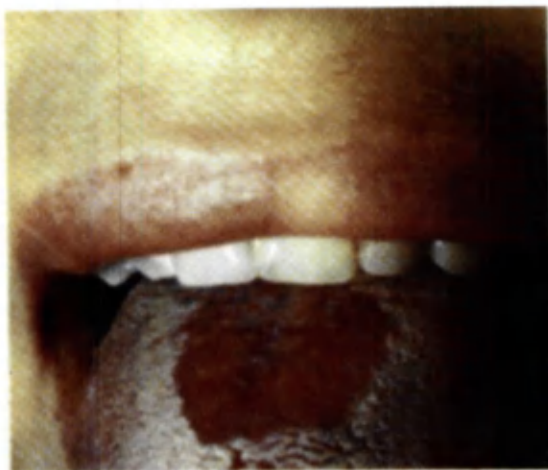
Расм 43. Сурункали қизил югирикда лабнинг қизил ҳошиясидаги эритематозли доғлар.



Расм 44. “Қора “тукли” тил.



Расм 45. Дескваматив глоссит.



Расм 46. Ромбсимон глосситда тилдаги сўрғичлар атрофияси.



Расм 47. Эксфолиатив хейлитда лаблардаги қипиқлар.



Расм 48. Эксфолиатив хейлитда пастки лаб қизил ҳошиясидаги қипиқлар.



Расм 49. Оддий гландуляр хейлитда “Шудринг” томчилари.



Расм 50. Метеорологик хейлит.



Расм 51. Макрохейлитда лабнинг ва лаб атроф тўқимасининг катталашishi.



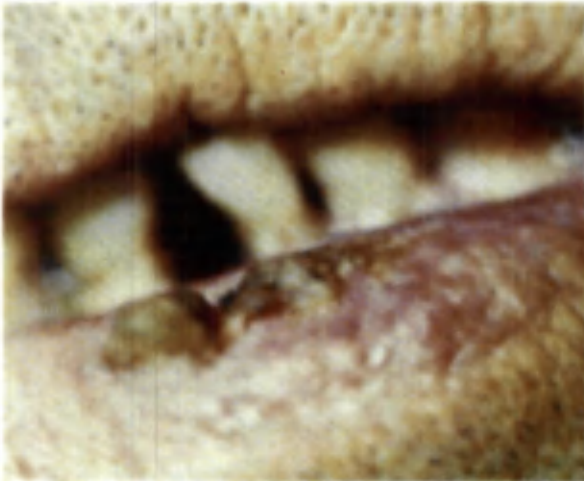
Расм 52. Боуэн касаллигида Оғиз бўшлиғи тубидаги гиперкератоз ўчоғи.



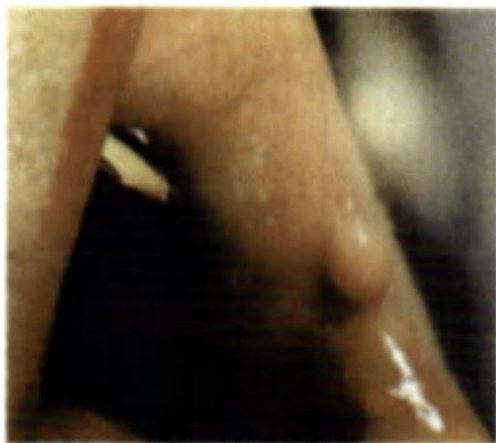
Расм 53. Лабнинг қизил ҳошиясида чегараланган гиперкератоз.



Расм 54. Манганотти хейлитида пастки лабнинг қизил ҳошиясидаги гиперкератоз ва юзаки эрозия.



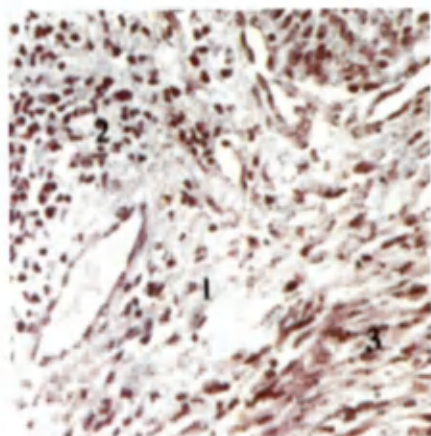
Расм 55. Пастки лабнинг қизил ҳошиясидаги гиперкератозда тери шохланиши.



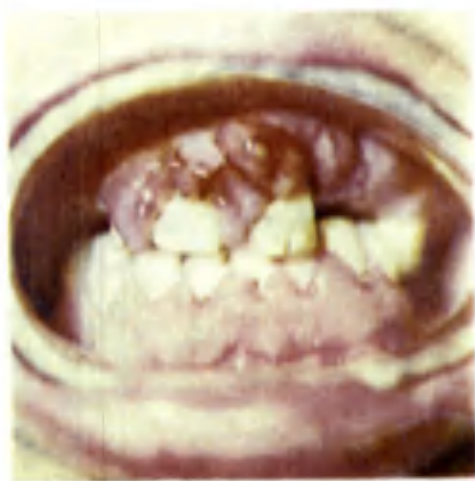
Расм 56. Юқори лабдаги папиллома.



Расм 57. Тарқалган гипертрофик гингивит.



Расм 58 - 59. Ўткир катарал гингивит ва унинг гистологик кўри-ниши.



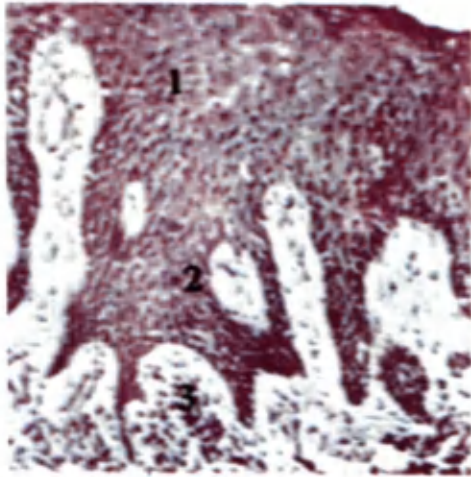
Расм 60. Сурункали ўчоқли катарал гингивит.



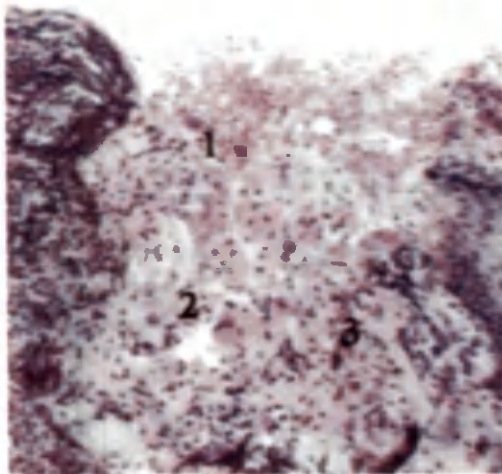
Расм 61. Тарқалган гипертрофик гингивит.



Расм 62. Тарқалган гипертрофик гингивит, фиброз шакли.



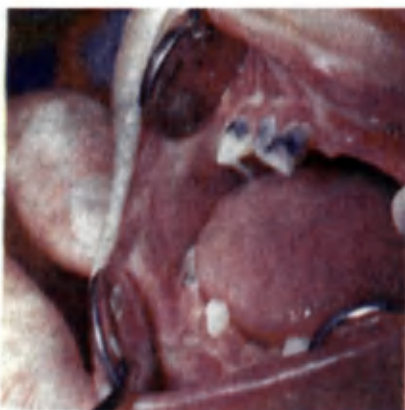
Расм 63. Гипертрофик гингивитни, гранулацион шакли.
 1-эпителий тўқимасининг вакуол дистрофияси;
 2-акантоз;
 3-лимфоидоплазментар инфельтрат.



Расм 64. Сурункал ярали гингивит.
 1- ўлган тўқима;
 2-гранулацион тўқима;
 3-кичик хужайраларо инфельтрат ва шиш.



Расм 65. Дискваматик гингивит.



Расм 66. Иценко-Кушентга касаллигидаги пародонтал синдром.



Расм 67. Эозинофил гранулемадаги пародонтал синдром.



Расм 68. Қандли диабетдаги пародонтал синдром.

Йигирма биринчи боб

Мавзу: ХАЁТ ДАВОМИДА ОРГАНИЗМДАГИ ОРТТИРИЛГАН ИММУНИТЕТ ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (ОИТС)

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида: - ОИТС ҳақида умумий тушунчага эга бўлиши ва асосий белгиларини билиши, клиник кечиши, ОИТС ни қайси вирус келтириб чиқариши, асосий юқиш йўллари, касалликнинг инкубацион даври, қиёсий ташхислаш, текшириш усуллари, даволаш усуллари билиши ва касаллик аниқланган вақтда врачнинг биринчи навбатда бажарадиган вазифалари ҳақида етарлича маълумотларга эга бўлиши зарур.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар ва компьютер маълумотлари.

Машғулотнинг асосий вазифалари:

1. ОИТС ҳақида тушунча беринг.
2. ОИТСнинг асосий юқиш йўллари санаб ўтинг.
3. ОИТСнинг клиник кечиши ва асосий белгиларини санаб ўтинг.
4. ОИТСнинг бошқа касалликлардан қиёсий ташхиси ва текшириш усуллари.
5. ОИТСнинг биринчи ёрдам ва даволаш усуллари.
6. ОИТС га чалинган беморларнинг жамиятдаги салбий ўрни ҳақида.

Машғулот ўтадиган жой: Ўқув хоналари, поликлиника ва клиникадаги беморлар.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, клиникалардаги даволанаётган беморлар касаллик тарихлари.

Мавзунинг асосий мазмуни:

ОИТС эпидемияси ва клиникаси инфекцияси тўғрисида: Сўнгги босқичида орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС) ривожланадиган одам иммунтанқислик вируси (ОИВ) қўзғатадиган касаллик – ОИВ инфекцияси, одамнинг хавфли юқумли касалликларидан биридир.

Маълумки, ОИТС бутун дунё бўйлаб тарқалган ҳолда пандемияга айланди. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ)нинг маълумотларига кўра дунё бўйича ОИВ юқтирганлар сони 40 млн.дан ошди (WHO/UNAIDS/05.19E). Охириги 25 йил ичида ОИВ инфекцияси аста-секин, аммо тўхтовсиз бирламчи ўчоқлар – АҚШ ва Марказий Африкадан дунёнинг барча мамлакатларига кириб борди.

БМТнинг озиқ-овқат ва қишлоқ хўжалик ташкилотлари

маълумотлари бўйича 1985 йилдан бошлаб Африка континентида қишлоқ хўжалигида иш билан банд бўлган 7 млн. киши ОИТСдан ўлган. Бу ташкилотнинг ҳисоблари бўйича ОИВ инфекцияси 20 йил давомида яна 16 млн. қишлоқ хўжалик ишлаб чиқариш ходимларининг ўлимига сабаб бўлган.

Этиологияси 80-йилларнинг бошларида ОИТС — бу фақат гомосексуалистлар учунгина хос бўлган касаллик деб гумон қилинган. Кейинчалик бу касаллик нафақат бу гомосексуалистларда, балки бир неча бор қон ва қон маҳсулотларини олган кишилар, тартибсиз жинсий алоқада бўлганлар, гиёҳванд моддаларни игна орқали қабул қилувчилар, яъни турли гуруҳдаги кишиларда ҳам учраши мумкинлиги аниқланди.

1983 йилда Пастер институти (Франция) профессори инглиз раҳбарлигида ОИТСнинг эрта намоён бўладиган лимфаденопатия синдроми бўлган гомосексуалистнинг лимфатик тугуни хужайраларидан ретровирус ажратиб олинди. 1985 йилда вирусга ОИВ — одам иммунтанқислик вируси деб ном берилди. Ретровируслар оиласи 3 та гуруҳдан иборат:

1. Онковируслар;
2. Лентивируслар;
3. Маймун ва одам кўпикли вируслари.

ОИТС касаллиги эпидемияси дастлаб жуда тез ўсиб борди, АҚШ аҳолиси орасида чалиниш хавфи юқори бўлганлар гомо ва бисексуалистларда 72%, гиёҳвандларда 17% кузатилган. 1% миқдор эса гемофилия ва доимий қон донорлари орасида қайд қилинди. Касаллик аҳоли орасида, айниқса, стоматолог, жарроҳ, ОИТС билан оғриганлар ва уларнинг клиник, лаборатор воситалари билан алоқада бўладиган тиббиёт ходимлари орасида 3-5 марта кўп учраб, катта хавф тугдирмоқда. Аҳолининг тиббий хизматга умумий мурожаат қилиши вақтида, стоматолог ОИТС бемори билан тез-тез тўқнашишига тўғри келади. Шунинг учун стоматолог бундай беморларга касбий етук мутахассис сифатида ёндашиши ва касалликнинг клиник белгилари, ривожланиш механизмини, олдини олиш чораларини қўллашда маданиятли мутахассис сифатида муносабатда бўлиши шарт.

ОИТС ни Н1 ретровируси келтириб чиқаради (**ОВИТ - ОИВ**) у одам танаси суюқликлари (қон, сперма, кам миқдорда сўлак, жинсий аъзо суюқлиги, ёш онанинг кўкрак сути суюқликлари) орқали юқтирилади. Касаллик билан зарарланиш жинсий алоқа орқали, қон ва унинг препаратларини қуйишда, шприц игналарини ва бошқа тиббий воситаларни стерилизациясиз ишлатганда, такрорий йўл билан юқиши мумкин. Касалликнинг инкубацион даври 2-7 ҳафтадан 10-15 йилгача, ўртача 8-10 йилгача, айрим муаллифлар фикрича, 4 ой-

дан 5 йилгача чўзилади. Клиник белгиларининг юзага чиқиши касалликнинг қайси йўл билан юққанига, ифлосланиш миқдорига, организмнинг ҳолатига боғлиқ.

Касалликда ОИВ асосан лимфоцитларни, Т-лимфоцитларни, Х-макрофаг ва асаб ҳужайраларини жароҳатлайди. ОИТС да клиник жароҳат - бу Т-ҳужайра иммунитетининг етишмовчилигидир. Касаллик учун *қуйидаги клиник белгилар тавсифлидир*.

1) турли соҳаларда жойлашган лимфа тугунларининг катталашиши;

2) узоқ вақтгача (бир ойдан кўп) сабаби номаълум иситмалаш ҳолати;

3) сурункали ич-кетиш (2 ойдан кам бўлмайди);

4) тана оғирлигининг тушунарсиз даражада тез озиб кетиши (1,2 баробаргача ва ундан кўп);

5) тери ва шиллиқ қобиқ қаватдаги сурункали йирингчалар қолиши, яллиғланиш жароҳатлари кузатилиши;

6) пневмонияда одатдаги даволашларга қарамай касалликнинг турғунлиги.

ОИТС нинг бошланғич даврида, ягона ҳам зарурий клиник белгиси - бу узоқ вақт кечадиган ва сақланадиган тарқалган лимфа аденопатиясидир. Асосан белдан юқори соҳалардаги лимфа тугунлари катталашади. Стоматолог асосан жағ ости ва энса соҳа лимфа тугунларига эътибор бериши зарур. Касалликнинг ўрта ва охириги даврларида турли касаллик белгилари билан лимфа тугунларида оғриқлар кузатилади.

Шуни таъкидлаш зарурки, бошқа кўплаб вирусли инфекциялардан фарқли, ОИТС да касаллик клиникаси турли-туман бўлади. Бунда асосан касаллик вирусини иммунологик тизимнинг кўплаб ҳужайраларига ((лимфоцитларга), макрофагларга ва бошқ.), шунингдек, турли аъзо ва тўқималарга ўтиши мумкин. ОИТС билан оғриган беморларда, иммунитет тизими кучсизланиши билан шартли патоген микроблар фаолиятининг кучайиши кузатилади. ОИТС билан оғриётган беморларнинг оғзида тезда кандидозли стоматит, сурункали қайталанувчи афтозли стоматит, сурункали қайталанувчи герпес, белбоғсимон темиртки, тил устидаги лейкоплакия кабилар пайдо бўлади.

ОИТС билан оғриганларнинг ҳаммасида кандидозли стоматит учрайди. Оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг каттагина соҳаси тезлик билан эрозияланиши ва тузалиши билан тавсифланади, айниқса, бу жараён кичик-кичик шикастли (тишларнинг ўткир қирраси жароҳати, олинадиган ва олинмайдиган протезларнинг жароҳати ўрни) жойларда ёки инфекцияли омиллар таъсирида (пародонт чўнтакларда жойлашган тиш қарашлари) аниқ намоён бўлади.

Замбуруғларга қарши даволовчи дориларнинг касаллик белгиларини тузатмаслиги киши эътиборини ўзига жалб қилади. Бу фарқли ташхис учун эътиборлидир.

Сурункали қайталанувчи афтали стоматит ва сурункали қайталанувчи замбуруғли стоматит доимий қайталанавериши, ҳар бир қайталанишнинг узоқ давом этиб, шиллиқ қобик қаватнинг катта ҳажмини жароҳатлаб, ўзидан асорат қолдириши билан тавсифлидир.

Белбоғсимон темиртки, бир қатор адабиётларда айтилишича, ОИТСнинг охирги даврида юзага келади ва оғир кечиши, узоқ давом этиши кузатилади.

ОИТС билан оғриган барча беморларда пародонтитнинг тарқалган тури тез авж оллади, абсцедирланади, ярали гингивитлар ривожланади. Пародонт тўқимасида патологик жараённинг тез тарқалиши ва оғир кечишига сабаб, ОИТС вируси иммунитетни зарарлайди, натижада вирусли, замбуруғли, пародонт чўнтагидаги паразитар флора фаоллашади.

ОИТСда яна лейкоплакия - асосан чекувчилар юз-жағ соҳасида, чипқоннинг карбонкулланган ҳолати, тромбоцитопеник пуфаклар “крапивали папулалар” типига тошмалар, клиник шиш учрайди.

ОИТС билан оғриган беморларда ўсмасимон сифатли ҳосилалардан - Капоши саркомаси кўпроқ кузатилади. ОИТС да 30% дан кўпроқ одам Капоши саркомаси билан оғрийди, касаллик асосан танглай, оғиз бўшлиғи, бўйин ва баъзи ҳолларда милкни жароҳатлайди ва сурункали давом этиб, ёмон сифатли тавсифга киради, у оғиз ва юзда турли хил кўринишда юзага келади. Оғриқсиз, юмшоқ, кўкимтир рангда, якка-якка ҳосилла кўринишида бўлиб, гемангиомани эслатади.

Тугунлар гуруҳ-гуруҳ ҳолатда юзаси силлиқ ёки шохланган танадали кўринишда бўлади. Кўпинча, Капоши саркомаси оғизда учраганда, қизил ёки тўқ бинафша рангдаги, лойқали бўялган, юзаси силлиқ ёки нуқта-нуқта ва телеангиоэктазли, бошқа ҳолларда сочли тарқалган тангачали ампула кўринишида бўлади.

Капоши саркомаси тиш атрофида жойлашса, эпюлид яраланиши билан кечиши мумкин. Бунда бемор ўша соҳадаги тишнинг оғриганидан шикоят қилади. Беморнинг жағ ости лимфа тугунлари шишади, бу *Стивенс-Жонсон синдроми* ёки оғиз бўшлиғидаги *эпидермоид карцинома* дейилади. Бундай касаллик ОИТС билан оғриган беморда тез-тез такрорланади ва терапевтик даволашдан натижа бўлмайди. ОИТС касаллигига ташхис қўйиш ва фарқли ташхислашда касалликнинг маҳаллий клиник белгиларига ва иммунологик текшириш натижаларига эътибор берилади.

Болаларда ОИТС асосан ҳомила орқали юқади. ОИТС би-

лан оғриган болаларнинг 15-30% ида сурункали периодонтит кузатилади. ОИТС ни даволаш оғир, лекин вазифа аниқ. Ҳозирги кунга суяк кўмигини кўчириш ҳам, А-интерферонни юқори дозада юбориш ҳам яхши натижа бермапти.

ОИТС дан ҳимояланиш учун тиббиёт ходимлари иш вақтида тиббий қўлқоплар, оғиз бойламлари ва ҳимояли кўз ойнаклардан фойдаланишлари зарур. Тери ва шиллиқ қобиқ қаватнинг шикастланган ўрни тезда тиббий тозаланиши керак. Вирус Н1 га этил спирти, эфир, ацетон, глютарольдегидни 1% лиси, гипохлорид натрийнинг 0,2% эритмаси билан 10 дақиқа давомида ишлов берилганда, инфекцияни чегаралаш ёки зарарсизлантириш мумкин. Агар ОИТС вируси шиллиқ қобиқ қаватга тушганлигидан шубҳа туғилса, унда 0,005% ли калий марганецли шўр эритма билан, агар кўзга тушса, 1% борат кислота эритмаси томизиш ёки сувни пуркаш керак. Агар 1%ли кумушнинг азотли шўр эритмасидан қўлга бир-неча томчи томизишда 1%ли проторгал эритмаси қўшилади. Оғиз ва томоқни қўшимча ҳолда 70%ли спирт ёки 0,05%ли калий перманганат эритмаси, борат кислотанинг 1% ли эритмаси билан чайқалади.

Ҳар бир тиббиёт ходимининг иш жойида дезинфекцияловчи эритмали идиш, тиббий ишлов бериш учун томизгич, сўргич, предметлар ойнаси бўлиши зарур. Бу предметлардан фойдаланиш, ОИТС га қарши бирламчи профилактик тадбирларда ишлатиладиган тиббий дори воситалари ва улардан қайси вақтда фойдаланиш зарурлиги тўғрисида ҳар бир тиббиёт ходими аниқ билимга эга бўлиши зарур.

ОИВ юқтирган вақтдан бошлаб касалликнинг белгилари пайдо бўлгунгача узоқ (бир неча йил) муддат вақт ўтиши инobatга олиниб, у лентивируслар гуруҳига киритилди. «Ленти» сўзи «аста-секин», «узоқ муддат» деган маъноларни англатади.

Касаллик қўзғатувчиси одам иммунотанқислик вируси — ОИВ ҳисобланади. Бу оила вирусларининг фарқли хусусияти қайталама транскриптаза ферменти ёрдамида матрикс синтезини «тескари», яъни, РНКдан ДНК томон йўналтириш хусусиятидир, шунинг учун бу вируслар — ретровируслар деб номланади.

Бу оиланинг лимфатик тизими хужайраларига трансформацияли таъсир кўрсатадиган яна иккита вируси (1 ва 2-типдаги Т-лимфотроп вируслар) инсон учун патоген ҳисобланади. ОИВ-2 нинг структураси ОИВ-1 га нисбатан шимпанзе иммунотанқислик вируси (SIV) га жуда яқин.

Эпидемиологияси ОИВ инфекцияси эпидемиологик нуқтаи назардан антропоноз ҳисобланади, бу инфекциянинг юқин манбаи фақат ОИВ юқтирган одамдир. ОИВ юқтирганларнинг лимфоид хужайралари ташқи муҳитда қуритилганда бир неча

кунларда вируснинг фаоллиги йўқолади. Хужайрадан ташқари суюқликда одам қон плазмаси қўшилган ҳолатда қуритилганда вирус 23-27 даража ҳароратда 7 кундан кейин фаолсизланади. Суюқ муҳитда 23-27 даража ҳароратда вирус фаоллигини 15 кун, 36-37 даража ҳароратда эса 11 кун давомида сақлайди. Қуйиш учун мўлжалланган қонда вирус йиллар давомида фаоллигини йўқотмайди, музлатилган зардобда эса унинг фаоллиги 10 йилгача сақланади. ОИВ дезинфекцияловчи моддалар ва ультрабинафша нурлар таъсирида тез нобуд бўлади; 56 даражадан юқори ҳароратда вирус фаоллигини 30 дақиқадан кейин йўқотади.

ОИВнинг юқиш йўллари қуйидагича:

1. Жинсий йўл (гомо- ва гетеросексуал контакт). Дунёда 70 % га яқин инфекция жинсий йўл билан юққан. ОИВ инфекциясини юқтирган кишининг спермаси, ундаги лимфоцитлар ва моноцитлар, қин ажратмаси ва бачадон бўйнининг шиллиқ ажратмаларида кўп учрайди. Анал жинсий алоқаларда ОИВнинг юқиш хавфи анча юқори ҳисобланади. Бу жинсий алоқа вақтида тўғри ичак шиллиқ қаватининг шикастланиши мумкинлиги билан тушунтирилади, бунда вирус бевосита қонга киради. Шу билан бирга вирус зарарланмаган тўғри ичакнинг нозик шиллиқ қавати орқали ҳам кириши мумкин, натижада у шиллиқ ва шиллиқ ости қаватида жойлашган Лангерганс хужайраларини зарарлайди. Жинсий аъзоларнинг тери ва шиллиқ қаватларидаги ярали зарарланишлар ОИВ юқиш хавфини оширади ва унинг учун кириш дарвозалари ҳисобланади. Жинсий аъзоларнинг ярасиз шикастланиши, шу билан бирга бачадон бўйни цилиндрсимон эпителийларининг эктопияси ҳам ОИВни жинсий йўл билан юқиши учун шароит яратади. Ҳайз вақтидаги жинсий алоқаларда икки шерик учун ҳам ОИВ юқиш хавфи юқори бўлади.

Орал жинсий алоқаларда ҳам инфекция юқиш хавфи мавжуд, лекин у анал ва вагинал алоқаларга нисбатан кам хавфга эга.

2. Парентерал йўл (қон ва бошқа биологик суюқликлар орқали). ОИВ инфекциясининг гиёҳванд моддаларни игна орқали қабул қилувчилар орасида тарқалиши бугунги кунда ОИВнинг асосий юқиш йўлларида бири бўлиб ҳисобланади. Бу гуруҳда инфекция юқиш хавфининг юқорилиги қон билан зарарланган игна ва шприцлардан умумий фойдаланишга бевосита боғлиқ. Инфекция юқиш хавфи гиёҳванд моддаларни игна орқали узоқ вақт давомида қабул қилганлар ва ОИВ кенг тарқалган жойларда яшайдиганлар орасида анча юқори. ОИВбилан зарарланган қонни қуйиш 90-100% ҳолларда инфекция юқишига сабаб бўлиши мумкин. Нафақат қон, балки эритроцитар, тромбоцитар ва лейкоцитар массалар, янги музлатил-

ган қон плазмаси ҳам инфекция манбаи бўлиши мумкин. ОИВ юқиш хавфи, айниқса қоннинг ___ ва - ивиш омилларини қуйганда анча юқори. Булар гемофилия билан оғриган беморларга ўрин босувчи даволаш тарзида қўлланилади. Бу мазкур препаратнинг кўп миқдордаги донор қони намуналаридан тайёрланиши билан боғлиқ. Термик ишловдан ўтказилганлиги боис иммуноглобулинлар орқали инфекция юқиш хавфи бир мунча кам.

Стерилланмаган шприц, игна ва тиббий буюмларни кўп марта ишлатилиши ОИВ инфекцияси тарқалишининг асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Парентерал йўл орқали тиббий ва клиник лаборатория ходимлари инфекция юқтириши мумкин. Муолажа хоналари ёки лабораторияларни тозаловчи ходимлар ҳам ОИВ юққан материал билан контактда бўлиши мумкин. Иш вазифасини южариш тешувчи ёки кесувчи буюмлар билан боғлиқ бўлса, инфекция юқиш хавфи ошади. Ўткир буюмлар билан боғлиқ бўлса, инфекция юқиш хавфи ўтади. Ўткир буюмлар билан ишлашнинг турли босқичлари – иш жараёнида бевосита фойдаланиш, иш тугагандан кейин чиқиндиларни йўқ қилиш, зарарланган ёки мустаҳкам бўлмаган контейнерлардан фойдаланишда ҳам юзага келиши мумкин. Ичи тешик бўлган игна орқали ОИВ юқиш хавфи жуда юқори ҳисобланади. Бошқа игналар, масалан жарроҳлик игналари орқали инфекция юқиш хавфи нисбатан паст. Айниқса ОИТС босқичидаги беморнинг қони юқори вирусли нагрузкага эгаллиги ва вирус вируоентлигининг юқорилиги туфайли жуда юқумли ҳисобланади.

Тиббиёт ходимларининг инъекция хавфсизлиги қоидаларига риоя қилмасликлари, яъни муолажа вақтида тиббий резина қўлқоплардан фойдаланмаслик, ишда дезинфекция қоидаларига амал қилмаслик, ишлатилган шприц ва игналарни тўғри усулда хавфсиз йўқ қилмаслик ва бошқалар уларнинг ўхлари ҳамда пациентларига инфекция юқишига сабаб бўлиши мумкин.

3. ОИВни ондан болага юқиши. ОИВ инфекция юқтирган ондан болага вертикал (ҳомиладорлик ва тўғруқ вақтида) ва горизонтал (кўкрак сути билан эмизганда ёки сиқиб олинган кўкрак сути билан боқилганда) йўллар билан юқиши мумкин. ОИВнинг инфекция юқтирган ондан болага юқиш хавфи тўғруқ жараёнида жуда юқори бўлади. Бу кўрсаткич ўртача 60%ни ташкил қилади.

ОИВ юқишида онанинг соғлиғи ҳам катта аҳамиятга эга. Ҳомиладор аёлда хориономнионит бўлганда мазкур инфекциянинг юқиш хавфи янада ошади. Чекиш ва гиёҳванд моддалар қабул қилиш фетоплацентар қон айланишининг бузилиши орқали инфекция юқишига билвосита таъсир кўрсатади.

ОИВнинг вертикал юқиш даражаси плацентанинг вақтдан илгари ажралиши ва қон кетишда юқори бўлади. Чўзилувчан (12 соатдан ортиқ) туғруқларда ва узоқ (4 соатдан ортиқ) вақт давом этадиган сувсиз даврда ҳам инфекциянинг юқиш хавфи ошади. Туғруқ жараёнида ҳомиланинг кўп миқдорда она қони билан контактда бўлишига сабаб бўладиган инвазив муолажалар ва чақалоқни инвазив мониторинги, туғруқларнинг асоти ОИВ юқтириш хавфини оширади.

Барча ажратмалардаги каби инфекция юқтирган онанинг оғизсути ва кўкрак сутида ҳам ОИВ аниқланган. Кўкрак билан овқатлантиришда ОИВ юқиш хавфи 7% дан 22 %гача кузатилади. Узоқ (6 ойдан ортиқ) вақт онанинг болани эмизиши, онада кучли иммунодепрессия ҳолати, юқори вирусели нагрукка ва А гиповитаминозда бу кўрсаткич янада ошади.

ОИВ инфекциясини юқтирган кишиларнинг деярли барча ажратмаларида, жумладан сўлак, кўз ёши, сийдик, нажас ва терда учраши билан бирга (1-жадвал), бу биологик суюқликларнинг зарарланмаган терига тушиши натижасида инфекция юқиши исботланмаган.

ОИВнинг маиший-контакт йўл билан ва ҳашоратларнинг чақиши орқали юқинини тасдиқловчи маълумотлар йўқ.

Маиший хизмат кўрсатиш жойларида оддий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик натижасида ва оилада тароқ, тиш чўтқаси, устара ва бошқалардан умумий фойдаланганда инфекция юқиш хавфи сақланади.

ОИВ-ОИТС беморлар тишлаганда ОИВ юқтириш ҳолатлари кўп қонайдиган милклардан ёки оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаларининг ярали шикастланишларида жароҳатга қон тушиши билан боғлиқ.

ОИВ юқтириш хавфи юқори бўлган гуруҳлар

1. Хавфли жинсий мулоқотларда бўладиган шериклари кўп кишилар:

- жинсий алоқада бўладиган шериклари кўп бўлган кишилар;
- жинсий йўл билан юқадиган касалликлари бўлган, айниқса, жинсий йўлларнинг шиллиқ пардаларида ярали ўзгаришлар бўлган кишилар;
- алкоғол ва гиёҳванд моддалар қабул қиладиган кишилар;
- ҳайз вақтида жинсий алоқа қиладиган аёллар;
- анал жинсий алоқа қиладиган кишилар;
- презервативлардан фойдаланиш кўникмасининг йўқлиги.

2. Қон, қон маҳсулотлари, тана аъзолари ва бошқа биологик материаллар реципиентлари.

3. Гиёҳванд моддаларни игна орқали қабул қилувчилар.

4. Пирсинг ва татуировкага ружу қўйган кишилар.

5. Ўзаро қон аралаштириш удумларидан фойдаланадиган кишилар.

1-жадвал. Турли биологик ажратмалар билан контактда бўлганда ОИВнинг юқиш хавфи

Концентрацияси	Суюқликлар ва ажратмалар
ОИВнинг концентрацияси юқори (юқиш хавфи юқори)	Қон Уруғ суюқлиги (сперма) Қин суюқлиги (ажратмаси) Кўкрак сuti
ОИВнинг концентрацияси паст (юқиш хавфи паст)	Сийдик Сўлак Кўз ёши
ОИВнинг концентрацияси жуда паст (юқиш хавфи жуда паст)	Тер Нажас Қулоқ ажратмаси (олтингугурт)

6. ОИВ инфекцияси кўп тарқалган ҳудудлардаги тиббиёт ходимлари.

БЖССТ ЭКСПЕРТЛАРИ ИШЛАБ ЧИҚҚАН КАТТАЛАРДА ВА ЎСМИРЛАРДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БОСҚИЧЛАРИНИНГ ТАСНИФИ (КЛАССИФИКАЦИЯСИ)

(ЎзР ССВнинг 17.03.2005 йилда 115-сонли буйруғи билан тасдиқланган Миллий протоколга асосан ЎзР ССВнинг 23.09.2003 йилдаги 420 сонли буйруғи билан амалиётда қўллаш учун тавсия қилинган)

I. Клиник босқич

1. Белгиларсиз кечиши.
2. Персистирланувчи тарқалган лимфаденопатия.
Функционал имкониятнинг 1-даражаси: белгиларсиз кечиши, кундалик фаолликни меъёрий даражаси.

II. Клиник босқич

3. Тана дастлабки вазнининг 10%гача камайиши.
4. Тери ва шиллиқ пардаларнинг енгил зарарланиши (дерматит, қичийдиган дерматозлар, тирноқларнинг замбуруқли зарарланиши, рецидивланувчи афтоз стоматит, ангуляр хейлит).
5. Охириги 5 йилларда қуршаб олувчи темиратки.
6. Юқори нафас йўларининг рецидивланувчи инфекциялари (бактериал синусит).
Ва ёки функционал имкониятнинг 2-даражаси: клиник кўринишлар, кундалик фаолликнинг меъёрий даражаси.

III. Клиник босқич

7. Тана дастлабки вазнининг 10% дан ортиқ камайиши.
8. I ойдан ошадиган этиологияси маълум бўлмаган диарея.
9. Этилогияси маълум бўлмаган ва I ойдан ортиқ давом этадиган (ёки рецидивланувчи) иситма.
10. Оғиз бўшлиғи кандидози.
11. Оғиз бўшлиғи тукли лейкоплакияси.
12. Кейинги йил давомидаги ўпка сили.
13. Оғир бактериал инфекциялар (пневмония, йирингли миозит).

Ва ёки функционал имкониятнинг 3-даражаси: охириги ой давомида бемор кундузги вақтининг 50% гача қисмини тўшакда ўтказди.

IV. Клиник босқич

14. ОИВ-кахексия.
15. Пневмоцист пневмония.
16. Церебрал тоскоплазмоз.
17. I ойдан ортиқ диарея билан давом этадиган криптоспоридиоз.
18. Ўпкадан ташқари криптококкоз.
19. Жигар, талоқ ва лимфатик тугунлардан ташқари (масалан, ретинит ҳар қандай аъзоларнинг зарарланиши билан кечадиган цитомегаловирус инфекцияси.
20. Ички аъзолар ёки тери ва шиллиқ пардаларнинг сурункали (I ойдан ортиқ) зарарланиши билан кечадиган оддий герпес вируси кўзгатадиган инфекциялар.
21. Кучайиб борувчи, мультифокал лейкоэнцефалопатия.
22. Ҳар қандай диссеминацияланган эндемик микоз (гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз).
23. Қизилўнгач, трахея, бронх ёки ўпкалар кандидози.
24. Атипик микобактериялар кўзгатадиган диссеминацияланган инфекция.
25. Сальмонеллалар септицемия (*Salmjnell typhi* дан ташқари).
26. Ўпкадан ташқари сил.
27. Лимфома.
28. Капоши саркомаси.
29. ОИВ-энцефалопатия.

Ва ёки функционал имкониятнинг 4 даражаси: охириги ой давомида бемор кундузги вақтнинг 50% дан ортигини тўшакда ўтказди.

ОИВ инфекциясининг кечиши ва клиникаси

ОИВ инфекциясининг кечиши инфекциядан жараён динамикасининг умумий қонуниятига мувофиқ содир бўлади.

Инфекцион жараён динамикаси қуйидагича:

1. ОИВ нинг юқиши;
2. Яширин (инкубацион) давр;
3. Бирламчи кўринишлар босқичи (белгиларсиз босқич ёки ўтқир ОИВ инфекцияси, ПТЛ);
4. Иккиламчи касалликлар босқичи (ОИТС – ассоциирланган симптокомплекс);
5. ОИТС – касаллигининг охирги босқичи.

ОИВ нинг юқиши

ОИВ юқорида кўрсатилгандек, мазкур касаллик билан оғриган беморлар билан жинсий алоқада бўлганда, бу беморлардан қон қуйилганда ҳамда стерилланмаган буюмлардан фойдаланганда, касал онадан болага туғруқ вақтида плацентар йўл билан ва кўкрак билан эмизишда юқиши мумкин.

Қон, зардоб ёки бошқа биологик суюқликлар зарарланган тери ёки шиллиқ пардаларп (кўз, оғиз бўшлиғи) га тушганида ҳам ОИВ нинг юқиш ҳавфи мавжуд (“Эпидемиология” га қаранг)

Яширин (инкубацион) давр

Яширин (инкубацион) давр (инфекция тушган вақтдан бошлаб биринчи клиник кўринишлар пайдо бўлиши ёки сероконверсиягача) 2-4 ҳафтадан 2-3 ойгача, айрим маълумотлар бўйича ундан ҳам кўпроқ вақт давом этади.

Яширин даврнинг давомийлиги инфекциянинг юқиш йўли, миқдори ва қўзғатувчининг витрусологик хусусиятлари ҳамда макроорганизм иммун тизимининг реактивлигига боғлиқ. Яширин давр клиник мангифестация – ўтқир бирламчи инфекция билан ёки у кузатилмаса – ОИВ га қарши антителолар ҳосил бўлиши (сероконверсия, клиник белгилар каби одам организмнинг инфекцияга фаол жавоб реакцияси) билан кечади.

Касалликнинг ўтқир даври

Яширин даврдан кейин 50-80% ОИВ юқтирганларда ўтқир ретровирусли сероконверсия белгилари ривожланади. Бу белгиларнинг клиник кўриниши бошқа вирусли инфекциялар (қизилчасимон синдром, инфекцияне монуклеоз) ни эслатади.

Клиник белгилар ҳар хил даражада ривожланадиган умумий интоксикация синдроми: ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, мушакларда ва бўғимларда оғриқ (миалгия ва артралгия), кўнгил айниши, қусиш, юқори нафас йўллариининг катарал ўзгаришлари, фарингит, диффуз эритематоз тошмалар (кўпинча доғли ёки доғли-папулез бўлиб, диаметри 5-7 мм дан катта бўлмаган, асосан юз ва танада, айрим ҳолларда панжа ва товонлар билан бирга қўл ва оёқларда

учрайди) лимфатик тугунларнинг катталашishi, вазнининг камайishi, диарея билан характерланади.¹

Ўткир ОИВ инфекцияси 1-2 ҳафтадан 1 ойгача давом этиши мумкин.

Ўткир ОИВ инфекциясини инфекцион мононуклеоз, цитомегаловирус инфекцияси, қизилча, ўткир респиратор касалликлар (аденовирус инфекцияси ва ҳоказо) энтеревирус инфекцияси, токсоплазмоз, захм ҳамда қатор бошқа юқумли касалликлардан дифференциация (фарқлаш) қилиш зарур.

1. Инфекцион мононуклеоз, кам ҳолларда ўткир бошланади, бодомсимон безлар кўпроқ зарарланади, одатда гепатолиенал синдром ва пигмент алмашинувининг бузилиши кузатилади, кам ҳолларда тошмалар тошади. Гумон қилинган ҳолларда ОИВ инфекциясининг специфик лаборатор тасдиғи муҳим, чунки бу касалликда ҳам атипик мононуклеарлар аниқланиши мумкин.

2. Ўткир цитомегаловирус инфекцияси ўзининг клиник кўринишлари бўйича йирингли тонзиллит ва тарқалган лимфаденопатия (ОИВ инфекциясида кўп кузатилади)ни ҳисобга олмаганда инфекцион мононуклеозни эслатади.

3. Ўткир инфекцияда экзантема бўлганда қизилчани эслатади. ОИВ инфекциясини қуйидаги клиник хусусиятлари асосида гумон қилиш мумкин: каттароқ ёш (ёш болалар ҳам бундан истисно эмаслигини ҳисобга олиш зарур), анамнезида қизилчанинг мавжудлиги, парентерал ва жинсий эпидемиологик анамнезга бойлиги, асосан энса лимфатик тугунлари зарарланмаган ҳолда «бир текис» барча лимфатик тугунларнинг катталашishi, фарингит ва тонзиллит белгиларининг мавжудлиги, товонлар ва қўл панжаларида тошмаларнинг борлиги, қизилчадаги экзантема ўрнига афтоз стоматит учраши, анча узоқ давом этиши.

4. Кўпинча ОИВ инфекцияси яширин ҳолатда ўтади. Бунда ўткир респиратор касалликлар учун хос бўлган катарал белгиларнинг йўқлиги ва лимфаденопатиянинг ОИВ инфекциясига хослиги инobatга олинади. Аденовирус инфекцияларда одатда олдинги ва орқа лимфатик тугунлар зарарланади.

5. ОИВ инфекцияси учун хос бўлган ўхшаш белгилардан ўткир бошланиши, мушақларда оғриқ бўлиши, оғиз бўшлиғида яралар, катарал ўзгаришлар, экзантема, диарея, айрим ҳолларда неврологик белгилар кузатиладиган энтеровирус инфекцияси билан фарқлаш қийинчилик туғдиради. Аммо ОИВ инфекцияси учун йилнинг ёз ва куз фаслларида кўпаядиган мавсумийлик ва тарқалган лимфаденит характерли эмас.

6. Айрим ҳолларда ўткир ОИВ инфекциясини сурункали токсоплазмознинг қайта зўрайishi ёки ўткир токсоплазмоз би-

лан фарқлашга тўғри келади, чунки улар учун ҳам субфебрил иситма, миалгия, лимфаденопатия, гепатолиенал синдром, турли-туман неврологик белгилар характерлидир. Бунда миокард ва кўзнинг зарарланиш белгиларининг мавжудлиги, узоқ давом этиши ва клиник белгиларининг турғунлиги токсоплазмоздан дарак беради.

7. Экзантема бўлган вақтда ўткир ОИВ инфекциясининг айрим ҳолларда тери ва кўринарли шиллиқ қаватларнинг зарарланиши ва кам даражада ички аъзолар томонидан ўзгаришлар кузатиладиган иккиламчи захм билан фарқланади. Интоксикация белгиларининг мавжудлиги ва нерв тизимининг зарарланиши, ролимфаденит, жигар ва талоқнинг катталашиши ОИВ инфекциясидан дарак беради.

Одам папилломаси вируси қўзғатадиган инфекция учун қўл, оёқ ва юз терисида сўгаллар пайдо бўлиши характерлидир. Сўгаллар етарлича катталиқда бўлиши мумкин, тез ўсади ва иммунитетимиз меъёрида функциясини бажараётган кишиларга нисбатан даволаш қийинчилик туғдиради. Жинсий аъзолар ва анал соҳасида сўгаллар (ўткир учли папилломалар) одатда жинсий йўл билан ОИВ юқтирган кишиларда кўзга ташланади.

Псевдомембраноз кандидоз (тил оқариши) — шиллиқ пардалар замбуруғли зарарланишининг тсоҳалари (тил, танглай, милк, лунж, бодомсимон без, ҳиқилдоқ ва бошқалар)да сариқ-оқ ёки сузмасимон карашлар шаклида тонималар пайдо бўлади ва улар қўшилиб шиллиқ пардалар катта ҳажмдаги зарарланган майдончаларни ҳосил қилади. Тошмалар шпателда осон олинади ва қирилади, ўзидан қизарган ва қонайдиган из (юза) қолдиради. Тил зарарланганда беморлар таъм сезишнинг бузилшидан шикоят қилишлари кузатилган.

Атрофик (эритематоз) кандидоз оч қизил зарарланиш билан намоеън бўлади ва асосан танглай ҳамда тил орқасида учрайди (бунда сўрқичлар силлиқланиши мумкин).

Ангуляр хейлит (атрофида гиперкератоз бўлган оғиз бурчакларидаги қизариш ва ёрилишлар) алоҳида ёки оғиз бўшлиғи кандидозининг бирорта шакли билан бирга учраши мумкин. Терида кандидоз зарарланишлар одатда чов соҳалари, қўлтиқ ости чуқурчаси ёки сут безлари орасида учрайди. Кўпинча кандидоз зарарланишлар оч қизил рангда бўлиб, улар ўралган бўлади. Кўп ҳолларда патологик жараёнга бармоқ учлари қўшилади, бунда тирноқ соҳасида тери таранглашган, кейинчалик тирноқ пластинкаларининг дистрофик ўзгаришлари билан кечадиган сурункали шаклига ўтиши мумкин.

Рецидивланувчи (қайталанувчи) афтоз стоматитда 1 мм дан 1 см. гача катталиқда битта ёки бир нечтагина эритематоз соҳа билан ўралган оқиш фибриноз сохта мембранали яралар пайдо

бўлади. Улар оғриқли бўлиб, гаплашганда ва ютинганда халақит бериши мумкин.

3-клиник босқич

Клиник белгилари бўйича бу босқич «ОИТС-ассоциирланган комплекс»га яқин бўлиб, касалликнинг кейинги босқичларида учрайдиган юқори даражадаги ўсмалари бўлган оппортунистик инфекцияларнинг тарқалмаганлиги билан ифодаланадиган ОИТСнинг умумий белгилари мавжуд.

Бу босқичда узоқ давом этадиган ва сабаби ноаниқ иситма характерибли бўлиб, тана вазнининг камайиши 10% дан ошадди. Тери ва шиллиқ пардаларда тарқалишга ва қайта зўрайишга мойил бўлган анча чуқур ўзгаришлар кузатилади (масалан, қуршаб олувчи темиртки).

Тукли лейкоплакия тил эпителийси ҳужайраларида Эпштейн-Барр вирусининг юқори репликация даражасига бевоқифа боғлиқ. У тилнинг ён томонларини бир ёки икки томонлама оқ бурмалар ёки бўртмалар шаклида зарарланиши билан характерланади. Жараён тил орқасида тарқалиши мумкин ва шпател ёрдамида олинмайди, оғриқ кузатилмайди. Якуний ташхис қўйиш учун молекуляр гибридлаш ёрдамида вируснинг топиллиши талаб қилинади.

Некротик гингивит ва перидонтит, бактериал инфекциянинг асоратларидан бири бўлиб, кўп учрайди. Уларга оғриқ пайдо бўлиши, қон кетиш, оғиздан бадбўй келиши, милкнинг чайнаш юзасида қизил айлана доғ ҳосил бўлиши, тиш ораси сўргичларининг чуқурлашиши билан кечадиган милк тўқимасининг ярали ёки некротик шикастланишлари характерлидир. Одатда бацилляр ангиматоз Капоши саркомаси (эндотелиал ҳужайралар ўсмаси)ни эслатади.

Кўпинча Капоши саркомаси (КС) терида алоҳида майда доғлар тарзида пайдо бўлади, аста-секин қаттиқлашиб қўлга сезилади ва тугунлар кўринишида катталашади. Элементлар сони биттадан юзтагача бўлиб, тез ёки секин пайдо бўлиши мумкин. Уларнинг катталиги бир неча миллиметрдан 10 см (кўпинча 1 см дан 3 см) гача бўлади, кўриниши қизил қўнғир рангдан бинафша ранггача, қора терида эса деярли қора рангга бўлади. Юзда КС одатда бурун учи, кўз косаси атрофи, қулоқ орқаси ёки ташқи эшигув йўлида учрайди. Айрим КС жойлашиши бўйича қуршаб олувчи темирткини эслатиши мумкин. Кўпинча КС шикастланишдан кейин пайдо бўлади. Якуний ташхис зарарланган теридан олинган биоптатни гистологик текширишдан кейингина қўйилади.

ОИВ инфекциясининг бу босқичида ички аъзоларнинг бактериал, замбуруғли ва бошқа хил зарарланишлари инфекцияон жараён тарқалмаган ҳолда кузатилиши мумкин.

ОИВ инфекциясига чалинган беморларнинг руҳиятини ҳимоялаш

Нерв тизимининг функциялари бузилишидаги асосий сабаб беморнинг инфекция юқиши ва касалликка жавоб реакциясидир. Беморда ОИВ инфекциясининг мавжудлиги унинг учун кучли патологик жараён деб қаралиши зарур. Беморлар кечинмаларини таҳлил қилган ҳолда уларни ҳаяжонлантирадиган қатор муаммолар — келажаги, умри ва унинг моҳияти ҳақида ҳавотир олиш; ташхисни ошқора қилиниши ва ишдан ажралишидан кўрқиш; р оила аъзоларига юқиш эҳтимолидан эҳтиёт бўлиш; яккаланиш, айбдорлик ҳисси, эркинликни йўқотиш, ижтимоий изоляция ҳақида мулоҳаза қилиш, жинсий қониқмаслик ҳиссига эътибор бериш лозим. Уларнинг ҳуқида иш қобилиятининг пасайиши, инфекция юқиш эҳтимоли бўлган манбалар ва атрофдагиларга нисбатан ишончсизлик кузатилади. Суицидал ҳаракатлар учраши ҳамда алкоголь ва руҳиятга таъсир қиладиган препаратларни қабул қила бошлари мумкин.

Беморлар кўпинча ишдан бўшатилиш хавфи, қариндош ва дўстларнинг рад қилиши, оиланинг бузилиши, уларнинг жамиятдан четлашиб қолиш хавфи кўрқитади. Ҳимоя реакцияси сифатида ОИВ юқтирганларга ўзаро яқинлашиш (дўстлашиш ва ҳатто никоҳдан ўтиш) , руҳий касалликлар врачлари ва даволовчи врач билан алоқада бўлиб туриш, беморларни қўллаб-қувватлаш мақсадида ташкил қилинадиган бирлашмаларда қатнашиш, даволашнинг ноанъанавий усулларини излаш, турли ташкилотлар томонидан ёрдам олишга интилишлар кузатилади.

ОИВ инфекциясининг бошланғич даврида беморларда инфекция юқиши ва касалликни реакцияси билан боғлиқ кучли ҳиссий таъсирот ва истероид мойиллик билан кечадиган невротик белгилар кучаяди. Бемор руҳиятида, оиласида, ижтимоий ва ҳуқуқий ҳолатида ўзгаришлар пайдо бўлади.

Иккиламчи касалликлар босқичида руҳий белгиларнинг кучайиб бориши аниқланади. Уларнинг паранойял ёки «тиқилиб қолиш» типидagi реакцияларнинг шаклланишига мойиллиги бўлган шизоид, психоастеник кўринишлар устунлик қилади. Шуни ҳам инобатга олиш зарурки, жараённинг ривожланиб бориши мобайнида касалликка бўлган реакция миянинг органик шикастланиши бўлган тарзда шаклланади ва натижада бу атипик кўринишда бўлиши мумкин. Уларнинг кўринишлари турли-туман бўлиб, алаҳсираб фикрлаш, галлюцинация, параноид шубҳа қилиш, ўз шаҳсига юқори баҳо бериш ғоялари шулар жумласига киради.

Шу сабабли беморларнинг руҳиятини ҳимоялаш режими-

ни яратиш муҳим аҳамиятга эга. ОИВ юқтирган кишининг шахси ҳақидаги маълумотга эга бўлганлар сонини максимал чегаралаш лозим ва ижтимоий мослашиш бўйича тадбирлар қабул қилиш зарур. Бу ҳаёт тарзини қайта қуриш ва ҳаётий истиқболларни ўзгартиришга мослашиш имконини берувчи руҳий ёрдам кўрсатишни ўз ичига олади.

Руҳиятни ҳимоялаш тушунтириб бериш ва рационал руҳий даволаш элементлари бўлган индивидуал суҳбат, оилавий руҳиятни кўтариш ҳамда маслаҳат беришни ўз ичига олади. Бу барча тадбирлар ОИВ юқтирганларнинг хоҳиши ва розилиғи билан амалга оширилади. Бемор руҳиятини ҳимоялаш режали ва режасиз текширишда ҳар сафар тавсия қилинади. Маслаҳат берувчининг асосий вазифаси беморга ҳалақат берадиган омилларни йўқотишга ёрдам беришдан иборат. Беморлар руҳиятини ҳимоялаш натижасида беморда атрофдагиларга нисбатан ишонч руҳи пайдо бўлади ва яшашга қизиқиш уйғонади.

ОИВ инфекциясининг лаборатор ташхиси

1. Иммунофермент таҳлил – бу усул билан қонда ОИВга қарши суммар антителолар аниқланади. Мазкур усулнинг сезгирлиги 99,5%дан ортиқ, аммо унинг спецификлиги унча юқори эмас. Шунинг учун уни қўллашда сохта мусбат натижалар олиниши ҳам мумкин. Стандарт диагностик системалар ОИВ-1 ва ОИВ-2 га ҳам рекомбинант антигенларга эга, бу эса икки типдаги вирусга нисбатан ҳам антителоларни аниқлашга имкон беради. Таҳлил натижалари мусбат, манфий ёки гумонли бўлиши мумкин.

Битта мусбат натижа олинган тақдирда ҳам, зардоб тасдиқлаш учун ОИТС Марказининг ташхис лабораториясига юборилади. Зардоблар Республика ОИТС Маркази лабораториясида тасдиқлангандан кейингина ИФТ мусбат деб ҳисобланади.

2. Иммун блот. Ифтда антителоларни текширишдаги мусбат натижани тасдиқловчи асосий тест ҳисобланади ва у ОИВнинг алоҳида молекуляр оғирлиги бўйича тақсимланган протеинлар асосида уларга нисбатан антителоларни аниқлашга имкон беради. Вируснинг маълум протеини (антигени)га антителоларнинг мавжудлиги мембрананинг мазкур антиген жойлашган бўлагиди бўялган (рангли) йўллар пайдо бўлиши бўйича аниқланади. Иммун блотнинг манфий натижаси Ифтнинг мусбат ёки гумонли натижаларини сохта мусбат натижалар эканлигини билдиради.

CDCга мувофиқ агар ОИВнинг учта асосий антигенлари - p24, gp120 (ёки gp 160) дан исталган иккитасига антитело аниқланса, иммун блот натижалари мусбат ҳисоб-

ланади. Турли генлар - гр. Pol ва eHy маҳсулотларига мос равишда мембрананинг уч йўлида аниқланиши ИФТдаги мусбат натижанинг абсолют тасдиғи ҳисобланади. Иммуноблотда ОИВ антигенлардан фақат битта антигенга антителолар аниқланса гумонли натижа деб айтилади. Кўпинча p24 ва p55ларга антителоларни аниқлаш гумонли натижа беради. Соғлом одам қони зардобиде мазкур протеинларга ишлаб чиқилган антителоларни бир-бирига кесишган ҳолда сезувчи антигенлар бўлиши мумкин. Иммуноблотнинг гумонли натижаси беморнинг клиник текширувлари натижалари билан солиштирилади ва зарурат бўлганда 1 ойдан кейин текшириш такрорланади.

Ифтнинг манфий натижасида, ОИВ инфекциясининг клиник белгилари ва анамнезида олдинги 3 ой мобайнида инфекция юқтириш эҳтимолига кўрсатмалар бўлмаганда «ОИВ инфекцияси» ташхиси қўйилмайди. Беморда «серонегатив ойна» даври бўлиши мумкинлигига гумон қилинганда ва мусбат натижада текширишни такрорлаш зарур. ИФТда кетма-кет текширилган иккита манфий натижа биринчи натижанинг сохта мусбатлигини кўрсатади. Иммуноблотингда иккита ва ундан ортиқ ОИВ антигенларига антителоларни аниқлашда мусбат натижа ОИВ инфекцияси ташхисини тасдиқлайди.

Бевосита ташхис усуллари

Ҳужайралар культурасида вирусни ажратиш усули техник жиҳатдан мураккаблиги, қимматлиги ва текширишнинг узоқ давом этиши туфайли кенг қўлланилмайди. Вирусни аниқлаш учун текшириладиган биологик материал фитогемагглютинин билан фаоллаштирилган қондаги лимфоцитлар ва моноцитларнинг ҳужайрали культураларида 28 кунгача ўстирилади.

p24 антигенини аниқлаш клиник амалиётда қўлланиладиган бевосита аниқлашнинг содда ва арзон усули ҳисобланади. Бу усул ИФТнинг модификациясидир. Диагностикум сифатида вирус протеини p24га фиксация қилинган антителолар қўлланилади. Бемор зардобини қўшганда p24ни бу антителоларда абсорбцияси кузатилади. Бу усулда фақат эркин – иммунокомплекслар билан боғланмаган p24 протеинни аниқлаш мумкин, бу усулнинг паст сезгирлиги туфайли – эркин p24 антигенини 30% ОИВ юқтирганлардагина аниқлаш мумкин.

Вируснинг генетик матеиналини аниқлаш. Вируснинг генетик матеиналини аниқлашнинг иккита асосий усули мавжуд. Биринчиси, провирус ДНКсини аниқлашдан иборат (бу усул жуда сезгир бўлиб, 10000-100000 ҳужайрада провирус ДНКсини аниқлашга имкон беради); иккинчиси, қон плазмасида эр-

кин вирус РНКси усули (усулнинг сезгирлиги провирус ДНКсини аниқлаш сезгирлигига яқин, бу усул 1 мл қон зардобида вирус нусхалари сони — вирусли нагузкани аниқлашга имкон беради).

Вирусли нагузкани аниқлаш иккита асосий усулда ўтказилади: биринчи усул - қайталама транскрипцияли ПЗР (РНК матрицасида ДНКнинг синтезланиши ва кейинчалик ДНКга амплификацияланиши, сезувчанлик бўсағаси 1 мл қон плазмасида 40 нусха вирус РНКси); иккинчи усул - тармоқланган ДНК усули (вирус РНКсининг фиксацияланиши ва кейинчалик сигналнинг амплификацияси, кам сезувчан бўлиб, сезувчанлик бўсағаси 1 мл қон плазмасида 500 нусха вирус РНКсига тенг).

Вирусли нагузка — бу асосий прогностик мезон бўлиб, у ОИВ инфекциясининг зўрайиб боришини кўрсатади ва вирус репликацияси ва иммун тизимининг фаоллашуви нисбатини аниқлашга имкон беради; антиретровирус препаратлар билан даволаш самарасининг асосий кўрсаткичи ҳисобланади.

Игна, қайчи ва бошқа ўткир буюмлар билан ишлаш қоидалари

- Ўткир буюмларни ташиш ва бошқа ходимга бериш учун кюветадан фойдаланинг;
- Ўткир буюмларни хавфсиз жой (масалан, кювета)дан ташқари ҳеч қаерда қолдирманг;
- Ўткир буюмларни бошқа ходимга бераётганингизда албатта уни бундан огоҳлантиринг;
- Ҳар бир игна ва шприцни фақат бир марта ишлатинг;
- Шприц ва игнани ишлатгандан кейин қисмларга ажратманг;
- Игна ғилофини қўлда ушлаш ва уни игнага киритиш учун ҳаракат қилиш, ташлашдан олдин игнани букиш ва синдириш мумкин эмас.
- Ишлатилган шприц ва игналарни тешилмайдиган контейнерга ташланг.
- Игналарни куйдириб йўқ қилиш ва шу орқали улардан қайта фойдаланим имконини йўқотинг.

Қўлни ювиш

Беморга тегишли бўлган ёки унга муолажалар ўтказиш жараёнида фойдаланилган ифлосланган материалга қўл теккан бўлса, қўлни муолажадан олдин ва кейин ҳам ювиш зарур.

Агар қўллар биологик суюқликлар билан ифлосланмаган бўлса таркибида сув бўлмаган антисептиклар етарли самара беради.

Аммо, тасодифан тушган биологик моддаларни йўқотиш

учун олдин қўлни сув билан совунлаб ювиш зарур, чунки антисептиклар органик моддалар борлигида самарасиздир.

ОИВ/ОИТС ва гемоконтакт йўл билан юқадиган бошқа касалликларнинг касбга алоқадор тарзда (профессионал) юқишининг профилактикаси

Касбга алоқадор тарзда (профессионал) юқиш профилактикасининг мақсади ОИВ ва гемоконтакт йўл билан юқадиган бошқа инфекциялар (В, С, D гепатитлар, гемorraгик иситмалар, безгак ва бошқалар) нинг тиббий ходимлар ва уларнинг беморлари (пациентлари) га юқиш хавфини минимумгача камайтиришдир.

Профилактик тадбирлар тузилишининг асосий тамойиллари

– Ҳар бир киши (пациент) ОИВ ва гемоконтакт йўл билан юқадиган бошқа инфекциялар билан зарарланган деб қаралиши зарур.

– Қўлни ювиш - шифохона ичи инфекцияларини юктиришнинг олдини оладиган асосий профилактик амалий тадбирдир.

– Ҳар қандай нам (хўл) материал (яраланган тери, шилқ пардалар, қон ва организмнинг бошқа суюқ муҳитлари)га тегишдан олдин тиббий қўлқопларни кийиш зарур.

– Организмнинг ҳар қандай суюқ муҳитининг тўкилиш (ерга сачраб кетиш эҳтимоли) бўлганда физик ҳимоя воситалар (кўзойнак, ниқоб, фартук) дан фойдаланиш зарур.

– Қон ва бошқа биологик суюқликлар билан ифлослашган тиббий асбоб-анжомлар, идиш, кўрпа-тўшак чойшаблари ва аппаратлар дезинфекция қилиниши керак.

– «Оғиздан-оғизга» сунъий нафас беришни сунъий нафаснинг бошқа турига алмаштириш зарур.

– ОИВ инфекцияси ёки ОИТС тасдиқланган ҳолатда бемор инфекцион стационарга ётқизилиши зарур (кўрсатма бўйича).

– Бемор ётган хонани йиғиштириш, зарарсизлантириш, идишлар, кўрпа-тўшак ҳамда беморни парвариш қилиш ё буюмларини дезинфекция қилиш дезинфекцияловчи моддалардан фойдаланган ҳолда резина қўлқопларда ўтказилиши зарур.

– Албатта инъекция хавфсизлиги қоидаларига қатъий риоя қилиш шарт.

Тасодифан игна санчиб олиш хавфи кимларда кўпроқ учрайди?

– Жарроҳлар.

– Тиббиёт ҳамширалари.

– Муолажа ва бошқа тиббий хоналарни йиғиштириш (тозалаш) билан шуғулланувчи ходимлар.

– Ишлатилган тиббий асбоблар ва анжомларни зарарсизлантирувчи ходимлар.

– Лаборатория ходимлари.

Касбга алоқадор тарзда (профессионал) юқиш хавфи омиллари

– Инфекция юқиш хавфи инфекция манбаининг қонида вирус заррачаларининг концентрацияси ва реципиентга тушган қон қолдиғи миқдорига боғлиқ.

– Тиббиёт ходимлари учун инфекция юқиш хавфи қон билан касбга алоқадор тарзда (профессионал) контактда бўлишлар сони ва тури ҳамда аҳоли орасида касалликнинг тарқалганлик даражасига боғлиқ.

– Қон инфекциялари қўзғатувчиларининг энг юқори юқиш хавфи ишлатилган ичи тешик бўлган игнани киритишда қўзғатилади.

– Қон инфекциялари қон билан зарарланган тери ёки шиллиқ пардалар орқали юқиши мумкин.

– Зарарланмаган тери билан контактда бўлганда инфекция юқиш хавфи жуда паст ҳисобланади, лекин мустасно эмас.

Инфекция юқиш хавфининг тиббий фаолиятнинг ҳар хил турларига боғлиқлиги

– Қон олиш, ишлатилган игналарга гилофини кийдириш, гилофсиз ва вена ичига инъекция қилишда қўлланилган игналар ётган муолажа столларини артиш инфекция юқиш хавфи юқори бўлган фаолият турлари ҳисобланади.

– Инфекция юқиш хавфи бўлган омилларга инъекциялар қилиш, вена ичига эритмалар юбориш, флеботомия ва жароҳликда қўлланиладиган игналардан фойдаланиш киради.

– Тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва муолажаларни бажариш «пиклари» вақтида қон ва бошқа биологик суюқликлар билан контактда бўлиш сони ошади. Бундай даврларда қўшимча эҳтиёткорлик чораларига риоя қилиш зарур бўлади.

– Тиббиёт ходимларининг қон билан контактда бўлиши ўткир буюмлар билан ишлаш жараёнининг турли босқичларида юзага келиши мумкин:

– иш жараёнида улардан бевосита фойдаланганда;

– иш тугагандан кейин улардан бевосита фойдаланганда;

– инструментларни зарарсизлантириш ёки утилизация қилиш вақтида;

– контейнерга жойланган инструментлар билан контактда бўлишда.

Касбга алоқадор тарзда (профессионал) инфекция юқтириш хавфини камайтириш

– Игна, қайчи ва бошқа ўткир буюмлардан тўғри фойдаланиш.

– Тиббий қўлқоплардан тўғри фойдаланиш.

– Қўлни ювиш.

– Тери, шиллиқ пардалар ва кўз конъюнктивасини ҳимоя қилиш.

– Дезинфекция қилиш.

Игна, қайчи ва бошқа ўткир буюмлар билан ишлаш қондалари

– Ўткир буюмларни ташиш ва бошқа ходимга бериш учун кюветадан фойдаланинг.

– Ўткир буюмларни хавфсиз жой (масалан, кювета) дан ташқари ҳеч қаерда қолдирманг.

– Ўткир буюмларни бошқа ходимга бераётганингизда албатта уни бундан огоҳлантиринг.

– Ҳар бир игна ва шприцни фақат бир марта ишлатинг.

– Шприц ва игнани ишлатилгандан кейин қисмларга ажратманг.

– Игна гилофини қўлда ушлаш ва уни игнага киритиш учун ҳаракат қилиш, ташлашдан олдин игнани букиш ва синдириш мумкин эмас.

– Ишлатилган шприц ва игналарни тешилмайдиган контейнерга ташланг.

– Игналарни куйдириб йўқ қилиш ва шу орқали улардан қайта фойдаланиш имконини йўқотинг.

Қўлни ювиш

– Беморга тегишли бўлган ёки унга муолажалар ўтказиш жараёнида фойдаланилган ифлосланган материалга қўл теккан бўлса, қўл ни муолажадан олдин ва кейин ҳам ювиш зарур.

– Агар қўллар биологик суюқликлар билан ифлосланмаган бўлса таркибида сув бўлмаган антисептиклар етарли самара беради.

– Аммо, тасодифан тушган биологик моддаларни йўқ отиш учун олдин қўлни сув билан совунлаб ювиш зарур, чунки антисептиклар органик моддалар борлигида самарасиздир.



1. ОИТС ҳақида тушунча, касаллик белгилари ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидан юқиш хавфи.

2. ОИТС билан мурожаат этган беморга стоматолог томонидан эҳтиёткорлик чоралари.

3. ОИТСнинг ер юзидаги эпидемияси ҳақида янги маълумотларни биласизми.

4. ОИТС, даволаш, олдини олиш ва унга қарши оммавий курашишда асосий ёндашувлар.

5. Жамиятда ОИТСга чалинган беморлар билан муносабат асослари, ҳимояланиш, даволаниш, хасталикни қарши курашиш, ташвиқот олиб бориш.

Йигирма иккинчи боб

Мавзу: ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБДАГИ КАСБГА ОИД КАСАЛЛИКЛАР

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида: оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги касбга оид касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари, уларнинг турлари, клиник кечиши, ўзига хос белгиларини билиши керак. Касбга оид касалликларда асосан стоматологга мурожаат қилган беморларнинг асосий шикоятларидан, ишлаш жойи, зарарли одатлари борлигидан касалликларни тўғри фарқлай билиши, қиёсий таъхислай олиши, даволаш усулларини тўғри танлай билиши ва уларнинг профилактикаси ҳақида етарли билимга эга бўлиши шарт.

Машғулотнинг техник таъминоти: Расмлар, слайдлар, компьютерда тайёрланган маълумотлар.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг касбга оид касалликларини келтириб чиқарувчи асосий сабаблар. Касбий касаллик ҳақида тушунча.

2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги касбга оид касалликларнинг асосий белгилари ва ўзига хослиги нималардан иборат.

3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги касбга оид касалликларнинг клиник кечиши ва шакллари.

4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги касбга оид касалликларни даволаш усуллари.

5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги касбга оид касалликларни олдини олиш.

Машғулот ўтказиладиган жой: Ўқув хонаси, поликлиника ва клиникада даволаниётган беморлар ҳамда sanoat корхоналарида ишчи ўринлари.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, касаллик варақалари, клиникадаги беморларнинг тиббий ҳужжатлари.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Ҳозирги вақтда, sanoat ишлаб чиқаришининг барча соҳалари, умуман, кимё sanoатининг жадал ривожланиб, ҳаётимизнинг ҳар бир соҳасига чуқур кириб бориши, амалиётда доимо янги кимёвий моддаларни қўллашимиз, бирламчи қитиқловчи ва сенсбилизацияловчи моддаларни организмга бевосита алоқаси ўз-ўзидан касбий касалликларни ёки касбга оид касалликларни, жумладан, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватига тегишли касалликларни юзага келишига, кўпайишига

сабаб бўлмоқда. Шунга кўра, айрим касбий касалликларга ташхис қўйишнинг ўзига хос томонларини инобатга олган ҳолда, яъни анамнези асосида енгиллашганини кузатамиз.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабдаги касбий касалликлар; қайсидир қобиқ қавати ва лабдаги зарарларнинг таъсири оқибатида юзага келади. Агар меҳнат қилинаётган корхона ёки бинода организмга зарарли таъсир қилувчи омиллар мавжуд бўлиб, улар таъсирида организмда бирор-бир касаллик вужудга келса ва атрофда яшаётган одамларда нисбатан бу кўпроқ кузатилса, булар касб касалликларига киритилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг касбий касалликларига учта туркумдаги омиллар; факультатив бирламчи қитқловчиларга, алоқали стоматитга олиб келувчи омилларга кучсиз концентрацияли неорганик кислота, ишкор, галлоидлар, кремний, органик эритмалар, кокснинг иссиқликдаги ҳосиласи, нефт-кремний кўмири, фенопласт синтезида ишлатиладиган моддаларни киритишимиз мумкин.

Иккинчидан, оғиз шиллиқ қобиқ қаватига сенсibiliзацияловчи таъсир кўрсатувчи кимёвий моддалар. Бу моддалар антиген фаоллиги таъсирига, асосан организмнинг унга нисбатан реактивлигига, аллергия алоқали стоматит ва хейлитларни чақаришга, шунингдек, токсик ҳамда токсик-аллергик генезнинг ўзгаришга боғлиқ. Шуларга боғлиқ ҳолда, сенсibiliзацияловчи моддалар алоқали ва алоқасиз йўл билан сенсibiliзация келтириб чиқарувчиларга ажратилади. Алоқали йўл билан сенсibiliзация келтириб чиқарувчиларга, хром, никел, кобальт, табиий ва сунъий полимерлар; алоқасиз йўл билан сенсibiliзация келтириб чиқарувчиларга ҳидланадиган ёки ютиладиган дори воситалари, турли кимёвий моддалар буғлари ки-ради.

Шундай қилиб, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабдаги ўзгаришлар, таъсирловчи омилнинг физик таъсири оқибатида аллергия генез тавсифга эга бўлиши мумкин ва сенсibiliзатор таъсири ўрнида, токсик-аллергик ёки токсик таъсирловчи этиологик омил натижасида юзага келади. Бунинг учун оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватини касбга оид жароҳати бир вақтда юқорида келтирилган таъсир қилувчи омилларнинг натижасида ҳам кузатилиши мумкин.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг касбий касалликларини оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг турли хил ўтқир жароҳатларидан, физикавий ва кимёвий ишлаб чиқаришдаги бузилишлар, ишлаб чиқаришдаги шикастланиш оқибати каби кўринишларидан фарқлай билишимиз зарур. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабнинг касбий касалликлари касбий стигмалар натижасида (кимёвий белгили), яъни,

бир касбда узоқ вақт мобайнида ишлаш жараёнида юзага келади. Бундай стигмалар, одатда, меҳнат қобилятининг йўқолишига олиб келмайди, балки, айрим ҳолларда, касбий ишга боғлиқ тартибни амалга оширишга ёрдам беради. Касбий касалликлардан фарқли ўлароқ, касбий стигмалар - организмнинг ўткир физиологик, ҳимоя қобилятининг юзага келишидир.

Касбий стигмалар. Стигмалар бевосита касбга боғлиқ ҳолатда, оғиз шиллиқ қобиқ қавати ёки лабда, айнан касбга боғлиқ таъсирловчининг теккан, доимий алоқада бўладиган ўрнида юзага келади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватига тегадиган омиллар бўйича қуйидаги касбий стигмалар: 1) бўялиш; 2) пигментация; 3) ёрилиш; 4) шохланиш; 5) чандиқ ва атрофияларга фарқланади.

Бўялиш - оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги бундай ўзгариш асосан бўялувчан моддаларнинг шиллиқ қаватга ўтиши оқибатида юзага келади. Шунга ўхшаш хромли кислота-ларнинг шиллиқ қаватга узоқ вақт таъсиридан сариқ рангдаги, кумуш нитратининг, “подшоҳлар ароғи”, формалин таъсиридан - тўқиманинг оқариши; теллурнинг милкка таъсиридан - қорамтир-жигар ёки қора цинка таъсиридан - оч-кўк рангда шиллиқ қобиқ ўзгаришлари кузатилади.

Пигментланиш. Бу жараён турли хил рангдаги моддаларнинг оғиз шиллиқ қобиқ қаватига гематоген йўл билан тушиши оқибатида юз беради. Ваннадий билан ишлайдиганларда кўкиш-қорамтир ёки сарғиш-кўкиш рангда бўялиши, бронза ёки мис билан ишлайдиганларда - кўкиш-яшил милк бўялиши; марганец билан узоқ вақт алоқада бўлганда - бинафша ёки жигарранг милк бўялиши; мишяк аралашмалари билан боғлиқ ишлардаги одамларда оғиз шиллиқ қобиқ қаватининг бинафша-қора; кумуш тузи бирикмалари билан боғлиқ касбда эса кир ранг - қора ҳолатдаги ўзгаришлар намоён бўлади.

Лабнинг ёрилиши касбий стигмалар маълум касбга тавсифли бўлганда кўринади. Лаб ёрилишининг рецидивланиши, кўпинча, эркаклар орасида ташқи касбий омил сифатида кузатилиб, атмосферадаги омилларнинг таъсири билан асосланади. Лаб ёрилишига яна касбга боғлиқ ҳолат - бензинни сўриш, металл эритувчиларда, шахтада ишлайдиганларда кузатилади.

Шохланиш. Лаб қизил ҳошиясидаги шохланиш - касбий стигма сингари - музикачиларда, асбобларда ишловчиларда, этикдўзларда, электрикларда, иш вақтида лаби билан михни ушлаб турувчи касб эгаларида намоён бўлади. Бундай шохланиш лаб қизил ҳошиясининг турли механик таъсирларга нисбатан ҳимояланишидир.

Касбий стигмаларга лейкоплакия ҳам киради. Лейкоплакияни келтириб чиқарувчи касбий омиллар тўғрисида адабиётларда жуда кўплаб далиллар келтирилган (О.Р. Мамедов 1966, Л.И. Гитина 1968, С.А. Фафоров 1999).

Касбий лейкоплакия (кератоз) кўпинча тилнинг олдинги қисми деворида, пастки лаб шиллиқ қавати ва оғиз бурчагида кўринади. Касбий лейкоплакия аксарият, тошқўмир смоласи ва рек чанги билан боғлиқ касбда, ип-йигириш цехларининг тараш ҳамда бўяш-пардозлаш цехларидаги ишчилар орасида кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги касбга оид касалликларни этиологик омилларнинг таъсир қилиш механизмига қараб, икки гуруҳга ажратамиз. Биринчи гуруҳга оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабга бевосита тўғридан-тўғри таъсир қиладиган ташқи этиологик омиллар киради. Бундай жароҳатлар оддий аллергик алоқали гингивит, стоматит ёки хейлит тавсифида бўлади. Иккинчи гуруҳга токсик-аллергик ёки токсик патогенездаги оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ўзгаришлари, шунингдек, умумий касбий касалликлардаги ўзгаришлар, нурланиш, тебраниш ва кессонли хасталиклар киради.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги ва лабдаги касбий касалликлар бевосита тўғридан-тўғри зарарловчиларнинг таъсири остида юзага келиб, катарал, ярали-некротик, фибринозли гингивит ва стоматит, атрофик ва гипертрофик гингивит, метеорологик, актиник, алоқали хейлит каби клиник кўринишларида юзага келиши мумкин. Бундай ҳолларда, жароҳат чегараланган ёки тарқалган ҳолатда бўлади.

Касбий гингивитлар. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида касбий касалликлар орасида касбий гингивит энг кўп миқдорда учрайдиган хасталиқдир. Милкнинг яллиғланишига ишқор, кислота буғлари, иссиқ ҳаво таъсир этиши мумкин.

Касбий гингивитнинг ривожланишида тиш карашлари ҳам аҳамиятлидир. Айниқса, чанг билан алоқада бўладиган ишчиларда. Тиш карашлари фақат механик таъсирларни ўзида сақламайди, балки, унда кимёвий фаол моддалар ҳам мавжуд бўлиб, худди зарарли қитиқловчи сифатида таъсир қилади. Бошқа ҳолларда, улар милкнинг қисмларига босим билан босади (декубитал гингивит). Касбий касалликлар орасида сурункали катарал гингивит кўп учрайди.

Катарал гингивитда милкда унча кучли ва катта бўлмаган оғриқ, қизариш, шиш, қонаш пайдо бўлади. Касаллик, одатда, оғизнинг олдинги соҳасида, милкнинг олдинги тишлар қисмида тишлараро сўрғичлардан бошланади. Бундай ўткир катарал гингивит унча катта иш стажига эга бўлмаган ишчилар орасида кўпроқ кузатилади.

Индифферент чангларнинг механик таъсирлари натижасидагина гингивит ривожланиши кузатилади. Милкдаги ўзгариш унча аҳамиятсиз бўлганда ҳам яллиғланиш жараёни ўткир бўлади. Пародонт тўқималарининг томирларида турғун ва ўткир ўзгаришлар кузатилади, бу айниқса, фторли сув, симоб, қўрғошин таркибли чангли карашларда яққол кўзга ташланади.

Этиологик омил катарал гингивитнинг махсус ўзгаришли клиник кўринишига сабаб бўлиши ҳам мумкин. Масалан, суперфосфат заводининг ишчиларида сариқ ёки оч-жигарранг ҳошия, милк четларининг илгакли бўлиши, тўқимачи комбинатининг тараш ва титиш цехи ишчиларида тиш-милк чўнтагининг ўзига хос томонли ўсимлик чанглари тўплами кузатилади ва ҳоказо.

Гингивитнинг катарал шакли сурункали кечганида, милк сўрғичлари қизарган, лаб ҳошияси бўялган, чанг таркибига қараб, ранги ўзгарган бўлади. Сурункали жараён одатда, милкнинг энгил жароҳатлишида ҳам қонаш билан кечади.

Даволаш учун шикастловчи омилни бартараф қилиш зарур, кейин милк четлари водород перексисининг 3%ли эритмаси билан ишланади ва доимий 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан оғиз чайқаб турилади.

Ярали-некротик гингивит фтор аралашмалари, циклогексан, бензин буғлари ва аэрозолларнинг узоқ вақт давомида таъсир кўрсатишидан юзага келади. Бошланишида милкда чегараланган ёки тарқалган қизариш ва шиш кузатилиб, кейин милк сўрғичлари некрози ривожланади. Некротик тўқима олиб ташлангандан кейин, милкда кучли оғриқ, қонайдиган эрозия ва яра ҳосил бўлади. Дастлаб некроз асептик бўлиб, ҳидсиз, кейинчалик инфекция тушиб, некроздан ёмон ҳид келади ва қорамтир рангда кўриниб, оғрийди.

Даволашда некротик тўқималар, шунингдек, қитиқловчи омил ҳам олиб ташланади. Трипсин, химопсин, кислород сақловчи ва кератопластик дори воситалари қўлланилади.

Фибринозли гингивит одатда, ипли чанглар ва темир кукуни тутувчи чангларнинг доимий таъсири оқибатида вужудга келади. Жараён катарал ҳосилалар билан бошланади. Узоқ йил (5 йилдан кўп) чангли цехда меҳнат қилаётган ишчилар оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида доимий фибринозли ўзгариш, атрофияли чандиқ қолади. Бемор шикоятда аниқ ҳолат кузатилмайди. Милк сўрғичи оқарган, ҳажми кичиклашган ва қаттиқлашган бўлади.

Даволашда зарарли қитиқловчи омилни бартараф қилиш, бармоқли уқалаш, вакуум-уқалаш, д'Арсонвал токи қўллаш яхши натижа беради.

Гипертрофик гингивит, кўпинча, кимёвий моддалар, ай-

ниқса, кислота ва ишқор таркибли моддаларни ишлаб чиқариш жараёнида вужудга келган аэрозолларнинг тўғридан-тўғри таъсирида пайдо бўлади. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати алвеоляр ўсиғи соҳасида жойлашган сурункали пролифератив яллиғланиш кўпинча, фронтал тишлар соҳасига тўғри келади. Гипертрофик гингивитнинг грануляцияланувчи шакли одатда, кўп ривожланади. Милк гиперплазиясининг асосларидан бири - бу милк четларида дескваматив эпителийлар ҳосил бўлишидир. Бир хил ҳолларда, милкнинг тўла жароҳати кузатилса, иккинчи хил ҳолларда, чегараланган кичик бир соҳа жароҳати кузатилади.

Даволаш учун биринчи навбатда шикастловчи ёки қитиқловчи омилни бартараф қилиш лозим. Касалликнинг дастлабки босқичларида сўрдирувчи дори воситалари қўлланилади, кейинчалик, жарроҳлик усулида даволаш, диатермокоагуляция, криодеструкция ишлатилади.

Касбий стоматитлар. **Катарал стоматит** кимёвий омиллар чангли қисмининг таъсиридан, иссиқлик шикастланишларидан, шунингдек, сурункали бўлиб, кўпинча, субъектив симптомсиз кечиши ҳам мумкин.

Жараённинг қизариш, шиниш кўринишида кечишини, айнан бу ҳолатнинг эпителий десквамацияси ўрнида кузатилиши ва таъсирловчи омил бартараф қилинганда, жуда тез тuzалиши сезилади.

Ярали некротик стоматит сони ва турли кимёвий бирикмаларнинг аэрозол ҳамда буғларнинг узоқ вақт таъсири оқибатида юзага келади. Жараён одатда, оғиз бўшлиғининг олдинги қисмида кузатилиб, этиологик омилнинг таъсирига бевосита боғлиқ кечади. Жароҳат ярали-некротик ўчоқнинг кузатилиши билан, кучли оғриқ, оғиздан қўланса ҳид келиши, бемор ўзини ёмон ҳис қилиши, тана ҳароратининг 37,5-38° С гача кўтарилиши билан ўтади.

Даволашда этиологик омил бартараф қилинади, некротик тўқималар таркибида протеолитик ферментлар бор дори воситалари ёрдамида олиб ташланади, яра эса 3% ли водород перекиси эритмаси билан артилади. Натрий гидрокарбонатнинг 2% ли эритмаси билан чайқаб туриш фойда беради.

Касбий хейлитлар. Агар ишлаб чиқариш жараёнида пайдо бўлган омиллар таъсирида алоқали аллергик, метеорологик ва актиник хейлитлар юзага келса, шу вақтда у касбий тавсифга эга бўлади. Лабнинг иш жараёнида шикастланиши - ўткир кислотали эритма, ишқор, қайноқ суyoқлик тушиши кабилар билан кузатилади.

Аллергик алоқали хейлит худди касбий омиллар таъсиридагидек, лабга турли моддалар тегиб, сенсibiliзация келтириб чиқариши, жумладан, кучсиз кимёвий эритма, айниқса

фенопласт, қоракуя, бўёқлар, лакларни айтиб ўтишимиз мумкин. Кўп ҳолларда алоқали аллергик хейлит антибиотиклар билан ишлайдиганлар орасида учрайди.

Метеорологик хейлит очиқ ҳавода ишлаётганда, турли ташқи омиллар шикастланиш келтириб чиқаришидан пайдо бўлади. Буларга қайнаган сув, иссиқ ҳаво, чанг, лаб қизил ҳошиясини шикастловчи совуқ ҳаво, шамол, денгиз сувининг томчилари, қуёшга узоқ вақт қараб туриш кабилар киради.

Актиник хейлит билан очиқ ҳавода ёки очиқ бинода ишлайдиган ишчиларда иш вақтида, доимий ултрабинафша нур остида бўлганда, айнан шу шароитга сезгирлик ошиб кетганда кузатилса, касбий тавсифга хос касаллик саналади.

Касбий хейлитларни даволашда, авваламбор, доимо ишни этиологик омилларни бартараф қилишдан бошлаш зарур ва шунга қараб, касалликнинг оқибати кўринади.

Оғиз бўшлиғидаги шиллиқ қобиқ қаватда ўзгаришлар бир қатор умумий касбий касалликларда ҳам ривожланиши мумкин. Шунингдек, у сурункали интоксикацияда касалликнинг эрта белгиси сифатида юзага келиши мумкин. Бу кўп ҳолларда, оғир металл тузлари билан интоксикацияланганда кузатилади.

ОҒИР МЕТАЛЛ ТУЗЛАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНГАНДА, ОҒИЗ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг бундай жароҳатланиши организмга узоқ вақт давомида оғир металлларнинг тузлари кўп миқдорда тушишидан юзага келади. Бундай жароҳатланиш учун умумий белги шуки, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида ярали-некротик жараён пайдо бўлади. Ярали-некротик гингивитнинг эрта бошланиш даврида асептик некроз кузатилиб, некротик караш ҳидсиз, юмшоқ консистенцияда, ялтироқ рангда бўлади. Кейинчалик некротик карашга иккиламчи инфекция тушиши натижасида ранги ифлос-қўкиш тусда товланиб, жараён лаб, лунж, оғиз туби шиллиқ қаватига тарқайди.

Кўрғошдан стоматит пайдо бўлишини тоғ-руда ва автомобил корхонаси ишчиларида, кўрғошинли бўёқлар ишлаб чиқаришда кузатилади. Йирик саннат корхоналари кўрғошин ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлганда, албатта, атрофдаги ҳавода кўрғошин аэрозоллари концентрацияси ошиб кетади, ҳаттоки, меъёردа бўлганда ҳам узоқ вақтги таъсир натижасида сурункали кўрғошинли заҳарланиш аҳоли орасида кузатилади ва бу “сатурнизм” номи билан юритилади. Кўрғошин организмга турли йўллار билан тушиши мумкин, сийдик, сўлак орқали чиқиб кетади.

Енгил даражадаги заҳарланиш ҳолати кузатилганда, организмда сўлак ажралиши ошиб кетади ва оғиздан ҳид келади. Қўрғошинли ҳошия, пастки жағ тишлари ва юқори олдинги тишлар соҳаси, милк четлари бўйлаб, тўла ҳошияли кўриниш пайдо бўлади. Бироқ, тўқималарга қўрғошин қуйилишидан ҳар доим ҳам ҳошия кузатилавермайди. Қўрғошиннинг қуйилиши тил қаттиқ тўқимасида ҳам ўзгаришга сабаб бўлади, тиш қаттиқ тўқимасида қўрғошин миқдори ошиши сезилади.

Агар оғирроқ заҳарланиш ҳолати содир бўлса, фақат милк четлари эмас, балки лунж, лаб, тил шиллиқ қаватида пигментланиш пайдо бўлиб, ярали-некротик жараён кузатилади. Некроз ўрнига, оғизга микроблар тушиши мумкин. Кунига сўлакнинг миқдори 4-5 литргача етади. Сўлак безларида оғрик пайдо бўлади.

Қўрғошинли ҳошияда қўрғошинли қараш аниқланади, бу қараш сўлақдан ажраладиган водород олтингургуртнинг қўрғошин билан бирикишидан милк чўнтақларидаги овқат қолдиқлари йиринглаши билан қўшилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида қўрғошин томирлар деворига ёпишади, бу қон айланишининг бузилишига олиб келади, оғир ҳолатларда эса, бу асептик некрозга олиб келиши мумкин.

Даволаш учун калий йодид эритмасининг 3% лиси, кунига 3 марта 1 ош қошиқдан, С ва В₁ витаминлари ичишга тавсия қилинади. Юмшоқ овқат ва сут маҳсулотлари истеъмол этилади. Оғиз бўшлиғини санациялаш, иккиламчи инфекция тушишининг олдини олиш мақсадида ишқорий ва антисептик эритмалар билан оғиз чайқалади. Юмшоқ тўқималарда қўрғошин тўпланганда, 5% ли цитралнинг эритмаси билан электрофорез қилиш мумкин.

Қўрғошинли стоматит профилактикаси учун стоматологнинг аҳамияти катта. У ишчиларни вақти-вақти билан кўрикдан ўтказиш (кварталида 1 мартадан кам бўлмаслиги керак), профилактик кўрикдан мақсад, қўрғошинли заҳарланишнинг эрта белгиларини аниқлаш, 1% ли уксус кислотаси билан оғизни чайқаш, тишларни тозалаш керак, бу айнан қўрғошин чанглари эришига ёрдам беради. Касалликдан огоҳ бўлиш учун оғизни витаминли эритмалар билан тизимли тарзда тозалаб туриш, кислород билан тўйинтириш зарур. Бунинг учун корхона цехларида махсус қурилмалар ўрнатилади.

Симобдан касбий заҳарланиш. Тоғ-кон ишлаб чиқариш корхонаси ишчиларида, термометр ишлаб чиқаришда, барометр, рентген трубкаси, қатор аниқ қурилмалар, баъзи ҳолларда стоматологик хоналарда амальгама ишлатишда кузатилади. Симоб метали организмга алоқада бўлганда тўғридан-тўғри токсик таъсир кўрсатмайди. Организмга симоб меъда-ичак, тери, на-

фас аъзолари орқали тушади. Симоб метали $+17^{\circ}\text{C}$ да буғлана бошлайди. Симоб буғини узоқ вақт мобайнида кам миқдорда организмга таъсир қилиши ҳам *микромеркуриялизмнинг* ривожланишига сабаб бўлади.

Симобли заҳарланишда оғиз бўшлиғида, милклардаги ўзига хос тавсифли ўзгаришлар рўй беради. Милкнинг шиши, қизариши, милк сўргичларининг бўртиши, милк қонаши кузатилади. Тўқималарга симоб қуйилиши уларни водород олтингургурти билан алоқаси натижасида ингичка доғ шаклида қора чизик симоб сульфидини ҳосил қилади, бу чизик эпителий қаватида ёки унинг остидаги қаватда бўлади. Оғирроқ ҳолатларда дастлаб асептик некроз, кейин унга инфекция қўшилиб ярали гингивостоматит ривожланади.

Меркуриал стоматит одатда секинлик билан ривожланиб боради. Бунинг биринчи белгиси сўлакнинг кўпроқ ажралишидир. Сўлакнинг кўп ажралишига сабаб симобнинг қитиқловчи таъсиридир ва сўлак билан биргаликда симоб ажралди. Некротик тўқималар шиллиқ қават яллиғланишининг тўплами бўлиб, оч-қизил рангли кўринишда бўлади. Бемор оғзида металл таъмидан, оғзи қуришидан, пульсли ва милкдаги тўсатдан бўладиган оғриқдан бош оғриқдан шикоят қилади. Яллиғланиш жараёни авваламбор кариоз коваги бор тиш атрофида юзага келади. Милкдаги яллиғланишнинг биринчи симптомлари пайдо бўлиши биланоқ, жароҳатнинг интенсив ўсиши кузатилади, яра ва эрозия пайдо бўлиб осон қонайди.

Симобдан заҳарланишнинг оғир ҳолатларида жараён лунж, тил, бодом шиллиқ қаватларида ривожланади, оғиз тубида ярали стоматитнинг оғир тури кузатилади. Жараён ретромолляр соҳанинг шиллиқ қобик қаватигача тарқалса тризм пайдо бўлади. Тишлар қимирлайдиган чайнов тартиби бузилади, оғриқ пайдо бўлади. Нутқ ва ютқиннинг ўзгаради. Айрим ҳолларда жараён чуқур суяк тўқималаригача тарқалади ва чегараланган некротизация ҳамда оқма йўллارнинг ҳосил қилади. Сўлак ажралиши бу даврда кучаяди: кун давомида 3-4 л сўлак ажралди. Жараён умумий кучсизлик ва тана ҳароратининг ошиши билан кечади. Сурункали заҳарланишда касаллик белгилари: сўлак ажралиши нисбатан секинлик билан ошиб боради, сурункали катарал стоматит, яраланиш кўринишида кечади.

Даволаш учун дастлаб организмга симоб тушишини тўхта-тиш керак ва уни организмдан чиқаришни ўйлаб кўриш зарур. Шу мақсадда ишқорли овқатлар, илиқ сувда ванна қилиш керак. Организмдан симобни чиқариш учун калий, натрий тиосульфат қўлланилади. Укол учун унитол тавсия этилади, унитол симоб билан қўшилиб эримайдиган модда ҳосил қилади, бу организм учун индифферент ҳисобланади. Бу модда сий-

дик ва сўлак билан тез чиқиб кетади. Некрозли соҳа 5%ли йоднинг спиртли эритмаси билан ишланади, 1% ли натрий гидрокарбонат билан оғиз чайқалади, калий перманганат ва водород перекиси билан ҳам чайқаш мумкин. Тишлар ораси овқат қолдиқлари ёпишқоқ модда, тиш карашлари, тиш тошларидан яхшилаб тозаланadi. Оғриқли соҳалар 0,5% новокаин, анестезин глицеринли эритмаси билан ишланади. Сўлак ажралишини камайтириш учун атропин қўлланилади. Ичишга поливитаминлар тавсия қилинади.

Висмутли стоматитлар касбий касаллик сифатида камдан-кам кузатилади. Қон таркибида висмут миқдорининг ошиши унинг сўлак орқали ажралишини кучайтиради, қон томир деворларига тўпланиб, унинг ўтказувчанлигининг бузилишига олиб келади. Бундай ҳолларда, санация қилинмаган оғиз бўшлиғида висмут сульфати вужудга келади, сероаспид ҳошия ҳосил қилади, бу ҳошия тиш сўрғичлари учидан ва милк четларида кузатилади. Висмут сульфати алвеолалар, лунж, лаб шиллиқ қаватида қитиқловчи таъсирни келтириб чиқаради. Жараён ривожланиб боради, милк кўкиш-қизил рангга киради, шишади, эрозияланади ва яраланади.

Даволаш учун оғизда яхшилаб санация ўтказилади, поливитаминлар, натрий гидрокарбонат билан оғиз чайқалади.

Оғир металлдан заҳарланишнинг олдини олиш учун доимо оғизнинг сифатли санацияланишига эътибор беришимиз керак. Оғиз бўшлиғи санация қилинганларда, оғир металл тузларидан интоксикацияланиш кузатилса, уларда стоматитлар анча кучсиз белгилар билан муҳофаза қилинишини таъминлашимиз, унда намли тозалашлар ўтказилиб турилишини назорат қилишимиз зарур. Тиббиёт хоналарида, стоматологик хоналарда симобдан заҳарланишнинг олдини олиш учун санитар-гигиеник талабларга тўлиқ риоя этиш керак.

Кўплаб кимёвий моддалар организмга тушганида, сўлак билан ажралади ва айни вақтда, сўлак ажралишига таъсир қилади. Бундан ташқари қатор кимёвий моддалар сўлак безининг фаолиятига ҳам таъсир кўрсатади. Аммиак, барий, кўрғошин, галоид, марганец, фосфор ва шунга ўхшаш элементлар гипертсаливацияга олиб келса, мишяк ва кадмий сўлак миқдорини камайтиради. Умумий касбий касалликларда ҳам, жумладан, тебранишли ва кессон касаллигида ҳам сўлак миқдори ўзгаради. Касбий касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида парестезия ҳолати кузатилади.

МИНЕРАЛ ЎФИТЛАР ИШЛАБ ЧИҚАРИШ, ПЕСТИЦИДЛАР, КИМӨВИЙ ТОЛАЛАР, ФУРАН БИРИКМАЛАРИ, НЕФТНИ ҚАЙТА ИШЛАШ ВА ИП-ЙИГИРУВ КОРХОНАСИ ИШЧИЛАРИ ОРАСИДА КУЗАТИЛАДИГАН ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚОБИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати (ОБШҚ) ўткир ҳимоя хусусиятига эга бўлиб, кучсиз механик, физик ёки бошқа таъсиротлардан тезда патологик ўзгаришлар юзага келишини кузатиш мумкин. Оғиз бўшлиғидаги таъсирловчининг шикастланиш ўрни белгилари билан ажралиб туради.

Шунинг учун ҳам биз тадқиқот олиб борган Бухоро ип-газлама ишлаб чиқариш бирлашмаси (БИГИЧБ) корхоналарида оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва лабда турли кўринишдаги патологик ўзгаришлар кўпроқ учрайди.

Бухоро ип-газлама ишлаб чиқариш бирлашмаси асосий цехларида текширилган ишчилар орасида оғиз бўшлиғи шиллик қавати касаллиқларининг тарқалиши тузилишига эътибор берадиган бўлсак, аниқланган умумий 100% ОБШҚ касаллиқларининг 47,8%и буяш-пардозлаш, 33,1%и йигириш, 15,6%и тараш ва 3,5%и назорат гуруҳига тўғри келади. Текширилганларда ўртача оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва лаб касалликлари - стоматитлар 28,6% кузатилиб, шундан лаб ёрилиши 7,5%, хейлит 8%, лейкоплакия 6,2%, тил касалликлари 6,6% ни ташкил қилади.

Лаб ёрилиши касаллиги одамлар орасида оғиз шиллик қавати касалликлари орасида тез-тез учраб туради. Айниқса лаб ёрилиши касбий хусусиятга эга бўлиб, касалликни келтириб чиқарувчи омиллар - сурункали шикастланиш, метеорологик омиллар, шу билан бир қаторда организмда витаминлар етишмаслиги ҳолатларда кузатилишини адабиётлар ҳам тасдиққлайди. Биз текшираётган ишчиларда лаб ёрилиши назорат гуруҳ ишчиларида 5,75% ни, буяш-пардозлаш цехидаги ишчилар орасида 8,12%, йигириш цехида 6,5% ни тараш цехи ишчилари орасида 7,9%ни ташкил қилади. Лаб ёрилишининг йўлдош ва ўтказган касалликларда учрашини цехларда кўрганимизда соғлом одамларга нисбатан камроқ учрашини кўрамиз. Асосий цехларда ҳам, лаб ёрилиши асосан меъда 12 бармоқ ичак касаллиқларига, камқонликка, ринит хасталиклари кабиларга тўғри келади.

Хейлитлар лабда учраб, хавфсиз ўсмаларга киради. Ишчиларнинг лаблари ҳар куни 8-9 соатлик иш куни давомида зарarli омиллар билан бевосита алоқада бўлади. Биз ишчилар-

да хейлитларни ўрганганимизда юқорида таъкидланган ташхис асосида олиб бордик.

2-жадвалдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳи ишчиларида 2,9% хейлит кузатилиб, айти вақтда бўяш-пардозлаш цехида асосан касалланган ишчиларнинг 17%и эксфолиатив, 3%и гландуляр, 32%и контактли алергик хейлит, 48%и метеорологик хейлит ва 3%и атопик ва лаб экземаси учради. Бўяш-пардозлаш цехида метеорологик ва контактли алергик хейлитлар кўп миқдорининг учраши турли зарарли омилларнинг ишчилар лабига бевосита таъсири натижасида юзага келади.

Йигириш цехида хейлитлар ишчиларнинг 6,6% ида учрайди. Бу цехда 59% метеорологик хейлит, 10% контактли алергик хейлит ва 1% бошқа турдаги хейлитлар кузатилади. Метериологик хейлитнинг кўп учраши цехдаги турли ҳаво ҳарорати, шамол тезлиги, чангланиш ва намлик таъсирида юзага келади, деб айтиш мумкин. Тараш цехида хейлит 8,2%ни ташкил қилади. Бу цехда хейлитнинг 63%ини метеорологик, 27% контактли алергик ва 10%ини бошқа турдаги хейлитлар ташкил этади.

Хейлит цехларда йўлдош ва ўтказган касалликлар билан оғриганларда, назорат гуруҳида касаллар орасида 2,9% эканлиги маълум бўлади. Айти вақтда меъда 12 бармоқ ичак касаллигида кўпроқ кузатилади. Касаллик эркакларда кўпроқ учрайди. Бўяш-пардозлаш цехида хейлитлар йўлдош ва ўтказган касалликлар билан бирга келиши 6,1% ни ташкил қилиб, асосий қисми меъда 12 бармоқ ичак касалликлари билан бирга кузатилади. Йигириш цехида йўлдош ва ўтказган касалликларда 5,2% ҳолатда хейлитлар кузатилиб, асосан тонзиллит ва ринит билан оғриганлар орасида кўп учрайди. Тараш цехида хейлитлар 7,9% йўлдош ва ўтказган касалликлар билан бирга кўринди. Олинган натижаларимиздан маълум бўлади, хейлитлар йўлдош ва ўтказган касалликларда, масалан, меъда 12 бармоқ ичак касаллигида учрашида боғлиқлик бор.

Цехларда лейкоплакиянинг учрашини ишчиларнинг иш муддати, ёши билан кўриб чиққанимизда ўзига хос натижалар пайдо бўлди. Назорат гуруҳида 6-10 йилдан бери шу цехда ишлаётганларда 16-20 йиллик иш муддатлилар гуруҳи томон касаллик кўпайиши кузатилади. Бўяш-пардозлаш цехида лейкоплакия касаллигига чалинганларнинг асосий қисмини кўп йиллик иш муддатига эга ишчилар орасида учрашга, 1-5 йил иш муддатга эга бўлган ишчилар билан солиштирганимизда аниқ натижани беради ($P < 0.05$). Йигириш цехида лейкоплакия 11-15 йил иш муддатлилар орасида кенг тарқалганлигини кўраимиз. Бунда 1-5 йилликларга нисбатан кўп учраши статистик ишончли натижани беради ($P < 0,05$). Тараш цехида лейкоплакия иш муддати буйича 11-15 йил иш муддатига тўғри келиб,

30-39 ёшлиларда кўп учрайди. Йигириш ва тараш цехларида кўриб турганимиздек ишчиларнинг асосий қисмини ташкил этаётган ёшдаги ва иш муддатидаги гуруҳда касаллик кенг тарқалганлиги кузатилади.

Лейкоплакия касаллиги учрашини назорат гуруҳга нисбатан асосий цехларда кўрадиган бўлсак, уччала асосий цехда назорат гуруҳдан кўп учраши статистик жиҳатдан ишонарли ($P < 0,05$). Бунда бўйаш-пардозлаш цехида $t=5,41$, йигириш цехида $t=3,11$, тараш цехида $t=2,70$. Айни вақтда уччала цехда касаллик эркаклар орасида кўп учрайди.

Бўйаш-пардозлаш цехидаги натижаларнинг хусусиятли томони шундаки, лейкоплакия 73% верриноз кўринишида, 10% эрозив кўринишида, 17% асосан эркакларда Тарпенер (чекувчилар) лейкоплакияси кузатилди. Лейкоплакиянинг верриноз кўриниши кўп учраши цехдаги турли таъсирловчилардан келиб чиқади. Бу йигириш ва тараш цехларида 47% лейкоплакия Теппейнер ёки никотинли стоматит кўринишида, шунингдек, йигириш цехида 32% эрозив ва 16% верриноз шаклли лейкоплакия учради. Цехларда Таппейнер лейкоплакиясининг кўп учраши асосан чекувчилар ҳисобида кузатилиши айни вақтда бу касалликнинг эркакларда кўп учраши билан боғлиқлиги, верикоз ва эрозив шакллари цехларда асосан оғиз дахлизи ва лабда кузатилишини алоҳида таъкидлаб ўтиш жойиздир.

Лейкоплакияни цехларда йўлдош ва ўтказган касалликлари бор ишчилар орасида кузатганимизда, соғлом ишчиларда лейкоплакия нисбатан назорат гуруҳда, асосан меъда 12 бармоқ ичак касалликларида кўп миқдорда учрашини кузатамиз. Йигириш ва тараш цехларида ҳам лейкоплакия меъда 12 бармоқ ичак касалликларида ва камқонлик билан хасталанганларда гувоҳи бўлдик. Айни вақтда уччала асосий цехда ҳам эркакларда лейкоплакиянинг кўп учраши ишонарли натижаларни ҳосил қилди. Бунда бўйаш-пардозлаш цехида $t=2,66$, йигириш цехида 1,54, тараш цехида 1,66 га тенг аҳамиятли фарқ учрайди. Натижалардан кўриб турганимиздек, меъда 12 бармоқ ичак касалликларида лейкоплакия кўп ҳолларда бирга кузатилади. Лейкоплакия асосий цехларда йўлдош ва ўтказган касалликлар билан оғриганларда ҳам кўп учраши, цехлардаги иш жараёнида ишчиларга таъсир этувчи омилларнинг касаллик келиб чиқишида аҳамияти борлигидан далолат беради. Айни вақтда йўлдош ва ўтказган касалликларнинг ҳам асосий цехларда назорат гуруҳга нисбатан кўп учралади. Лейкоплакия касалликларини бўйаш-пардозлаш, йигириш ва тараш цехларига нисбатан кўп кузатилиши ишончли натижани беради. Бунда лейкоплакияга чалинганлар йигириш цехида $t=3,37$ га, тараш цехида $t=2,34$ га тенг бўлди.

БИГИЧБ ишчяларида лаб ёрилиши, хейлит, лейкоплакия касалликлари кузатилаётган ва ёш буйича тавсифи (уртача % ҳисобида)

Цехлар	Назорат гуруҳи			Бўяш-пардозлаш цехи			Йигириш цехи	
	сурунка- ли лаб ёрилиши	хейлит	лейко- плакия	сурунка- ли лаб ёрилиши	хейлит	лейко- плакия	сурунка- ли лаб ёрилиши	хейлит
1-5 йил				0,82+0,3*		4,3+1,72	1,23+0,4*	0,13+0,18
6-10 йил	0,71+0,71		1,0+0,10	2,94+0,58	0,82+0,3	8,3+1,94*	1,36+0,42	0,95+0,35*
11-15 йил	2,15+1,23	1,43+1,01	3,4+1,26	1,29+0,38	5,53+0,78*	10,4+1,74*	1,23+0,4	3,69+0,69
16-20 йил	0,71+0,71	0,71+0,71	13,9+1,3	2,35+0,54	2,35+0,52*	10,8+1,42*	0,95+0,31	1,84+0,47
20 й. Кўп	2,15+1,23	0,71+0,71		0,70+0,28	0,47+0,23	10,2+1,51	0,41+0,28	0,13+0,13
20-29 ёш	1,43+1,01		1,4-0,30	2,2+0,5	2,82+2,56*	5,7+2,13*	0,95+0,35	1,09+0,39*
30-39 ёш	2,87+1,42	1,43+0,01	4,7+1,2	4,0+0,67	5,56+0,79*	10,4+1,16*	3,3+0,56	4,65+0,77*
40-49 ёш	0,71+0,71	1,43+1,01	1,7+0,67	0,87+0,3	0,27+0,28	17,8+1,31*	1,36+0,42	0,31+0,31
50-59 ёш	0,71+0,71		1,0+1,07	1,06+0,35		8,2+0,80*	0,95+0,35	0,54+0,27*
Умумий	5,75+1,98	2,87+1,4	2,08+1,87	8,12+0,93	9,2+0,99*	8,8+1,22*	6,6+0,91	6,6+0,91*

Изоҳ: * - Назорат гуруҳда нисбатан ишончлилиқ (P < 0,05)

Йўлдош ва ўтказган касалликларда лейкоплакиянинг веруноз ва эрозив формаси учала цехда ҳам умумий лейкоплакияга учраганларнинг 85-87% ни ташкил қилади. Лейкоплакияни йўлдош ва ўтказган касалликларда оғиз шиллиқ қавати билан лаб ва оғиз дахлизидида бир хил миқдорда кузатилди.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари ичида тил касалликлари катта гуруҳни ташкил этади. Тил касалликларининг келиб чиқиши ва ривожланиши турличадир. Биз текшираётган ишлаб чиқариш корхоналарида тил касалликлари, оғиз бўшлиғи қавати касалликлари ичида кўпроқ учрашига асосланиб (3-жадвал), тил касалликларини келтириб чиқарувчи омиллар ноқулай метеорологик шароит; цех ҳавоси ифлосланиши, кимёвий моддалар, ишчиларда иш жараёнида юзага келаётган турли хил зарарли омиллар таъсири борлигидан, шунингдек умумий касалликлар - меъда - 12 бармоқ ичак, хафақонлик, камқонлик ҳамда иш жараёнидаги асабийлашнинг ишчиларга доимий таъсири оқибатида келиб чиқар экан, деган хулосага қўшиламыз.

Бўяш-пардозлаш цехи ишчиларида тил касалликлари 9,18% ни ташкил қилади ва бу цехда ушбу касаллик билан кўпинча 11-15 йил иш муддатли, 30-39 ёшли ишчилар гуруҳи оғриган; йигириш цехида 7,2% ишчиларда тил касалликлари кузати-

3-жадвал

БИГИЧБ асосий цехлари ишчиларида тил касалликларини иш муддати ва ёши билан таъсирлаш (100 текширилгачларга нисбатан % ларда).

Иш муддати	Назорат гуруҳи	Бўяш-пардозлаш цехи	Йигириш цехи	Тараш цехи
	%	%	%	%
5 йил	-	0.47±0.23*	0.68±0.3*	0.15±0.46
6-10 йил	1.43±0.6	3.20±0.6	1.84±0.47	4.3±1.16
11-15 йил	9.90±1.42	4.00±0.67	3.30Ю, 65	6.8±1.42
116-20 йил	2.90±1.44	1.3±0.36	1.40±0.42	0.65±0.46
20 и. кўп	0.71±0.71	0.23±0.14	0.30Ю, 19	3.31±0.31
120-29 ёш	2.15±1.23	1.64±0.43	1.23±0.40	4.3±1.16
130-39 ёш	5.03±1.86	4.35±0.7	4.24±0.74	5.6±1.31
140-49 ёш	0.71±0.71	2.23±0.5	1.8 ±0.48	0.68±0.31
150-59 ёш	-	0.94±0.33*	-	0.98±0.56
(Умумий)	7.91±2.29	9.18±0.99	7.25±0.95	12.5±1.89

Изоҳ: * - назорат гуруҳда нисбатан ишсизлик.

либ, цехда касалланиш асосан 11-15 йил иш муддатли ва 30-39 ёшли ишчиларга тўғри келади. Шу билан бир вақтда цехда аёлларда касаллик эркакларга нисбатан 2% кўп учрашини кўра-миз. Йиғириш цехида 52% десквоматив, 37% ромбсимон ва 11% туксимон қора тил касаллик шакли кузатилади. Тараш цехида бу касаллик 12,5% ишчиларда кузатилади. Бу цехда ҳам касал-ликнинг кўп қисми 11-15 йиллик иш муддатли ишчилар ва 30-39 ёшли ишчи гуруҳларида кузатилади. Ушбу цехда касал-лик аёлларда кўп учради. Тараш цехидаги тил касалликларининг 59% десквоматив, 29% ромбсимон, 12% қора туксимон тил ва бурмали тиллар ташкил қилади.

Йўлдош ва ўтказган касалликлар билан оғриган цех ишчи-ларида тил касалликларини кўрганимизда назорат гуруҳдаги йўлдош ва ўтказган касалликлар билан оғриганларнинг 2,4%ида тил ёрилиши намоён бўлди. Назорат гуруҳдаги йўлдош ва ўтказ-ган касалликларда 50% ни десквоматив глоссит, 25%ни қора тукли тил, 25%ни ромбсимон глоссит ташкил қилади. Бўйш-пардозлаш цехида йўлдош ва ўтказган касалликларда 4,6%, бунда меъда 12 бармоқ ичак касаллиги ва камқонликда, тон-зиллитларда кўп ҳолатларда тил касалликлари учради.

Бўйш-пардозлаш цехида 40% қора тукли тил, 30% дескма-тив глоссит ва 20% ромбсимон тил касалликлари кузатилади. Йиғириш цехида йўлдош ва ўтказган касалликларда тил ка-салликлари 4,24% кузатилиб, ринит, анемия ва меъда - 12 бар-моқ ичак касалликларида кўп учради. Йиғириш цехида 78% десквоматив, 20% ромбсимон ва қолган қисмини қора тукли тил касаллиги, тараш цехида 9,5% ташкил қилиб, шундан ри-нит ва бронх касалликлари билан оғриганларда кўп миқдорда бирга кузатилади ҳамда аёллар 16,8% ва эркакларда 4,4% экан-лиги маълум бўлди.

Биз цехларда ишчиларнинг иш муддати ва жинси билан стоматит касаллигининг клиник кечиши бўйича турларини кўриб чиқамиз (4-жадвал). Жадвалда кўриб турганимиздек, иш-чилар иш муддатлари ортиб бориши билан уччала асосий цех-да 1-5 ва 20 йилдан кўп иш муддатга эга бўлган ишчиларда сурункали қайталанувчи афтали стоматит (СҚАС) кўрсатки-чи орасидаги ўсишда статистик ишонарли натижа қайд қи-линди. Айни вақтда СҚАС касаллиги асосий цех ишчиларида ва назорат гуруҳда 16-20 йиллик иш муддатлиларда энг кўп миқдорда учради. Ўткир герпетик стоматит (ЎГС) ва катарал герпетик стоматит (КГС) турлари ҳам ишчилар орасида тар-қалганлиги маълум даражада ишчилар иш муддатларига боғ-лиқ экан деб айта оламиз. Катарал стоматитлар ҳам барча гуруҳ ишчиларида 16-20 йиллик иш муддатли ишчи гуруҳлари ора-сида энг кўп миқдорда кузатилади.

Стоматит касалликларининг тарқалганлигини 11-15 ва 16-20 йиллик иш муддатлиларда меҳнат шароитидаги омилларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига зарарли таъсирини узоқ йиллар давомида доимий таъсир қилиши ва шу муддатли ишчиларнинг иш шароитлари, цехларнинг зарарли омиллари билан боғлиқ, деб айтишимиз мумкин.

Ишчилар орасида стоматитларнинг клиник кечиши буйича ёш гуруҳлари билан кўриб чиқиш натижалари ҳам (5-жадвал) касалликнинг асосан 40-49 ёшлилар орасида кенг тарқалганлигини кўрсатади. Айни вақтда 40-49 ёшли хасталикка чалинганларнинг кўпчилигини асосий цехларда 11-15 ва 16-20 йилдан бери ишлаб келаётган ишчилар ташкил қилишига эътибор берадиган бўлсак, касаллик келтириб чиқарувчи омилларнинг цехларда мавжудлиги тўғрисидаги фикримиз янада ойдинлашади.

Стоматит турларининг цехларда тарқалганлигини кўриб чиқсак, СҚАС тури асосий цехларда ҳам назорат гуруҳга нисбатан кўп тарқалганлигини статистика ишонарли тасдиқлайди.

Айни вақтда бўяш-пардозлаш цехида СҚАС тарқалганлигининг юқори миқдорини йигириш ва тараш цехларига нисбатан солиштирганимизда ҳақиқий манзара яққол кўзга кўринади.

ЎГС ва КГСлар назорат гуруҳда 13% ни ташкил қиладиган бўлса, асосий цехларда бу кўрсаткичларнинг анча юқорилигини ишонарли ($P < 0,05$) натижалар кўрсатади. Катарал стоматитларнинг тарқалганлиги кўрсаткичлари ҳам назорат гуруҳга ($13,8 \pm 6,71$) нисбатан асосий уччала цехларда кўп учраши статистик ишончли ($P < 0,05$).

ЯНСнинг йигириш цехида кўп кузатилиши тараш цехига нисбатан ишонарли ($P < 0,001$). Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари келиб чиқишида турли кимёвий, физикавий омиллар билан бир қаторда организм аъзолари тизимининг турли касалликлари ҳам сабабчи бўлади. Биз текшираётган гуруҳимизда ишчилар умумий касалликлари билан стоматит касалликлари бирга келиши кузатилар экан, катарал стоматитлар бронх касалликларида, ЎГС ва КГС касалликлари, меъда - 12 бармоқ ичак касалликларида, ЯНС эса камқонлик ва меъда - 12 бармоқ ичак касалликларида кўп миқдорда бирга учраши намоён бўлади. Кўриб турганимиздек юқорида айтиб ўтилган стоматит турлари айнан шу йўлдош ва ўтказган касалликларда асосий - бўяш пардозлаш, йигириш, тараш цехларида кузатилган миқдори, назорат гуруҳдаги миқдорий кўрсаткичлардан кўплигини статистик ишонарли натижалар тасдиқлайди ($P < 0,05$).

**БИГИЧБ асосий цехларида ишчилар орасида стоматит турларининг кузатилиш
тавсифлаш (ўртача 100 та текширилганга % миқд)**

Иш муддати	Стоматитлар турлари	Назорат гуруҳи	Бўяш-пардозлаш цехи
		M±m	M±m
1-5 йил	С Қ А С	4,3 ±0,27	14,3 ± 1,67*
	Ўткир ва қайт-чи герпетик	12,3 ±1,27	14,7 ± 1,23
	Катарал	4,4 ±0,36	20,0 ± 1,30*
	Ярали-некротик	-	13,4 ± 1,16
6-10 йил	С Қ А С	9,7 ±1,23	38,4 ± 1,36*
	Ўткир ва қайт-чи герпетик	11,9±1,11	21,3 ± 1,77*
	Катарал	16,5 ±1,35	27,8 ± 1,72*
	Ярали-некротик	-	24,6 ± 1,34
11-15 йил	С Қ А С	12,4 ±1,34	48,2 ± 2,58*
	Ўткир ва қайт-чи герпетик	18,4 ±1,36	29,3 ± 1,97*
	Катарал	14,9 ±1,41	30,3 ± 2,07*
	Ярали-некротик	-	29,9 ± 1,01
16-20 йил	С Қ А С	17,9 ±1,61	47,5 ± 2,75*
	Ўткир ва қайт-чи герпетик	12,3 ±1,26	29,9 ± 1,98*
	Катарал	18,7 ±1,63	46,3 ± 2,17*
	Ярали-некротик	-	32,4 ± 2,18
20 йилдан кўп	С Қ А С	6,2 ±0,98	44,3 ± 2,37*
	Ўткир ва қайт-чи герпетик	10,1 ±1,20	23,8 ± 1,82*
	Катарал	14,5 ±1,35	37,6 ± 2,04*
	Ярали-некротик	-	18,7 ± 1,13
Эриакларда	Ўртача	-	32,2 ± 1,38
Аёлларда	Ўртача	12,7 ±1,17	28,2 ± 0,98*
Умумий		12,3 ±1,17	30,2 ± 1,08*

Изоҳ: * - назорат гуруҳда нисбатан ишончлилиқ

Стоматитларнинг тури йўлдош ва ўтказган касалликлар билан бирга учраши турли цехларда турлича миқдорларда кузатилади. Стоматит турларининг кўп миқдорда учраши аксарият ҳолатларда меъда - 12 бармоқ ичак касалликлари, камқонлик, ринит ва бронх касалликларида кузатилади. Йўлдош ва ўтказган касалликларда стоматитлардан СҚАС бўяш-пардозлаш цехида кўп миқдорда учрайди ($41,3 \pm 2,07\%$). Бу натижа бошқа барча текширилаётган гуруҳлардаги СҚАС миқдоридан кўплигини статистик ишонарли натижа тасдиқлайди ($P < 0,05$).

Катарал стоматитлар назорат гуруҳга нисбатан уччала асосий цехларда кўп миқдорда учраши статистик ишонарли ($P < 0,001$). Асосий цехларда катарал стоматитлар миқдори бир хил ($36,8\%$) миқдорда учрайди. ЎГС ва КГС ларнинг асосий цехларда назорат гуруҳга нисбатан кўплиги статистик ишонарлидир. Айни вақтда бўяш-пардозлаш цехида $39,7 \pm 1,92$ миқдорда ЎГС ва КГС миқдори тараш ва йигириш цехларидаги миқдоридан кўплигини кўрамыз. Йигириш цехида ($29,5\%$) ЎГС ва КГС касалликлари миқдоридан тараш цехидаги миқдор ($33,9\%$) кўплиги статистик ишонарлидир ($P < 0,05$).

ЯНСларнинг ҳам барча асосий цехларда назорат гуруҳга нисбатан кўп ($P < 0,05$). Айни вақтда ЯНС тараш цехида $24,4 \pm 1,36$ миқдори йигириш цехига нисбатан кўп учраши ва бўяш-пардозлаш цехига нисбатан кўплиги кузатилади ($P < 0,05$). Стоматитларнинг умумий миқдорини цехларда тарқалганлигини таҳлил қилсак, асосий цехларнинг барчасида назорат гуруҳга нисбатан кўплиги аён бўлади ($P < 0,001$).

СҚАС билан шикоят қилганларда оғиз бўшлиғи аралаш сўлагиди водород кўрсатгичининг ўзгариши ҳам юқори даражадалиги маълум бўлди. Биз аралаш сўлақдаги рН-водород кўрсатгичини ишдан олдин, иш жараёнида ва ишдан кейинги ўртача кўрсатгичларини солиштирганимизда асосий цехлар орасида бўяш-пардозлаш цехидаги рН муҳитни кислотали томонга силжиши яққол кўзга ташланади. Бунда ишдан кейинги кузатишда бўяш-пардозлаш цехида $1,68 \pm 0,01$, йигириш цехида $1,34 \pm 0,04$, тараш цехида $1,23 \pm 0,04$ ва назорат гуруҳида $0,04 \pm 0,05$ миқдордаги водород кўрсатгичининг кислотали томонга силжишини кўрдик.

СҚАС билан оғриганларнинг сўлагидидаги экмасидаги микробларнинг миқдорий кўрсатгичи назорат гуруҳида 5×10^8 КОЕ/мл, бўяш-пардозлаш цехида ва тараш цехларида 5×10^8 КОЕ/мл микроблар тўплами кузатилади.

СҚАС билан оғриган беморларда азроб микрофлорани аниқлаганимизда (6-жадвал) назорат гуруҳдаги беморлар сўлагиди стафилакокклар, гемолитик стрептококклар, энтерококклар кўп қисми ташкил қилса, асосий цехдаги беморлар экмаси-

БИГИЧБ асосий цехларида ишчилар орасида стоматит турларининг кузатилиши
(ўртача 100 та текширилганга % миқдориди)

Иш ёши	Стоматитлар турлари	Назорат гуруҳи	Бўяш-пардозлаш цехи
		M±m	M±m
20-29 ёш	С Қ А С	10,0 ±1,30	29,7 ± 1,34*
	Ўткир ва қайт-чи герпетик	13,2 ±1,28	18,9 ± 1,51*
	Катарал	7,8 ±1,02	24,0 ± 1,70*
	Ярали-некротик	-	19,7 ± 1,23*
30-39 ёш	С Қ А С	14,8 ±1,32	43,7 ± 2,33*
	Ўткир ва қайт-чи герпетик	17,4 ±1,76	30,7 ± 2,03*
	Катарал	19,3 ±1,97	39,7 ± 2,23*
	Ярали-некротик	-	38,8 ± 2,12
40-49 ёш	С Қ А С	8,7 ±1,03	43,7 ± 2,33*
	Ўткир ва қайт-чи герпетик	14,8 ±1,24	25,6 ± 1,84*
	Катарал	19,3 ±1,97	39,7 ± 2,23*
	Ярали-некротик	-	34,0 ± 2,40
50-59 ёш	С Қ А С	6,8 ±0,91	37,3 ± 2,47*
	Ўткир ва қайт-чи герпетик	6,6 ±0,84	20,0 ± 1,50*
	Катарал	8,8 ±1,12	33,4 ± 2,06*
	Ярали-некротик	-	20,7 ± 1,33

Изоҳ: * - назорат гуруҳга нисбатан ишончлилиқ

да эса нессериялар, кандидалар, грамм “+” таёқчалар ва бош-қа турдаги микроорганизмлар кўп учраши кўринади. Анаэроб микроблардан назорат гуруҳ беморларида актиномицетлар, *Str.mutans*, *Str. mitis* кўп миқдорда учраса, асосий цехларда бактериоидлар ва бошқа турдаги микроблар кўп миқдорда учради.

Айни вақтда асосий цехларда СҚАС билан оғриганлар экмасидаги микроорганизмлар миқдори, назорат гуруҳ кўрсаткичларидан бир қанча юқорилигини санаб ўтишимиз керак. Шунингдек, СҚАС билан оғриганларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати тўқималарининг маҳаллий иммунологик ҳолатини, сўлакдаги лизоцим фаоллиги назорат гуруҳда $20,1 \pm 0,28$ гача тушиб кетиши кузатилса, бўяш-пардозлаш цехида $14,2 \pm 0,028$ гача фагацитар фаоллиги ўзгаради. Айни вақтда фагоцитлар кўрсаткичлари ва фагоцитлар сонининг ҳам камайиб кетиши СҚАС касаллигида турли гуруҳларда турлича бўлишини кўрсатмоқда.

Сўлакдаги IgG ва IgA иммунитет звеносини гуморал кўрсаткичи СҚАС ларда ошиб кетиши турли цехларда ҳар хил даражада бўлишининг ҳам гувоҳи бўламиз. Айниқса, иммуноглобулин G ва A кўрсаткичларининг касаллик вақтида ошиб кетиши асосий цехларда назорат гуруҳга нисбатан юқорилиги кўринади. Бу билан бирга IgA кўрсаткичи концентрациясининг меъёридан тушиб кетиши СҚАС касаллигининг ўзида, турли цехларда ҳар хил миқдорда ўзгариши кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларини таҳлил қилишимиздан шундай хулосага келдикки, цехларда турли зарарли омиллар - физикавий, кимёвий, микробиологик ва табиий толлари чанглар мавжуд бўлиб, уларнинг ишчилар оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати тўқимасига бевосита зарарли таъсири бор экан.

М.В.Бекматовнинг узоқ йиллар давомида минерал ўғитлар ишлаб чиқариш корхоналари ишчилари орасида олиб борган илмий изланишлари жараёнида аниқланган оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари б-жадвалда кўрсатилган. Ушбу жадвалдаги натижаларни таҳлил қиладиган бўлсак, айни минерал ўғитлар ишлаб чиқариш корхоналари цехларидаги мавжуд ноқулай санитар-гигиеник омиллар ҳам оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларини келтириб чиқарувчилари саналади.

Узоқ йиллик илмий изланишларимизнинг натижалари республикамизнинг нефт-кимё корхоналари ишчилари орасида ҳам стоматологик касалликларнинг юқори миқдорларда кузатилишини 7-8-9-10-11-12- жадваллардан кўриш мумкин.

**Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг минерал ўғитлар
ишчиларида кузатилиши**

текши- риш ўтка- зилган Йиллар	Оғиз бўшлиғи шиллик қобик қават кас.		Стоматит				тил касалликлари		ҳейлитлар	
	корхоналар	тек Сони	ҳолат		памли %		абс Сони	M±m	абс Сони	M±m
			абс. Сони	M±m	ката- рал	бошқа гури				
1972 й.	Чирчиқ кимё заводи	610	149	24,4+1,7	73,2+3,6	26,8+3,6	127	20,8+1,6	104	17,0+
	Қўқон суперфос- фат заводи	330	41	12,4+1,8	63,4+2,6	36,6+2,6	58	17,6+2,1	51	15,5+
	Олмалиқ кимё заводи	430	38	8,8+1,4	57,9+8,0	42,1+8,0	53	12,3+1,6	56	13,0+
1977 й.	Чирчиқ кимё заводи	400	79	19,8+2,0	74,7+4,9	25,3+4,9	74	18,5+1,9	67	16,8+
	Қўқон суперфос- фат заводи	300	38	12,7+1,9	60,5+2,8	39,5+2,8	47	15,7+2,1	47	15,7+
	Олмалиқ кимё заводи	340	38	11,9+1,7	52,6+8,1	47,4+8,1	47	13,8+1,9	35	10,3+
1988 й.	Чирчиқ кимё заводи	440	64	14,6+1,7	68,8+5,8	32,2+5,8	73	16,6+1,8	65	14,8+
	Қўқон суперфос- фат заводи	305	34	11,2+1,8	61,8+2,8	38,2+2,8	38	12,5+1,9	39	12,8+
	Олмалиқ кимё заводи	400	42	10,5+1,5	64,3+7,4	35,7+7,4	48	12,0+1,6	43	10,8+

**Ўзбекистондаги қатор қимёвий ишлаб чиқариш корхоналаридаги ишчилар
микроэлементлар таркиби**

Микро- элементлар		ФКФБЗ			ФКТЗ		
		Эмаль	Дентин	цемент	эмаль	дентин	цемент
Серебро	1	0,004-2,2	0,005-0,56	0,27-0,008	0,004-2,2	0,005-0,56	0,27-0,00
	2	-	0,65+0,34	27+0,69	1,45+0,22	-	0,51+0,03
Кальций	1	25,0-28,2	36-37,4	26-0,91	25-28,2	36-37,4	26-0,91
	2	33,0+0,05	27,0+1,5	0,17+0,021	29,5+1,3	4,53+0,96	2,99+0,6
Кобальт	1	0,006-1,1	0,04-0,13	0,24-0,91	0,006-1,1	0,04-0,13	0,24-0,9
	2	0,43+0,05	0,09+0,008	2,6+0,14	0,04+0,01	0,1+0,01	0,07+0,00
Хром	1	0,005-2,0	0,005-3,2	<0,1	0,005-2,0	0,005-3,2	<0,1
	2	-	4,1+0,63	48+1,1	-	-	-
Железо	1	32,0-110	-	0,001-101	32-110	-	0,001-10
	2	63,0+0,34	5,6+2,08	1,3+0,19	4,4+3,38	-	-
Ртуть	1	-	0,11-3,2	<0,01	-	0,11-3,2	<0,01
	2	0,97+0,23	1,7+0,46	40,7+1,7	-	-	-
Никель	1	1,35	-	-	1,35	-	-
	2	-	-	0,044+0,008	-	-	-
Скандий	1	-	-	0,02+0,001	-	-	0,02+0,00
	2	0,04+0,002	0,07+0,014	23,5+5,0	0,014	0,02+0,005	0,009+0,00
Цинк	1	173-250	200-366	920-240	173-250	200-366	920-240
	2	134+17,5	3700+115	0,32+0,08	5361±261,5	5173+0,005	2351+490
Золото	1	0,04-0,08	<0,11	-	0,07-0,08	<0,11	-
	2	-	1,3+0,14	-	0,215+0,01	0,059+0,01	-
Сурьма	1	0,7	0,078-0,96	<0,1	0,7	0,078-0,96	<0,1
	2	-	-	-	-	0,7+0,01	0,028+0,0

ФНҚИЗ, ФКТЗ, ФКФБЗ ишчиларида иш муддати, ёши, жинсига бориқ ҳолати

Категория, иш муддати ёши ва жинси	Ҳис. ишчилар	2019 й.			2020 й.					
		Суратлаш кўрсаткичи %	Ҳис. ораманлар барбар	Ишчилар суратлаш кўрсаткичи	Принтс амалиёти	Ҳис. ишчилар	Суратлаш кўрсаткичи %	Ҳис. ораманлар барбар	Ишчилар суратлаш кўрсаткичи	Принтс амалиёти
1-5 йил	93	51 54,83±5,2	11 11,82±3,3	11 33,33±4,5	5 5,37±2,3	105	47 44,76±4,7	38 36,19±3,2	20 19,04±3,8	7 6,66±2,4
6-10 йил	145	63 43,44±4,3	30 20,68±3,4	32 35,86±3,9	19 13,10±2,8*	173	43 24,83±3,3*	46 26,58±3,4*	84 48,55±3,8*	15 8,67±2,14
11-15 йил	375	59 15,86±4,9*	135 36,29±2,5*	178 47,84±2,6*	57 15,32±1,8*	173	15 8,67±2,14*	52 30,05±3,7*	106 61,27±3,7*	23 13,29±2,6*
16 ва кўра	100	5 5,0±2,2*	47 47,0±4,9*	48 48,0±4,9*	28 28,0±4,5*	32	3 9,37±3,0*	13 40,62±8,7	16 50±8,7*	9 28,12±7,9*
30-34 йил	93	63 67,74±4,8	11 11,82±3,3	19 20,43±4,2	7 7,52±2,7	49	26 53,06±7,2	12 24,48±6,14	11 22,48±5,9	4 8,16±3,9
35-39 ёш	121	61 50,41±4,6	15 12,39±3,1	45 37,19±4,4**	14 11,57±2,9	97	30 31,54±6,1	26 26,80±4,5	21 21,64±4,2	9 9,27±2,9
30-34 ёш	78	34 43,58±3,6**	9 11,53±3,6	33 44,87±5,6**	28 35,89±3,4**	80	19 23,74±3,8**	22 27,5±4,9	39 48,75±5,6**	12 15,0±3,99**
35-44 ёш	243	20 8,23±1,76*	108 44,44±3,2**	115 47,32±3,2**	43 17,69±2,5**	193	12 6,21±1,7**	71 36,78±3,48**	110 56,99±3,6**	19 9,84±2,14
45 ва кўра	173	-	80 45,71±3,8**	95 54,28±3,8**	17 9,71±2,34	64	1 1,56±1,5**	18 28,12±3,6	43 70,31±5,7**	10 15,62±4,5**
Эркак	493	119 24,04±1,92	146 29,49±2,1	230 46,46±2,2	66 13,33±1,3	326	72 22,08±2,3	116 35,58±2,7	138 42,33±2,4	30 9,20±1,6
Аёл	215	99 27,44±3,1	77 35,81±3,	79 36,74±3,3	43 20,0±2,7	157	35 22,92±3,4	35 22,29±3,3	86 54,77±3,9	34 15,28±2,9
Эркак	710	178 25,0±1,6	223 31,40±1,7	109 43,52±1,9	109 15,33±1,35	483	108 22,36±1,9	149 30,84±2,1	226 46,79±2,3	54 11,18±1,43

ФНҚИЗ, ФКТЗ, ФКФБЗ ишчиларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг 1 (M+m).

№	Туғ	Яш	ФНҚИЗ					ФКТЗ					ФКФБЗ	
			М	м	М	м	М	м	М	м	М	м	М	м
1-10 Ян	81	31.11.47	17.07-3.00	1.27-2.33	1.01	4.71-2.00	6.70-3.00	6.00-5.04	10.70-3.3	21	4.00-1.02	5.07-1.30		
1-10 Ян	100	02.11.54	12.70-9.00	10.20-9.07	8.20-6.00	10.00-9.07	10.00-9.07	10.00-9.07	10.00-9.07	1.70-0.30	6.11	3.27-1.30	4.00-1.71	
11-10 Ян	111	02.11.54	10.20-1.00	10.20-11.70	10.0-0.00	10.10-9.4	11.71-9.00	10.00-9.07	1	0.00-1.00	1.00-0.30	11.10-9.12		
17 ок. Ян	100	02.07	7.0-3.00	10.00-0.00	17.00-1.70	0.20-1.17	0.00	10.00-9.07	10.00-9.07	0.20-0.70	2.00	10.00-0.70	1.00-1.00	
08-10 Ян	100	01.7	0.07-0.00	0.07-1.0	0.07-1.00		0.07-0.07	0.00-0.00		0.00	0.00-0.00	0.00-1.00		
10-10 Ян	101	00.01.4	0.70-2.12	11.27-9.01	1.00-0.20	0.00-0.00	0.00-1.00	10.00-9.07	7.01-0.17	0.1	0.00-0.11	7.00-2.30		
00-01 Ян	100	00.01.04	0.00	11.00-0.00	0.00-1.17		0.00	10.00-9.07	10.00-9.07	0.00	0.00-0.00	0.00-0.00		
00-01 Ян	100	00.01.04	0.00-1.00	10.00-9.00	0.00-1.00	0.00-1.00	0.00-1.00	10.00-9.07	10.00-9.07	0.00-1.14	0.71	0.00-0.0	10.70-0.1	
01 ок. Ян	111	01.00	0.0-1.00	10.71-0.00	10.71-0.00	0.00-1.00	0.00-1.00	17.10-9.71	11.00-0.1	0.10-0.17	1.00	1.00-1.00	0.00-1.00	
Янв	01	0.01	0.00-0.00	10.00-1.00	10.00-1.00	1.00-0.14	0.01	11.00-1.1	0.00-1.00	1.00-0.00	0.1	1.70-1.10	0.00-0.01	
Янв	001	00.00	14.07-0.0	0.00-0.0	0.00-1.00	0.00-1.00	0.00-1.00	10.00-9.07	10.00-9.07	0.00	10.00-0.00	10.00-0.0		
Янв	100	00.00	1.00-1.0	10.00-1.00	10.00-1.00	1.00-0.00	0.01	0.00-1.00	10.70-0.1	1.00-0.00	0.71-0.0	1.70-0.0	1.70-0.00	

ФНҚИЗ, ФКТЗ, ФКФБЗ ишчиларида пародонт касаллиги клиник кечиши бўйича тардал

Ишчиб чиқарилган иш мулкати	Умумий сони	ФКФБЗ			Умумий сони	ФКТЗ		
		улардан (М±m)				улардан (М±m)		
ёши ва инсон	100% халат	Гингивит	Пародонтит	пародонтоз	100% халат	гингивит	пародонтит	пародонтоз
1-5 ёш	74 100	36 48,64±5,81	24 32,43±5,44	14 18,91±4,6	68 100	26 29,54±4,6	51 57,65±5,3	11 12,5±3,5
6-10 ёш	142 100	61 42,95±4,16	61 42,95±4,2*	20 14,08±2,9	169 100	52 30,76±3,6	67 57,39±3,8	20 11,83±2,5
11-15 ёш	353 100	98 28,04±2,4*	184 52,12±2,7*	70 19,83±2,12	171 100	59 34,50±3,64	90 52,63±3,14	23 12,86±2,6
16 ва ун. катари	95 100	14 14,73±6,63*	55 57,89±5,1*	26 27,36±4,6*	31 100	5 16,12±6,6*	18 58,06±8,9	8 25,80±7,9
20-24 ёш	62 100	32 51,61±6,34	21 33,87±6,01	9 14,51±4,5	37 100	13 35,13±7,8	18 48,64±8,2	6 16,22±9,9
25-29 ёш	117 100	66 47,00±4,63	39 33,33±4,4	23 19,66±3,7	90 100	34 37,77±5,4	44 48,88±5,3	13 13,33±3,6
30-34 ёш	75 100	26 34,66±5,5**	33 44,0±5,7**	16 21,33±4,7	80 100	35 43,75±5,54**	35 43,75±5,5	10 12,5±3,7
35-44 ёш	243 100	66 26,74±2,8**	166 64,19±3,1**	22 9,05±1,8**	189 100	47 24,86±3,15**	122 64,55±3,5**	20 10,58±2,24
45 ва ун. катари	165 100	30 18,18±3,01**	75 45,45±3,88**	60 36,36±3,8**	63 100	13 20,63±5,06**	37 58,73±6,2**	13 20,63±5,1
Эркак	468 100	122 26,06±2,03	259 55,34±2,3	87 18,58±1,8	318 100	90 28,30±2,83	177 55,66±2,79	61 16,03±2,06
Аёл	193 100	66 44,04±3,6	65 33,67±3,4	48 22,27±2,8	141 100	52 36,87±4,07	79 56,02±4,2	10 7,09±2,16
Ўртача	661 100	307 31,31±1,76	324 49,01±1,94	130 19,66±1,54	460 100	143 30,86±2,08	366 13,47±1,53	62 13,47±1,53

ФНҚИЗ, ФКТ, ФКФБЗ ишчиларда оғиз бўшлуги шиллик қавати

Кирма ОВШҚ масаллари сурати	Диагностика	ФКФБЗ (710 ишчи)				ФКТЗ (483 ишчи)			
		Халқат		Ҳақиқат		Халқат		Ҳақиқат	
		сон	%	сон	%	сон	%	сон	%
Дабонг Сурушма бронхит	ай қимат қилгани			28	39,44			12	24,89
	Ҳақиқат	55	100	12	31,58	43	100	3	6,98
	оғиз бўшлуги қавати	31,40		3	7,50	22,99		2	4,14
	оғизнинг ёнқира								
	қилгани								
Хейлганг	Ҳақиқат			20	28,17			10	20,83
	оғиз тилига тая	97	100	17	23,94	49	100	10	20,41
	ай қимат қилгани	37,74				21,55			
	Ҳақиқат								
	оғиз								
абиотлашма	оғиз бўшлуги қавати			5	6,17			1	2,08
	оғизнинг ёнқира	91	100	40	43,96	83	100	20	24,10
	Ҳақиқат	31,81		3	6,17	21,88		1	2,08
	Ҳақиқат			12	15,38			12	14,45
	оғиз тилига тая			7	7,59			4	4,82
Тыш масаллари оғиз сурати	Ҳақиқат			3	4,23			1	2,08
	Ҳақиқат	18	100	7	18,75	9	100	4	44,44
	Дабонг	6,22				4,41			
	оғиз бўшлуги қавати								
	оғизнинг ёнқира								
Оғиз бўшлуги қавати ва абиотлашма	Салқисма			1	10,0			1	10,0
	Ҳақиқат								
	ай қимат қилгани			1	10,0			1	10,0
	Ҳақиқат								
	оғиз бўшлуги қавати	8	100	2	25,0	13	100	3	23,08
Умумий статистика маълумот	оғизнинг ёнқира	3,11				6,95			
	Салқисма								
	Ҳақиқат								
	Ҳақиқат								
	оғиз тилига тая			2	27,5			1	12,5
Умумий	207	100			187	100			

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСБ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УМУМИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Барча касбий касалликларнинг профилактикаси учта асосий йўналиш: санитар-техник, санитар-гигиеник ва шахсий профилактика асосида олиб борилади. Стоматологик амалиётда касбий касалликларнинг олдини олишнинг яна бир муҳим йўналиши - вақти-вақти билан беморларни санациялаб туришдир.

Санитар-техник тадбирларда технологик жараёнларни мукамаллаштириш натижасида ишчиларни ноқулай омиллар ёки ноқулай меҳнат шароити билан алоқасини камайтиришга эришиш; ишлаб чиқаришни автоматлаштириш, технологик жараённи герметизациялаш, заводларни қайта қуриш, таъмирлаш кабиларга эришиш зарур.

Санитар-гигиеник тадбирларга чанг ва ифлосланишга қарши қўшимча чораларни, ишончли воситаларни қўллаш, ишчи ўринларини намли тозалаш, етарлича ёритиш, гигиеник омиллардан фойдаланиб, цехларни обод қилиш кабилар киреди.

Шахсий профилактика воситалари сифатида турли хил оғизни ҳимояловчи мосламалардан фойдаланиш, ишлаб чиқаришдаги турли зарарли омилларнинг организмга тушиши олдини олиш кабилар, противогаз, респиратор, докали маскалардан фойдаланишни тўғри ташкил қилишдир. Кислоталар билан алоқада бўладиган ишчиларда, доимо ишдан кейин 2%ли гидрокарбонат натрий билан оғизни чайқашини таъминлаш керак. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қобиқ қаватига ишқор буглари таъсири бор корхоналарда ҳар 1-2- соатда ярим кислотали ичимлик суви билан оғизни чайқаш зарур.



1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги касбга оид касалликларнинг этиологияси, учраши ва турлари.
2. Касбий стигмаларнинг асосий турлари ва белгилари.
3. Касбий стоматитлар, хейлитлар ва уларнинг турлари.
4. Оғир металл тузлари билан заҳарланганда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг жароҳатланиши.
5. Республикамиз ҳудудидаги корхоналарда кузатиладиган касбий стоматологик тавсифли касалликлар ва янги илмий изланишлар.
6. Касбий стоматологик касалликларни ўрганиш, даволаш, олдини олишнинг замонавийлиги.

Йигирма учинчи боб

Мавзу: ОФИЗ БЎШЛИФИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ФИЗИО ВА ФИТОТЕРАПИЯСИ

Таълимий мақсад: Талаба ўқиш жараёнида; физио ва фитотерапия даволаш усулларини билиши, қайси касалларда ишлатилиши ҳақида маълумотларга эга бўлиши, физиотерапияда ишлатиладиган ускуналар, яъни стоматология амалиётида ишлатиладиган физиотерапевтик ускуналарни, уларнинг маркази ва ишлатилиш мақсадини билиши лозим. Физиотерапияда ишлатиладиган аппарат ва ускуналарни жойлаштиришни, фойдаланишни, ташкил қилишни билиши, улар ҳақида етарлича маълумотларга эга бўлиши талаб этилади. Стоматология амалиётида халқ таъботининг ўрни, унда суртмаларнинг фойдали томонларини билиши ва беморларга тавсия қилиши, стоматологик касалликлар профилактикасида аҳамиятини билиши талаб этилади.

Машгулотнинг техник таминоти: Расмлар, слайдлар, физиотерапия хонасидаги ускуналар, фитотерапия хоналари.

Мавзунинг асосий саволлари:

1. Стоматологияда физиотерапиянинг аҳамияти нималардан иборат?

2. Стоматологик касалликларда ишлатиладиган физиотерапевтик ва фитотерапевтик муолажалар, уларнинг турлари.

3. Физиотерапиянинг стоматологиядаги афзалликлари нималардан иборат?

4. Стоматология амалиётида физиотерапия ва фитотерапевтик профилактикани ўрни нималардан иборат?

5. Замонавий физиотерапевтик ускуналар ва уларнинг афзалликлари нималардан иборат?

6. Стоматологик амалиётида ишлатиладиган шифобахш ўсимликлар ва уларнинг рецепти.

7. Доривор ўсимликларнинг касалликларга таъсир механизмини тушунтиринг.

Машгулот ўтказиладиган жой: Ўқув хонаси, поликлиника ва физиотерапевтик клиникаларда, оромгоҳларда даволанаётган беморларда.

Талабанинг мустақил иши учун ашёлар: Ўқув адабиётлари, ҳар хил тиббиёт журналлари ва компьютер маълумотлари.

Мавзунинг асосий мазмуни:

Физиотерапевтик ёрдамни ташкил қилиш ва физиотерапевтик ва физиопротектив муолажалар ўтказишда техника хавфсизлиги қоидалари.

Физиотерапевтик хоналар (бўлими) стоматологик шифо-хоналарнинг ер усти қаватларида ташкил қилинади ва жиҳозланади. Стоматологик хона ёки бўлим белгиланган қонда асосида жиҳозланади ва тайёрланади.

Қонунга биноан, электр нур даволаш хоналари учун кенг, ёруғ, қуруқ ва иссиқ $+20^{\circ}\text{C}$ ва 70% гача намликдаги яхши вентиляция қилинадиган хоналар ажратилади. Хоналарнинг бирига тез стоматологик ёрдам курсатиш учун барча қулайликлари бор бормашина ўрнатиш керак. Хона поли ёғочдан, бўялган, паркетли линолиум билан қопланган иситилган бўлиши керак. Агар пол цементли ёки плиткали бўлса, уни ҳам линолиум билан қоплаш керак. Хона деворлари 2 метр баландликда, оч рангли мойли бўёқ билан бўялади.

Хона иссиқ ва совуқ сувли раковина ва қуритиш шкафи билан жиҳозланади. Ерга уланган барча металл предметлар, марказий иситиш батареялари, сув тизими, канализация, газ қувурлари, бемор ва тиббий ходимлар бўйи етмайдиган баландликкача мойли бўёқ билан бўялган ёғоч қоплама билан қопланиши зарур.

Хонанинг умумий майдони жойлаштириладиган апаратура ва қаттиқ инвентар эгаллайдиган жой миқдорига боғлиқ, лекин 35 м^2 дан кам бўлмаган ҳолда белгиланади. Розеткадан аппарат орасигача масофа 2 м дан кўп бўлмаслиги керак. Кўпчилик хоналар учун аппаратларни жойлаштиришнинг кабина тизими мос келади. Баландлиги ва узунлиги 2 метр ва кенглиги 1,6 метр хонага аппаратдан ташқари кушетка, стул ва кийим осгич ўрнатилади. Хонада кабиналардан ташқари рўйхатдан ўтказиш журналлари, муолажа ва электр муолажа соатлари қўйиладиган ҳамшира столи жойлаштирилади.

Сув билан даволаш хоналари алоҳида кириш ва чиқиш жойига эга, физиотерапевтик бўлимнинг бошқа даволаш хоналари билан иситилган йўлак орқали боғланган бўлиши керак. Уларда ҳаво ҳарорати $+25^{\circ}\text{C}$, намлиги 75% дан кўп бўлмаслиги лозим. Барча электр симлари ва бошқарилиш ускуналари намлик ўтмаслиги учун герметик изоляция қилинади. Суюлтирилган газларни (ҳаво, азот, углекислота) қуёш нурлари тушмайдиган, сув иситиш батареяларидан 1 м ва очиқ оловдан 10 метр масофада жойлаштириш мақсадга мувофиқ. Баллонларни тушиб кетишдан эҳтиёт қилиш ва темир илгак билан деворга маҳкамлаш керак.

Парафинозокерит билан даволаш хонасида иссиқ сақловчи масса тайёрлаш учун тортиш шкафи бор хона жиҳозланади. Парафин (озокерит) ни махсус парафиниситгич ёки (сув) тортиш шкафида ёпиқ электр плиткада қайнатиладиган сув ҳаммомида тайёрлашади. О.И. Ефанов ва ҳаммуалифлар (1980)

фикрича, ушбу моддалар осон ёнади, шунинг учун шкаф столи ёнмайдиган материал билан қопланади, хона эса ОУ-2 ўт ўчиргич билан жиҳозланади. Ёниш ҳавфи юқори бўлганлиги сабабли хонада очиқ олов, электр плитка ва электр қайнатгичлар ишлатиш мумкин эмас.

Стоматологик беморларга малакали даражада физиотерапевтик ёрдам кўрсатиш учун хоналар (бўлимлар) қуйидаги замонавий аппарат ва ускуналар билан жиҳозланиши керак: ГР-2, ГЭ-5-03- гальванизация ва электрофорез учун; ПОТОК-1, ЭОМ-1, ЭОМ-3, ОСМ-50 - электроодонтодиагностика; ЭЛОЗ-1, ИНАА-3 - тишларни электро-оғриқсизлантириш учун; СНИМ-1, Тонус-1, Модель-717, диадинамик; Бипулсатор - диадинамотерапия; амплипульс-4 - СМТ даволаш; ЭС-2, ЭС-4 - электруйқу; АСБ-2-1, ФС-100- флюоктуоризация; Искра-1 дорсонваллизация; ДСК-2М - диатермокоагуляция; УВЧ-30, УВЧ-66 - ультраюқоричастотали даволаш; Минитермканалли УВЧ-даволаш; Луч-2 - кичик тўлқинли даволаш; УЗТ-101, УЗТ-102 - ултратовушли даволаш; ИМЦ-3- ултратовуш нурланиши қувватини ўлчаш; ультрастом, ультрадент - тиш карашларини олиш; солмокс, Минин лампани инфрақизил нурланиш; ОН-7, ОКН-11, ОКУФ-5М бифозиметр - ультрабинафша нурланиш; ЛГ-75, УЛФ-01 - лазер нурланиш; АГМС-1 - сув билан даволаш; Полюс-1 - магнит билан даволаш; АМЧ, ВАК - вакуумли даволаш; АФ-3-1; АИР-2, Серпухов-1 - аэроионотерапия. Бундан ташқари парафинситгичлар, сувни карбонат газлари билан тўйинтирувчи АН-9 аппарати, ПЧ-2 - стол муолажа соатлари, гидрофил комплекс прокладкалар, химоя кўзойнаклари, беморларни қабул қилиш учун стоматологик асбоблар, кўргошин қоғозлар, бир ва икки йўлли сим, спиртовка.

Ҳамшира мажбуриятлари - хонада тартиб ўрнатиш, унинг санитария ҳолатини назорат қилиш, физиотерапевтик аппаратуралар ишини, сув таъминоти, иситиш, вентиляцияни текшириб кўриш, зарур дори ва боғлов материаллари ёздириб, қабул қилиб олиш, аппаратурани ва хона жиҳозлари сақлалишига жавоб бериш ва зарур тиббий ҳужжатларни ёзиб боришдир. У беморларни физиотерапевтик муолажалар ўтказиш қоидалари ва хона иш тартиби билан таништиради, врач буюрган муолажаларни ўтказиши, жисмоний таъсир ҳиссиётларидан беморни огоҳ қилади. Муолажа пайтида бемор ҳолатини назорат қилади, беморларга қайта муолажа белгилайди.

Барча замонавий физиотерапевтик аппаратлар ўз электр-ҳавфсизлигига кўра, 2 та синфга бўлинади: 0I ва I синф аппаратлари бино контурига нисбатан ерга уланиши шарт, II синф аппаратлари эса, ерга уланиш талаб қилмайди. Аппара-

тураларни таъмирлаш ва профилактик кўриқдан “Медтехника” корхоналари мутахассислари ёки керакли ҳужжатга эга мутахассислар ҳафтада бир марта амалга оширади ва назорат техник журнаliga баргараф қилинган камчиликлар ва техника хавфсизлиги қоидаларининг бузилиши ҳолатларини ёзиб боради.

Аппаратура меъёрий ва кўп муддат фойдаланиш учун, ҳамшира ҳар иш куни бошида ва охирида ишлаётган аппаратларнинг устидаги чангни нам латга билан артиши керак. Аппаратларнинг ички қисмларидаги чанг профилактик кўриқ пайтида техник чанг юткич билан тозаланади. Аппаратларнинг кам чанг бўлиши учун уларни ишдан ташқари ҳолатда чойшаб ёки махсус ёпқичлар билан ёпиб қўйилади.

Физиотерапевтик хонада (бўлимда) махсус тайёргарлик ўтгани ҳақидаги ҳужжати бор ва техника хавфсизлиги бўйича инструктаж ўтган тиббий ходимлар ишлашига рухсат берилди. Муолажаларни, қоидага кўра, ҳамшира (камдан-кам ҳолатда врач) қўлида врач буюрган муолажалар картаси бўлган ҳолда ўтказди. Фаррошларни муолажа ўтказишига жалб қилиш - кўпол қоидабузарлик ҳисобланади. Муолажа пайтида ҳамшира хонада бўлиб, бемор аҳволини ва аппарат индикатори кўрсаткичларини назорат қилиши ва зарурият бўлганда, тегишли ўзгартиришлар киритиши керак. Муолажа пайтида беморларнинг ўқиши, ухлаши, гаплашиши маън қилинади.

Иш бошладан олдин ҳамшира аппаратуранинг ишлашини, ерга уланганлиги, симларнинг узилмаганлиги, уларнинг изоляциясини текширади. Бузилган аппаратлар, дарз кетган, урилган электродлар ва изоляцияси бузилган симларни ишлатиш мумкин эмас.

Уланган жойларга алоҳида эътибор берилди. Муолажа ўтказилаётган электродларни сурилиб кетмайдиган қилиб мустаҳкамлаш керак. Шунинг учун уларни яхшиси бинтлаш керак. Электродларни фақат электр тармоғидан узилган ҳолда қўйиш, ўзгартириш ва тўғрилаш мумкин.

Аппаратни ишлатишдан олдин барча ўчириб-ёқиш қисмлари дастлабки (нол) ҳолатига келганини текшириш лозим. Аппарат нол кўрсаткичга келганда ўчираилади. Муолажа тугагач, аппарат ёқишига қарама-қарши тартибда ўчирилади ва электродлар бемордан ечилади. Иш вақти тугагач, ҳамшира ёқиш қисмларини, тарқатиш қисмини, сув ва электр тармоқларини ўчиради.

Техника хавфсизлиги қоидаларига риоя қилмай туриб, физиотерапевтик муолажаларни ўтказиши — электрдан шикастланиш, термик ва кимёвий куйиш ҳолатларини келтириб чиқариши мумкин. Хона тиббий ходимлари бундай ҳолларда жароҳат олганларга биринчи ёрдам кўрсатишни билиши ке-

рак. Бунинг учун физиотерапевтик хонада қуйидаги дорилар бўлиши шарт: ампулада глобулин, 0,1% ли адреналин эритмаси, нашатир спирти, камфора, дигален, 10% ли кальций хлорид эритмаси, 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси, кофеин, 2 ва 5 граммли стерил шпришлар игнаси билан. Куйиш ҳолати аниқлангандан сўнг, организмнинг умумий аҳволини текшириш лозим, чунки куйишда кўпинча юрак қон-томир, нафас олиш ва марказий асаб тизимлари томонидан мускулларнинг талвасали қисқариши, цианоз, аритмия, хушдан кетиш каби бузилишлар кузатилади.

Жабрланганларга биринчи ёрдам ток манбаи билан алоқани узиш, кейин эса тез ёрдам бригадаси келгунча тегишли ёрдам кўрсатишдир.

ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАЛАРИДА, ЖУМЛАДАН КИМЁВИЙ КОРХОНАЛАРДАГИ ИШЧИЛАР ОРГАНИЗМИГА ТУРЛИ ХЛОР, ФОСФОРОРГАНИК ПЕСТИЦИДЛАР, КИСЛОТАЛАР ВА НЕФТ МАХСУЛОТЛАРИ ТАЪСИР ҚИЛГАНДА СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛЛАРИ

Ишлаб чиқариш корхоналарида (завод, фабрика, қурилиш ва шахталар) соғлиқни сақлашда стоматологик хизматнинг асосий мезонларини амалиётга тадбиқ этиш - замонавий стоматология фанининг энг катта ютуқларидан бири бўлиб ҳисобланади. Бу соҳада Р.Я. Пеккер (1968, 1977) ва унинг шогирдларининг катта хизматини алоҳида таъкидлаш зарур. Улар томонидан ишлаб чиқариш корхоналари ишчи ва хизматчиларига энг яхши самара берадиган вариант - цех мезонлари бўйича стоматологик ёрдам кўрсатиш йўллари ишлаб чиқилган. Бунинг учун корхоналарда стоматологик участкалар очилади, уларнинг ҳар бирига бир стоматолог (цех стоматологи) биктирилади.

Кўрсатмага биноан, цех стоматологи ишлаб чиқариш хусусиятлари, меҳнат шароити, оғиз бўшлиғи ва тишларнинг касбий касалликларини билиши, ишга янги қабул қилинаётган ходимларни тиббий кўрикдан ўтказишда қатнашиши ва оғиз бўшлиғининг баъзи (айниқса сурункали) касалликларини ишга олиш учун қарши кўрсатма эканлигини ҳисобга олиши ва хизматчилар стоматологик ҳолатини ўрганиш учун даврий профилактик кўрикларда қатнашиши шарт, шунингдек, даволаш тадбирлари режасини тузиши ҳамда касбий стоматологик касалликлари бор беморлар асосий таркибининг диспансеризациясини ташкил қилиши; мурожаатга қараб, тез стоматологик ёрдам кўрсатиши ва режа бўйича санация ўткази-

ци керак. Ишчи ва хизматчилар оғиз бўшлиғи санацияси корхона раҳбарияти билан келишилган ва бош шифокор томонидан тасдиқланган режа асосида олиб борилади. Унда ишчиларнинг мавсумий бандлигини ва жамоатчилик тадбирларининг ўтказилиш муддатларини ва уларнинг стоматологик профилактика жадвали билан бир пайтга тўғри келиб қолмаслигини ҳисобга олиш керак. Цех стоматологи стоматологик беморларнинг меҳнатга вақтинчалик қобилиятсизлигини аниқлаши, сурункали касалликлар (II-III-даражали пародонтоз, ярали гингивостоматитлар, эмалнинг тиш емирилишига олиб келувчи кимёвий некрози ва бошқалар) нинг оғир шакллари билан оғриган беморларни бошқа ишга ўтказиши лозим. Бундан ташқари у тишлар ва оғиз бўшлиғи касалликларининг келиб чиқиши ва ривожланиши сабабларини, шу билан бир қаторда, касбий касалликларни ҳам ўрганиши, бошқа мутахассис-врачлар билан меҳнат гигиенаси ва техника хавфсизлиги тадбирларини ишлаб чиқиши, ишчилар ўртасида стоматологик касалликларнинг бирламчи профилактикаси бўйича санитария-маърифий ишларини олиб бориши керак.

Кўрсатмага биноан, цех врачининг иш кунини қуйидагича тақсимлаш мумкин: 3 соат оғиз бўшлиғи санацияси, санитария-маърифий иши ва цехларда ишлашга; 2 соат мурожаат бўйича қабул қилишга.

Ишни ушбу тарзда ташкил этиш ишчиларни, уларнинг бандлигига қараб қабул қилишга ҳамда оғиз бўшлиғи касбий касалликларини аниқлаш, даволаш ва олдини олишнинг замонавий усулларини кенг қўллашда ёрдам беради.

Цех стоматологик хоналарида касалликни аниқлаш ва даволаш ишлари олиб борилади; бу оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва тишлар касбий касалликларини ўзига хос симптомлар (шиллиқ парданинг қизариши ва шишиши, гипертрофик гингивит, аллергик стоматит, лейкоплакия, эмалнинг кимёвий некрози, патологик емирилиш ва бошқалар) ёрдамида эрта аниқлашни ўз ичига олади.

Ундан ташқари, ушбу хоналарда кариес ва унинг асоратлари, кариессиз касалликлар, тиш карашларининг олдини олиш, энг замонавий комплекс даволаш ва жисмоний усуллар (массаж, сув билан даволаш, дарсонвализация, электрофорез, ультратовуш билан даволаш, ультрабинафина-нурланиш, лазер нури билан даволаш ва бошқалар)ни қўллаб, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва пародонтнинг асоратсиз кўринишлари даволанади ҳамда ортопедик ёрдам кўрсатилади. М.В. Бекметов (1979) тавсиясига биноан цех стоматологик хоналарида оғиз бўшлиғи протезга тайёрланади. Техник ишлар марказлаштирилган тиш тайёрлаш лабораторияларида олиб борилади.

Касбий зарарли цех ишчиларига тиш протезлари касба уюшмаси ёки маъмурият ҳисобидан қилинади. Энг аввал ошқозон-ичак касалликлари, патологик емирилиш, эмалнинг кимёвий некрози, пародонтоз билан касаланган беморларда протез қилинади. Протезни хром-кобальт, кумуш-палладий қуймаси, пластмасса, чинни, олтин қуймаси каби кимёвий таъсирларга чидамли моддалардан тайёрлаш мумкин.

ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАЛАРИ ИШЧИЛАРИ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ТИШ ҚАТТИҚ ТЎҚИМАСИДАГИ КАСБИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Умумий тадбирларга ишчиларни зарарли таъсирлардан, технологик ускуналарни герметизация қилиш йўли билан изоляция этиш, санитария-гигиена шароитларини, энг аввало чанг-тортиш вентиляциясини яхшилаш, ишлаб чиқаришда тегишли технологик жараёни мукамаллаштириш, шикаст ва таъсирларнинг олдини олиш, ушбу касбга яроқлилиқни аниқлаш учун аллергологик синамалар ўтказиш йўли билан олдиндан ва даврий тиббий кўрик ўтказиш: ишчи-хизматчилар ўртасида доимий санитар-маърифий иш (суҳбатлар, маърузалар, диафильм ва кинофильмлар намойиши, санитар бюлетени, плакатлар, кўргазмалар, эслатма, варақалар, радиоэшитиришлар, услубий тавсиялар) олиб бориш зарур.

Маҳаллий профилактик стоматологик тадбирлар кимёвий моддаларнинг оғиз бўшлиғи, нафас йўллари ва терига тушишининг олдини олувчи индивидуал ҳимоя воситалари (масхус кийим, ҳимоя кўзойнаги, маскалар, противогоз, респиратор, қўлқоп) ни қўллай олиш, яъни ушбу контингентда кузатиладиган оғиз бўшлиғи кислота муҳитини тозалаш ва нейтраллаш учун уни доимо ишқор эритмалар билан чайиб туриш; гигиеник индексни аниқлаш ва оғиз бўшлиғи гигиенасининг рационал усулларини ўргатиш, оғиз бўшлиғи даврий санациясини ва диспансер кўрикларини ўтказишни ўз ичига олади.

Ишлаб чиқариш корхоналарида ишловчиларга профилактик стоматологик ёрдам кўрсатишнинг муҳим босқичларидан бири - физиопротектив тадбирлардир (умумий ва маҳаллий). Уларни ўтказишда асосан инсон организмида касбий-зарарли омилларнинг умумрезорбтив ва маҳаллий алоқаси (оғиз бўшлиғида) салбий таъсири ётган касбий стоматологик касалликлар генези ҳисобга олинади, яъни, умумий тадбирлардан: организмни табиий омиллар (қуёш, сув, ҳаво) ёрдамида юқорида ёзилган усулда даврий чиниқтиришни алоҳида ай-

тиб ўтиш керак. Маҳаллий тадбирлар оғиз бўшлиғи тўқималарининг касбий-зарарли омиллар салбий таъсирига қаршиликни кучайтирувчи ҳисобланиб, унга муолажалар: ультрабинафша нурланиш, лазер билан даволаш, ўз-ўзини массаж қилиш, сув билан массаж қилиш, дарсонвализация, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ пардасини электрофорез қилиш ва бошқалар кирди.

Ультрабинафша нурланиш, айниқса, қуёш радиацияси етишмовчилиги кескин сезиладиган шахталар ишчилари учун кўрсатилади. Ишлаб чиқариш корхоналарига инсоляция етишмаганда, электр ёритма тизимига ультрабинафша нурларнинг сунъий манбалари, хусусан ЛЭ-30 лампалари киритилади. Лампалар сони хона майдонига боғлиқ.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ пардаси ва милкларни маҳаллий ультрабинафша нурлантириш 1/3 биодозадан, ҳар кейинги муолажада 1/3 биодоза қўшилган ҳолда олиб борилади. Профилактик нурлантириш курси охирида унинг давомийлигини 2-3 биодозагача олиб борилади. Йилда 2 марта нурланиш курси олинади, қиш-баҳор ойларида табиий қуёш нурлари етишмаганда ўтказиш айниқса фойдали.

Маҳаллий физиотерапевтик тадбирлар комплексида тармоқли сув билан массаж қилиш муҳим ўрин тутди. Маҳаллий қаршилик ошиши туфайли улар томирларда суюқлик айланиши секинлашишининг олдини олади, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ пардаси алмашининг жараёнларининг тезлашувига ёрдам беради. Ушбу муолажаларни, иложи борича, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасини санация қилгандан кейин, доимий 5-10 дақиқа давомида бажариш лозим.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватининг маҳаллий профилактик дарсонвализация ва электрофорези (айниқса, аскорбин кислота билан) маълум бўлган усулда ИСКРА-1, ГР-2 аппаратлари ёрдамида 10-20 дақиқа давомида, профилактик муолажалар сони 10-15 сеанс миқдорида ўтказилади.

Ўзбекистонда асосан пахта етиштирилади. Пахтани етиштириш ҳосил миқдорини кўпайтириш, комплекс механизация ва ўсимликларни ҳимоя қиладиган турли хил кимёвий моддалар - қўллашга тўғри келади. Организмнинг турли тизим ва аъзоларига пестицидларнинг зарарли таъсири жуда чуқур ўрганилган. Лекин пестицидларнинг оғиз бўшлиғи тўқималари ва аъзоларига зарарли таъсири яқиндан ўрганила бошланди (У.Ж. Жуматов, 1982).

Кўпчилик текширишлар натижаси асосида биз пестицидлар салбий таъсири ортида келиб чиқадиган стоматологик касалликлар ва таъм билиш анализаторлари фаолиятининг бузилишини барвақт ташхислашни, даволаш ва профилактика

сига қаратилган бир қатор амалий тавсияларни соғлиқни сақлаш амалиётига киритдик (У.Ж. Жуматов, 1982).

Пахтачиликда пестицидлар билан ишлайдиган одамлар оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ҳолати ўрганилганда, уларнинг касаллигиши (кариес, понасимон нуқсон, патологик емирилиш, гингивит, пародонтит, пародонтоз, стоматитлар, хейлитлар) анализаторлари функционал ҳолати бузилганлиги аниқланган.

Пестицидлар билан ишловчиларда ушбу касаллик ва таъм билиш анализаторлари фаолияти бузилишларини аниқлаш қийин эмас ва стоматологияда қўлланиладиган оддий умум-клиник усулларда амалга оширилади.

Пестицидлар оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг специфик касалликларни келтириб чиқармаслиги сабабли, касалликни касб билан боғлиқлигини аниқлашда қийинчилик туғдиради. Шунинг учун стоматолог биринчи галда анамнезни ўрганиши ва беморнинг иш шароити билан танишиши керак. Бунда оғиз бўшлиғи касаллиги ва таъм билиш анализатори фаолиятининг бузилиши вақтини аниқлаш, пестицидлар билан ишлай бошлагандан қанча вақт ўтгандан сўнг пайдо бўлганини суриштириш лозим.

Пестицид таъсири билан боғлиқ касалликни таъхислаш учун унинг йилнинг қайси фаслида бошланганини, ишдан узилиш пайтида давом этганми-йўқми, олдинги ишга қайтгандан қанча вақт ўтгандан рецедив бўлганини аниқлаш лозим.

Пестицидлар билан алоқада бўлмаган даврда ялғиланининг йўқолиши ва даволаш натижасида оғиз бўшлиғи ҳолатининг тез яхшиланишини, касалликни бажарилаётган иши билан боғлиқ деб ҳисоблашга асос бўлади. Касалликнинг касб билан боғлиқлигини аниқлашда объектив ҳолатлар катта аҳамиятга эга: назорат остидаги гуруҳда ҳам пестицидлар билан ишловчиларда оғиз бўшлиғи аъзолари касалликларининг тез-тез учраши, аниқланган касалликнинг иш стажи билан боғлиқлигидаги асослардаги фарқ кузатилган.

Оғиз бўшлиғи ва таъм билиш анализаторлари касалликларини барвақт аниқлаш учун клиник текширишлар маълум усулларда олиб бориладиган функционал текшириш усуллари билан тўлдириш лозим (Шиллер-Писарев, Мак-Клор ва Олдрич, Парма, Кетчке, Кулаженко синамалари оғиз бўшлиғи тўқималарида кислороднинг полярографик қаршилигини аниқлаш, таъм билиш анализаторларининг фаолиятини текшириш, пестицидлар билан тери-аппликацион синама ёрдамида аллергик табиатини аниқлаш ва бошқалар).

Пестицидлар билан ишловчиларда стоматологик касалликларнинг турли-туманлигини инобатга олиб, даволаш комплекс - энг аввал пестицидларнинг умумтоксик таъсирини йўқотиш,

марказий асаб тизими функционал ҳолатини меъёрлаштириш, ҳамда дисенсibiliзация ва организм иммунологик фаоллигини ошириш, оғиз бўшлиғи тўқималарининг нерв элементлари ва марказий асаб тизимида алмашиниш жараёнларини фаоллаштиришга қаратилган бўлиши лозим.

Беморларга витаминлар, глюкоза, кальций, бром дори воситалари, транквилизаторлар, биоген стимуляторлар, сугли-ўсимлик диетаси ҳамда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасига қуйидаги схема бўйича маҳаллий таъсир буюрилади: оғиз бўшлиғини санация қилиш; уни кунига 2-3 марта енгил ишқорий эритмалар (2% ли гидрокарбонат натрий эритмаси) билан чайиб туриш. Ушбу муолажа оғиз бўшлиғидан шиллиқлар, овқат қолдиқларининг чиқиб кетишига, сода эса кўпчилик пестицидларни зарарсизлантиришга сабаб бўлади; оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва пародонт касалликларини физиотерапевтик усуллар (УВЧ-даволаш, дарсонвализация, В1, С, 5-10% ли хлорид эритмаси ва кальций глицерофосфатлар билан дори-дармонли электрофорез, кислород билан тўйинган минерал сувлар билан гидромассаж) билан даволаш.

Бизнинг изланишларимизга кўра, кислород инъекциялари ва коктейллар пародонт касалликларини жарроҳлик ва ортопедик усулларда даволаш (кўрсатмага биноан) жуда яхши натижа беради.

Клиник ва экспериментал текширувлар натижасида олинган материаллар оғиз бўшлиғи аъзолари касалликлари ва таъм билиш анализаторлари бузилишлари пестицидларнинг маҳаллий ва умум-токсик таъсири остида келиб чиқади, деб хулоса чиқаришга асос бўлади. Шунинг учун гигиенистлар томонидан ишлаб чиқарилган ва пестицидлар билан заҳарланишнинг олдини олишга қаратилган тадбирларнинг кенг тизими оғиз бўшлиғи аъзолари касалликларининг кескин камайишига сабаб бўлади.

Ушбу муаммо адабиётда кенг ёритилганини инобатга олиб, фақат, профилактиканинг индивидуал чораларига тўхталиб ўтамиз.

Пестицидлар билан ишловчиларнинг даврий ва олдиндан тиббий кўриқдан ўтказувчи тиббий ҳаёт тарзида албаттда стоматолог бўлиши керак. Даврий тиббий кўриқ ўтказишда организмга пестицидлар салбий таъсирининг эрта белгиларидан бири бўлиб саналган таъм билиш анализаторлари фаолиятига алоҳида эътибор бериш зарур. Пародонт касаллигининг яққол белгилари, сурункали, тез-тез қайталанадиган афтоз, ярали некротик стоматити, лейкоплакияси, лабларнинг сурункали ёрилиши ва таъм билишининг чуқур ўзгаришлари бор кишиларни пестицидлар қўлланадиган ишларга жалб қилиш чегараланган. Ишловчилар оғиз бўшлиғини тўғри парвариш қили-

ши керак. Оғиз бўшлиғининг санацяиси йилига 2 марта ўтказилади. Қишлоқ врачлик пунктида, фельдшерлик-акушерлик пунктларида ва дала шийпонларида оғиз бўшлиғини 2-3 марта чайиб туриш учун 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси солинган махсус идиш ёки фавворача ташкил қилиш лозим. Оғиз бўшлиғини индивидуал ҳимоя воситалари (чангга қарши респиратор ва универсал противогазлар) билан таъминлаш ва уларни ишлатишда назоратни кучайтириш керак.

Пестицидларни бутун организм ва хусусан оғиз бўшлиғи аъзоларига таъсирининг олдини олишда доимий санитар-маърифий ишлари (сухбатлар, маърузалар, варақалар, санитар-бюллетень, деворий газета, саволлар ва жавоблар тахтаси, эслатмалар, услубий тавсияномалар, плакатлар, фотокўргазмалар, диафильмлар, видеофильмлар ва бошққалар) нинг аҳамияти жуда катта.

Организмни табиий ва сунъий соғломлаштурувчи омиллар ёрдамида умумий чиниқтириш, меҳнат ва дам олиш тартибига қатъий риоя қилиш кабиларни ўз ичига олган физиопротифлактик муолажаларни ўтказиш пестицидлар билан ишловчиларда стоматологик касалликларнинг олдини олувчи тадбирларнинг таркибий қисми бўлиб ҳисобланади. Меҳнат таътили даврида пестицидлар таъсири ҳисобга олинмайди. Соғломлаштириш тадбирлари комплексига табиат билан яқинликсатта аҳамият касб этувчи ва тартибга риоя қилиш, тўлақонли овқатланиш, умумий ва даволаш жисмоний тарбияси билан уйғунлашган физиотерапевтик ва сувли даволаш муолажалари; эрталабки гигиеник ва ритмик гимнастика билан мунтазам шуғулланиш ва баданни нам латта билан артиш, пестицидларнинг салбий таъсирига оғиз бўшлиғи тўқималарининг чидамлилигини оширувчи маҳаллий (оғиз бўшлиғида) жисмоний омиллар (ультрабинафша нурлари, ўз-ўзини ҳамда сув билан массаж қилиш, дарсонвализация, электрофорез, айниқса, аскорбин кислотаси билан) нинг мунтазам таъсири билан тўлдирилган табиатга яқинлик катта аҳамият касб этувчи соғломлаштириш тадбирлари комплексига эга бўлган санаторий, пансионат ва дам олиш уйларида ҳордиқ чиқариш мақсадга мувофиқдир.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ТИШЛАРНИ ПРОТЕЗЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ

Тиш протезлари муҳим даволовчи профилактик аҳамият касб этади: тиш қаторлари нуқсонларида чайнов аппарати шаклини тиклайди, сақланиб қолган табиий тишларни стабилизациялайди, артикуляцион мувозанат ҳосил қилади. Тиш про-

тезларидан фойдаланиш нутқнинг тикланиши ва тиш қаторлараридаги эстетик нуқсоннинг бартараф этилиши туфайли беморларнинг психоэмоционал ҳолатига ижобий таъсир кўрсатади, чайнов жараёнининг тикланиши эса ошқозон-ичак тизимидаги сурункали касалликларнинг қайталамаслиги учун муҳим профилактик тадбир ҳисобланади.

Бироқ, тиш протезлашдаги алоҳида баъзи натижалар шуни кўрсатадики, баъзи беморларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ва тилида патологик ўзгаришлар яллиғланиш табиатига эга бўлган турли сурункали касалликларнинг қайталаниши кузатилади.

Ортопедик стоматология клиникасида ОБШҚ ва тилдаги касалликлари бўлган беморлар протезлаш мақсадида мутахассисга кўп учрайди. Беморларда модда алмашинуви, интоксикация ва бошқа органларнинг функционал ҳолати ҳар хил даражада бўлгани, уларда иш билан бирга психик ўзгаришларни келтириб чиқаради. ОБШҚ ва тил касалликлари бўлган беморларда соматоген психик ўзгаришларни коррекция қилиш ва ҳисобга олиш даволаш, тишларни протезлаш ва реабилитациялаш самарасини оширади. Айнан шундай ОБШҚ ва тилида сурункали патологияси бўлган беморларни даволашда қизил ясси темирлатки, лейкоплакия, сурункали қайталанувчи герпетик стоматит ташхисларига эътибор берилади. Олиб қўйилувчи протезларнинг қирралари қалинлашган қисми силлиқ бўлиши зарур. Протезнинг ички юзаси ОБШҚ да жароҳат чақирмаслиги учун енгилгина сайқаллаб юборилади, бу протезда овқат қолдиқлари ва микроорганизмлар тутилиб қолишини камайтиради, шу билан бирга протез майдони шиллиқ қаватининг яллиғланиш эҳтимолини камайтиради. Шикастли папилломатози бўлган беморларда протезлашдан аввал улар жарроҳлик усулида кесилади, электрокоагуляция ёки криодеструкция қилинади. Қизил ясси темирлатки, лейкоплакия, сурункали қайталанувчи герпетик стоматит, травматик папилломатоз, ОБШҚ ва тил перестезияси ва бошқа касалликлари бор беморларни протезлаб бўлгандан сўнг стоматолог терапевт мутахассис томонидан диспансер назоратига олинган бўлиши керак, чунки бу ички аъзоларга рецидивларни аниқлаш учун лозим. Врач-стоматолог ўз назорати остида ОБШҚ даги касалликни даволаш учун, дастлаб протезлари бор беморларни ўтказиши лозим.

ГИПОБОРИК КИСЛОРОД – ГБО ҚЎЛЛАБ, ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ТИЛ ПАРЕСТИЗИЯЛАРИНИ ДАВОЛАШ

ГБО билан даволаш кўп жойли баракамерада-ПДК-2м.да амалга оширилади. ГБО курси 20 дақиқа синама сеанси ва ҳаф-

тада 5 сеансдан 13-15 сеансни ташкил этади. Ҳар бир сеансда 10 дақиқа давомида ҳаво билан 0.2 МПА ($\text{кг}/\text{см}^2$) босим остида қилинади. Шундай босим остида 45 дақиқа давомида КИ-3М инголяторни маскаси ёрдамида кислород билан нафас олинади ва 10-15 дақиқа декомпрессия қилинади. ГБО протезлашга тайёрлаш ва умум даволовчи усулларни қўллаш билан бирга амалга оширилади. Самарага эришиш учун бир курс етарли. Артериал қонда кислороднинг босимини тери орқали ўлчов асбоб билан лунж соҳасида ўлчаш, экспериментал клиник хирургия усулида Грузия институтида ишлаб чиқилган; яъни ОБШҚ ва тил парестизиялари бор беморларда ГБО сеансига (pO_2) $73.2+7.2$ мм.сим.уст. сеанс вақтида эса $979+72$ мм.сим.уст.га кўтарилган. Шундай қилиб, терапевтли самара кислород босимининг 13.4 марта ошганида юз беради. ГБОга қарши кўрсатма бўлиб, анамнезидаги эпилепсия ва бошқа тутқаноқлар, ўпкадаги абцесс, киста ва каверналар жигар бошқа тўқималардаги бўшлиқлар, таранг пневматаракс, гипертониянинг оғир кўринишлари, евстахий найи ва каналларнинг ўтказувчанлиги бузилганда, клаустробия кислородга сезгирликни ошириши ҳисобланади.

ДОИМИЙ МАГНИТ МАЙДОНИ ҚўЛЛАБ ОғИЗ БўШЛИғИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ТИЛ ПАРЕСТИЗИЯЛАШНИ ДАВОЛАШ

Доимий магнит майдони (ДММ) манбаи шаклида, магнитланган сув олиб қуйилувчи протезнинг қаттиқ пластмасса базиси эластиклиги ва қуйидаги ўлчами эластик магнит аппликаторлар: $1.5 \times 40 \times 50$ мм оғиз ичида, $3 \times 40 \times 50$ мм терида 30-40 мт. Босим майдонли “памагнетный феррит бария” тўлдирувчиси. ПМП оғриқланиб туриш яллиғланишга қарши аллергияга азонтотрон миқдори пуляцияни яхшилаш ҳусусиятига эга.

Доимий магнит майдони қўллаш услуби

1. Магнитланган сув билан ОБШҚни электрофорез қилиш оддий услубда олиб борилади. 200 мл дистилланган сув олинади, унга 500 мг барий феррит солинади ва магнийлаш А.Т.-Зелинский масленицида (уч куни ОН-1) бир сўргичли индикаторда 5 дақиқада 30 мТ қувватли яратиб бериши мумкин. Даволаш куни 10 электрофорез сеансли. Зарурат туғилса 15 кундан сўнг даволаш курси қайтарилади.

2. Магнитланган сув билан оғизни чайиш. Оғизда металл протезлар бўлса, у ҳолда электролитик реакция кучайиб, ОБШҚ ва тилда қуйишиш бўлади. Бундай ҳолларда электрофорез ўрнига магнитланган сув билан чайилади.

3. ДММ билан эластик магнит аппликаторни биргаликда оғиз ичи ва терида қуйиш усулида даволаш. Тери ёки шиллиқ қават-

даги шикастланган соҳага стерил эластик магнит куйилади, шундай ҳолатда магнитланган юзаси шикастланган соҳага тегиб турсин. Даволаш курси 20-25 сеансдан иборат бўлади, аввал давомийлик 5 дақиқадан - 20 дақиқагача кўтарилиб, охирида яна 5 дақиқага қараб пасайтирилади. Баъзи оғир ҳолатларда 60 дақиқа ҳам давом этириш мумкин. Шиллиқ қаватнинг ўткир яллиғланишада пластик магнит докага ўралиб, кейин яра устига қўйилади. Дока ёғли суртма ёки дори воситаси билан хўлланган бўлиши мумкин. Бу усул ДММ таъсири 30 дақиқа давомида амалга оширилади.

4. Пластмассали тиш протезларини ДММда магнитлаб даволаш. Тайёрланган хамирсимон базис пластмассага I та тиш протезга 250 мгдан ҳисоблаб, барий феррит порошоги киритилади. Қолган ишлар оддий услубда амалга оширилади. Протезга ишлов берилгандан сўнг А.Т.Зелинскийнинг “ИОН-1” аппаратида, 5 дақиқа давомида 30 мТ магнит таранглиги майдонида протез магнитланади. Баъзи материал сифатида бўёқсиз пластмассалар ишлатилади. Акрипатли протез баъзиларига магнитланган барий ферритни юбориш пластмассанинг физик-кимёвий хусусиятини оширади ва протезга рентган контрастлик хусусияти беради.

Қарши кўрсатмалар: Миокард инфарктидан кейинги ҳолат, III даражали қон алмашинувининг бузилиши, миёда қон алмашинувининг бузилиши жараёнидаги гипертония касаллиги, хавфли ўсмалар компенсацияланмаган қандли диабет, қон касалликлари.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ТИЛ ПАРЕЗТЕЗИЯСИДА КИСЛОРОДТЕРАПИЯ (КТ) УСУЛИ

Кислород ёстиқчасининг найини 96%ли спирт билан артиб, 20 гр. шприцга кислород тортилади. Кислороднинг аввалги порцияси ташқарига чиқарилади. Қолган қисми бўшлиқ қаватига юборилади (тўқима ичига). Оғриқсиз инъекция қилиш учун ОБШҚнинг ҳаракат қисмига периостни шикастламайдиган нарса билан тўқималарга кўпида 2-3 мм. чуқурликда алавеолар ёй деворлари лаб, лунж, оғиз туби, яъни ОБШҚ ва тил парастезиялик жойида шиллиқ ости қаватига юборилади. Инъекциядан аввал шиллиқ қават 10% аэрозол билан суркалади. Кислородни токи шиллиқ қават оқариб, “волдир” ҳосил бўлгунча юборилади. Шприц игнаси кирган соҳадан кислород чиқиб кетмаслиги учун стерил марли боғланади. Кислород юборилган соҳада 20-30 дақиқада сўрилиб кетувчи “волдыр” ҳосил бўлади, худди новокаин юборгандаги каби. Бир қатновда 4 та инъекция қилинади. Ҳар бири 5 мл дан

юборилади. КТ курси 10-12 муолажадан иборат, ҳар куни амалга оширилади. Даволаш курси самаралси бўлса, 25-30 кундан сўнг қайтарилади.

ГИРУДОТЕРАПИЯ (ГТ) - ЗУЛУК БИЛАН ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ТИЛ ПАРЕЗТЕЗИЯЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Муолажадан олдин бемор 1% H_2O_2 ва 5% глюкоза билан оғиз бўшлиғини чайди. Зулуқлар шиша идишдан олиниб, пробиркага солинади (иссиқ пробиркага) ва зарур нуқталарга қуйилади: тил, лаб, танглай ва бошқалар. Зулуқлар ёпишгандан сўнг бемор ўзи пробиркаларни ушлаб туриши мумкин. Бир вақтда эса зулук ўрнатилади. Зулуқлар 30-40 дақиқа туриб, ўзи тушиб кетади. Бу вақт муолажа муддатини белгилайди. Агар зулук сўришдан тўхтаб қолса, унинг танасига 2-3 марта илиқ сувли пахта текизиб юборилади. Шунда зулук стимуллади.

Зулуқларни ОБШҚ ва тилдан механик равишда олиб ташлаб бўлмайди. Баъзи сабабларга кура зулуқларни зудлик билан олиб ташлаш керак, уларга спирт ёки йод эритмасига бўктирилган пахта билан тегишликнинг ўзи кифоя. Муолажада бемор оғзини 30% мм, H_2O_2 билан чайиб юборади ва 2 соат овқат емайди. Даволаш курси 6-12 сеанс, улардан биринчи 6 таси кетма-кет, қолгани кун ора қилинади. Даво самарали бўлса 1,5-2 ойда муолажа қайтарилади.

Бевосита ва алоҳида нагизжаларни баҳолашда номахсус даволаш ўтказилган беморларнинг синамалари ўзларини ҳис қилишлари ва объектив текширувлар ҳисобга олинади. Яхши даво самараси ОБШҚ ва тил парезтезиялари ва протезли стоматитларнинг клиник белгиларининг йўқолиши билан қониқарли парезтетик шиллиқ қават интенсивлиги пасайиши ва умумий ҳолатнинг яхшиллаши билан тавсифланади. Даво самараси бўлмаган беморнинг ҳолатида ҳеч қандай ўзгариш кузатилмайди.

ОБШҚ ва тил парезтезияларида номахсус даволаш услублари самара берганда ўз фойдасини кўрсатиши мумкин. Номахсус даволаш усулларининг ижобий таъсири узоқ давом этишида руҳий шикастловчи омилларни бартараф этиш, ички аъзолар касалликларида қайталанишга қарши тадбирларни ўтказиш ва оғиз бўшлиғидаги маҳаллий таъсир омилларини бартараф этиш муҳим аҳамиятга эга.

Оғиз бўшлиғи протез майдони ва протез кундаги касалликларни даволаш мураккаб топшириқлардан бири бўлиб, врач-стоматологдан сабр ва талабчанликни тақозо этади.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ГИГИЕНАСИ АСОСЛАРИ

Оғиз бўшлиғи рационал парвариши стоматологик касалликлари бирламчи ва иккиламчи профилактик муолажаларининг ажралмас қисмидир. У ЛОР касалликлари, аллергия ва бошқа бир қатор хасталиклар келиб чиқишининг олдини олади. Оғиз бўшлиғини парваришлаш деганда тишларни мунтазам ва тўғри ювиш, овқатлангандан сўнг оғизни чайиб ташлаш тушунилади.

Тишларни 2 йил давомида кунига 2 мартадан парвариш қилиш қариес ривожланишини 2 марта камайтириши аниқланган (Е.В. Боровский, 1982). Худди шундай боғлиқлик бирмунча камроқ учрайдиган пародонт касалликлари ва тиш тошларини 13,9% ва 30,4% ҳолларда, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик ёки ушбу муолажаларни мунтазам ўтказмаслик 47,3% ва 48,5% ҳолларда (Ю.А. Федоров, 1979) кўп касалланишга олиб келади.

У.Ж. Жуматов (1982) Ўзбекистондаги қишлоқ аҳолиси ўртасида стоматологик касалликлар сонини ўрганиб, қариес касаллиги тишларни мунтазам парваришловчиларда парвариш қилдирмаганларга нисбатан 22% га, гингивит 7,8% га, пародонтит ва пародонтоз 21,5% га, тиш тошлари 17,8% га кам учрашини аниқлади.

Оғиз бўшлиғи гигиенасининг аҳамияти тишларни караш ва овқат қолдиқларидан фақат механик тозалаш билангина чекланмайди. Оғиз бўшлиғи гигиенасининг аҳамиятида замонавий карашлар анча кенгайди. Аниқланишича, тишларни мунтазам тозалаш ва уларни ўз вақтида олиб ташлаш - физиологик жараён эмалнинг етилишига сабаб бўлади. Бунда тиш тўқималари фосфор-кальций тузлари, микроэлементлар билан муштаҳкам ва ташқи салбий таъсирларга чидамли бўлади. Ундан ташқари, махсус даволаш-профилактик тиш пасталари ишла-тиб, тиш тўқималари, милк ва пародонтнинг янада чуқур жойлашган тўқималарига у ёки бу фойдали элементлар (фосфатлар, кальций, фтор ва бошқа микроэлементлар, витаминлар ва бошқалар) етиб боришини бошқаради. Тишларни тозалаш пайтида уларни мунтазам массаж қилиш пародонт тўқималарида қон айланишини яхшилайти ва уларда моддалар алмашишуви жараёнларини тезлаштиради.

Оғиз бўшлиғи гигиенасининг замонавий воситалари: тиш чўткаси, кукун, паста, эликсир, тиш тозалагичлар ва тишни чайишдир. Бир қатор чет эл давлатларида тиш тожининг (коронка) милк ости ва алоқали қисмидан тиш ўсмаларини олиш

учун махсус иплар ишлаб чиқарилади. Оғиз бўшлиғининг барча гигиеник воситалари хушбўй, силлиқловчи ва тозаловчи таъсир кўрсатадиган бўлиши керак.

Улар таркибида даволаш-профилактик қўшимчалар бўлиши, оғиз бўшлиғи суюқлигига нисбатан нейтрал бўлиши ва тишнинг қаттиқ тўқималарига абразив (ювиш) таъсирини кўрсатиши (Ю.А. Федоров, 1979) мақсадга мувофиқдир. Тиш чўткалари тишлар орасида бўшлиқ ва барча юзалардан овқат қолдиқлари ва юмшоқ тиш карашларини (налёт) йўқотиш учун қўлланилади. Унинг иш қисмида синтетик ва табиий туқлар боғлами маҳкамланган, охириги йилларда қўлда тозаловчи нисбатан кам вақт ичида бир неча марта кўп вибрацион тозалаш ҳаракатини бажарадиган электр тиш чўткаси яратилди. Улар муолажанинг таъсирини кучайтиради, чунки тишларни тозалаш билан бирга, қон айланишини яхшиловчи ва оғиз бўшлиғи тўқималарида моддалар алмашилиши жараёнларининг тезлашувига сабаб бўлувчи милк шиллиқ пардасини массаж қилади. Тиш чўткаси осон ифлосланади ва инфекция ўчоғи бўлиб қолиши мумкин. Уни ишлатишдан олдин совун билан ювиш керак. Тишларни тозалаб бўлиб ҳам совун билан ювиш ва ушлагичини пастга қаратиб, стаканга солиб қўйиш лозим.

Тиш кукун кейинги вақтларда кам қўлланилади, чунки улар ноқулай ва гигиеник эмас ҳамда кучли абразив хусусиятга эга. Ундан ташқари уларнинг таркибида фойдали биологик фаол қўшимчаларни аралаштириш мумкин эмас, шунинг учун улар фақат тозалаш учун ишлатилади.

Тиш пасталари оғиз бўшлиғини парвариш қилишда энг кўп тарқалган воситадир. Улар пастага механик тозалаш хусусиятини берувчи абразивлар (мел), тишни тозалашда кўпик ҳосил бўлишига кўмаклашувчи юзасига фаол таъсир қилувчи моддалар (натрийли совун, пепол), пасталарни пластиклаштирувчи ва суюлтирувчи эригувчилар (глицерин ва бошқалар) турли хил қўшимчалар (биологик фаол ва дори моддалар, фтор, микроэлементлар, витаминлар ва бошқалар) ва пасталарнинг таркиби бузилиб кетишига йўл қўймайдиган боғловчи моддалар (крахмал ва бошқалар) дан иборат.

Тиш пасталари 2 та катга гуруҳга бўлинади:

Гигиеник ва даволовчи-профилактик: бирламчи гуруҳ ("Артек", "Ну погоди" ...) махсус қўшимчалари йўқ, лекин яхши мазага, антисептик, тозаловчи ва хушбўй хоссаларга эга. Даволаш-профилактик пасталарга ("Лесная", "Свобода" ...) оддий компонентлардан биологик фаол моддалар: тузлар, ферментлар, доривор ўсимликлар экстрактлари, витаминлар, микроэлементлар ва бошқалар қўшилади. Улар қариесга қарши таъсирга эга, тишда карашлар пайдо бўлишига тўсқинлик қила-

ди, милкка ижобий таъсир кўрсатади, оғиз бўшлиғини яхшилаб тозалайди ва хушбўй қилади.

Оғиз бўшлиғи гигиенасининг ёрдамчи воситаси тиш эликсирларидир. Улар таркибида турли қўшимчалар (витаминлар, антисептиклар ва бошқалар) бор сувли ёки спиртли эритмалардир ва одатда тишларни тозалагандан сўнг чайиш учун ҳамда овқатлангандан сўнг, қолдиқларни чиқариб ташлаш учун ишлатилади. Эликсирлар (“Флорад” ...) шамоллаш, микробларга қарши хушбўй қилиш ва хатто оғриқ қолдириш хусусиятига ҳам эга. Улардан баъзилари, масалан, “Специальный” (таркибида фтор бор) тиш кариесининг олдини олади.

Тишлар орасидаги бўшлиқларни овқат қолдиқларидан тозалаш учун тиш тозалагичлар ишлатилади. Улар тўплам қилиб чиқарилади. Ёғочдан ишланганларини фақат бир марта, пластмассалигини кўп марта (тўғри тозалаш ва сақлашдан кейин) ишлатиш мумкин.

Кўпчилик муаллифлар оғиз бўшлиғини парваритлашни болада сут прикуси шаклланиши тугагандан сўнг, яъни 2-2,5 ёшдан бошлашни тавсия қиладилар. Аввал тиш чўткасини порошок ва пастасиз ишлатиш керак. 4-5 ёшдан бошлаб, бола тишларини 2 марта ювиши лозим: кечкурун уйқуга ётишдан олдин ва эрталаб нонуштадан кейин. Чўтка ҳаракати вертикал бўйлаб йўналтирилади: тиш бўйинчаларидан кесувчи қирралар (коронка буртиги) томонига. Муолажанинг давомийлиги 2 дақиқадан кам бўлмаслиги керак.

ЖАРРОҲЛИК СТОМАТОЛОГИЯСИДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР ФИЗИОПРОФИЛАКТИКАСИ

Ҳозирги пайтда юз-жағ касалликларига учраган, айниқса, жарроҳлик операцияларини ўтказган беморлар реабилитациясига катта аҳамият берилмоқда. Барча оператив ҳолатлар организмнинг нервлари зўриқишига олиб келади, чайнаш, айниқса, болаларда, ютиш, гапириш фаолиятининг бузилишига, бу ҳолат эса тиш-жағ тизими тўқималари ва аъзоларида ўсиш жараёнларининг сустлашишига сабаб бўлади ва уларнинг умумий ўсишига ўз таъсирини кўрсатади. Ундан ташқари, жарроҳлик операциялари тўқималар бутунлигининг бузилиши билан кечади, бу эса ўз навбатида шамоллаш, организм умумий қаршилигининг пасайиши ва операция майдони тўқималарининг маҳаллий резистентлигининг пасайишини келтириб чиқаради. Ушбу операциялардан кейинги асоратларнинг олдини олиш учун реабилитацион тадбирларни операциядан аввал бошлаш ва операциядан кейинги даврда ҳам давом эттириш керак.

Беморларни даволашнинг касалхонагача, касалхонада ва касалхонадан кейинги босқичида ўтказиладиган умумий реабилитацион тадбирлар Я.М. Биберман ва ҳаммуал. (1983), А.К. Корсак (1984), Т.М. Лурье ва ҳаммуал. (1984), Е.В. Симановский ва ҳаммуал. (1986), В.З. Бойко ва ҳаммуал. (1988) ва бошқалар ишларида тўлиқ ёритилган. Биз ушбу тадбирларнинг катта аҳамиятга молик бўлган жисмоний таъсирлар комплексига тўхталиб ўтамиз. Уларни бемор касалхонага ётиши билан, текширишга параллел ҳолда буюриш мумкин. Улар деярли барча жаррохлик касалликларида буюрилади. Жисмоний таъсир кўрсатишга қаршилик қилувчи ҳолатлар қуйидагилардир: токни индивидуал кўтара олмаслик, ўткир йирингли яллиғланиш касалликлари, рак, юрак фаолияти декомпенсацияси, эпилепсия, қоннинг тизимли касалликлари, сил интоксикацияси, терининг ўткир касалликлари, ҳомиладорликнинг иккинчи ярми ҳамда фармакологик қаршиликлар.

Организм умумий қаршилигини ошириш учун даволовчи жисмоний тарбия врачлари қўл остида даволаш гимнастикаси қилиш, ундан сўнг эса нам сочиқ билан артиниш керак. Гимнастик машқлар комплекси бемор ёши ва умумий ҳолатини ҳисобга олувчи ташкилий услубга асосланган бўлиши керак. Ўпканинг бир маромда вентиляция қилиниши ва қоннинг кислород билан кўпроқ тўйинишига сабаб бўлувчи чуқур, ритмик нафас олиш билимларини эгаллашга, йўналтирилган нафас олиш машқларига катта аҳамият берилади. Улар ёрдамида эгалланган шартли рефлектор боғлиқлик гипофизар буйрак усти ва симпато-адренал тизимга ижобий таъсир кўрсатади, организм ички муҳит-ҳолатига сезиларли яхши таъсир қилувчи шамоллашга қарши гормонлар ва қондаги асаб-медиаторлар аниқ нисбатини ушлаб туради (П.Г. Царфис, 1982).

Витаминлар ҳосил бўлишини яхшилаш, алмашилиш жараёнларини ва ретикулоэндотелиал тизим фаолиятини тезлаштириш учун схема бўйича ультрабинафша нурланиш буюрилади. Нурланиш профилактик курси қоида бўйича 25-30 та таъсирдан иборат ва кунора ёки ҳар куни буюрилади. Нурлантириш операциядан 5-7 кун олдин тугатилади.

О.И. Ефанов ва ҳаммуал. (1980) микроциркуляцияни фаоллаштириш, организм қон-томир ва асаб тизимларини мустаҳкамлаш учун ванна, душ каби турли сув муолажалари қўллашни таклиф қилади. Дастлабки ҳолат ва мақсадга боғлиқ уч асосий омил - ҳарорат, босим ва кимёвий қўшимчалар қўлланилади. Биринчи омил алоҳида ўрин тутаети, чунки паст ҳарорат ёки ҳароратнинг катта фарқи томирлар тонусининг ва организмнинг салбий таъсиротларга қаршилигини оширишга ёрдам беради.

Марказий асаб тизимининг функционал бузилишлари кузатилганда, операциядан олдин аэроион даволаш ва электр уйқу куйидагича буюрилади: даволаш курсига кунига 10-15 таъсир тормозланиш жараёнларини меъёрлаштиради, организмнинг ташқи таъсиротларга резистентлигини оширади. Кўзгаллишлар яққол ортганда, шунингдек, кальцийли электрофорез, елка соҳа бром буюриш мумкин. Муолажалар ҳар кунни ёки кун ора 20 минутдан қилинади. 1 курс — 10-15 муолажа.

Организмнинг умумий стимуляциясидан ташқари, операция қилинадиган алоҳида жойлардаги физиологик жараёнларни тезлаштириш лозим. Бунинг учун қўлда уқалаш қилишдан фойдаланиш мумкин. Уқаланганда бемор ўзига қулай мушаклари бўшашган ҳолатда бўлиши керак. Уқалаш бармоқлар бир ёки иккала қўл кафтининг ички қисми билан силашдан бошланади ва тугалланади. Бунда тинчлантириш ва оғриқни босиш ҳаракатлари кўрсатилади, маҳаллий қон айланиш яхшиланади. Чуқур ёки юзаки уқалаш битта ёки бир неча бармоқларнинг ташқи юзаси билан бажарилади. Таъсирнинг йўналтирилганлиги тўқималар ҳаракатининг ошиши, чандиқлар ва қўшилиб қолган жойларнинг тортилиши, тўқима думбоқларининг сурилишига олиб келади. Уқалаш тўқималарни эзиш ва ҳаракатлантириш йўли билан чуқурроқ эгаллаш, у мушаклар озиқланиши ва тонусини яхшилайдди. Шапилатиш эгилган бармоқ учлари, қўлларнинг ички ва устки соҳаси билан қилинади. Ушбу ҳолат кўзголишни камайтиради ва мушаклар қисқаришини кўпайтиради. Вибрация тез-тез тебратиш ҳаракатлари бўлиб, бармоқлар ички юзаси билан асаб майда тармоқлари бўйлаб бажарилади ва сезиларли оғриқсизлантириш ҳамда рефлектор таъсир кўрсатади. Муолажа ҳар кунни ва кунора 10-15 минут давом этади, 1 курс - 10-15 муолажадан иборат.

Маҳаллий микроциркуляцияни яхшилаш учун уқалашдан ташқари, иссиқлик муолажалари — парафин, озокерит ва лой билан даволаш (курсга 8-10 муолажа, ҳар кунни ёки кунора) буюрилади.

Шуни айтиб ўтиш лозимки, барча муолажалар операциядан 4-5 кун олдин тугатилиши керак. Бу ҳол операция майдонининг қон билан тўлиб-тошишига йўл қўймайди ва операциядан кейинги даврнинг меъёрда кечишига ёрдам беради.

Жарроҳлик операциясидан сўнг жисмоний таъсирлар кўрсатиш — симптоматика ва жисмоний муолажалар турига боғлиқ. Масалан, операциядан сўнг биринчи кунларда асаб ҳолатини камайтириш учун аэроиондаволаш ёки франклинизацияни қўллаш мумкин (О.И. Ефанов ва бошқалар, 1980). Манфий аэроионлар яранинг тез битишига ёрдам беради ва оқсил парчаланиши билан боғлиқ асоратларни йўқотади.

Операциядан кейинги 3 кунда гематома, шиш, оғриқни камайтириш учун маралий гипотермия буюрилади. Бунинг учун целлофан халтачага керакли миқдорда муз солиниб, 1-2 қават дока билан ўралади ва операция майдонига 20-30 дақиқа қўйилади. Совуқлик билан кунига 5-6 маҳаллий муолажалар қилиш мумкин. Маҳаллий гипотермия қон айланишига ва моддалар алманишуви секинлашиши натижасида юзага келадиган тўқималарнинг шикастланишга чидамлилигини оширади, тўқималарнинг оқсилли парчаланиш маҳсулотларининг сурилишини камайтиради.

Операциядан уч кун ўтиб, яра битишини тезлаштириш ва яллиғланишни камайтириш учун атермик дозада чиқиш қуввати 30 Вт бўлган ультра юқори частотали электр майдони 10-15 дақиқа давомида, ҳар куни бир курсга 6-12 муолажагача тавсия қилинади.

Гематома ёки яллиғланган инфилтрат ҳосил бўлганда, иссиқлик муолажалари қўлланилади: парафин, озокерит, лой аппликациялари, инфракизил нурлантириш, қисқа тўлқинли 5-6 Вт қувват билан 10 дақиқа давомида даволаш: даволаш курсига 10-12 муолажа, ҳар куни буюрилади.

Операция жароҳати микрофлорасини камайтириш ва эпителизацияни тезлаштириш учун операциядан сўнг қисқа ультрабинафша нурлари билан 3-5 нурланиш берилади, муолажа 1-2 биодозадан бошланиб, ҳар кейинги муолажада бир биодозадан қўшиб борилади.

А.К. Орифжонов ва ҳаммуал. (1986) болаларда жағлар ўткир одонтоген периоститини операция йўли билан даволашда ультрабинафша нурларини қўллаб, жуда яхши натижага эришишди. 3-4 кунда йиринг ажралиши тўхтаб, ярада грануляция пайдо бўлди.

Минераллар алмашилишини тезлаштириш, иммунобиологик жараёнларни тезлаштириш учун операциядан кейинги давр меъёрда кечганда, 7-10 кундан сўнг тезлаштирилган жадвалда умумий ультрабинафша нурлантириш тавсия эилади.

Операциядан кейинги даврда энг кўп тарқалган асоратлардан бири инъекциялардан кейинги инфилтратдир. Уларнинг сурилиб кетиши учун чиқиш қуввати 30 Вт гача бўлган кичик конденсатор пластинада инфилтрат устига 10 дақиқадан ультра юқори частотали электр майдони ёки 10-15 дақиқа кичик тўлқинда даволаш буюрилади. Ушбу муолажаларни инфилтрат устига ва ундан 3-5 см атрофида ультрабинафша нурлантириш билан бирга бажариш мумкин.

Муолажаларни 3-4 биодозадан бошлаб, ҳар кейинги нурлантиришда 1-2 биодозага кўпайтирилади. Даволаш курси 3-4 муолажа. Баъзи ҳолларда ультраюқори частотали электр май-

дони ва ультрабинафша нурланиши флюктуаризация билан кичик дозадаги токни 8-10 дақиқа бериб, бажарилади. Ушбу муолажа яллиғланиш учоғини чегаралайди ва унинг сурилишига кўмаклашади. Ундан ташқари, флюктуоризацияни флегмона, абсцесс, фурункул, карбункул ва периоститларда яллиғланиш майдони очилгандан сўнг, алоҳида буюриш мумкин. У некроз бўлган жойнинг ажраб чиқишига, кўп йиринг ва экссудат ажралишига ёрдам беради.

Инфилтрат узоқ муддат сўрилмаганда, иссиқлик муолажалари билан бирга йод ва лидаза электрофорези қўлланилади.

Сурункали яллиғланишга инфилтрат сўрилишини кучайтириш ва операциядан кейинги келлоид чандиқлар пайдо бўлишининг олдини олиш учун ультратовуш билан даволаш кенг қўлланилади. Уни танафуссиз тартибда ҳар куни 6-10 дақиқа давомида 0,2-0,4 Вт/см² интенсивликда, бир курсга 10 муолажа буюрилади. 2% калий йодид эритмаси, 5% аминазин билан ултрафонофорез жуда яхши натижа беради.

Юз ва бўйин флегмонасини комплекс даволашда йирингли яраларни ультратовуш билан ишлаш яхши маълум (Н.Н. Бажанов ва бошқалар, 1984).

Флегмона очилгандан 1 кун кейин, 3-5 кунда яраларни аввал фурациллин (1:5000) эритмаси билан 30 сония; кейин 50 мг тирипсин ёки химопсинли 0,5% новокаин эритмаси билан, яна 30 сония ултратовуш билан тозаланadi. Бунинг учун учки диаметри 5 мм бўлган цилиндрик тўлқин юритувчи махсус тайёрланган УРСК-74 ускунаси қўлланилади. Таъсир қилиш параметрлари: интенсивлик - 2-2,5 Вт/см², тебранишлар сони - 20-50 кГц, амплитуда — 30-5 мкм.

Жарроҳлик стоматологияси клиникасида лимфаденит, периостит, абсцесс, тўқималар яллиғланиш инфилтрати, жағ флегмонаси ва шиши каби касалликларнинг ультратовуш ташхиси кенг қўлланилади (М. Мирзамаҳмудов, 1979, Х.А. Аъзамхўжаева 1986). Ушбу усул орқали юз юмшоқ тўқималари, жағ ости, жағ усти, оғиз бўшлиғи чуқурчаси, жағ орқаси, юз кўз ости ва бошқа жойларни сканир қилишнинг мўътадил чизиқлари аниқланади.

Юз скелети суякларининг шикастланиши, яраси, синиши ҳолларида операциядан кейинги даврни қискартиришда магнит даволаш (В.А. Епишев ва бошқалар, 1984) энг яхши натижа беради. У шишининг тез бартараф бўлиши, юмшоқ тўқималар инфилтрациясининг камайишига ва синган жойда оғриқнинг камайишига, суяк қадоғи ҳосил бўлишининг тезлашишига кўмаклашади. Муолажани “Помас-1” ускунаси билан операциядан кейинги 4-5 кун 5-10 дақиқадан, ҳар куни, даволаш курсига 5-12 сеанс кўринишида буюрилади.

Охириги йилларда стоматологик шифохоналар, айниқса болалар ва жаррохлик бўлимларида жаррохлик стоматологик касалликларни даволашда жуда самарали бўлган гелий-неонли лазер билан ишлаш амалиётга киритилган (В.А. Епишев ва б., 1984, 1986; Е.Ю. Симановская ва б., 1986 ва б.). У яллиғланишга, шишга қарши ва жароҳатланган тўқималарнинг битишини тезлаштирувчи таъсир кўрсатади.

Жароҳат майдонини лазер нурлантиришни ЛТ-75-1, ЛЖИ-402 ускуналари билан 20 мВт чиқиш қувватда, 2 дақиқа давомида ўтказилади. Даволаш курси 12 муолажагача, ҳар куни ўтказилади.

Операциядан кейинги 5-6 кундан сўнг жағлар синиғи ва хейлопластика максадида юзни массаж қилишни буюриш мумкин (О.И. Ефанов ва бошқалар, 1980, П.Т. Койков ва бошқалар, 1985 ва бошқалар). Яллиғланишдан ташқари, у тўқималар ҳимоя жараёнларини ва васкуляризацияни тезлаштиради, декальцинацияни енгиллаштиради. Муолажаларни ҳар куни 5-10 дақиқадан, 1 курсга 10-15 муолажа кўринишида буюрилади.

Юз-жағ қисми мушакларининг бирламчи ва иккиламчи атрофияси, суяк-пластик операциялар, миопатик парез ва парвичлар, шикаст мушаклар тортилиши сурункали яллиғланган инфилтратлар каби стоматологик жаррохлик касалликларининг реабилитациясида дидинамотерапия, амплипулстерапия ва электростимуляция кўринишидаги импульсив тоқлар катта муваффақият билан қўлланилади. Улар оғриқсизлантириш, яллиғланишга қарши, трофик, пластик таъсир кўрсатади ва энг асосийси қон айланиши, оксидланиш жараёнлари, тўқималар озиқланишини жадаллаштириб, асаб-мушак тизими энергетик заҳираси меъёрлашувига сабаб бўлади. Муолажалар ҳар куни, ёки кунора 6-10 дақиқадан буюрилади (электростимуляция ҳафтасига 2 марта), 1 курсига 6-12 сеанс. Аниқ ҳолатларда стоматологик жаррохлик касалликларининг у ёки бу кўринишига қараб, операциядан олдин ёки кейин барча электродаволаш муолажаларини иссиқлик муолажалари билан бирга ўтказиш мумкин.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ИШЛАТИЛАДИГАН ШИФОБАХШ ЎСИМЛИКЛАРДАН ТАЙЁРЛАНГАН ДОРИ ВОСИТАЛАР ТЎҒРИСИДА ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТЛАР

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, оғиз бўшлиғининг инфекция жароҳатланишида шиллиқ қобик қаватда турли даражада патологик ўзгаришлар юзага келади. Бу патологик ўзга-

ришларнинг аксариятида оғизда маҳаллий тўқималарда турли даражада яллиғланиш ҳолатлари кузатилади. Аксарият ҳолатларда, турли инфекцион касалликларга чалинган беморлар юқорида таъкидлаганимиздек, оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги ноқулай ўзгаришли белгилар билан мутахассисларга биринчи навбатда, айнан стоматологга мурожаат қиладилар. Демак, организм аъзоларидаги турли патологик ўзгаришларда, оғиз тўқималарида ўзгариш белгилари юзага чиқади ва ўз вақтида патологик ўзгаришларни маҳаллий даволаш касаллигининг тезда тузалиши учун муҳим аҳамият касб этади.

Биз юқорида келтирган, оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг инфекцион касалликларини даволашда, маҳаллий дори воситаларидан ташқари, ҳозирги кунда тиббиёт ходимлари янада кенгроқ, чуқурроқ эътибор бераётган даволовчи воситалар - бу шифобахш ўсимликлардан тайёрланган дори воситалари; қайнатма, дамлама, чўкма ва суртмалардир. Табиий дори воситалари ҳар томонлама қулай, самарали, арзон ва соғлиқ учун хавfli асоратлар келтириб чиқармайди.

Халқ табobati ва замонавий тиббиётнинг асосини яратган инсон - Абу Али ибн Сино ҳам "Барча касалликларни давоси ўтлардандир", деган эди. Ҳақиқатдан ҳам, текшириш натижалари ўсимликлардан тайёрланган маҳсулотларнинг соғайишдаги фойдали томони, бир қатор кимёвий дори воситалариникидан ҳатто бирнеча ўн баробар самарали эканлигини кўрсатмоқда.

Шифобахш ўсимликлар фақатгина даволаш хусусиятларига эга бўлибгина қолмай, балки дори дармонлар тайёрлашда, муҳим маҳсулот ҳисобланади. Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг ўзига хос хусусияти бу - сўришдир; оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида ҳам сўриш хусусияти мавжуд. Бу эса ўсимликлардан тайёрланган дори маҳсулотларини, қайнатма, дамлама, суртма ва чўкмаларнинг фойдали таъсиридан тўла фойдаланиш учун имконият демакдир. Чунки ўсимликларнинг қайнатма, дамлама, чўкма ва суртмалари бевосита оғиз бўшлиғига даво мақсадларида ишлатилади.

Ўсимликлардан тайёрланган дори-дармонлар пародонт тўқималарига ўта фаол таъсир қилади, регенерация жараёнини яхшилайдди, яллиғланишга, микробларга қарши, қон тўхтатувчи, захмга қарши таъсир қилиш хусусиятига эга. Далачой, эквалипт, прополис, тирноқгул, каланхоэ, мойчечак гули, зубтурум, гандан, бўймадарон доривор ўсимликлар яллиғланишга қарши фаол таъсир қилади. Бу ўсимликлардан тайёрланган дори-дармонлар билан оғизни чайқаш, ювиш, аппликация, суркаш, ингаляция, инстиляция қилиш мумкин.

Қон тўхтатувчи ўсимлик дори воситаларига тоғ арчаси, гра-

вилат-ширгай, ғозпанжа, зангвизарба илдизи ва бозулбанг, бангидевона, лагохилус кабилар киради.

Пародонт тўқималарига пролиферация жараёнларини сусайтириш учун цитостатик таъсир этувчи дори моддалари қўлланилади: помазулан, чачибефунгин экстракти шу дорилар жумласидандир.

Милк тўқималарида ўсимталар пайдо бўлганида, колхамин дори воситаси ишлатилади. У антимиототик таъсир кучига эга бўлиб, криопластик заҳар ҳисобланади ва бластомоз жараёнларини сусайтиради. Бунинг учун колхаминнинг 0,5% ли малҳами қўлланилади.

Аралаш таъсир қилувчи дори моддалари гуруҳига гербодонт ва мараславин киради. Бу препаратлар яллиғланишга қарши, антисептик, оғиз буруштирувчи, склеротик таъсир кўрсатади.

Гербодонт далачай, зубтурум, бўймадарон, газанда ўтининг спирт-эфирли экстракти бўлиб, яллиғланишга қарши, қон тўхтатувчи, қон томирларини торайтирувчи ва микробларга қарши хусусиятларга эга. Оғиз бўшлиғини ювиш учун 1 ош қошиқ дори моддасига 200 мл сув ҳисобидан аралаштириб, қўлланилади. Муолажа сўнгида милк юзаси гербодентда қорилган дентин пастаси билан қошлаб қўйилади.

Мараславин - эрмон, чиннигул куртаги, қора мурч, ташчўп ўсимликларининг узум сиркасидаги қайнатмасидир. Яллиғланишга қарши, оғиз буруштирувчи, склеротик, шишга қарши таъсир хусусиятига эга бўлиб, эпителийда шохсимон парда ҳосил бўлишини яхшилайти, соғлом тўқималарга салбий таъсири ва асоратлари йўқ.

Милкка шифобахш ўсимликлардан боғлам қўйиш учун қуйидаги препаратлар қўлланилади: чиннигул, маккажўхори, зиғир, чаканда, канақунжут, шафтоли данаги, ўрик данаги, наъматак мойлари, токо-ферол ацетатнинг 30% ли мойли эритмаси.

Ҳар бир доривор омилни ўз ўрнида тадбиркорлик билан ишлатиладиган бўлса, сўзсиз стоматологик ҳасталиклардан ва инфекциялар таъсирида юзага келаётган оғиздаги патологик ўзгариш белгиларидан фориғ бўлишни осонлаштиради.

**Стоматология амалиетида кенг қўллаш
имкониятлари мавжуд баъзи бир шифобахш
ўсимликларнинг кенг тарқалган
номлари ва рецепти:**

АЛОЙ—АЛОЭ—ALOE

(русча — алоэ древовидное, арабча— сабр, сабур)

Rp: Succī Aloe 200 ml.

D.S. Ҳўллаш, жароҳатларни ювиш ва оғиз бўшлигининг бошқа шикастланишларида фойдаланилади.

Rp: Succī Aloe 200 ml

D.S. 1 чой қошиқдан кунига 2-3 марта овқатланишдан олдин ичилади. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит ва оғзининг ярали кўринишида, инфекция қасалликларда 3 ҳафтадан 2 ойгача муддат давомида ичилади.

Rp: Extr. Aloe s Fluidi 2 ml

D.S.d. N. 30 in ampull.

D.S. Кунора 2 мл дан тери остига 1%ли 1 мл новокаин билан юборлади.

БАРГИЗУТ (БЎЗЧИ) — PLANTAGO MAJO L

(Русча—подорожник большой; форсча— бортонг; арабча — лисанил хамат)

Rp: Succī Plantaginis 250 ml

D.S. Тиш - милк чўнтақларига ишлов бериш учун.

БЎЙМОДАРОН — ACHILLEA MILLEFOLIUM L

(Русча — тысячелистник обыкновенный; арабча — алфилавроқ, форсча — бўймодарон).

Rp: Ynf herbae MilleFoli ex 15,0-200ml

D.S. Милк ва шиллиқ қобиқ қаватдан қон кетганда, яллиғланиш билан кечадиган касалликларда кунига 3-4 маҳал овқатланишдан сўнг оғиз бўшлиғи чайилади.

Rp: Extr. MilleFoli Fluidi - 30 ml

D.S. 1 чой қошиғини 1 стакан қайнатилган илиқ сувга солиб оғиз чайилади.

ДЎЛАНА — CRATAEGUS L.

(Русча — боярышник, арабча — загруп).

Rp: YnF. Grataegi ex 20,0-200 ml

D.S. Ярим стакандан 3 маҳал овқатланишдан олдин ичилади.

Rp: Extr. Grataegi Fluidi 25 ml

D.S. Ярим стакан сувга 20-30 томчидан солиниб, кунига 3 маҳал овқатланишдан олдин ичилади.

Rp: T - rae Grataegi 25 ml

D.S. Ярим стакан сувга 40 томчидан солиниб, кунига 3 маҳал овқатланишдан олдин ичилади.

ЗИПК — BERBERERIS VILGARIS L

(Русча — барбарис; арабча — амбарибарис)

Rp: *vilgaris* Berberis 50 ml

D.S. 1 чой қошиғи 1 стакан илиқ сувга аралаштирилиб, елиқиш (стоматит) касаллиғи ва оғиз шиллиқ қобик қаватининг ярали ўзгаришларида чайқаш учун ёки 25-30 томчидан кунига 3 маҳал С - гиповитаминозида ичилади.

Rp: YnF Fol. Berberis ex 5,0-200 ml

D.S. Оғиз бўшлиғини чайиш учун.

ЗИФИР — LINUM NUMILE MILL.

(Русча — лен кудряш).

Rp: Dec. Seminis Lini ex 10,0-100,0

D.S. кунига 3-4 маҳал оғиз бўшлиғини чайиш учун

КАЛАНХОЙ; (СЕМИЗ ЎТ) — KALANCHOE PINNATA LAM.

(Семизак, русча — каланхое перистое, патсимон каланхой)

Rp: Suci Kalanchoes 100 ml

D.S. Оғиз бўшлиғидаги жароҳатланган шиллиқ пардаларга аппликация қилиш учун.

Rp: Succu Kalanchoes 5 ml

D.S. d. N 5 in ampull

S. Оғиз бўшлиғидаги шиллиқ қобик қаватга аппликация қилиш учун.

Rp: Un Kalanchoes 20,0

D.S. Тиш-милк “чўнтаклари”нинг патологик ҳолатидаги абцессиди ишлов бериш учун.

МОЙЧЕЧАК (ГАЗАКЎТ) — MATRICARIA L

(Русча - ромашка аптечная, форсча - бобуна, арабча - бобунаж)

Rp: Ynf Flor. Chamomilae ex 15,0-200,0

Acidi borici 4,0

M.D.S. кунига 3-4 марта оғиз бўшлиғини чайиш учун.

НАЪМАТАК — ROSA CANINA L

(Маҳаллий номлари: ўзбекча-хоргул, оқхоргул, итбурун, тақмагул; русча - шиповник, роза собачья, форсча - хулхул, арабча — длик).

Уй шароитида наъматак меваларидан қайнатма тайёрлаш учун оғзи ёпиладиган идишга 2 стакан сув қуйилади ва бир ош қошиқ майдаланган меваларидан солиниб, 10 дақиқа қайнатилади. Қайнатма докадан ўтказилиб сузилгач, унга шакар қўшиб шира берилади. Қайнатмадан кунига уч маҳал овқатдан олдин ярим стакандан ичилади. Қайнатма бутун овқат ҳазм қилиш тизими аъзоларининг шиллиқ қавати ва қон томирларини мустаҳкамлайди.

ТИРНОҚГУЛ — CALENDULA OFFICINALIS L.

(Русча — календула, ноготки лекарственные)

Rp: YnF Flor Calendulae ex 10,0-100 ml

D.S. Оғиз бўшлиғи кунига 3-4 маҳал овқатланишдан сўнг чайилади.

Rp: T-rae Calendulae 20 ml

Lanolini 100,0

M. Funa

D.S. Оғиздаги яра ва афталарга суртилади.

Rp: T-rae Calendulae 40 ml

D.S. Афталарга кунига 3 марта овқатлангандан сўнг суртилади.

ТОҒРАЙҲОН — ORIGANUM TUTTNANTNUM GONTSCH

(Русча - душица мелкоцветная, форсча - сисамбар, арабча - камомил малик).

Rp: Ynf herbae Origani ex 10,0-200 ml

D.S. Оғиз бўшлиғини чайқаш учун

ЧАҒАНДА — HIPPOURAE RHAMNOIDES L.

(Чирқанок, русча - облепиха крушиновидная)

Rp: Ol. Hippurhaes 100 ml

D.S. Оғиз бўшлиғидаги шиллиқ қобиқ қават зарарланганда, аппликация сифатида фойдаланилади.

ЭМАН — QUERCUS L.

(Русча - дуб обыкновенный - черешчатый - летний).

Rp: Dec. Cort. Quercus ex 20,0-200 ml

D.S. Оғиз бўшлиғини чайқаш учун.

ЯЛПИЗ — MENTHA AR'ENSIS L.

(Русча - мята перечная; арабча - пудинаж)

Rp: Ol. Menthae piperitae 3.0

Spiritus aethilicu 70% dd 20,0

M.D.S. 1 стакан сувга 20 томчи томизилиб, оғиз бўшлиғи чайилади.

Rp: T-гае Menthae piperitae 50 ml

D.S. 1 чой қошиғи 1 стакан сувга солиниб, оғиз бўшлиғи чайилади.

Ялпиз баргидан тайёрланган дамлама оғриқсизлантирувчи сифатида, шунингдек, невралгияда, тиш оғриғида фойдаланилади, ташқи муолажа сифатида антисептик хусусияти учун стоматологияда, стоматитларни даволашда тавсия этилади.

Rp: Fol. Menthae piperitae 100,0

D.S. 2 чой қошиқ майдаланган барглар 1 стакан қайноқ сувда 20 дақиқа дамланади, сузилгач, оғиз бўшлиғи чайилади.

ҲОЗПАНЖА — POTENTILLA L.

(Чой ўт, русча - лопчатка гусиная)

Rp: Des. Rhiz. Potentillae ansemrinae ex 5,0-200,0

D.S. Оғиз бўшлиғини чайиш учун

Rp: YnF rhiz. Potentillae ansemrinae ex 20,0-100

D.S. Майдаланган илдизлар 3 кун дамлаб қўйилади ва кунига 20-30 томчидан 4-5 марта шиллиқ қобиқ қават қонаганда ичилади.

Хозирги кунда Ватанимиз заминиди мавжуд бўлган ўсимликларнинг шифобахш хусусиятга эга турлари аниқланиб бўлиниб, уларнинг 235 тури илмий тиббиётда дори-дармон сифатида кенг қўлланилади.

Мамлакатимиздаги ўсимликларнинг 600 га яқин тури шифобахш хусусиятга эга бўлиб, бундан 60 таси Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Фармацевтик қўмитаси қарорига мувофиқ, тиббиётда ишлатишга рухсат этилган шифобахш ўсимликлардир.

Доривор ўсимликларни қўллаш касалликнинг қай даража-

далигига, унинг қаерда ўсганлиги, доривор ўсимликларнинг турига, фармакологик таъсири ва концентрациясига боғлиқ. Шунинг учун касаллик ва унинг ҳолатига тўғри баҳо берилгандагина шифобахш ўсимликларнинг дори воситалари тўғри танланиб ишлатилса, албатта касаллик тезда соғайиши кузатилади.



1. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касаликлари физиотерапиясининг асослари?
2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касаллиларида қўлланиладиган физиотерапевтик муолажаларнинг турлари?
3. Стоматологик касалликларда қўлланиладиган замонавий физиотерапевтик ускуналарнинг афзалликлари, қулайликлари?
4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати жароҳатларида фитотерапиянинг аҳамияти?
5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларида кенг қўлланиладиган шифобахш ўсимликлар, уларнинг афзалликлари?
6. Милкга боғлам қўйиш учун ишлатиладиган шифобахш ўсимликларни санаб ўтинг?
7. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати жароҳатларини олдини олишда ортопед стоматолог врачнинг ўрни?
8. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликларининг профилактикасида умумий ёндашув асослари?

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Абрамова Е.И., Радина А.Л. О псориазе слизистой оболочки рта. // Вестн.дерматол. и венерол.-1980. № 11, С.49.
2. Абрамова Е.И., Савкина Г.Д. Атипичная форма красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта. //Стоматология. 1996.- № 4. С. 18.
3. Абрамова Е.И., Любомирова И.М. О злокачественные красного плоского лишая.// Стоматология.- 1999. - №1. С.25.
4. Абу Али ибн Сино. Тиб қонунлари. II китоб. -Т.: Фан, 1956.
5. Абу Райҳон Беруни. Избранные произведения: IV китоб (“Китоб ас-сайдана фи-т-тиб”), Т.: Фан, 1974.
6. Антонова Т.Н. Эрозивно - язвенная форма красной волчанки красной каймы губ. //Стоматология. 1964. № 2. -С. 34.
7. Бекметов М.В. Стоматологический статус рабочих кислотных цехов производства минеральных удобрений Узбекистана: Сб.науч.тр. - Ташкент, 1974. -С.59-60.
8. Бекметов М.В. Профилактика поражений органов полости рта у работающих в производстве минеральных удобрений в Узбекистане: Метод.рек. - Ташкент, 1979. - 20с.
9. Бекметов М.В. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта у рабочих химических предприятий //Стоматология. - 1983. - Т. 62, №5. - С.35-37.
10. Бекметов М.В. Стоматологическая заболеваемость у рабочих производств минеральных удобрений и совершенствование их лечебно-профилактического и диспансерного стоматологического обслуживания: Автореф.дис. ...д-ра.мед.наук. - М., 1984. - 38с.
11. Бекметов М.В. Содержание некоторых микроэлементов в зубах у работающих в производстве минеральных удобрений//Клиническая стоматология: Сб. науч.тр. -Ташкент, 1988. - С. 22-23.
12. Бекметов М.В., Байбекова Э.М. Экспериментальное обоснование профилактики поражений органов полости рта, обусловленных химическими факторами //Клиническая стоматология: Сб.науч.тр. - Ташкент, 1988. -С. 23-27.
13. Бекметов М.В., Файзуллаев Ф.Ш.,Рахмонов Х.Ш. Ортопедик стоматология.- Тошкент, 2002.-297 б.
14. Гаффаров С.А. Гигиеническая характеристика условий труда прядильного цеха Бухарского текстильного комбината и её влияние на стоматологическую заболеваемость //Актуал. пробл. экологии и гигиен в Узбекистане: Сб.науч. тр. - Ташкент, 1997. - С.55-59.

15. Гаффаров С.А., Агзамходжаев С.С. Нефт ва газни қайта ишлаш корхоналаридаги иш жараёнида юзага келадиган ноқулай омиллар ва уларни ишчилар соғлигига таъсири ҳамда ноқулай омиллардан ҳимояланишга кўрсатмалар: Метод. рек. - Бухара, 2000. -16 б.

16. Гаффаров С.А., Мамедова Ф.М. Ип маҳсулотларини бўяш пардозлаш жараёнидаги физик, кимёвий, микробиологик омиллар ва ўсимлик чанглари оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати тўқималарига таъсири //Stomatologiya. - 1999.- №4. -б. 6-8.

17. Гаффаров С.А., Бекматов М.В. Ўзбекистон Республикаси иқлим минтақаси шароитида газ конденсатини қайта ишловчи корхоналарнинг санитар-гигиеник ҳолати ва меҳнат шароитини ҳамда ишчилар саломатлигини тиклашга қаратилган тавсиялар: Метод. рек. -Бухара, 2000. - 10 с.

18. Гаффаров С.А., Бекметов М.В., Агзамходжаев С.А.: “Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касб касалликлари”. – Т.: Абу Али ибн Сино. 2004, 332 б.

19. Гаффаров С.А., Идиев Г.Э., “Заболевания слизистой оболочки полости рта у рабочих в некоторых отраслях химического производства Республики Узбекистан. Матер. конгресса Тернопил. с. 332. 21-23.05.2002.

20. Гаффаров С.А. Патафизиологические основы интоксикации экспериментальных животных при длительном ингаляционном воздействии смеси органических химических веществ. Вестник “Здравоохранение Паволжья” Самара № 8. 39-41 с. 2002.

21. Гаффаров С.А. Баебекова Э.М. Бекметов М.В., Агзамходжаев С.С., “Влияние смеси фурфурола, формальдегида, фенола и ацетона на состояние слизистой оболочки полости рта и печень” Рос. стом. журнал. №3. с. 50-58. 2003.

22. Гаффаров С.А., Агзамходжаев С.С. “Стоматологик асбоб ва ашёлар”, Ўзб.мил. энцикл., дарслик. 200 бет, Тошкент, 2005.

23. Гаффаров С.А и др. “Стоматологический статус рабочих основных отраслей промышленности Узбекистана “Ўзбекистон милл. энцикл.” монография, 208 с. Тошкент, 2006.

24. Горбушина П.М. Сосудистые новообразования лица, челюстей и органов полости рта. — М.: Медицина, 1978.

27. Жуматов У. Стоматологический статус детей в экологически неблагополучных районах Узбекистана и разработка лечебно-профилактических мероприятий: Автореф.дис. ...д-ра-мед. наук. - Тошкент,1994.- 31с.

28. Жуматов У. Биологическое влияние повышенного суммарного суточного поступления фтора в организм детей на их зубочелюстную систему // Узб.биол.журн. - 1996. - № 1-2. - С.81-84.

29. Жуматов У. Влияние экологических факторов на имму-

нологические показатели полости рта у детей // Стоматология. - 1996. - №4- С.33-35.

30. Жуматов У. Сравнительная оценка состояния зубов детского населения в промышленном районе // Новое в стоматологии. -1996. - №1 - С.43-46.

31. Жуматов У.Ж., Жолматов А.А. Опыт применения электроактивированных водных растворов в комплексном лечении пародонтитов у рабочих хлопкоочистительных заводов // Стоматология. - 1998. - №2. - С.15-17.

32. Жуматов У.Ж., Жуматов О.У. Опыт применения электроактивированных водных растворов в комплексном лечении герпетических стоматитов у детей // Стоматология. - 1999. - № 2. - С.17-19.

33. Жуматов У.Ж., Жуматов О.У. Современные аспекты применения электроактивированных водных растворов в лечении стоматологических заболеваний // Стоматология. - 1999. - №3. - С.57-61.

34. Курляндский В.Ю., Хатова В.А. Особенности обследования и ортопедического лечения больных с невралгическими симптомами, обусловленными нарушениями в зубо-челюстной системе. //Актуальные проблемы стоматологии. М.: 1974. -С. 182.

35. Комилов Х.П. ва бошқалар “Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликлари” 160 б. Тошкент. 2005.

36. Копейкин В.Н., Миразизова М.З. Ортопедическая стоматология // М.: Медицина. -2001. - 624 с.

37. Немецкая Т.И., Сторожева Н.И. Клинические проявления десквамативного стоматита. // Стоматология. -1974. № 1. - С.15.

38. Машкеллейсон А.Л. Кортикальные стероиды и адренокортикотропный гормон в дерматологической практике. // М.: Медицина, 1965.

39. Машкеллейсон А.Л., Васьковская Г.П., Муратова Н.Б. Роль заболеваний пищеварительной системы в патогенезе красного плоского лишая. // Стоматология. -1980. -№ 4.- С.23.

40. Меклер Л., Идлис Р., Первый шанс //АТР.- 1989. №4. -С. 4-6.

41. Мороз Е.Я. Кандидозы у детей. //Л.: Медицина, 1971.

42. Пашков Б.М. Поражения слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических болезнях. 2-е изд. // М.: Медиз, 1963.

43. Пашков Б.М., Беляева Е.Ф. Мягкая лейкоплакия полости рта. //Стоматология. - 1966. - №2. -С. 3-6.

44. Пашков Б.М., Стоянов Б.Г., Машкеллейсон А.Л. Поражения слизистой оболочки рта и зубов при некоторых дерматозах и сифлисе. //М.: Медицина. - 1970.

45. Покровский, СПИД. - М.1988. - 48 с.

46. Торсуев А.А. Распознавание и дифференциальная диагностика лепры. — М.: Медицина, 1971.

47. Холиқов К. Ўзбекистон жанубидаги доривор ўсимликлар. Т., "Меҳнат", 1992.

48. Худойбердиев Г.Э. ва бошқ. Шифобахш ўсимликларнинг стоматологияда қўлланилиши. Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, 1995, 128 б.

49. Archard H.O., Roebuck H.F., Stanley H.R. Oral manifestations of chronic discoid Lypus erythematosus. // Oral Syrg. - 1963. P. 692-702.

50. Beutner E.H., Jordon R.E., Chorrelski T.P. The immunopathology of pemphigus and bullous pemphigoid. //J. iNvest. Derm. -1968. -Vol. 51, N1.- P.63-80.

51. Cohen L. Recurrent oral ulceration and cutaneous infections ocssociated with cyclical neutropenie. // Dent.Practit. dent.Rec. - 1965. - Vol. 16. - N 3. - P. 97-98.

52. Cohen L. Oral candidiasis. // Oral Surg. - 1965. - Vol. 20, N3. - P. 315-320.

53. Cohen L. Some Observations on he use oF exFoliative cytology in the diaghosis of oral Lesions. //Oral Surg. - 1966. - Vol. 21, N4. - P.458-464.

54. Donatshy O., Dabelsteen E. Deposits of immunoylobulin G and comlemenr C3 in recurrent aphthous ulceration. // Scant. J. Dent. Res. - 1977. -V ol. 85. - P.419-425.

55. Loir A. Le cytodagnostic en stomatologie. // Acta stomat belg. - 1964. - Vol. 61, N4. P. 423-459.

56. Immunofluorescence microscopic studies of recurrent aphthud stomatitis. Van Hale H.M., Rogers R.S., Doyle J.A., Schroeter A.L. // Arch.Derm. - 1981. - Vol. 117. - P.779-781.

57. Vranes M. Melanosis mucosae oris. // Z. Haut. U. Geschl. — Kr. - 1981. - Bd 56, N2. - P.98-101.

Мундарижа

Сўз боши	3
I-БОБ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликлари ҳақида тушунча. Касалликларни ташхислаш асослари.	5
Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб касалликларини ташхислаш асослари	8
Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг жароҳатлани элементлари	10
II-БОБ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг шикастли, жароҳатлари	17
Механик шикастланиш	18
Паст ҳароратли таъсирловчилар	24
Юқори ҳароратли таъсирловчилар	25
Микротокли таъсирланишлар	26
Нурли таъсирланишлар	27
III БОБ. Ўткир юқумли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги жароҳатлар.	33
IV БОБ. Сурункали юқумли касалликларда оғиз шиллиқ қаватининг жароҳатланиши.	39
Захм	39
Сил	52
Махов	59
V БОБ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ўзига хос юқумли, ҳамда паразитар касалликлари.	64
Йирингчали касалликлар	64
Замбуруғли касалликлар	69
Гонококкли стоматит	78
Оғиз бўшлиғи трихомонози	79
Венсаннинг ярали - некротик стоматити	81
VI БОБ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг вирусли касалликлари	85
Герпеслар	85
Ўткир герпетик стоматит	87
Белбоғсимон темиртки	90
Сўгал	91
VII БОБ. Аллергик касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда кузатиладиган ўзгаришлар ёки аллергия ҳолатлар	93
Аллергия	93
Алоқали аллергия стоматитлар	95
Тиббий дори-воситалар қўзғатадиган токсик-аллергик стоматитлар	97
Квинке шиши ёки крапивница	101
Тиш протезларида қўлланадиган хом-ашёлар қўзғатадиган аллергия ўзгаришлар	103
Галваноз	103

Металли тиш протезлар қўлланилганда кузатиладиган токсик стоматит.....	107
Акрилли протезлар қўлланилганда келаб чиқадиган токсик стоматит.....	111
Протезли стоматитларни профилактикаси ва даволаш йўллари.....	113
Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тил парестезиялари.....	120
Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тил парестезияларини профилактикаси.....	124
VIII БОБ. Сурункали қайталанувчи афтали стоматит.	126
Бахчет синдроми.....	132
Шегрена синдроми.....	134
IX БОБ. Организмнинг ички аъзоси, эндокрин тизими ва модда алмасишуви патологияларда оғиз шиллиқ қаватида кузатиладиган ўзгаришлар.....	138
Меъда-ичак тракти касалликлари.....	139
Жигар касалликлар.....	139
Юрак-қон томир тизими касалликлари.....	140
Буйрак касалликлари.....	140
Эндокрин тизимидаги бузилишлар.....	141
Урбах-Витенинг липоидли протеинози.....	145
Амилоидоз.....	146
X БОБ. Гиповитаминоз ва авитаминозларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги ўзгаришлар.	147
XI БОБ. Қон ва қон яратувчи аъзоларнинг касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги ўзгаришлар.	152
XII БОБ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабни жароҳатловчи дерматозлар.	159
Қизил ясси темирлатки.....	159
Қизил югирик.....	165
Склеродермия ва Рейно касаллиги.....	172
Пуфакча.....	173
Буллэзли пемфигоид.....	178
Синехиал - шиллиқ атрофик буллэз дерматити.....	179
Оғиз шиллиқ қавати учун хос яхши сифатли аконтолитик бўлмаган пуфакчалар.....	180
Дюрингнинг герпетик шакли дерматити.....	181
Кўп шакли экссудатив эритема ва Стивенс-Джонсон синдроми.....	182
Васкулитлар.....	187
Псориаз.....	189
Пигмент — сўргичли дистрофия.....	191
Капоши ангиоретикулези.....	191
XIII БОБ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабда кузатиладиган генетик асосдаги ўзгаришлар.	193
Ихтиоз.....	193
Даръенинг фолликуляр дискератози.....	194

Туғма пахионихия ёки Ядассон-Левандовский синдроми.	194
Ангидротик эктодермал дисплазия.	195
Туғма буллёз эпидермолиз.	195
Пейтц-Ёгерс-Турен синдроми.	196
Кауден касаллиги ёки полиморф гамартомалар синдроми.	197
Даун касаллиги.	198
XIV БОБ. Невуслар ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги эпителиал дисплазия.	199
Реклингхаузен касаллиги ёки нейрофиброматоз.	199
Фордайс касаллиги.	201
Кенноннинг оқ лабли невуси.	201
Пашковнинг юмшоқ лейкоплакияси.	202
Яхши сифатли наслий эпителия оралиқ дискератози.	203
Пастки лабнинг туғма фистуласи.	204
XV БОБ. Тил касалликлари.	205
Глоссалгия.	214
XVI БОБ. Хейлитлар.	218
Эксфолиатив хейлит.	219
Гландуляр хейлит.	224
Алоқали аллергия хейлит.	225
Метеорологик хейлит.	227
Актиник хейлит.	229
Атопик хейлит.	230
Экзематозли хейлит.	232
Плазма ҳужайрали хейлит.	234
Сурункали лаб ёрилиши.	236
XVII БОБ. Мелькерссон-Розентал синдроми.	238
XVIII БОБ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясининг рак олди касалликлари.	244
Боуэн касаллиги.	246
Рак олди сўғали.	247
Рак олди чегарли гиперкератози.	248
Манганоттининг абразив преканкрроз хейлити.	249
Лейкоплакия.	251
Шоҳланувчи тери.	256
Кератоакантома.	257
Оғиз шиллиқ қавати ва лаб қизил ҳошиясидаги рак олди касалликлари профилактикаси.	257
XIX БОБ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ, шиллиқ ости қавати в лабдаги яхши сифатли ҳосилалар.	260
Папиллома.	260
Фиброма.	262
Томирлардаги ўсмалар.	263
XX БОБ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабнинг ёмон сифатли ўсмалари.	267

XXI БОБ. Ҳаёт давомида организмдаги орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС).	273
XXII БОБ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лабдаги касбга оид касалликлар.	294
Оғир металл тузлари билан заҳарланганда, оғиз шиллиқ қаватининг жароҳатланиши.	300
Минерал ўғитлар ишлаб чиқариш, пестицитлар кимёвий толалар, фуран бирикмалари, нефтни қайта ишлаш ва ип-йигирув корхонаси ишчилари орасида кузатиладиган оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари	304
Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касб касалликларининг умумий профилактикаси	321
XXIII БОБ. Оғиз бёшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг фито ва физиотерапияси.	322
Ишлаб чиқариш корхоналарида; жумладан киёвий корхоналардаги ишчилар организмга турли хлор ва фосфорорганик пестицидлар кислоталар ва нефт маҳсулотлари таъсир қилганда стоматологик касалликларнинг олдини олиш усуллари.	326
Ишлаб чиқариш корхоналар ишчилари оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тиш қаттиқ тўқимасидаги касбий касалликларини олдини олиш	328
Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларида тишларни протезлашнинг ўзига хос томонлари.	332
Гипоборик кислород қўллаб оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тил парестизияларни даволаш.	333
Доимий магнит майдони қўллаб оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тил парестизияларни даволаш.	334
Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тил парезтезиясида кислородтерапия усули	335
Гирудотерапия - зулук билан оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тил парезтезияларини даволаш	336
Оғиз бўшлиғи гигиенаси асослари.	337
Жарроҳлик стоматологияда операциядан кейинги асоратлар физиофилактикаси	339
Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларини даволашда ишлатиладиган шифобахш ўсимликлардан тайёрланган дори-воситалар тўғрисида қисқача маълумотлар	344
Стоматология амалиётида кенг қўллаш имкониятлари мавжуд баъзи бир шифобахш ўсимликларнинг кенг тарқалган номлари ва рецепти	347
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	352

**ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИК
ҚАВАТИ ВА ЛАБ КАСАЛЛИКЛАРИ**

С. А. Гаффоров, Ф.Э. Идиев, Ж.А. Ризаев

Босишга 04.02.08.да рухсат берилди. Бичими 60x90 1/16. Шартли босма табоқ 25.0. Нашр босма табоғи 22,5. 78-2003-рақамли шартнома. Нархи шартнома асосида. Адади 1000 нусха.

“Ўзбекистон Миллий энциклопедияси Давлат илмий нашриёти, Тошкент Навоий кўчаси 30.

Тошкент шаҳар, Фарход кўчаси, 21А. «KARRLO» хусусий корхонасида чоп этилди.