

**I.X.XALILOV, B.O.XUDANOV, SH.B.DAMINOVA,
M.S.MUXAMEDOVA, F.L.MIRSALIXOVA,
D.U. RAXMATULLAYEVA**

BOLALAR TERAPEVTIK STOMATOLOGIYASI



**I.X.XALILOV, B.O.XUDANOV, SH.B.DAMINOVA, M.S.MUHAM EDOVA,
F.L.MIRSALIXOVA , D.U. RAXMATULLAYEVA**

BOLALAR TERAPEVTIK STOMATOLOGIYASI

Darslik



Toshkent-2017

YŷK: 616.31:615-053.2

KEK: 57.3 56.6

B 83

Taqrizchilar:

Alimova R.G. – Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti bolalar stomatologiyasi va ortodontiya kafedrası professori;

Kamilov X.P. – Toshkent Davlat stomatologiya instituti gospital terapevtik stomatologiya kafedrası mudiri, professor;

Xabilov N.L. – Toshkent Davlat stomatologiya instituti gospital ortopedik stomatologiya kafedrası mudiri, professor.

Bolalar terapevtik stomatologiyasi fanidan o'quv darslik. Toshkent.
2017, 444 b.

Darslik davlat standartlari va namunaviy dasturlar asosida yozilgan bo'lib 2-qismdan iborat. I qismda Bolalar terapevtik stomatologiyasi fani yoritishi kerak bo'lgan, bolalar yoshida uchraydigan og'iz bo'shlig'i a'zolari kasalliklari, ularning zamonaviy tasnifi, klinik belgilari, tashxis qilish usullari va davolash choralari yoritilgan.

Ikkinchi qismda stomatologik kasalliklarni oldini olish tadbirlari, ularni amalga oshirish usullari, amaliyot shifokorlari tomonidan amalga oshirishi kerak bo'lgan muolajalar va sanitar maorif oqartuv ishlari keng bayon etilgan.

Darslik tibbiyot oliy o'quv yurtlarining stomatologiya fakulteti talabalari, magistrantlari, klinik ordinatorlar, shifokor stomatologlar va pedagoglar uchun mo'ljallangan.

YŷK: 616.31:615-053.2

KEK: 57.3 56.6

ISBN 978-9943-5121-0-8

**© I.X.XALILOV, B.O.XUDANOV, SH.B.DAMINOVA,
M.S.MUXAMEDOVA, F.L.MIRSALIXOVA, D.U. RAXMATULLAYEVA**
© «Delta print service», 2017

MUNDARIJA

MUNDARIJA.....	3
Soʻz boshi.....	9
I- QISM. BOLALAR TERAPEVTIK STOMATOLOGIYASI.....	12
1 Bob. SUT TISHLARINING RIVOJLANISHI.....	12
1.1. Cut tishlarining anatomiyasi va fiziologiyasi.....	15
1.2. Bolalar ogʻiz boʻshligʻi xastaliklarini davolashda qoʻllaniladigan ogʻriqsizlantirish usullari.....	16
1.2.1. Terminal anesteziya.....	17
1.2.2. Igna va shprints yordamida amalga oshiriladigan (inʼeksion) anesteziya	18
1.3. Bolalar yoshida profilaktika maqsadida ruhiy holatni barqarorlashtiruvchi muolajalar.....	19
2 Bob. SUT TISHLAR KARIYESI.....	23
2.1. Tish emalining xususiyatlari va struktura tuzilishi.	23
2.2. Tishlar kariyesi etiologiyasi va patogenezi.	26
2.3. Tish emalining demineralizatsiyasi.	29
2.4. Kariyes kasalligi tasnifi	30
2.5. Bolalar yoshida kariyes rivojlanishining oʻziga xos xususiyatlari.....	31
2.6. Sut tishlar qatorida koʻplab uchraydigan kariyes.....	32
2.7. Sirkulya kariyes.	34
2.8. Yassilanib kechuvchi kariyes.	35
2.9. Oʻrta kariyes	37
2.10. Chuqur kariyes	38
2.11. Kariyesning davosi.....	39
2.12. Boshlangʻich kariyes davosi.	39
2.13. Oʻrta va chuqur kariyesini davolash.	44
3 Bob. TISH PULPASINING YALLIGʻLANISHI	49
3.1. Pulpa yalligʻlanishining bolalarda kechadigan klinik xususiyatlari.....	49
3.2. Pulpitlar tasnifi.....	51
3.3. Pulpaning oʻtkir oʻchoqli (chegaralangan) yalligʻlanishi.	52
3.4. Oʻtkir umumiy (diffuz) pulpit.....	52
3.5. Surunkali fibroz pulpit.....	53
3.6. Surunkali gangrenoz pulpit	54
3.7. Surunkali gipertrofik pulpit	56
3.8. Bolalarda pulpit kasalligini davolashning oʻziga xos chora-tadbirlari....	58
3.9. Yalligʻlangan pulpani biologik usulda davolash	59
3.10. Yalligʻlangan pulpani tirik holda ogʻriqsizlantirib amputatsiya qilish usuli.....	62

3.11. Yallig'langan pulpani og'riqsizlantirib chuqur amputatsiya qilish usuli	63
3.12. Yallig'langan tish pulpasini og'riqsizlantirib to'liq olib tashlash (vital ekstirpatsiya) usuli	66
3.13. Yallig'langan pulpani jonsizlantirib qisman olib tashlash yo'li bilan davolash (devital amputatsiya) usuli	67
3.14. Yallig'langan tish pulpasini jonsizlantirish yo'li bilan to'liq olib tashlash (devital ekstirpatsiya) usuli.....	70
3.15. Tish pulpasini yallig'lanishini davolash jarayonida vujudga kelishi mumkin bo'lgan asoratlari, sabablar va ularni bartaraf etish yo'llari.....	71
3.16. Pulpa yallig'lanishi davolangandan keyin sodir bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlari	73
4 Bob. PERIODONT YALLIG'LANISHI	75
4.1. Bolalarda periodontitlarni o'ziga xos klinik kechishi.	75
4.2. Periodontitlar tasnifi.	77
4.3. O'tkir cho'qqi (apikal) periodontit	78
4.4. Surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit	81
4.5. Surunkali granulematoz periodontit	82
4.6. Surunkali fibroz periodontit.....	82
4.7. O'tkirlashgan surunkali periodont yallig'lanishi	82
4.8. Bolalarda kechadigan periodontitlarni davolash.....	84
5 BOB. BOLALAR YOSHIDA UCHRAYDIGAN TISH QATTIQ TO'QIMALARINING NOKARIYES KASALLIKLARI	99
5.1. Follikulyar taraqqiyot davrida sodir bo'ladigan nuqsonlar.....	99
5.2. Emal gipoplaziyasi.....	100
5.2.1. Emalning sistemali gipoplaziyasi (ESG)	102
5.2.2. Dog' shaklidagi emal sistemali gipoplaziyasi	104
5.2.3. Chuqurchalar shaklidagi sistemali emal gipoplaziyasi.	105
5.2.4. Tish emali sistemali gipoplaziyasining egatchali shakli.	105
5.2.5. Sistemali emal gipoplaziyasining likopchali shakli.....	107
5.2.6. Sistemali emal gipoplaziyasining aralash shakli.....	108
5.2.7. Emal aplaziyasi.	109
5.2.8. Sistemali emal gipoplaziyasini davolash.....	110
5.2.9. Tish emalining mahalliy gipoplaziyasi.	110
5.2.10. Emal to'qimasining o'choqli gipoplaziyasi odontodisplaziya, fantom tishlar, tugallanmagan odontogenez.	112
5.2.11. Tetratsiklinli tishlar.....	113
5.2.12. Sistemali emal gipoplaziyasining boshqa turlari.....	115
(Getchinson, Furne, Pflyuger tishlari).....	115

5.3. Emal giperplaziyasi (emal tomchilari va durlari).....	116
5.4. Tishlar endemik flyuoroz.	117
5.4.1. Flyuorozning shtrixsimon shakli.	121
5.4.2. Flyuorozning dog`li shakli.	121
5.4.3. Bo`rsimon xol-xol nuqtali flyuoroz.....	122
5.4.4. Flyuorozning eroziya shakli.	122
5.4.5. Destruksiya shaklidagi flyuoroz.	123
5.4.6. Aralash shaklli flyuoroz.....	123
5.5. Bolalarda sut tishlar rangining o`zgarish holatlari.....	124
5.6. Marmar kasalligi.	125
5.7. Gipofosfateziya.....	126
5.8. Tish qattiq to`qimalarining nasldan naslga beriluvchi irsiy kasalliklari	127
5.8.1. Irsiy tugallanmagan amelogenez(ITA).....	127
5.8.2. Tugallanmagan dentinogenez. (Dentinogenesis imperfecta)	134
5.8.3. Tugallanmagan odontogenez yoki irsiy tovlanuvchi dentin (Stenton- Kapdepon sindromi).	135
5.8.4. Tugallanmagan osteogenez (Osteogenesis imperfecta).....	136
6 Bob. PARODONT KASALLIKLARI.	136
6.1. Bolalarda parodont to`qimasining anotomik tuzilishi va fiziologik xususiyatlari.....	137
6.1.1. Bolalar yoshida milk to`qimasining morfologik shakllanishi.	141
6.1.2. Parodont boylamining shakllanishi.....	142
6.1.3. Bolalar yoshida parodont suyak to`qimasining struktura tuzilishi.....	143
6.2. Parodont xastaliklari tasnifi.	145
6.3. Parodont kasalliklari etiologiyasi.	146
6.4. Parodont kasalliklari patogenezi	148
6.5. Balog`at yoshi davrida o`smir yoshlar organizmida sodir bo`ladigan o`zgarishlar.	153
6.6. Parodont xastaliklariga uchragan bemorlarni tekshirish usullari	156
6.7. Milklarning surunkali kataral yallig`lanishi.....	161
6.7.1. Surunkali gipertrofik gingivit.....	163
6.7.2. Surunkali atrofik gingivit.....	164
6.8. Parodontit (parodont to`qimalarining yalpi yallig`lanishi).....	164
6.9. Parodontoliz.	166
6.9.1. Keratodermiya (Papiyon - Lefevr Sindromi).....	167
6.9.2. Nasldan naslga beriluvchi neytropeniyada parodont to`qimasining yalpi yallig`lanishi.....	168

6.9.3. x- gistiotsitoz xastaliklarida parodont to`qimasining yalpi yallig`lanishi.....	169
6.9.4. Xend- SHyuller-Krischen Xastaligi (Sindromi)	171
7 Bob. OG`IZ BO`SHLIG`I SHILLIQ QAVATI KASALLIKLARI.....	189
7.1. Bolalar yoshida og`iz bo`shlig`i shilliq pardasining shakllanishi va fiziologik xususiyatlari, og`iz bo`shlig`i mikroflorasi.....	190
7.2. Og`iz bo`shlig`i shilliq qavati kasalliklari tasnifi.	260
7.3. Og`iz bo`shlig`i shilliq qavati kasalliklarida paydo bo`ladigan shikastlanish alomatlari.....	260
7.3.1. Jarohatlanishning birlamchi belgilari	261
7.3.2. Jarohatlanishning ikkilamchi belgilari	264
7.4. Mexanik travmalar natijasida yuzaga keladigan og`iz bo`shlig`i shilliq qavatining jarohatlari	267
7.4.1. Bednar yarasi.....	268
7.5. Og`iz bo`shlig`i shilliq qavatining kimyoviy jarohatlanishi	269
7.6. Infeksiya sababli og`iz bo`shlig`i shilliq qavatida yuzaga keladigan o`zgarishlar	271
7.6.1. Difteriya.....	273
7.6.2. Qizamiq.....	274
7.6.3. Skarlatina.....	275
7.6.4. Suv chechagi.....	276
7.6.5. Yuqumli mononukleoz (Filatov kasalligi).	277
7.6.6. O`tkir gerpetik stomatit.....	278
7.6.7. Surunkali qaytalovchi gerpetik stomatit	282
7.6.8. Gerpangina (herpangina, virusli angina)	283
7.6.9. Kandidoz xastaligi.....	283
7.7. Og`iz bo`shlig`i shilliq pardasida bakteriyalar yuzaga keltiradigan allergik o`zgarishlar.....	286
7.7.1. Surunkali qaytalanuvchi yarali (aftoz) stomatit.....	286
7.7.2. Ko`p belgili ekssudatli eritema.....	288
7.7.3. Stivens-jonson sindromi.....	290
7.7.4. Surunkali, qaytalanuvchi bakterial-allergik xastaliklar davosi.....	291
7.8. Og`iz bo`shlig`i shilliq pardasining dori-darmonlar qabul qilish bilan bog`liq bo`lgan allergik o`zgarishlari	293
4-jadval.....	295
7.9. LAB kasalliklari.....	297
7.9.1. Ekzemali yoki atopik xeylit	297
7.9.2. Yuqumli xeylit	299

7.10. Til kasalliklari.....	300
7.10.1. Deskvamativ glossit.....	300
7.10.2. Rombsimon glossit.....	301
7.10.3. Burmali til.....	301
7.10.4. Qora tukli til.....	302
7.11. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida ichki a'zo va sistemalar xastaligi tufayli yuz beradigan o'zgarishlar.....	302
7.11.1. A vitamini tanqisligi.....	303
7.11.2. V guruh vitaminlar tanqisligi.....	303
7.11.3. S vitamini tanqisligi.....	304
7.11.4. Ichki sekretiya (endokrin) bezlari faoliyatining buzilishi bilan bog'liq o'zgarishlar.....	304
7.11.5. Me'da, ichak, jigar kasalliklari.....	305
7.11.6. Qon kasalliklari.....	307
7.11.7. Ortirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS).....	309
7.1.7.1. Kandidoz.....	312
7.1.7.2. O'tkir yarali – nekrotik gingivostomatit.....	313
7.1.7.3. Virusli infeksiyalar.....	314
7.1.7.4. Sochli leykoplakiya.....	314
7.1.7.5. Kaposhi sarkomasi.....	314
7.1.7.6. OIV bilan zararlanishning oldini olish.....	315
8 Bob. TISH KASALLIKLARIDA RENTGEN TASVIRINING TAHLILI	316
8.1. Pulpitlarda rentgen tasvirining tahlili.....	317
8.2. Periodontit xastaligida rentgen tasvirining tahlili.....	318
III. QISM. STOMATOLOGIK KASALLIKLAR PROFILAKTIKASI.	321
1 bob. Tishlar kariyesi va paradont kasalliklari paydo bo'lish shart- sharoitlari.	321
1.1. Tish yuzasida hosil bo'ladigan karashlar va toshlar (cho'kmalar).....	321
1.1.2. Minerallashmagan tish karashlari.....	321
1.1.3. Minerallashgan tish toshlari.....	324
1.2. Og'iz bo'shlig'i suyuqligi (so'lak).....	326
1.3. Stomatologik kasalliklar profilaktikasida ftor saqlovchi birikmalarning ahamiyati.....	329
1.4. Tishlar emalining remineralizatsiyasi.....	333
1.5. Stomatologik tekshirish ko'rsatkichlari.....	336
1.6. Stomatologik kasalliklar profilaktikasi usullari.....	345
1.7. Ratsional ovqatlanishning kariyes profilaktikasidagi o'rni.....	349
1.8. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasi qoidalari.....	353

1.9. Og'iz bo'shligi shaxsiy gigiyenasi vositalari.....	356
1.9.1. Tish cho'tkalari.....	356
1.9.2. Tish yuvish pastalari.....	360
1.9.3. Tish tozalash poroshoklari.....	379
1.9.4. Tish tozalagichlar (kovlagichlar).....	380
1.9.5. Flosslar.....	380
1.9.6. Chaynov rezinkalari (saqichlar).....	381
1.9.7. Tish eliksirlari.....	382
1.10. Bolalar yoshida og'iz bo'shligining malakali gigiyenasi.	383
1.11. Ftoridlarni kariyes profilaktikasidagi o'rni va qo'llash usullari.....	385
1.12. Ichimlik suvini ftorlash.....	388
1.13. Ftoridlar saqlovchi tabletkalar.	389
1.14. Ftorlangan sut.	390
1.15. Osh tuzini ftorlash.	392
1.16. Ftoridlarni mahalliy qo'llash.....	392
1.17. Ftor saqlovchi eritmalar va gellar.....	394
1.18. Kariyes profilaktikasida qo'llaniladigan, tarkibida ftor tutmaydigan mineral preparatlar.....	395
1.19. Tish fissuralari va ularni Muhrlashning kariyes profilaktikasidagi ahamiyati.....	399
1.20. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklarining profilaktikasi.....	402
Mustaqil o'rganish uchun test savollari	406

SO`Z BOSHI

Ma'lumki tishlar kariyesi va parodont kasalliklari yer shari aholisi o'rtasida eng ko'p tarqalgan kasalliklardan hisoblanadi va ularni bartaraf qilishga qaratilgan sarf harajatlar davlatlar iqtisodiyotiga sezilarli ta'sir etadi. Lekin, eng asosiysi bu kasalliklar o'z asoratlari bilan inson salomatligiga chuqur putur yetkazishi mumkin.

So'ngi ma'lumotlarga ko'ra O'zbekiston Respublikasi hududida, shaharda yashovchi bolalarda kariyes kasalligining tarqalishi 6 yasharlar orasida 87,76% ni, 12 yashar bolalar orasida 68,04% ni, shunga mos ravishda kariyes jadalligi 3,96 va 1,49 ko'rsatkichni tashkil etadi. Voyaga yetganlar va kattalar orasida (33-44 yosh) kariyes tarqalish ko'rsatkichi 97,37% ni, jadallik ko'rsatkichi esa 8,37 ga tengdir. Qishlok sharoitida yashovchi 6 yasharli bolalar o'rtasida kariyes tarqalishi 80,91%, uning jadalligi esa 3,3 ni, 12 yoshlilarda 66,2% va 1,69 ni tashkil qilsa, katta yoshdagi kishilar orasida bu ko'rsatkichlar 93,8% va 7,37% ni tashkil etadi. Respublikamizda kariyes tarqalishining o'rtacha ko'rsatkichi 81,8% ni tashkil etsa, parodont kasalligi 12,3% dan (bolalarda)-53,7% ni (kattalarda) tashkil qilar ekan (S. X. Yusupov. 1999 y).

Zikr etilganlar shuni ko'rsatadiki Respublikamiz hududlarida asosiy stomatologik kasalliklar ancha keng ko'lamda tarqalgan bo'lib, ularning jadallik darajasi ham ancha yuqori. Shularni inobatga olgan holda Respublikamiz hukumati bolalar salomatligini muxofaza qilish maqsadida ishlab chiqqan «Sog'lom avlod» dasturida mazkur kasalliklar profilaktikasi ham o'z aksini topgan.

Stomatologik kasalliklar profilaktikasi-bu og'iz bo'shlig'i a'zolari, tishlar kariyesi va parodont kasalliklarini, ularning rivojlanishini kompleks tadbir choralar ishlab chiqib tadbqiq qilish asosida oldini olishdan iboratdir. Bugungi kunga kelib shu narsa ochiq oydin ma'lum bo'ldiki yuqori malakali davolash ishlarini amalga oshirish bilan kariyes va parodont kasalliklarining tarqalishi va jadalligini pasaytirishning iloji yo'q ekan. Kariyes va parodont kasalliklarining keng tarqalganligini bugungi kunda ushbu xastaliklarning etiologiyasi va patogenezini bir

muncha o'rganilganligini inobatga olinganda, ularni kamaytirishning birdan bir yo'li mazkur kasalliklarni oldini olish borasida samarali, ommaviy usullarni qidirib topish va tadbqiq qilish stomatologlar oldida turgan asosiy vazifa ekanligi ko'rinadi.

Jahon stomatologiyasi amaliyoti ma'lumotiga ko'ra mamlakatlarda samarali profilaktik tadbir choralar majmuini omma o'rtasida dastur sifatida qo'llash va shu asosida ishlar olib borish, yuqorida keltirilgan kasalliklarni sezilarli darajada kamayishiga sabab bo'lar ekan. Eng asosiysi profilaktika yo'li bilan tishlar salomatligini yaxshilash, ularning kasalliklarini va asoratlarini davolash yo'li bilan bartaraf qilishdan 20 marotaba arzonga tushar ekan.

Ma'lumki, tish emalida kechadigan mineral tuzlar almashinuvining dinamik muvozanati buzilgan taqdirda kariyes xastaligi rivojlanadi. Kariyes boshlanishining asosiy belgisi o'choqli demineralizatsiya jarayoni bo'lib hisoblanadi va bu jarayon o'z vaqtida aniqlansa uni remineralizatsiya chaqiruvchi preparatlardan foydalanib bartaraf etish mumkinligi bugungi kunda hech kimga sir emas.

Parodont kasalliklarini ham o'rganish profilaktik tadbir choralarini samarali usullarini ishlab chiqib, ularni amaliyotda qo'llash bu kasallikni oldini olish, tarqalishini sezilarli darajada pasaytirish mumkinligini ko'rsatdi.

Jahon Sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga qaraganda bolalar o'rtasida parodont kasalligining tarqalishi ancha yuqori bo'lib 70% ni tashkil qilar ekan. Jumladan bular ichida 80% - surunkali gingivitni, 10% -gipertrofik gingivitni tashkil qilsa, 10% i - parodontitlarga to'g'ri kelar ekan. Parodont xastaligi mavjud bulgan bolalarning asosiy qismida og'iz bo'shlig'i gigiyenasining pastligi, tishlar qatori anomaliyalarining mavjudligi va boshqa mahalliy faktorlar borligi aniqlangan.

Mazkur darslikda bolalar o'rtasida uchraydigan nokariyes kasalliklari, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklari kariyes asoratlari, parodont kasalliklarini bartaraf qilish kompleks chora-tadbirlari birlamchi va ikkilamchi profilaktika tadbir choralari sifatida talabalarga taqdim etilgan.

Birlamchi profilaktika tadbir choralari – kompleks majmua bo'lib kasalliklarning birinchi klinik belgilari paydo bo'lmasdan turib tadbqiq etish orqali xastaliklarning oldini olishdir.

Ikkilamchi profilaktika – og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi bo'lib, mavjud xastaliklarni erta aniqlab o'z vaqtida malakali davolash bilan ular asoratlarini oldini olishga qaratilgan tadbir choralaridir.

Shular inobatga olingan holda mazkur darslikda bolalar o'rtasida ko'p uchraydigan tishlar, parodont, shilliq parda kasalliklarini namoyon bo'lishi, klinik belgilari, tashxisi, kiyosiy tashxisi, profilaktikasi va ularni davolashning zamonaviy usullari bayon qilingan.

Darslik bugungi kunda tasdiqlangan davlat standartlari va dasturlari asosida yozilgan bo'lib tibbiyot institutlari Stomatologiya fakulteti talabalariga bilim berish talablariga to'liq javob beradi degan umiddamiz.

Dotsent I. Xalilov.

I- QISM. BOLALAR TERAPEVTIK STOMATOLOGIYASI

1 Bob. SUT TISHLARINING RIVOJLANISHI

Sut tishlarining rivojlanishi (doimiy tishlardan farqli o'laroq) to'rt davrni o'z ichiga oladi:

1. Tish kurtaklarining hosil bo'lishi va ularning jag' suyagi alveolasi ichidagi shakllanish davri.
2. Yorib chiqqan tishlar ildizining shakllanish davri.
3. Sut tishlarining to'liq shakllangan davri.
4. Sut tishlari ildizining so'rilish davri.

Doimiy tishlar uchun to'rtinchi davr xos emas.

Sut tishlari homila hayot ining 5-6 haftasidan boshlab rivojlana boshlaydi. Bunda og'iz tirqishnning yuqori va pastki yuzalarida epiteliy qalinlashib, mezenxima qavatga botib kiradi. Hosil bo'lgan epiteliyal tasmachalar (yuqori va pastki) yoy shaklida bo'lib, bo'lajak alveolyar o'siq, sohasida joylashadi va tishlarning dastlabki kurtaklarining hosil bo'lishiga sabab bo'ladi.

Epiteliyal tish tasmachalari hujayralari guruhlariga bo'linib, har bir bo'lajak jag' sohasida 10 tadan epiteliyal emal a'zolarini (tish kurtaklarining dastlabki holati) hosil qiladi. Har bir emal a'zosining

1-Rasm. Tish kurtagi rivojlanishining dastlabki davri.

1-ko'p qavatli og'iz bo'shlig'i epiteliysi (bo'lajak milk epiteliysi);

2-epiteliyal tasmachasi; 3-emal organ pulpasi; 4-hosil bo'layotgan dentin; 5-odontoblastlar qavati; 6-qon tomirlar; 7-tish so'rg'ichi; 8-emal organining qirg'og'i.



rivojlanish jarayonida tashqi va ichki qavat hujayralari hosil bo'ladi. Hosil bo'lgan tashqi qavat hujayralari kubsimon, ichki qavat hujayralari esa silindr shakliga ega bo'lib, ular ameloblastlar deb yuritiladi. Tashqi va ichki qavat hujayralari yoysimon bo'lib, uchlari bir-biri bilan tutashadi. Natijada emal a'zosi vujudga keladi. Hosil bo'lgan ichki va tashqi hujayralar qavati orasida juda nozik to'rsimon to'qima - emal a'zosining pulpasi, yulduzsimon hujayralar to'plami shakllanadi. (1-rasm).

Emalning shakllangan emal a'zosining ko'ksiga (qadax bo'shlig'iga) qarama-qarshi tomondan mezenxima to'qimasi o'sib kirib, tish so'rg'ichini hosil qiladi. Keyinchalik mezenxima to'qimasi shakllanib, tish kurtagi atrofini o'rab oladi va umumiy tish qopchig'i - follikulani shakllantiradi. Hosil bo'lgan tish follikulasi o'z ichiga emal a'zosini va tish so'rg'ichini oladi.

Rivojlanishning keyingi davrlarida emal a'zosining ichki silindrsimon hujayralar qavatidan (ameloblastlar) - emal, tish so'rg'ichining chetida joylashgan hujayralardan (odontoblastlar) - dentin, markaziy qavat hujayralaridan - tish pulpasi shakllanadi. (2-rasm)



2-Rasm. Tish qattiq to'qimalarining hosil bo'lishi.

1-enameloblastlar; 2-emal to'qimasi; 3-milk epiteliysi; 4-dentin to'qimasi; 5-odontoblast hujayralari; 6-emal organi qoldig'i; 7-tish so'rg'ichi (pulpasi).

Epitelial tish tasmasi va kurtaklari homila rivojlanishi davrida oldin pastki, keyin yuqori jag' sohasida paydo bo'ladi. Oldingi tishlar kurtagi pastki jag' sohasida 7-haftaning, yuqori jag' sohasida esa 8-haftaning oxirida hosil bo'ladi.

Tish kurtaklari jag'lar sohasida alohida shakllanib bo'lgandan so'ng, ularni birlashtirib turgan tasmachalar so'rila boshlaydi. Bolaning

tug'ilishi paytida ular hali to'liq so'rilishga ulgurmaydi. Ba'zan istisno tariqasida tasmachalar ma'lum bir qismining so'rilmay qolishi epiteliy marvaridchalari holida qayd qilinadi.

Sut tishlarining mineral tuzlarga to'yinish jarayoni asosan homila davriga to'g'ri keladi. Dastlab tish so'rg'ichining cho'qqi qismida dentin qatlami vujudga keladi. Keyin esa emal hosil bo'lish jarayoni kuzatiladi. Homilaning 17-20-haftalarida boshlangan tish qattiq to'qimalarining hosil bo'lish jarayoni oldingi kurak tishlarda 14-18 oylarda tugallansa, chaynov tishlarda 18-30 oylarda, qoziq tishlarda esa 22-36 oylargacha davom etadi.

Sut tishlar ildizining to'liq shakllanishi oldingi kurak tishlarda bola tug'ilgandan keyin 2 yoshgacha, chaynov tishlarida 4-4,5 yoshgacha davom etadi.

Bola tug'ilgandan keyin 6 oy o'tgach, birinchi sut tishlari milkni yorib chiqa boshlaydi. Sut tishlarining yorib chiqish muddati, ildizlarining shakllanish va so'rilish muddatlari 1-jadvalda keltirilgan.

1 jadval.

Sut tishlarining chiqish, shakllanish va so'rilish muddatlari.

Tishlar	Chiqish muddati, oyi	Ildiz shakllanishinin g tugash yili	Ildiz so'rilishining boshlanish yili
I	6-8 oy	2 yoshda	5 yoshdan
II	8-12 oy	2 yoshda	6 yoshdan
IV	12-16 oy	4 yoshda	7 yoshdan
III	16-20 oy	5 yoshda	8 yoshdan
V	20-30 oy	4 yoshda	7 yoshdan

Shunday qilib, 2,5-3 yashar bolaning og'iz bo'shlig'ida sut tishlar qatori to'liq shakllanadi va ular quyidagi klinik tish formulasi yordamida ifodalanadi:

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

Bundan ko'rinib turibdiki, sut tishlari klinik formulada doimiy tishlardan farqli o'laroq, arab raqamlari bilan emas, balki rim raqamlarida o'z ifodasini topgan.

Sut tishlari yorib chiqishi bilan ularning suyak alveolasi ichidagi rivojlanish davri tugaydi va ikkinchi - ildiz shakllanish davri boshlanadi. Tish ildizi asosan bola tug'ilganidan keyin shakllana boshlaydi. Bu jarayon tishlar chiqish paytidan boshlanib, bir necha yil davom etadi.

Uchinchi davr - bu to'liq shakllangan sut tashlarining faoliyat davri bo'lib, o'rtacha 2 yil davom etadi. Bu davr so'nggida tish ildizining so'rilish davri, ya'ni to'rtinchi davr boshlanadi. U o'z navbatida o'rtacha 3-5 yil, sut tishi tushib ketguncha davom etadi.

1.1.Sut tishlarining anatomiyasi va fiziologiyasi

Sut tishlarining umumiy tuzilishi doimiy tishlar tuzilishiga o'xshasada, ba'zi bir xususiy belgilari bilan ulardan farq qiladi. Sut tishlari doimiy tishlardagidek toj - toj, buyin va ildiz qismlaridan iborat. Sut tishlari o'z o'lchamlari bilan doimiy tishlardan bir qadar kichikdir. Ayniqsa, ularning toj qismida bu farq yaqqol namoyon bo'ladi. Sut tishlarining ildizlari nisbatan uzunroq bo'ladi. Doimiy tishlarga nisbatan sut tishlarining toj qismi pastrok va eniga kengroq bo'ladi. Ma'lumotlarga qaraganda, doimiy tishlarda toj qismi o'lchamining umumiy tish o'lchamiga nisbati 1:1,33 ni hosil qilsa, sut tishlarida bu ko'rsatkich 1:1,66 ga tengdir. Doimiy tishlarda toj qismining kengligi, tish umumiy o'lchamining 1:3,2 qismini, sut tishlarida bu nisbat 1:2 ni tashkil qiladi.

Sut tishlari doimiy tishlardan o'ziga xos oqish-ko'kimtir rangi bilan farq qiladi. Sut tishlarining o'ziga xos belgilaridan biri - toj qismining ildizga yaqin tish sohasidagi emalning qalinlashib, bolishsimon shaklni olishidir. Bu ayniqsa chaynov tishlarida yaqqol namoyon bo'ladi.

Sut tishlarining bo'shlig'i doimiy tishlarnikidan kengroq bo'ladi. Tish pulpasining shoxlari o'tkirlashib, tishning kesuvchi yoki chaynov yuzasiga keskin yaqinlashadi.

Sut tishlarining ildizlari ancha kerilgan bo'lib, bu ko'p ildizli tishlarda ayniqsa yaqqol seziladi. Sababi, ular o'zlarining orasida doimiy tish kurtaklarini saqlaydi. Tish ildizi cho'qqisiga yaqin joyda hosil bo'lgan qo'shimcha ildiz kanalchalari doimiy tishnikidan son jihatidan ozroq bo'ladi. 2,5-3 yoshda shakllanib chiqqan sut tishlari bir-biriga zich yopishib turadi. 4 yoshdan boshlab tishlar orasida tirqish hosil bo'la boshlaydi. Bunday holat fiziologik diastema deb ataladi. 6 yoshdan boshlab tishlar orasidagi masofa sezilarli darajada kengaya boshlaydi. Fiziologik diastema - tirqishning hosil bo'lishi jag' suyaklarining o'sishi va doimiy tish kurtaklarining kattalashuvi bilan bog'liqdir. Sababi, keyinchalik sut tishlarining o'rnini doimiy tishlar egallashidir. Fiziologik diastema - tishlar orasidagi masofaning kengayishi ko'p hollarda yuqori jag'da yaqqol ko'rinadi. Agar 6 yoshlik bolada fiziologik diastema kuzatilmasa, bu hol jag' suyaklarining me'yordagi o'sishi buzilganligidan darak beradi va o'sib chiqishi zarur bo'lgan doimiy tishlar uchun joy tanqisligini bildiradi. Buni nazarda tutgan holda ortodontik tadbirlar qo'llab, diastema hosil qilinadi. Jag' suyaklari o'sishida faol chaynov jarayoni yaxshi yordam berishini shifokorlar bilishlari zarur.

Yuqorida zikr etilgan o'zgarishlardan tashqari sut tishlarida doimiy tishlardagidek yemirilish jarayoni qayd etiladi. Bu hol fiziologik jarayon bo'lib, 3 yoshdan boshlab kuzatiladi. Sut tishlarining chaynov faoliyati davomida yemirilishi bolalarda chaynov a'zolarining to'g'ri shakllanib rivojlanishini ta'minlaydi. To'liq chiqib shakllangan tishlar ovqat mahsulotlarini kesish, uzib olish, chaynab maydalash, aralashtirish kabi jarayonlardan tashqari, so'zlashish, yutinish, tovush o'zgartirish kabi vazifalarni bajaradi.

1.2. Bolalar og'iz bo'shlig'i xastaliklarini davolashda qo'llanadigan og'riqsizlantirish usullari

Bolalarda tish va og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining xastaliklarini davolashda og'riqsizlantiruvchi vositalarni turli, o'z o'rnida qo'llash muhim ahamiyatga egadir.

Og'riqsizlantirish usullarining bir necha xili mavjud bo'lib, ulardan asosiylari quyidagilardir: 1) ignasiz (noin'eksion) terminal anesteziya; 2) igna va shprints yordamida (in'eksion) amalga oshiriladigan og'riqsizlantirish; 3) ignasiz maxsus asboblar yordamida katta bosim ostida dori moddalarini purkash yo'li bilan amalga oshiriladigan og'riqsizlantirish; 4) bolalarning ruhiy holatini barqarorlashtirish yo'li bilan amalga oshiriladigan mahalliy og'riqsizlantirish.

1.2.1. Terminal anesteziya

Bolalarda ularning ruhiy holatiga salbiy ta'sir ko'rsatmaslik uchun og'riqsizlantirishning bu usulidan foydalanish juda katta qulaylik tug'diradi. Bu usul asosan og'riqsizlantirish lozim bo'lgan sohaga og'riqsizlantiruvchi vositani chaplash yoki surtish, og'riqsizlantiruvchi namlangan salfetaklarni bir oz tutib turish kabi yo'llar bilan amalga oshiriladi. Shuni nazarda tutmoqlik lozimki, bunday usul yordamida to'qimaning faqat yuza qavatlarigina og'riqsizlantiriladi. Bunday usuldan tish qattiq to'qimalarining yuza, o'rta va chuqur kariyesida, og'iz bo'shlig'i shilliq pardalarining xastaliklarida (stomatitlarda) davolash ishlarini amalga oshirishdan oldin foydalanish bir muncha ijobiy natijalar beradi.

Ignasiz amalga oshiriladigan terminal anesteziya uchun quyidagi og'riqsizlantiruvchi vositalardan foydalaniladi:

Dikain - kuchli og'riqsizlantiruvchi vosita hisoblansada, novokainga nisbatan 10 marotaba kuchli zaharli ta'sirga ham egadir. Shuni nazarda tutgan holda yosh bolalarda (10 yoshgacha) bu vositani ishlatib bo'lmaydi. 10 yoshdan katta bolalar uchun dikainning 1-2 ml miqdordagi 0,5% li eritmasidan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Trimekain - bu ham kuchli anestetik vositalar guruhiga kiradi. Bolalarda 2-5% li eritmasidan foydalaniladi.

Piromekain - 5% li surgi sifatida yoki bo'lmasa 5% li surgini 5% li metiluratsil surgisi bilan aralashtirilgan holda ishlatish mumkin. Bu chaplash (applikatsiya) yo'li bilan ishlatiladigan yangi og'riqsizlantiruvchi vositadir. Bunday vosita og'iz bo'shlig'i shilliq

pardasining xastaliklarida keng ko'llanadi. Piromekain surtilgan shilliq parda 1-2 daqiqadan so'ng og'riqsizlanadi va bu holat 30-40 daqiqa davomida saqlanib turadi. Buning uchun og'riqsizlantiruvchi vositani shilliq pardaga 2-5 minut muddatga chaplash kerak bo'ladi.

Anestezin-5-10% li surgi sifatida ishlatiladi va kerakli natijaga erishish uchun bunga 2-3 minut vaqt kerak bo'ladi.

Ksilokain va lidokain kabi og'riqsizlantiruvchi vositalardan terminal anesteziya uchun 2-5% li eritma sifatida (chaplash uchun) yoki 10% li eritmalar aerosol sifatida foydalaniladi.

1.2.2. Igna va shprints yordamida amalga oshiriladigan (in'eksion) anesteziya

Bolalarda tish to'qimalari va periodont xastaliklarini davolash amaliyotida og'riqsizlantirishda ko'pgina hollarda (pulpa va periodont xastaliklarini davolash boblariga qaralsin) mahalliy in'eksiya usulidan foydalaniladi.

Mahalliy og'riqsizlantirishda in'eksion usulning infiltratsion (tish atrofidagi yumshoq to'qimani og'riqsizlantiruvchi modda bilan to'yintirish) va o'tkazuvchi (provodnikovaya - asab tolasi atrofiga og'riqsizlantiruvchi modda yuborish) turlari keng ko'llanadi. Og'riqsizlantirishning bu usuli yordamida ijobiy natijalar olish uchun anchagina kuchli ta'sirga ega bo'lgan anestetik vositalardan foydalaniladi.

Trimekain (mezokain) - kuchli og'riqsizlantiruvchi vosita hisoblanib, uning novokainga nisbatan 2 marotaba tezrok ta'sir etishi, og'riqsizlantiruvchi kuchi esa 2-2,5 marotaba ortiqligi aniqlangan. Og'riqsizlantirish vaqti novokainga nisbatan 3 marotaba ko'pdir. Bulardan tashqari trimekain moddasining bolaning ruhiy holatini barqarorlashtirish (sedativ) ta'siri ham e'tiborga loyiqdir. Trimekain 0,25 %, 0,5%, 1%-2% li eritmalar shaklida ampulalarda chiqariladi. Bu og'riqsizlantiruvchi vositaning kuchli ta'sirini hisobga olgan holda, 12 yoshgacha bo'lgan bolalarni davolashda 1% va undan past konsentratsiyali eritmasidan foydalanish zarur.

Ksilokain, lidokain eritmalari o'zining kimyoviy tarkibiga ko'ra trimekain preparatiga yaqin turadi. Bular ham kuchli ta'sir etuvchi og'riqsizlantiruvchi vosita sanalib, kamdan-kam hollarda allergiya holatni vujudga keltirishi mumkin. Bolalar amaliyotida ksilokain va lidokain moddasining infiltratsiya uchun 0,25-0,5% li, o'tkazuvchi in'eksiya uchun 1-2% li eritmalaridan foydalaniladi.

1.3. Bolalar yoshida profilaktika maqsadida ruhiy holatni barqarorlashtiruvchi muolajalar.

Bolalarda kuchli asab-hayajon holati ko'pincha og'riqsizlantiruvchi vositaning ta'sir kuchidan qat'iy nazar mo'ljallangan maqsadni va ruhiy barqarorlikni ta'minlashga anchagina halaqit beradi. Bunga sabab shuki, bolada shifokor xonasida paydo bo'lgan qo'rquv hissi natijasida bosh miya po'stloq qavatida joylashgan (jumladan emotsiya) markazlar kuchli qo'zg'aladi. Bu qo'zg'alishlar natijasida og'riqsizlantirish vositalarining ta'siri ikkinchi darajali bo'lib qoladi. Shularni nazarda tutgan holda, har qanday muolaja (ayniqsa og'riq bilan kechadigan) oldidan bolalarning ruhiy barqarorligiga erishish juda muhim ahamiyatga egadir.

Kuchli asab qo'zgalishi holatiga qarab, ayniqsa maktab yoki bog'cha yoshidagi bolalarni uch xil guruhga ajratish mumkin.

I guruh - bunday bolalarda asab qo'zgalishi jarayoni kuchli namoyon bo'ladi. Ular o'ta faol (aktiv), agressiv va janjalkashliklari bilan ajralib turishadi. Tormozlanish jarayoni ularda kuchsiz namoyon bo'ladi.

II guruh - bunday bolalarda tormozlanish jarayoni kuchliroq bo'lib, ular bo'shang, qo'rqqoqlik hissiyotiga berilgan, bolalarga kamroq qo'shiladigan bo'ladi. Bunday bolalar ko'proq o'rtoqlaridan ozor chekishadi.

III guruh - ular ruhan muqimsizligi, qo'zgalish va tormozlanish jarayonlarining muvofiqlashmaganligi bilan ajralib turishadi. Ularda qo'rqish hissiyoti sezilib turadi, xorg'inlik tezda namoyon bo'lib, fikrni bir nuqtaga jamlay olish qobiliyati sust bo'ladi.

Shifoxonada bolalarning o'zini tuta bilish qobiliyatiga qarab, ularda sodir bo'ladigan yengil, kuchli va o'ta kuchli namoyon bo'ladigan qo'rquv hissiyotlarini qo'zg'atish mumkin.

Engil qo'rqish hissiyotini namoyon qiluvchi bolalar, odatda turli bahonalar («tishim endi og'rimayapti», «yaxshisi ertaga kelaman», «xozir o'zimni yomon xis qilayapman») bilan davolanishdan bosh tortmoqchi bo'lishadi. Ular atrofga qo'rquv va shubha bilan qarashadi. Shifokordan uning har bir hatti-harakatini tushuntirib berishni so'rashadi.

Kuchli qo'rquv hissiyotiga ega bo'lgan bolalar davolanishdan qat'iy bosh tortishadi, davolanish o'rindig'iga o'tirishmaydi, yig'loqi bo'lishadi. Ba'zan ular agressiv holatlarni namoyon qilishadi. Bunday hollarda ular shifokorga tashlanib uni itarishadi, teskari o'tirib olishadi, unga hamla qilishadi (ba'zan tishlab olishlari ham mumkin). Bu hatti-harakatlar oqibatida ularning yurak urishi, nafas olishi tezlashadi, ko'z qorachigi torayadi, kuchli ter quyiladi.

O'ta kuchli qo'rquv hissiyotiga ega bo'lgan bolalarni shifokor xonasiga olib kirishning o'zi ancha mushkullik tug'diradi. Ular otanalariga yopishib olishadi, baqirishadi, yig'lashadi. Asab sistemasining kuchli qo'zg'alishi oqibatida, ularda qattiq yo'talish, qusish, ixtiyorsiz siydik chiqarish hollarini ko'rish mumkin. Bunday bolalarni o'rindiqqa o'tqazish juda mushkul ishdir.

Shuning uchun shifokor bolalarni davolash paytida ularning emotsional ruhiy holatini aniqlashi, davolash va og'riqsizlantirishdan oldin ularning ruhiy barqarorligini baholashi lozimdir. Bolalarda juda kuchsiz namoyon bo'ladigan qo'rquv hissiyotlarini aniqlashning o'zi ularda og'riqsizlantirish muolajalarini ruhiy holatni barqarorlashtiruvchi muolajalar bilan birgalikda olib borishni talab qiladi. Bu esa o'z navbatida og'riqsizlantirishning mahalliy usulini kuchaytirishning bir yo'nalishidir. Shu bilan bir qatorda shifokor-pediatrlarning bolalar bilan til topisha bilishi, ular bilan o'z bolasidek mehribonlik bilan muloqotda bo'lishi, shirin gapirib, o'ziga rom qila bilishi ham bolalardagi qo'rquv hissiyotlarini pasaytiradi va o'zlariga bo'lgan ishonchni kuchaytiradi. Bu

esa o'z navbatida amalda qo'llanishi zarur bo'lgan muolajalarning ijobiy ta'sirini oshirishda yordam beradi.

Yuqorida bayon qilingan og'riqsizlantirish usullaridan foydalanish mobaynida ularning ta'sir kuchini yanada oshirish va bolalarning (ayniqsa, kuchli qo'rquv hissiyotiga ega bo'lgan) ruhiy holatini barqarorlashtirish maqsadida bugungi kunda qator tadbirlar ishlab chiqilgan. Bular og'riqsizlantirishdan oldin o'tkaziladigan dori darmonli muolajalar - premedikatsiyadir. Ya'ni bolalarni bevosita amalga oshirilishi lozim bo'lgan davolash tadbirlariga tayyorlashdir. Bu maqsadda qator dorivor preparatlaridan foydalanish mumkin.

Bu moddalar asosan bolalarning ruhiy holatiga ijobiy ta'sir ko'rsatib, ularning ruhiy holatini barqarorlashtiradi. Shundan so'ng bolalar shifokorning davolovchi va og'riqsizlantiruvchi muolajalariga nisbatan bir muncha befarq bo'lib qolishadi.

Yuqorida zikr etilgan maqsadlar uchun markaziy asab sistemasini tinchlantiruvchi vositalardan foydalaniladi. Bular trankvilizatorlar va uyqu dorilaridir.

Tinchlantiruvchi preparatlardan amizil, elenium, oksilidin, seduksen, trioksazin, geksorbarbital va boshqalar bolalarning yoshiga qarab buyuriladi (3 yashar bolaga kattalarga mo'ljallangan miqdorning 1/3 qismi, 7 yasharga 1/2 qismi, 10-12 yashar bolalarga esa 2/3 qismi). Bularni muolajadan 30-40 minut oldin bir marotaba berish mumkin yoki bo'lmasa 5-7 kun mobaynida kuniga bir marta ichirib, bolalarni shu yo'sinda tayyorlash ham qulaydir.

Tinchlantiruvchi vositalardan aralashma tayyorlab foydalanish ham yaxshi natijalar beradi. Moskva markaziy stomatologiya ilmiy-tekshirish instituti (TSNIIS) xodimlari bu maqsadda quyidagilarni taklif qilishadi:

- 1) oksilidin-analgin-amizil aralashmasi;
- 2) meprobamat-amizil-amidopirin-diprazin;
- 3) meprobamat-fenobarbital-aminazin-atsetilsalitsil kislotasi-tavegil;
- 4) diazepam-nitrozepam-mefenamin kislotasi-tavegil va boshqalar.

Ba'zi bir hollarda yuqorida ko'rsatilgan qator tadbirlarga qaramasdan ayrim bolalarda mo'ljallangan natijaga erishilmaslik hollari ham uchrab turadi. Bolalarga tinchlantiruvchi vositalar va og'riqsizlantiruvchi muolajalar ham ayrim hollarda ta'sir ko'rsata olmaydi. Bunday bolalarda qo'rquv hissiyoti o'ta kuchli rivojlangan yoki bo'lmasa, dorivor vositalariga nisbatan tana sezgirligi yuqori bo'lishi mumkin. Bularni shifokor, albatta hisobga olmog'i zarur. Oz miqdorda uchrashi mumkin bo'lgan bunday hollarda davolash tadbirlari bolalarda umumiy og'riqsizlantirish (narkoz) yo'li bilan amalga oshirilmog'i lozimdir.

2 Bob. SUT TISHLAR KARIYESI

2.1. Tish emalining xususiyatlari va struktura tuzilishi.

Tish emali inson organizmida eng qattiq to'qima bo'lib, inson hayotida tishlarga yuklangan asosiy vazifani o'tovchi tish toj qismini qoplab turadi va tashqi muhit omillari bilan bevosita muloqotda bo'ladi. Ikkinchi tomondan tish emali qoplovchi epiteliy to'qimasiga o'xshab, ichki muhitni tashqi muhitdan ajratib turuvchi chegara sifatida ham o'zini namoyish etadi. Emal to'qimasining qattiqligi uning kimyoviy tarkibiy qismini tashkil qiluvchi anorganik moddalar (doimiy tishlarda 95 - 96%, sut tishlarida 70-73%) mavjudligi bilan bog'liqdir. Organik moddalar oqsil, yog', uglevod esa bu to'qimada nihoyatda kam miqdorda (doimiy tishlarda 4-5%, sut tishlarida 28-30%) bo'ladi. Bulardan tashqari emal tarkibida bog'langan va bog'lanmagan holda ozroq miqdorda suv ham bo'ladi. Organik moddalar emal to'qimasi tarkibida lamellalar (yupqa pardalar), emal tutamlari va ipchalar shaklida uchraydi.

Emal to'qimasining organik asosi (matritsasi) fibrillyar proteid, kalsiy ionlari ishtirok etuvchi kalsiy tutuvchi oqsil va qutblangan lipidlardan iborat makromolekulalar kompleksidan iboratdir. Mazkur murakkab kompleks mineral almashinuvini amalga oshishida va uni nazorat qilishda asosiy o'rin tutadi. Kalsifikatsiya (ohaklanish) jaryonini faollashtirib, bufer sharoitini hosil qiladi va selektiv ion bog'lar yordamida kalsiy ionlaridan kristallar hosil bo'lishi va uning o'sishini boshqaradi.

Tishlar emalining mineral majmuasining asosi gidroksi-, karbonat-, xlor-, fluor-apatitlarning geksagonal (olti qirrali) kristallaridan tashkil topgandir. To'liq minerallashib takomillashgan emalning 2% noapatit shakldagi minerallar qoldig'i bo'lib, ular tish taraqqiyoti paytida ishtirok etgan, yoki tish chiqqandan so'ng mineralizatsiya buzilishi oqibatida hosil bo'lgan birikmalardir.

Tish emali struktura jihatdan emal prizmalarining dastasidan tuzilgan bo'lib, ular emal-dentin chegarasidan boshlanib 8 shaklida buralib, tishning tashqi yuzasiga borib taqaladi. Maxsus izlanishlar

ma'lumotiga asosan tishning katta-kichikligi, o'lchamlariga qarab har bir tishda 5 milliondan-15 milliongacha emal prizmalari bo'lishi mumkin.

Emal prizmalari orasida mikro (kichik) bo'shliqlar bo'lib, ular hajmi emal hajmining 0.5-5% ni tashkil qiladi. Yosh ulg'aygan sari bu bo'shliqlar soni kamayadi.

Emal prizmalarining submikroskopik struktura birligi bo'lib kristalllar hisoblanadi. Kristalllar prizmaning bosh qismida prizma o'qiga nisbatan parallel, dum qismida esa 20 -45 gradusli burchak ostida joylashadi.

Emal prizmasi kristalllari juda ko'p molekula, aniqrog'i ionlar majmuasidan iborat. Tish emali prizmalarida kristalllarni hosil qiluvchi chamberaklar asos hisoblanib, ular turg'un holatda bo'ladi. Ionlar unchalik turg'un bo'lmasdan ohaklangan to'qimalarda ularning proporsiyasi yengil o'zgarib turishi mumkin.

Emal prizmasi kristalllari tarkibini tashkil qiluvchi apatitlar tarkibini hosil qiluvchi minerallar komponentini kalsiy (33-39%) va fosfor birikmalari-fosfatlar (16-18%) tashkil etadi. Emalda ularning o'zaro nisbatlari o'rtacha $Sa:R=1.67$ ga tengdir. Bu moddalar konsentratsiyasi emal yuzasida, eng baland bo'lib, chuqurlashib dentinga yaqinlashgan sari bir oz pasayadi. Tish emali alohida sohalarning mineralizatsiya darajasi o'zaro farq qilishi mumkin: eng yuqori mineralizatsiya chaynov yuzalarda, sust mineralizatsiya tishlarning bo'yin emali sohasida, fissuralar tubida aniqlangan.

Emal to'qimasi tarkibida 40 xilga yaqin mikroelementlar borligi va ular konsentratsiyasi har xil ekanligi, bugungi kun ma'lumotlaridan ma'lum. Barcha mikroelementlarni uch guruhga shartli ravishda ajratish mumkin:

Birinchi guruhga-konsentratsiyasi emalning yuza qavatlarida yuqori bo'lgan-ftor, rux, qo'rg'oshin, surma, temir kiradi. Ikkinchi guruhga-konsentratsiyasi emalning ichki qismlarida ko'proq bo'lgan-natriy, magniy, karbonatlar kiradi. Uchinchi guruhni-emal to'qimasining barcha qatlamlarida ham bir xil konsentratsiyada uchraydigan mikroelementlar-stronsiy, mis, alyuminiy va kaliy hosil qiladi. Emal

to'qimasida remineralizatsiya jarayoni kristalllar tarkibidagi gidroksiapatitlar hususiyatiga asosan amalga oshadi. Bunda emal to'qimasi ko'p teshikli g'alvir sifatida ishtirok etib juda mayda ionlarni ichkariga o'tkazib, kattaroqlarini yuza qismida saqlab qoladi. Gidroksiapatitlar shu yo'l bilan 1/3 qismgacha tarkibini almashtirishi mumkin.

Natijada kalsiy ionlari natriy, kremniy, stronsiy, qo'rg'oshin, kadmiy, gidrokson va boshqa kationlar bilan almashinishi mumkin. Gidroksil ionlari o'z navbatida flor, xlor va boshqa elementlar ionlari bilan o'rnini almashtiradi.

Moddalarning emal to'qimasiga singib kirishi va ionlar almashinuvi jaryoni bir necha bosqichlarda sodir bo'ladi. Emal yuzasidan mikroporalar (kichik bo'shliqlar) orqali ionlar kristalning suvli qavatiga so'ng kristall yuzasiga keyinchalik kristalning turli qismlariga, uning panjarasi bo'ylab tarqaladi. Birinchi bosqich jarayoni-ionlarning kristall suvli qavatiga singib o'tishi bir necha daqiqalarda sodir bo'lsa, uchinchisi-ularning kristall panjarasi bo'ylab tarqalishi bir necha o'n kunlab davom etadi.

Tishlar chiqib bo'lgandan so'ng emalda kechadigan mineralizatsiya jarayoni emalning fiziologik xususiyati bo'lmish uning o'tkazuvchanligi (hujayra va to'qimalarning gaz, suv va unda erigan moddalarni ichkariga kiritishi) bilan chambarchas bog'liqdir. Emal to'qimasining o'tkazuvchanligi barcha moddalar uchun bir xil bo'lmay, ionlar molekulasi o'lchamlari va zaryadlariga bog'liqdir. Emalga bir valentli ionlar ko'p valentli ionlarga nisbatan yaxshiroq kirib borsa, manfiy zaryadli zarrachalar musbat zaryadli zarrachalarga nisbatan yaxshiroq singib kiradi. Emal to'qimasi tarkibiga organik moddalar singib kirishi-kalsiy va fosfatlarga nisbatan ancha yuqoriligi tajribalarda tasdiqlangan. Tish emalining o'tkazuvchanlik xususiyati uning barcha anatomik sohalarida bir xil bo'lmasligi(tish bo'yni qismi, fissuralar, chuqurchalarining emal qavati qolgan sohalarga nisbatan o'tkazuvchanligi ancha yuqoridir) tasdiqlangan.

Bundan tashqari emalning har xil qatlamlarining o'tkazuvchanlik darajasi ham har xil bo'larkan: o'rta qatlam yaxshi o'tkazuvchanlik

xususiyatiga ega bo'lsa, yuza qatlama yaqinlashgan sari o'tkazuvchanlik yomonlashib, emalning eng ustki qatlami o'tkazuvchanlik qobiliyati juda pastligi aniqlangan. Bunday xususiyat emal to'qimasining har xil qatlamlarida ohaklanish darajasi kristall panjaralarning har xil zichlikda joylashishi bilan bog'liq bo'lsa kerak. Yosh o'tishi, insonning qarish jarayoni bilan emal o'tkazuvchanligining yomonlashuvi ham kristall panjaralar zichlashuvi bilan bog'liq deb hisoblanadi.

2.2. Tishlar kariyesi etiologiyasi va patogenezini.

Kariyes-bu so'z lotincha suyak chirishi ma'nosini anglatadi. Ilmiy jihatdan kariyes-tishlarni emal, dentin to'qimalarining asosiy qismini tashkil qiluvchi, ularning qattiqligini ta'minlovchi mineral tuzlarning xilma-xil sabablarga kura yuvilib chikib ketishi (demineralizatsiya) oqibatida to'qimalarning mo'rtlashuvi, yumshab yemirilishi natijasida tishlar butunligining buzilishi va kovaklar hosil bo'lish jarayonidir.

Bugungi kunda ilmiy tekshiruvlar, tajribalarga tayanib olingan ma'lumotlar tish kariyesi kasalligini paydo bo'lishida tish karashlarining ahamiyati juda katta ekanligini ko'rsatadi.

Sut tishlari va doimiy tishlar qattiq to'qimalarini kariyesga chalinishi bir xil asosga ega ekanligi bugun barchaga ravshandir. Kariyes jarayoni odatda tish usti karashlari yig'iladigan joylardan boshlanadi. Ana shunday joylarda yig'ilib qolgan tish usti karashlaridan streptokokklar o'z faoliyatida foydalanishi natijasida uglevodli ovqat qoldiqlaridan organik kislotalar (sut, pirouzum, uksus, olma va boshqa.) hosil bo'lib, shu atrofdagi chegaralangan emal sohasida RN ko'rsatkichini, pasaytiradi. Uglevodli ovqatlar ko'proq iste'mol kilinishi oqibatida tish emali sathida RN shunchalik keskinroq pasayishi mumkin. Kislotali muhitni yuzaga keltirishda faol ishtirok etuvchi mikroorganizmlar bo'lib, streptococcus mutans, laktobatsillalar va aktinomitsetlar hisoblanadi. Bu mikroorganizmlarning ko'pchiligi oziq-ovqat tarkibidagi shakardan hujayra tashqarisida polisaxarid sintez qiladi. Ular esa o'z navbatida tish usti karashlarining asosiga kirib mikroblarni karashlarda mustahkam o'mashib qolishini ta'minlaydi.

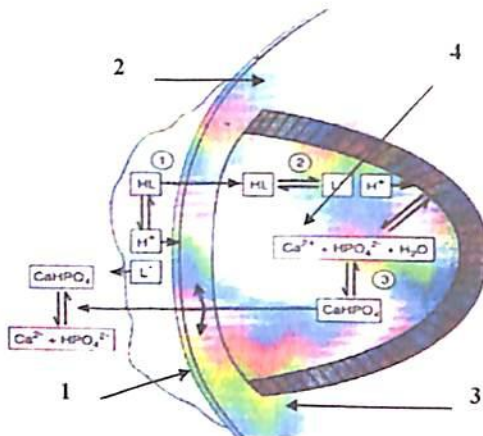
Kariyes kasalligini kelib chiqishida nafaqat uglevodlar turi, balki ularni iste'mol shakli ham alohida o'rin tutarkan. Bir marta ko'p miqdorda uglevodli ovqat qabul qilishdan ko'ra oz-ozdan tez-tez ularni iste'mol qilish ko'proq xavflidir. Ayniqsa ular yopishqoq bo'lib, ovqatlanishlar orasida iste'mol qilinsa, bunda ularning kariyesogen ta'siri kuchliroq bo'ladi.

Engil parchalanuvchi: glyukoza, saxaroza kabi kichik molekulyar og'irlikdagi uglevodlar qabuli 1-3 minut ichida RN ko'rsatkichni 4.4-5.0 darajaga pasaytiradi. RN ni odatdagi (7.0-7.4) holga kelishi uchun esa 2-2.5 soat vaqt talab qilinadi. Vodorod ionlari konsentratsiyasini bunday o'zgarishi, ayniqsa RN ko'rsatkichning 5.5 atrofida bo'lishi erkin vodorod ionlari tish emal qavatiga singib o'tib, kristallarni erishiga va demineralizatsiyasiga sabab bo'ladi.

Demineralizatsiya jarayoni so'lak tarkibida kalsiy va fosfat ionlari konsentratsiyasi talab darajada bo'lganda orqaga qaytishi-ya'ni remineralizatsiyaga uchrashi mumkin. Shunday sharoit tug'ilganda emal qatlami kristallari remineralizatsiyaga uchrab, qayta tiklanadi.

Taxmin qilinishicha bakteriyalar faoliyati natijasida hosil bo'lgan organik kislotalar emal tarkibiga diffuziya yo'li bilan singib kirib ionlarga dissotsiatsiyalanadi va erkinlashgan vodorod ionlari kristallar tarkibidagi mineral tuzlar bilan faol-reaksiyaga kirish imkoniyatiga ega bo'ladi.

Kariyesning boshlang'ich davrida tish yumshoq karashlari ostidagi emal RN muhitning o'zgarishi oqibatida demineralizatsiya jarayoniga yuz tutadi. Xastalikning bu bosqichida "oq dog" hosil bo'ladi. Patologik jarayon "oq dog" bosqichida to'la orqaga qaytib, emal kristallari to'liq tiklanishi mumkin. Bunda remineralizatsiya jarohatlangan emalning ostki qavatlari va tish atrofidagi so'lak tarkibidan o'tadigan mineral tuzlar hisobiga bo'ladi. Emalda sodir bo'ladigan "oq dog" darajasidagi patologik jarayonni quyidagicha tasavvur qilish mumkin.(3- rasm):



3- расм. Эмал деминерализацияси жараёни:
 1. Тиш усти карашни (бляшка).
 2. Тиш пелликуласи.
 3. Тиш эмал кавати.
 4. Ўчокли деминерализация соҳаси

Bugungi kunda kariyes kasaligini keltirib chiqaruvchi sabablar 2 guruhga bo'linadi:

I. Tishlar emal qavatining kariyesga nisbatan turg'unligini pasaytiruvchi sabablar:

1. **Homiladorlik davrida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan:**
 - a. Homilador ayolning o'tkir yuqumli kasalliklar bilan kasallanishi
 - б. Kechki toksikozlarni boshdan kechirishi
 - в. Ratsional ovqatlanmasligi
 - г. Homiladorlik davrida radioaktiv nurlar bilan nurlanish
 - д. Homilador ayol ichimlik suvidagi fluor miqdorining me'yordan past bo'lishi
2. **Bola tug'ilgandan keyin sodir bo'ladigan sabablar**
 - a. Bola tug'ilgandan so'ng uni sun'iy oziqlantirish
 - б. Bolani ratsional ovqatlanishini ta'minlamaslik
 - в. Bolaning ichimlik suvida fluor miqdorining me'yordan pastligi
 - г. Bolaning 1-3 yoshlik davrida o'tkir yuqumli og'ir xastaliklarni (qizamiq, difteriya, skarlatina va b.) boshdan kechirishi
 - д. Tez tez shamollashlar, dispepsiya, diareya holatlari
 - е. Bolaning 1-3 yoshlik davrida radioaktiv nurlar bilan nurlanishi
 - ж. Nasldan naslga beriluvchi irsiy xususiyat

II. Kariyes jarayonining sodir bo'lishida bevosita ishtirok etuvchi og'iz bo'shlig'idagi shart-sharoitlar

1. Tishlar yuzasida karashlar mavjudligi

- 2 Og'iz bo'shlig'ida mikroorganizmlarning mavjudligi
(Str.mutans, str.sanguis, str.salivarius, laktobatsillalar)
- 3 Uglevodli ovqat qoldiqlarining mavjudligi
- 4 Retensiya nuqtalarining mavjudligi
- 5 Optimal namlik va harorat

Ilmiy izlanishlar ma'lumotlariga qaraganda mikroorganizmlar organik kislotalar (sut kislotasi, pirouzum kislotasi va b.) ishlab chiqarishlari, hujayradan tashqarida saxarozadan glyukoza polimeriglikan hosil qilishi va ularning tish silliq sathiga yopishib olib koloniyalar hosil qilish xususiyati kariyes jarayonida muhim ahamiyat kasb etadi. Mikroorganizmlar ishlab chiqargan ana shu mahsulotlar tish emali demineralizatsiyasini ta'minlaydi va o'zlari joylashgan sohada og'iz bo'shlig'i rN muhitini pasaytirib, kislotali muhit yaratadi.

2.3. Tish emalining demineralizatsiyasi.

Tishlar kariyesi kasalligining rivojlanishi murakkab patologik jarayoni bo'lib, ko'pgina omillarga bog'liqdir. Bunday omillar ichida juda katta ahamiyatga ega bo'lganlaridan biri bo'lib og'izdagi aralashgan so'lak hisoblanadi. So'lakning miqdori va xususiyatlari ichki a'zolar va sistemalar to'g'risida muhim ma'lumotlar berish bilan bir qatorda, tishlarda sodir bo'ladigan kariyes jarayoni qay yo'sinda kechishi va uning jadalligiga ham o'z ta'sirini bevosita ko'rsatadi. So'lak bezlar sekreti OG'IZ bo'shlig'iga ajralib chiqishi paytida kalsiy va fosfat minerallariga to'yingan bo'lib, tish emali sathini qoplaganda uni ana shu ionlarga boyitadi. So'lak tarkibida bikorbonat, fosfat va oqsilli bufer sistemalarning mavjudligi so'lakning nihoyatda organizm uchun zarur bo'lgan bufer xususiyatini ta'minlaydi. Bu esa og'iz bo'shlig'ining meyoriy holatini saqlab turadi. So'lak bufer sistemasi sig'imining pasayishi kariyesni faollashib jadalligining oshishiga sabab bo'ladi.

So'lak tarkibidagi fermentlar ham o'z navbatida emalda yuz berishi mumkin bo'lgan jarayonlarda ishtirok etadi. Ularning faollik darajasi og'iz bo'shlig'idagi uglevodlarni parchalanishini organik kislotalarning

hosil bo'lib turishini ta'minlab turadi va shu yo'l bilan emal demineralizatsiyasida ishtirok etadi.

Ma'lum bo'lishicha a'zolar kasalliklari organizmning umumiy ahvoli o'zgarishi og'iz bo'shlig'i to'qimalariga, jumladan emal to'qimasiga so'lak tarkibiy qismlarining o'zgartirishi orqali ta'sir qilar ekan. So'lak ajralishining buzilishi odatda tish emali va og'iz suyuqligi orasida kechadigan ionlar almashuvi barqarorligini izdan chiqaradi, bu esa o'z navbatida emal strukturasini o'zgarishiga sabab bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'ida sodir bo'lishi mumkin bulgan bunday noxush sharoitlarning barchasi xar doim kariyes kasalligini keltirib chiqarishga sabab bo'lmaydi, albatta. O'choqli demineralizatsiyaning kelib chiqishi emal to'qimasining kimyoviy tarkibi, minerallanish darajasiga bog'liqdir. Tish emalining bu xususiyatlari tishlarning chiqquncha va chiqish davridagi organizmning umumiy ahvoli bilan bog'liq bo'ladi. Shuning uchun bolaning-homiladorlik-davrida va tug'ilgandan keyingi dastlabki yillarda ona va bola organizmining salomatligini ta'minlash, ratsional ovqatlanishi, qo'shimcha ravishda ftoridlar kiritishni ta'minlash zarur. Bunday tadbir-choralar tish qattiq to'qimalarining to'laqonli shakllanishi va mineralashuvini ta'minlaydi.

Bugunki kunda organizmning immun holatining kariyes jarayonidagi ishtiroki to'la-to'kis hal qilinmagan. Faqat shu ma'lumki, sekretor immungolobulinlar bakteriyalar aglyutinatsiyasini chaqirish yo'li bilan ularni tishlar emali sathiga yopishib qolishiga imkoniyat bermas ekan. Natijada og'iz bo'shlig'i gigiyenik holati yomon bo'lgan holda ham, so'lak tarkibida sekretor immunoglobulinlar mavjudligi kariyesni oldini olishda muhim omil bo'lib hisoblanadi.

2.4. Kariyes kasalligi tasnifi

Tishlar kariyes kasalligi klinik, patomorfologik, topografik belgilar va tish qattiq to'qimalaridagi mutanosib o'zgarishlar asosida tasniflanadi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) taklif qilgan kariyes tasnifi:

1. Emal kariyesi (dog'li, yuza)

2. Dentin kariyesi (o`rta. chuqur)
3. Sement kariyesi
4. Turg'unlashgan kariyes
5. Boshqa turdagi kariyes
6. Aniqlanmagan kariyes

Kliniko-topografik tasnif (bizda qabul qilingan).

1. Kariyesning dog`li bosqichi (oq, jigarrang, qora)
2. Yuza kariyes (emal qatlamida kuzatiladi)
3. O`rta kariyes
4. Chuqur kariyes

Klinik kechishi bo`yicha

1. Jadval kechadigan kariyes (oq dog`li kariyes)
2. Sekin kechadigan kariyes (jigarrang va qora dog`li)

T.F.Vinogradova tasnifi (KPU+kp ko`rsatkichlari asosida)

- I. guruh – kariyesning kompensatsiyalangan shakli (1 daraja)
- II. guruh – kariyesning subkompensatsiyalangan shakli (2 daraja)
- III. guruh – kariyesning dekompensatsiyalangan shakli (3 daraja)

2.5. Bolalar yoshida kariyes rivojlanishining o`ziga xos xususiyatlari.

Kariyes kasalligi xar hil yoshdagi bolalarda bir xil kechmaydi. Sut tishlari kariyesning kechishi tishlarning anatomik tuzilishi, fiziologik xususiyatlari bilan ham bog`liqdir. Bundan tashqari bola organizmining qarshilik ko`rsatish xususiyati va yuqori rekativligi ham muhim ahamiyat kasb etadi.

Sut va doimiy tishlarda kariyes bilan kasallanish darajasi bir xil bo`lmaydi. Sut tishlarida kariyesga chalinish darajasi bo`yicha birinchi o`rinda molyar tishlar, ikkinchi o`rinda kurak tishlar va keyingi o`rinda qoziq tishlar turadi. Shu bilan birgalikda pastki jag` molyar sut tishlari ko`proq kariyes jarayoniga beriladi, yuqori kurak tishlari pastki kurak

tishlariga nisbatan kariyesga ko'proq chalinadi. Bolalar yoshida birinchi doimiy molyar tishlarda kariyes eng ko'p uchraydi.

Topografik o'rni bo'yicha kariyes jarayoni sut molyar tishlar kontakt yuzasida ko'proq aniqlanadi, keyingi o'rinlarda tishlarning bo'yin qismi chaynov yuzalari turadi.

Sut tishlarida kariyes lab, lunj va til yuzalarida nihoyatda kamdankam hollarda aniqlanadi. Doimiy tishlarda kariyes jarayonining eng ko'p uchrash joyi bu tishlarning chaynov yuzalaridir, ikkinchi o'rinda kontakt-aproksimal yuzalari turadi.

2.6. Sut tishlar qatorida ko'plab uchraydigan kariyes.

Kariyesning bu turi bolalar yoshigagina xos bo'lib, unda 8,10 va ba'zan butun 20 ta sut tishlari kariyes jarayoniga berilishi mumkin. Bunday hollarda bir tishning o'zida, uning har xil sathlarida bir necha kariyes kavaklarini aniqlash mumkin.

Kariyes jarayonini bunday tusda kechishini adabiyotlarda o'tkir, juda o'tkir, gullayotgan, yugurgi kariyes deb ham yuritiladi. Ko'plab uchraydigan mazkur kariyes bolaning sut tishlari qatorini butunlay buzilishiga olib kelishi mumkin.

Tez kechuvchi ko'plab tishlarni shikastlantiruvchi bunday kariyes jarayoni ko'pchilik hollarda boshdan kechirilgan og'ir kechuvchi o'tkir yuqumli kasalliklar (qizamiq, skarlatina, qizilcha, angina va boshqalar)dan so'ng rivojlanishi mumkin. Surunkali xastaliklardan (tonzillit, bronxitlar va boshq.) so'ng ham shunday holatlar kuzatilgan. Ko'p tishlarni shikastlaydigan kariyes jarayonida kariyes jarohatlari tishlarning barcha yuzalarida uchrashi qayd qilingan. Bunday ko'plab tez kechadigan kariyes jaryoni tish toj qismini qisqa muddatlarda yemirilishiga, pulpa to'qimasining nekroziga va tishlarning faqat ildiz qismigina saqlanib qolishiga sabab bo'ladi. Jarayon ketma-ket chiqayotgan tishlarning barchasiga tarqaladi va bolaning 3-4 yoshida barcha sut tishlari uqalanib, yemirilib ketishi oqibatida tishsizlikka olib kelishi mumkin.

Tishlardagi ko'plab uchraydigan kariyes jaryoniga sabab bo'luvchi omillardan biri Raxit kasalligidir. Bugungi kunda raxit kasalligining erta

bolalik davrida (1 yoshgacha) tarqalish ko'rsatkichi 55-70%ni tashkil etadi. Raxit kasalligining asosida kalsiy -fosfor almashinuvining buzilishi, almashinuv jarayonini boshqarib turuvchi D vitamini metabolitlari, qalqonsimon va qalqonsimonorti bezlar faoliyatining buzilishi yotadi. Og'ir kechuvchi raxit jarayonidan so'ng bolalarda ba'zan "gipokalsiy emik markaz" shakllanadi. Bunday "markaz"ning shakllanishi uzoq yillar davomida gipokalsiy emiya va yuvenil osteopatiyalarning klinik belgilarini yuzaga keltiradi.

Tish-jag` sistemasi raxit kasalligida "o'qqa" tutiladigan (mishen) a'zo hisoblanadi deydi bo'lsak xato qilmagan bo'lamiz. Raxit kasalligida tish-jag` sistemasi shakllanishining buzilishi, tishlar mineralizatsiyasining tugallanmay qolishi, doimiy tishlar kurtaklari hosil bo'lishida chetga chiqish hollari, jag'lar rivojlanishining orqada qolishi, tishlar va tishlar qatori anomaliyalari, erta yoshda uchraydigan ko'plab sut tishlari kariyes raxit kasalligi bilan sanab o'tilgan tish-jag` patologiyalari o'rtasida patogenetik bog'lanish borligidan dalolat beradi.

Daun xastaligida ham shunga o'xshash klinik holatlar aniqlanadi. Bunda bolaning jismoniy va aqliy rivojlanishi orqada qolishi, ko'pgina ichki a'zolar, sistemalar, ayoniqsa ichki sekretiya bezlar faoliyatini buzilganligi kuzatiladi.

Tishlarning juft-juft bo'lib chiqishining buzilishi (ularning kechikib chiqishi), ayrim hollarda 4-5 yoshlarda chiqishi, sut tishlarini ko'plab kariyes jarayoni bilan shikastlanishi, bu holatning doimiy tishlarda ham kuzatilishi, tishlar barcha yuzalarining, ba'zan odatda kuzatilmaydigan til, lunj sathlarida kariyes jarayoni kechishi e'tiborni jalb qiladi. Daun kasalligida tishlarning ko'plab kariyesga uchrashiga sabab bolalarning har xil infeksiyaga tez beriluvchanligi, yuqori nafas yo'llari kasalliklariga tez-tez chalinishi va eng asosiysi og'iz bo'shlig'i gigiyenasining nihoyatda yomonligidir.

Kariyes jarayoning tezlik bilan tarqalishi sut tishlaridagi eng asosiy xususiyati hisoblanadi. Sut tishlari kariyesi doimiy tishlardagi kariyes jarayonidan farqli o'laroq juda tez kechib, tezda emal-dentin chegarasiga yetib boradi va dentinni jarohatlashni davom ettiradi. Bu narsa emal qavatining yupqaligi va dentin to'qimasining sut tishlaridagi o'ziga xos

tuzilishi, kam minerallashtirilgan sohalar mavjudligi, bu sohalar o'z navbatida pulpa to'qimasigacha yetib borishi bilan bog'liqdir. Shu davrda pulpa to'qimasining faollik darajasi ham pastroq bo'ladi. Shuning natijasida bolalar yoshida ayniqsa, kasalmand, hali juda yosh (1-3 yosh) bolalarda kariyes jarayonining dog' bosqichidan chuqur bosqichiga o'tishi qisqa muddatlarda yuz beradi va pulpit, periodontit kabi asoratlarning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Bunday tishlar kariyes kavaklarida dentin to'qimasi juda yumshoq, palaxsa bo'lib oson ajraladi. Dentin to'qimasi och sariq tusda bo'ladi.

Kariyes jarayoni emal, dentin to'qimalariga tezda singib kirib, pulpa to'qimasiga yetib borganga o'xshaydi.

2.7. Sirkulyar kariyes.

Frontal sut tishlarida kariyes jarayoni tish bo'yin qismining lab yuzalaridan boshlanib aproksimal va til yuzalarini qoplab jarohatlaydi. Tishning barcha yuzalarida jarayon chuqurlashib, emal, dentin to'qimalari yemirilishi oqibatida tish toj qismi osongina sinib tushadi. Natijada tishdan faqat ildiz qismigina qoladi.

Sut tishlarining sirkulyar kariyesi nurlanish oqibatida sodir bo'ladigan kariyes jarayoniga juda o'xshab ketadi. Radiatsiya nurlari ta'sirida yuzaga kelgan kariyes jarayoni ham tishlarning bo'yin qismida rivojlanib, jadal kechishi oqibatida tish toj qismining sinib tushishiga va tishsizlikka olib keladi. Bunday holatlar to'qimalardagi, a'zoldagi yomon sifatli o'smalarni nur yordamida davolashdan so'ng kuzatiladi.

Sut tishlarida sirkulyar kariyes rivojlanishi quyidagi omillarga bog'liq bo'ladi: sut tishlarining toj qismi homila davrida rivojlanishini inobatga olsak, ularning strukturasining shakllanishi homiladorlikning kechishiga bog'liq; sut tishlarining bo'yin qismi bola tug'ilishi bilan rivojlana boshlanishini nazarda tutsak, bunda tug'ilgan chaqaloq hayotning yangi sharoitiga tushib qoladi. Interplatsentari oziqlanish tabiiy ovqatlanish bilan almashinadi, u sun'iy yoki ona suti bilan oziqlanish bo'lishi mumkin. Ovqatlanish sharoiti, yashash sharoiti, har xil kasalliklar, o'tkir respirator kasalliklar tish emali va dentini rivojlanishini buzishi mumkin. Shu paytda tish bo'yin qismi qattiq

to'qimalari juda nozik, minerallashuv jarayoni poyoniga yetmagan bo'lib yuqorida ko'rsatilgan omillar uni tugallanmay qolishiga sabab bo'ladi. Bunday holat sut tishlari bo'yin qismining kariyesga nisbatan moyilligining oshishiga sabab bo'ladi.

Sirkulyar kariyes asosan muddatidan oldin tug'ilgan gipotrofik, raxitga chalingan, sil kasalligi mavjud bo'lgan, sun'iy ovqatlanirilgan bolalarda uchraydi. Bunday holatlarda mineral tuzlar (Sa) minerallashgan suyaklar tarkibidan yuvilib chiqadi.

Sirkulyar kariyes uchun jarayonning jadal ravishda tish pulpasiga tomon tarqalishi, yo'nalishi xarakterlidir. Shuni aytish joizki sirkulyar kariyes oqibatida sodir qilingan o'tkir pulpitlarda bolalar shikoyati bo'lmaydi va ular shifokorga murojaat qilishmaydi. Bunga quyidagilar sabab bo'lishi mumkin: 1) Organizmning qarshiligi susaygan bolalarda pulpa nekrozi biror-bir belgi bilan ma'lum bo'lmaydi, jarayon sekin-asta surunkali tus oladi va surunkali periodontitga aylanadi. 2) Sirkulyar kariyes jarayonida tish ildizi pulpasi o'zining toj qismidan ikkilamchi dentin hosil bo'lishi oqibatida ajraladi. Tishning toj qismi sinib tushganda yaroqli bo'lgan ildiz pulpasi tashqi muhitdan ikkilamchi dentin hisobiga ajraladi. U o'z navbatida sog'lom periodontni saqlab qoladi va bunday tish ildizi bir muncha vaqt o'z vazifasini bajarishi mumkin.

2.8. Yassilanib kechuvchi kariyes.

Sut tishlari kariyesining bu shaklida kariyes jarayoni chuqurlashmasdan yassilanib kechishi oqibatida tish sathida katta kariyes maydonchalarini yuzaga keltiradi, shikastlangan soha juda yuzaki chuqurlikka ega bo'ladi. Agarda jarayon tez kechsa tish tezda yemirilib, uvalanib ketadi. Lekin, ba'zida yassilanib kechuvchi kariye jarayoni juda sekin kechadi. Bunda dentin jigarrang yoki to'q jigarrang tusda bo'ladi, u anchagina zich, osonlikcha ko'chirib bo'lmaydi. Bu hol surunkali kariyesning shakllaridan biri bo'lib "statsionar" yoki "to'xtab qolgan" kariyes deb ham ataladi. Yassilanib kechuvchi kariyesda tish emali va dentini qisman yemirilib ketgan bo'lishiga qaramay kariyes kavagi hosil bo'lmaydi. Bunday hol chaynov tishlarida ham, kurak

tishlarida ham kuzatiladi. Ammo, sut tishlarida surunkali kechuvchi kariyes jarayoni juda kam, aksariyat hollarda tez kechuvchi demineralizatsiyani kuzatamiz.

Kariyes jarayonining asosiy klinik belgilari, kariyesga uchragan tishlar soni, kariyes jadalligi ko'rsatkichiga qarab kariyesning faollik darajasi aniqlanadi.

Vinogradova T.F. Kariyesning 3 xil faollik guruhini tavsiya qilgan:

- I. guruh – kariyesning kompensatsiyalanib kechishi (1 daraja), bunda tishlar faoliyati buzilmagan. (1-5 tishlar shikastlangan)
- II. guruh – kariyesning subkompensatsiyalanib kechishi (2 daraja), bunda tishlar faoliyati qisman buzilgan. (6-9 tishlar shikastlangan)
- III. guruh – kariyesning dekompensatsiyalanib kechishi (3 daraja), bunda tishlar faoliyati deyarli to'liq buziladi. (10 va undan ortiq tishlar shikastlangan)

III guruh bolalarining tishlar qatorida juda ko'plab tishlarda kariyes va uning asoratlarini kuzatish mumkin. Depulpatsiya qilingan tishlar soni ham bir muncha ko'p bo'ladi. Kariyes kavaklarida ko'plab nam, dentin o'tkir qirrali chegaraga ega, deyarli barcha tishlar jarohatlangan, tishlarda ko'plab bo'rsimon dog'lar mavjud bo'ladi.

Tekshirib ko'rilganda ilgari qo'yilgan plombalarning yaroqsiz holga kelganligi, kariyes qaytalanganligini kuzatamiz.

T.F. Vinogradova tomonidan taklif qilingan mazkur tasnif bolalar terapevtik stomatologiyasida keng ko'lamda ishlatiladi.

Klinik belgilarning namoyon bo'lishi nuqtai-nazaridan bolalarda kechadigan kariyesning kattalarnikiga o'xshab: dog' bosqichidagi kariyes (macula carioza), yuza kariyes (caries superficialis), o'rta kariyes (caries media), chuqur kariyes (caries profunda) turlari farq qilinadi va tasnif qilinadi. Bulardan birinchi ikkitasini birlashtirib kariyesning boshlang'ich bosqichi deb yuritiladi.

2.9. O`rta kariyes

Bu xastalikning faol va yoshga nisbatan bir qadar klinik, ko`rinishlari mavjuddir,

O`rta kariyes 1-3 yashar bolalarda ancha tezroq kechib, bir necha oy mobaynida tish emal qavati jarohatning o`rta qismida batamom uqalanib tushadi. Jarohat atrofidagi emal qavat mo`rtlashib, notekis qirralar hosil qiladi. Dentin qavat tiniqlashib namflanadi, yumshaydi va u ekskavator yordamida yengil kuchishi mumkin. Yumshoq dentin ko`chirilganda kariyes kovagining tiniq yuzasi ko`rinadi.

Bu yoshdagi bolalar uchun sut tishlarda o`rta kariyesning yassi sath bo`ylab kengayishi o`ziga xos belgi bo`lib hisoblanadi. Bunda tish qattiq to`qimalari kariyesi yuza soha bo`ylab kengaya boshlaydi va u to`qimalarda mineral to`zlarning shiddatli ravishda kamayishi bilan



a

v

4-Rasm. 1-sinf o`rta kariyes kovagini charxlab shakllantirish.

a-chaynov sathidagi fissur kariyesda; b-chaynov yuzasida hosil bo`lgan yassi kariyesda; v-yassi kariyes jarohatini charxlab shakllantirish va plombalash.

baholanadi. Kurak tishlarda va ayrim hollarda qoziq tishlarda yassi yemirilish aylanma yo`nalishda tez kechib, tishlar bo`yin qismini, ularning bir-biriga tegib turgan (kontakt) yuzalarini, tanglay yuzasini jarohatlab, tishlar tojsi (toj qismi)ning sinib tushishiga olib keladi. Oziq (molyar) tishlarda kariyesning yassi shaklda kechishi chaynov yuzalarda emal qavatning butkul, dentin qavatning qisman yo`qolishiga sabab bo`ladi. Shunday holatni tishlarning bo`yin qismi sohasida ham ko`rish mumkin. Kariyesning yassi yuza bo`ylab tarqalishi natijasida kurak tishlar va qoziq tishlar toj qismining bir bo`lagi yemirilib, silliqlashib qoladi (4-rasm, a, b).

Kariyes xastaligi sut tishlarida shiddatli ravishda kechadi. U sust, surunkali kechganda jarohatlangan dentin qo'ng'ir tusda «quruq» bo'lib, uni ekskavator bilan ko'chirish birmuncha qiyinlashadi. Jarohatlangan dentin ko'chirilganda kariyes kovagining tag yuzasi och qo'ng'ir dog' rangida ko'rinadi.

O'rta kariyesga tashxis qo'yganda uni chuqur kariyes, surunkali gangrenoz pulpit, surunkali periodontitlardan farqlash kerak. Bunday hollarda kariyes qavatida zond yuritib ko'rganda, kovak devorlari charxlanganda uning tag yuzasida og'riq sezilmaydi, ammo emal va dentin chegarasida yengil og'riqning paydo bo'lishi kasallikning o'rta kariyes ekanligidan darak beradi.

2.10. Chuqur kariyes

Kasallikning bu turida tishning emal qavati to'liq yemirilib, tish yumshoq to'qimasi (pulpa) bilan kariyes kovagi orasida nozik dentin qatlami hosil bo'ladi. Dentin to'qimasining anatomik, fiziologik tuzilishi (dentin kanalchalarining ko'pligi, kengligi) va unda mineral tuzlar ozligi bolalarga chuqur kariyes tashxisini qo'yishda juda ehtiyotkor bo'lishni talab qiladi. Chuqur kariyesning aniq klinik belgilarini biz bog'cha bolalarida va 7-10 yashar maktab bolalaridagina kuzatishimiz mumkin. Bu belgilar shu bolalarda kariyes xastaligi surunkali kechgandagina yaqqol namoyon bo'ladi. Yosh bolalarda esa kariyes kovaginning chuqurlashuvi ko'p hollarda tish yumshoq to'qimasi (pulpa) ning surunkali yallig'lanishiga yoki nekroziga (o'limiga) sabab bo'ladi. Shuning uchun bunday hollarda kasal tish atrofidagi yumshoq to'qimalarni sinchiklab ko'zdan kechirib, barmoqlar bilan paypaslagan holda shish, qizarish, yiring yo'li (svish) bor-yo'qligini aniqlash muhim ahamiyat kasb etadi. Ba'zi bir hollarda paypaslash natijasi klinik belgisiz surunkali periodont yallig'lanish tish ildizini o'rab turuvchi alveola suyagining kirgan yemirilishi (rezorbsiya) holatlarini ko'rish mumkin. Jarohatlangan tish sohasidagi jag' osti limfa tugunlarning kattalashganligi, paypaslaganda og'rishi buni tasdiqlaydi.

Boshqa tish kasalliklaridan farqlash maqsadida kariyes kovagi tub sathidan yumshagan dentin qatlami ekskavator yordamida ohista

ko'chirilib olib tashlanadi. Bu paytda tish yumshoq to'qimasi qisman ochilib qolsa, ish ancha yengillashadi. Bunday holda pulpa qonab, og'riq sezila boshlasa, bu hol klinik belgisiz kechayotgan surunkali fibroz pulpit (pulpa yallig'lanishi)dan darak beradi. Toj pulpasining nekrozi surunkali gangrenoz pulpitdan yoki surunkali periodontit yallig'lanishidan darak beradi. Agar kariyes kovagi tub yuzasidan yumshagan dentin ajratib olingandan keyin yuza qattiqligicha qolsa, dentin tiniq yoki rangi ozroq o'zgargan bo'lsa, bunday holda chuqur kariyes tashxisi qo'yiladi. Ayrim hollarda bolalarning injiqligi tufayli tashxis qo'yish qiyinlashadi. Bunday hollarda kariyes kovagi tozalanib, bir necha kun muddatga vaqtinchalik berkitiladi.

2.11. Kariyesning davosi.

Bolalar yoshida kariyesni davolashda, ayniqsa uning o'tkir, ko'plab tishlarni shikastlantirgan hollarda bunday holatni keltirib chiqaruvchi sabablarni aniqlashga jiddiy e'tibor berish lozim. Bunda bola organizmini himoya vositalarini susaytiruvchi, uni kuchsizlantiruvchi omillarni aniqlashga harakat qilish zarur. Bunday kuchsizlangan bemorlarni iloji bo'lsa pediatriklar bilan birgalikda tekshirib ko'rish maqsadga muvofiqdir. Anamnez ma'lumotlariga tayanib, boshidan kechirgan kasalliklar, yashash sharoiti, ovqatlanish rejimi va boshqalarni inobatga olgan holda pediatr shifokor bilan birgalikda davolash rejasini tuzish darkor. Davolash choralari umumterapevtik va mahalliy stomatologik qismlardan iborat bo'ladi.

2.12. Boshlang'ich kariyes davosi.

Sut tishlarida boshlang'ich kariyes (dog'li kariyes, yuza kariyes)ni tish to'qimalariga tig' tekkizmasdan konservativ usulda davolash bugungi kunda keng tarqalgan. Erta yoshdagi (1-3 yosh) bolalarda boshlang'ich kariyes kumushlash o'tkazish yo'li bilan davolanadi. Bunda tishlar yuzasidan yumshoq karashlar yaxshilab tozalanadi, antiseptiklar bilan yuvib quritiladi, davolanayotgan tishlar paxta bolishchalar yordamida so'lak va milklardan ajratiladi.

Kumushli eritma shilliq pardaga tushsa uni kuydirish xususiyatiga egaligini esda tutish lozim !

Shikatlangan sohada dentin yumshoq bo'lsa, kumushlash usuli qo'llanilmaydi (bunda kariyes jarohati bor yordamida shakllantiriladi).

Kumushlash yo'li bilan davolashda 20-30% li kumush nitrat tuzining suvdagi eritmasi ishlatiladi. Bunda kumushni erkin qaytaruvchi moddalardan foydalaniladi (4% gidroksinon, askorbin kislota eritmasi). Kumushlash 3 marta har 2-3 kunda bir marta o'tkaziladi va natijada kumushning qalin qora parda(plenka)si hosil bo'ladi.

Ma'lumki tishlarda kechayotgan faol demineralizatsiya jarayoni natijasida kariyes dog'i yuzaga keladi. Bolalarda bu dog'lar asosan oq, bo'rsimon tusda bo'ladi. Bunday hollarda yana bir sun'iy remineralizatsiya usulini qo'llash ham ijobiy natijalar beradi.

Sun'iy remineralizatsiya usulini amalga oshirish uchun bir qancha remineralizatsiya xususiyatiga ega bo'lgan eritmalar tavsiya qilingan. Ular o'z tarkibida kalsiy, fosfor, fluor va boshqa makro-va mikroelementlarni saqlaydi.

Shunday eritmalar qatoriga 10%li kalsiy glyukonati, 2-3% li remodent eritmasi, 2%li natriy fluor eritmasi kiradi. Bu eritmalar applikatsiya (chplash) usulida qo'llaniladi. Davolash samaradorligi kariyes dog'i mavjud tishlarni dori chplashga yaxshilab tayyorlash ishlari bilan bog'liqdir.

Bu usulni amalga oshirishdan oldin bemor bola tishlarini cho'tka, pasta yordamida yaxshilab yuvadi, shifokor qolgan karashlarni qirtishlab tozalaydi, 2%li vodorod peroksidi bilan emal sathini ishlov berib tozalaydi, antiseptiklar bilan chaydiradi, tishlar quritiladi, so'lakdan ajratiladi, quritilgan tishlar sathiga remineralizatsiyalovchi eritmaga obdon ho'llangan paxta bolishchalar yoki salfetkalarini yozadi.

Bu eritma tish sathida 15-20 minut mobaynida ushlab turiladi va har 5 minutdan so'ng pipetka yordamida eritmadan tozizilib turiladi. Aplikatsiyadan so'ng tish yuzasi quritilib, 2%li natriy fluor eritmasiga ho'llangan bolishcha yoki salfetka 2-3 daqiqaga qo'yiladi. Davolash muolajasi har kun yoki kunora 15-20 marta o'tkaziladi.

O'rta va chuqur kariyesda kariyes kavagi albatta charxlanib shakllantirilgandan so'ng doimiy tishlar kariyesini davolagandek muolaja qilinadi. Kariyes kavaklarini charxlab shakllantirishda ma'lumki, Blek tasnifidan foydalaniladi.

Blek tavsiyasiga ko'ra kariyes kavagini charxlab shakllantirishdan maqsad shikastlangan sohalarni to'liq olib tashlash va plomba materiali yaxshi yopishadigan retensiya nuqtalarini hosil qilishdan iboratdir.

Zamonaviy, yangi plomba ashyolarini paydo bo'lishi Blek tavsiyasiga bir muncha o'zgartirishlar kiritishga sabab bo'lmoqda. Bunda kariyes kavagini plombalashga tayyorlash jarayonida asosiy urg'u mexanik retensiya nuqtalarini hosil qilishga nisbatan kimyoviy adgeziya prinsipini ilgari suradi. Bu esa emal to'qimasini iqtisod qilish, ayash va iloji boricha saqlanib qolishini ta'minlaydi.

Zamonaviy kompozitsion plomba ashyolari emal, dentin to'qimasi bilan kimyoviy birikish xususiyatiga egadir. Bu esa mustahkam mexanik bog'lanishni (emal bilan plomba ashyosi orasida) yuzaga keltiradi. Bundan kelib chiqadiki, kariyes kavagini charxlashda patologik o'zgargan to'qimalarni qoldirmay charxlab, sog'lom emal sohasini iloji boricha iqtisodlash va ayash asosiy prinsip hisoblanadi.

Bolalar yoshida tishlarning anatomik va fiziologik xususiyatlaridan kelib chiqib va plomba ashyolarining fizik-kimyoviy xususiyatlarini hisobga olib, doimiy plomba ashyolarini kariyesni davolash nuqtai-nazaridan 3 guruhga bo'lish mumkin.

1. Bolalar yoshida sut va shakllanmagan ildizli doimiy tishlar kariyesini davolashda ishlatilmaydigan plomba ashyolari. Mazkur plomba ashyolari ajratuvchi taglik bilan ham toki tishlar to'liq shakllanib bo'lgunicha doimiy plomba sifatida ishlatilmaydi:

A) Silikatli sementlar – silitsin (belatsin), friteks. Bunga asos bo'ladigan sabab silikat sementining kislotalik xususiyati yuqori bo'lib rN ko'rsatkichini ancha pastligidir. Silikat sementining kislotali komponentlari sut tishlari dentinida kanalchalar kengligi, mineral tuzlarga to'yinishi pastligi sababli tezda pulpa to'qimasiga singib o'tib unda yallig'lanish chaqiradi.

B) Sun'iy smolalar asosida tayyorlangan plastmassa ashyolari – akriloksid, karbodont, norakril. Bu plomba ashyolaridagi qoldiq monomer sut va shakllanmagan ildizli doimiy tishlar pulpa to'qimasiga zaharli ta'sir ko'rsatadi.

V) kimyoviy va nur ta'sirida qotadigan kompozit materiallar – evikrol, kompolayt va boshqalar.

2. Har qanday bolalar yoshida faqat ajratuvchi taglik qo'yilib ishlatilishi kerak bo'lgan plomba ashyolari:

A) silikofosfat sementlar – belodont (beladont). Bularning asosiy kamchiliklari – adgeziya qobiliyati sust, eruvchanligi yuqori.

B) amalgamalar – kumushli, misli, galodont-M. Asosiy kamchiliklari – ularning issiqlik o'tkazuvchanligi tish to'qimasi bilan bir xil emas, ortodontik davolashda ularni almashtirishga to'g'ri keladi.

3. Shishaionomer sementlar (SHITS).

Mazkur sementlardan silikat va polikarboksilat sementlarining ijobiy xususiyatlari mavjud bo'lib, salbiy xususiyatlari (adgeziyasining pastligi, pulpa to'qimasiga zaharli ta'siri) deyarli yo'qqa chiqarilgan. Nur bilan qotuvchi shishaionomer plomba ashyolari 30-soniya nur berilganda 4-5 daqiqada maksimal mustahkamligini oladi-qotadi (kimyoviy yo'l bilan qotuvchilar uchun 24 soat kerak bo'ladi). Nurda qotuvchi shishaionomerlar dentin to'qimasi bilan ham kuchli bog'lanish hosil qilishadi.

Shishaionomer sementlarining umumiy xususiyatlari quyidagilardan iborat:

- tish qattiq to'qimalari bilan kimyoviy bog'lanishi;
- pulpa to'qimasiga ta'sir ko'rsatmasligi;
- erishi pastligi;
- dentin va kompozitlarga nisbatan adgeziyasi (yopishqoqligi) juda yuqoriligi;
- rentgen kontrastlik xususiyati yuqoriligi;
- uzoq muddat o'zida fluor ionlarini ajratib kariyes jarayoniga barham berishi;
- kislotalar ta'siriga turg'unligi;
- tish rangiga moslashishi yuqoriligi;

- kengayish xususiyatining tish dentiniga yaqinligi.

Sanab o'tilgan xususiyatlari shishaionomer plomba ashyolarini bolalar stomatologiyasida keng ko'lamda ishlatishga asos bo'ladi.

Shishaionomer sementlarining kukuni(poroshogi) tarkibida 12-17% floridlar saqlaydi va shu xususiyati bilan boshqa sementlardan yuqori turadi. Uzoq muddat o'zidan flor ionlarini ajratishi natijasida dentin, emal qavatlarining strukturasini mustahkamlab ularning o'tkazuvchanlik qobiliyatini pasaytiradi. Bu esa o'z navbatida bakteriyalar, mikroorganizmlar faoliyati natijasida ishlab chiqarilgan zaharli moddalarni tish qattiq to'qimalariga singib kirishini oldini oladi.

Shunday qilib shishaionomer sementlar guruhiga kiruvchi plomba ashyolari universal ashyo sifatida yuqori adgeziv xususiyatga ega bo'lib pulpa to'qimasiga zaharli, salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. Bunday sifatleri shishaionomer sementlarini bolalar terapevtik stomatologiyasi amaliyotida sut tishlari va shakllanmagan ildizli doimiy tishlar kariyesini davolashda keng ko'lamda ishlatishga imkon beradi.

Nemis stomatolog professori A. Knappvost kariyes profilaktikasi va davolash usuli sifatida sut tishlari uchun chuqur florlash yo'lini tavsiya etadi.

Chuqur florlash deganda dentinning yumshagan sohalarida kimyoviy yo'l bilan yuqori dispers (diametri 50 A⁰ bo'lgan) kalsiy flor kristallarini hosil qilish jarayoni tushuniladi.

Chuqur florlash jarayonini amalga oshirish uchun emal to'qimasiga ketma-ketlikda avval silikatning magniy-florli eritmasi bilan ho'llab, keyin kalsiy gidrooksidi suspenziyasini surish tavsiya etiladi. Bunda florsilikat kompleksi hosil bo'lib, u o'z-o'zidan parchalanishi oqibatida juda mayda kalsiy floridining va magniy floridining kristallari hosil bo'ladi. Shu bilan birgalikda polimer holatiga kelgan silikat kislotasi ham hosil bo'ladi. Kalsiy li va magniyli kristallar uzoq vaqt mobaynida (1 yildin oshiq vaqt ichida) erkin flor elementlarini ion shaklida ajratib, yuqori konsentratsiya hosil qiladi va remineralizatsiya jarayonini to'liqligicha amalga oshirishga sharoit yaratadi.

Muallif fikricha ana shunday kristallar bilan to'yintirilgan dentin ba'zi bir hollarda kariyes ta'sirida o'zgarganligi uchun, o'zgargan

qismlarini ozroq olib tashlash sharoitini yaratadi va dentin qatlamini iqtisod qilishga imkoniyat beradi.

Kariyesning mazkur profilaktika va davolash usuli qanchalik samaradorligini vaqt ko'rsatadi. Bu yo'nalishda bugungi kunda faol amaliy ishlar olib borilmoqda.

2.13. O'rta va chuqur kariyesini davolash.

Kariyes jarayonining davolash tadbirini Blek tasnifi (klassifikatsiyasi) nuqtai nazaridan tushuntirish maqsadga muvofiqdir.

I sinf kariyesni davolash.

I sinf kariyes kovagini plombalashda eng yaxshi to'ldirgich bo'lib bugungi kunda shishaionomerli(glassionomerli) sementlar hisoblanadi. Bunda kariyes kovagining tubiga taglik qo'yish shart emas. Shu sinfga mansub kariyes kovaklarini ajratuvchi taglik qo'yib, belodont(belodont) sementidan gayyorlangan plomba bilan plombalash ham maqsadga muvofiqdir.

II sinf kariyesini davolash. Bunda kichik va katta oziq tishlarning bir-biriga tegib turgan (kontakt, aproksimal) yuzalari shikastlanadi. Doimiy tishlarda bu xil shikastlanish birmuncha keyinroq (10- 12 yoshdan boshlab), fissur kariyesidan keyin qayd etiladi.

4-5 yashar bolalarda ko'pincha tishlar kontakt nuqtasida paydo bo'lgan kariyes Jarohati aproksimal yuza bo'ylab kengayib boradi.

Bunday turdagi kariyes kovagini charxlash paytida kovak kengaytirilib, chaynov yuzasiga olib chiqariladi va qunt bilan shakl beriladi. Tish bo'yin oldi yuzasida kovak yassi shaklda ishlanib, tub qismi kirish qismiga nisbatan bir oz kengaytiriladi va qo'shimcha yuza, tayanch nuqtalari hosil qilinadi.

Kontakt yuzalardagi kariyes kovagini plombalashda, albatta matritsa (qo'shni tish yuzasi bilan qo'yilayotgan plombaning orasiga qo'yiladigan metall plastinka)dan foydalanmoq zarur. Asosiy plomba tagiga qo'yiladigan taglik birmuncha suyuqroq qorishtirilsa, uni yupqa qatlam qilib yoyish osonroq bo'ladi. Taglik yupqa qavat hosil qilib qo'yilgandan keyin tishlar oralig'iga matritsa - ajratgich qo'yiladi. Bir

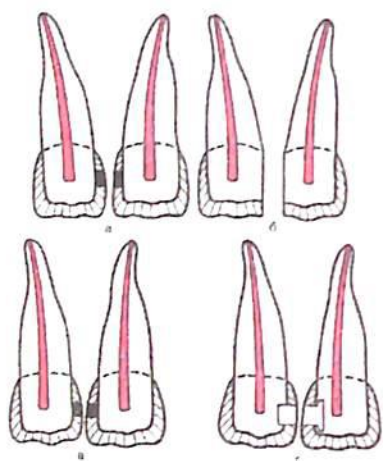
bo'lak amalgamadan tayyorlangan plomba kichik bo'lak holda matritsa orqasiga, ya'ni taglik ustiga qo'yilib, paxtadan tayyorlangan dumaloq tampon yog'ochdan yoki metallardan ishlangan maxsus zichlashtirgichlar yordamida mustahkamlanadi.

Doimiy katta oziq tishlar kovagini amalgama, kichik oziq tishlarning kariyes kovagini esa evikrol yoki boshqa kompozit materiallar bilan plombalash maqsadga muvofiqdir. Sut tishlari molyarlari almashinuviga 1-3 yil vaqt kerak bo'lgan taqdirda belodont sementidan plomba qo'yish mumkin. Bola 4-5 yashar bo'lsa kariyes kovagiga yaxshi shakl berib, amalgama plombalaridan foydalanish ijobiy natijalar beradi. 2-4 yashar bolalarda birinchi oziq tishlardagi kichik hajmdagi kariyes kovaklarini fosfat sement(unitsem), laktodont, infantid sementlari ayniqsa shishaionomer sementlar(TSemion, Fuji va b.) bilan tagliksiz plombalash mumkin. Bu yoshdagi bolalar ko'pchilik hollarda injiq va besaranjom bo'lganliklari tufayli shikastlangan yuzaga kerakli shakl bera olmaslik mumkin. Keyinchalik bu plombalar yemirilgan yoki yengil shikastlanganda yupqa qatlam hosil bo'ladi, shunda kerakli shakl berib, ustidan amalgama plomba qo'yish mumkin.

III sinf kariyesini davolashda quyidagilarga amal qilishni lozim deb hisoblaymiz. Bu guruhga kiruvchi kariyes kovaklari kurak va qoziq tishlarning kontakt yuzasida aniqlanadi. Mabodo tishlar orasidagi masofa jag' suyagi o'sishi natijasida (4-5 yashar hollarda) birmuncha kengaygan (trema) bo'lsa, shikastlangan emal qavati silliqalanib, unga 30% li kumush nitrat eritmasi bilan uch marta qaytalab ishlov beriladi. Natijada kariyes jarayoni rivojlanishdan to'xtaydi va sut tishlari fiziologik almashinuvigacha shikastlanmasligi mumkin (5-rasm, a, b).

Tishlar bir-biriga nisbatan zich joylashgan taqdirda kariyes kovagiga kichik o'lchamli sharsimon yoki teskari konussimon bor yordamida shakl beriladi.

Tayanch nuqtalar bu holda tish dentinining milkka va kesuvchi yuzaga yaqin sohalarida hosil qilinadi (5-rasm, v, g.). Bu xilda shakl berilgan kariyes kovaklarini fosfat sementi bilan berkitish lozim.



5-Rasm. Oldingi kesuvchi sut tishlarida III-sinf kariyes kovagiga charxlab ishlov berish: a,b – tishlar orasida diastema mavjud bo'lganda; v,g – tishlar orasida diastema bo'lmagan hollarda kariyes kavagini shakllantirish.

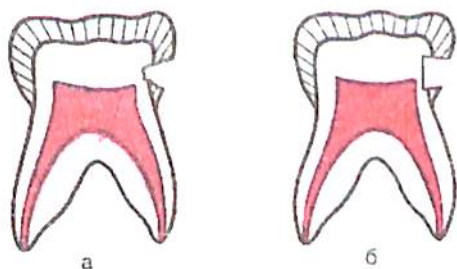
Rossiyada va Yevropa mamlakatlarida ishlab chiqarilayotgan yangi, plombalash uchun ishlatiladigan shishaionomer sementlaridan foydalanish ham yaxshi natijalar bermoqda. U asoratsiz bo'lib, tish emali bilan kimyoviy birikish xususiyatiga egadir. III sinf guruhiga kiruvchi, unchalik chuqur bo'lmagan kariyes kovaklarini berkitishda juda qo'l keladi. Sut tishlarini plombalashda, shuningdek yana bir yangi hosil qilingan laktodont sementi ham qulaydir. Qattqlikda u belodont sementidan qolishmaydi. Yuqorida aytilgan plombalash materiallari (ashyolari) tish pulpasiga nisbatan zararsiz bo'lganligi uchun ularni taglik (taglik - himoya qavati) siz ishlatish ancha qulaylik tug'diradi va kam vaqt talab qiladi.

Kompozit materiallar (evikrol, polikarboksilat va b.) qo'llanilganda charxlangan kariyes kovagi juda ham ehtiyotlab 37% li ortofosfat kislotasi yordamida kalsiy sizlantiriladi. Buning uchun 10-20 soniya mobaynida kariyes kovagi devorlari shu suyuqlik yordamida yengil namlanadi, shundan so'ng 20 sekund mobaynida suv bilan yuviladi. Kompozit materiallar faqat taglik ustidan qo'yiladi.

IV sinf kariyesini davolash. Bu guruh kariyes jarohatlari kurak, qoziq tishlarining kontakt yuzasi, tishning kesuvchi qirrasi va burchagini shikastlaydi. Bu xastalik sut tishlarida asosan kariyes asorati bo'lmish pulpa yoki periodont yallig'lanishi bilan kechadi. Shuning uchun plombalash ishlari endodontik davolash tadbirlaridan keyin qiyinchilik tug'dirmaydi. Bunday davolash usullari keyingi boblarda tilga olinadi.

V sinf kariyesini davolash. Bu guruhga kiradigan jarohatlar hamma sut va doimiy tishlarda, tish bo'yin sohasiga yaqin yuzalarni shikastlaydi. Bu turdagi jarohatlar 1-3 yashar bolalarda ko'pincha asosan kurak tishlar buyin sohasida aniqlanadi. Bunday hollarda kariyes kovagini o'tkir ekskavator yordamida qunt bilan qirtishlab, shikastlangan emal va dentin to'qimalaridan tozalash lozim. Chunki bu yoshdagi bolalarda bor tig'i bilan kovakka ishlov berish ko'pgina hollarda pulpaning ochilib qolish xavfini tug'diradi. Dentin to'qimasini bir qadar mikrobsizlantirish (dezinfeksiya) maqsadida kovaklar bir necha hafta mobaynida evgenolli (qalampirmunchoq moyi) yoki timolevgenol pastalar bilan vaqtincha berkitiladi. Muddat tugagandan so'ng ularni fosfat sementidan tayyorlangan yoki boshqa zararli xususiyati bo'lmagan sementlar plombasi bilan almashtiriladi. Yumshoq plomba almashtirilayotgan paytda kovaklarga teskari konussimon bor yordamida ohista ishlov berish mumkin. Chunonchi, birlamchi quyidagi yumshoq evgenolli pasta bir vaqtning o'zida ikkilamchi dentin hosil bo'lishini ta'minlaydi. Natijada kariyes kovagining tubi birmuncha qalinlashadi.

3 yashar va undan katta bolalarda o'rta kariyes kovaklariga bimalol kichik o'lchamli teskari konussimon yoki fissur borlar yordamida ishlov berish mumkin. Hosil qilingan kovak tubi sathining yuzasi kovakka kirish qismi yuzasidan birmuncha kengroq bo'lgani uchun plomba tish devorida uzoq muddat saqlanadi (6-rasm, a, b).



6-Rasm. Katta oziq sut tishlarda V sinf kariyes kavagini charxlab shakllantirish: a – shakllantirilmagan kariyes kavagi; b – kariyes kavagini charxlab, shakllantirilgan.

Og'ir darajali kariyesni davolash. Tashxis to'g'ri qo'yilgan taqdirda bu turdagi kariyes kovaklarini yosh bolalarda (1-3 yosh) ikki

qatnovda davolash maqsadga muvofiqdir. Bunga sabab, sut tishlarining qattiq to'qima qatlamlarining doimiy tishlardagi qatlamlardan yupqaligidir. Chuqur kariyes kovagi sut tishlarida ancha yuzaroq bo'lib, unta bir necha qatlam plombalarni (davolovchi malham, ajratuvchi suvli dentin fosfat-tsementli tagliklar va doimiy plomba qatlami) sifatli qilib joylashtirish mushkuldir. Bunday holda plomba tezda ko'chib, tushib ketadi.

Bemor birinchi bor kelganda kovak tozalanib yuvib, quritilib, tubiga davolovchi malham pastalar (evgenol-timolli, evgenolli, kaltsin, kalmetsin kabilar) qo'yilib, ustidan paxta tampon bilan ajratib, suvli dentin bilan berkitiladi. Bu xildagi plomba bir necha kun mobaynida (bir haftagacha) saqlanadi. Shu vaqt ichida malham pasta anchagina qotadi va suvli dentin taglik qo'yishga hojat qolmaydi. Bemor ikkinchi bor kelganida kovakdan vaqtinchalik plomba, paxta tampon olib tashlanib, yuza fosfat sement tagligi ustidan belodont yoki boshqa biror xil mustahkam plomba qo'yiladi.

Katta yoshdagi maktab bolalarida I sinfga mansub kariyes kovaklarida plombalash katta oziq tishlarda birinchi qatnovda tugatiladi. Chunki doimiy tishlarda chuqur kariyes kovagining o'lchamlari ko'p qavatli plombalar qo'yish uchun imkon beradi.

3 Bob. TISH PULPASINING YALLIG'LANISHI

3.1. Pulpa yallig'lanishining bolalarda kechadigan klinik xususiyatlari.

Tish pulpasining yallig'lanishining har xil yoshdagi bolalarda uchratishimiz mumkin. Chaynov tishlarda kesuvchi tishlarga nisbatan pulpa yallig'lanishi 5-6 marotaba ko'proq uchraydi.

Pulpitlarni chaqiruvchi asosiy sabab, kariyes davolanmaganligi oqibatida mikroblar va ularning toksinlarini yupqa dentin qavat va keng dentin kanalchalari orqali tish bo'shlig'iga pulpa to'qimasiga sizib o'tishi hisoblanadi. Bundan tashqari kimyoviy ta'sir (kariyes davolanganda), mexanik travma (tishlar singanda, kariyes kovagi charxlanayotganda) va kamdan-kam hollarda mikroblarni infeksiya o'chog'idan qon orqali pulpa to'qimasiga olib kelishi hisobiga ham pulpa yallig'lanishi ro'y beradi.

Bolalar yoshida sut va shakllanmagan doimiy tishlarda kechadigan pulpitlarning o'ziga xos qator xususiyatlari mavjudkim, bu xususiyatlar katta yoshdagi kishilarda uchramaydi.

1. Sut va shakllanmagan doimiy tishlarda uncha chuqur bo'lmagan kariyes kovagi mavjud bo'lsa, pulpa yallig'lanishi sodir bo'lishi mumkin. Bunga yupqa dentin qavat, dentinning kam minerallashtirilganligi va dentin kanalchalarining kengligi sabab bo'ladi.

2. Bolalar yoshida pulpa to'qimasida yallig'lanish jarayoni tez tarqalib ketadi. Bunga pulpa to'qimasining yoshga qarab shakllanishi sabab bo'ladi. Bolalar tish pulpasida kattalarnikidan farqli o'laroq, hujayra elementlari, asosiy amorf modda ko'proq bo'lib, tolali strukturalar oz miqdorda bo'ladi. Qon tomirlar bilan ta'minlanishining faolligi tezda ekssudatli jarayonning boshlanishiga olib keladi.

Ildiz kanallarining kengligi, ko'pchilik hollarda apikal teshikning shakllanmaganligi, ildiz kanali to'qimasining toj pulpasi bilan bir xil struktura tuzilishi ham sodir bo'lgan ekssudat va mikroblar, ular

toksinlarini tez tarqalib periodont to'qimasigacha o'tib ketishini ta'minlaydi.

3. Bolalar yoshida surunkali pulpitlar o'tkir pulpitga nisbatan ancha ko'p uchraydi. Bunga sut tishlarida birlamchi surunkali pulpitlar sodir bo'lishi sabab bo'ladi. Cho'qqi teshigining kattaligi ildiz kanallarining kengligi va dentin kanalchalarining keng va qisqa bo'lishi ana shunga imkon yaratib beradi. Sanab o'tilgan shart – sharoitlar yallig'lanish ekssudatini tezda tarqalib ketishiga olib keladi.

4. Yuqorida keltirilgan anotomik va fiziologik xususiyatlar bolalarning har xil yoshida bir xil pulpa yallig'lanishining har xil klinik belgilar bilan kechishiga sabab bo'ladi. Masalan yallig'lanishning o'tkir chegaralangan davri sut tishlarida, ildizi shakllanmagan doimiy tishlarda juda qisqa muddat, deyarli simptomsiz kechsa, shakllangan ildizi doimiy tishlarda klinik belgilarining o'tkirligi bilan kattalardan farq qilmaydi.

5. Bolalarda surunkali pulpitlar deyarli shikoyatsiz kechadi. Ayrim hollardagina bemor anamnezidan harorat va mexanik ta'sirlardan shikoyat bo'lganligini aniqlaymiz.

6. Bolalarda pulpaning yiringli yallig'lanishi belgilari barcha pulpitlarda patomorfologik usulda aniqlangan. Sababchilari bo'lib, aralash infeksiyadan agressivi, ko'pchiligini hosil qiluvchi stafilokokklar hisoblanadi. Bunda bolalarda immunogenez jarayonining susayishi, jarayonning keng ko'lamda tus olishi, sensibilizatsiya va avto sensibilizatsiya hollari, kuchli zaharlanish belgilari qayd etilishi mumkin.

7. Kattalarnikidan farqli o'laroq o'tkir va o'tkirlashgan surunkali pulpitlarda periodont to'qimasi yallig'lanish jarayoniga tortiladi.

Sut tishlari va ildizi shakllanmagan doimiy tishlar pulpitida periodont to'qimasining yallig'lanish jarayoniga tortilishining sabablari bo'lib, pulpa to'qimasi tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari, bar'er funksiyasini sustligi, ildiz kanallarining kengligi, apikal cho'qqi teshigining kattaligi hisoblanadi. Buning oqibatida periodont

to'qimasiga virulent infeksiyaning va ular toksinlarining ekssudat bilan oqib kirishi, periodont to'qimasining to'liq shakllanmaganligi tezda yallig'lanish jarayoniga qo'shilib ketishiga olib keladi.

8. Bola organizmining umumiy javob reaksiyasi pulpaning diffuz yallig'lanishida, asosan surunkali pulpitlarning o'tkirlashgan hollarida giperergik tus olishi mumkin. Bu o'z navbatida bola organizmi reaktivligi yuqoriligi, periodont to'qimasi strekturasining takomillashmaganligi, ekssudatsiyaga moyilligi, markaziy asab sistemasining mukammallashmaganligi, gormonal va umumiy immunitet holati, pulpa to'qimasining mikroblar bilan sensibilizatsiyasi bilan bog'liqdir. Yosh bolalarda bu jarayon harorat ko'tarilishi, bosh og'rigi, bo'shashish, uyquga tortilish, leykotsitlar sonini, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi bilan kechadi.

3.2. Pulpitlar tasnifi.

Bu sohada juda ko'p ishlar qilinib, ko'plab tasniflar tavsiya qilingan. O'quvchilarga klinikada qo'llashga qulay, tushunarli bo'lgan YE. YE. Platonov tasnifini taklif qilish bilan bir qatorda, T. F. Vinogradova tasnifini ham keltirib o'tamiz.

E. YE. Platonov tasnifi:

I. O'tkir pulpit: - O'choqli (pulpitis acuta partialis)

-Diffuz (pulpitis diffusa)

II. Surunkali pulpit: - Fibrozli (pulpitis chronica fibrosa)

-Gangrenozli (pulpitis chronica gangrenosa)

-Gipertrofik (pulpitis chronica hypertrophica)

III. O'tkirlashgan surunkali pulpit – (pulpitis chronica exacerbata).

T. F. Vinogradova tasnifi:

I. Sut tishlarining o'tkir pulpiti:

O'tkir serozli pulpit

O'tkir yiringli pulpit

O'tkir pulpit (periodont va regionar limfa tugunlarini yallig'lanish jarayoniga tortilishi bilan kechadigan).

II. Doimiy tishlar o'tkir pulpiti:

O'tkir o'choqli pulpiti

O'tkir o'choqli serozli pulpiti

O'tkir serozli diffuz pulpiti

O'tkir yiringli diffuz pulpiti

III. Sut va doimiy tishlarning surunkali pulpiti:

Surunkali oddiy (fibroz) pulpiti

Surunkali proliferativ pulpiti

Surunkali proliferativ gipertrofik pulpiti

Surunkali gangrenoz pulpiti

IV. Sut va doimiy tishlarning o'tkirlashgan surunkali pulpiti.

3.3. Pulpaning o'tkir o'choqli (chegaralangan) yallig'lanishi.

Bu xil yallig'lanish yosh bolalarda juda kamdan-kam holda o'z vaqtida aniqlanadi. Bunga sabab, infeksiya kuchi (virulentligi) yuqori bo'lgani uchun uning yosh bolalar organizmining hali yetilib ulgurmagan himoya vositalarini osonlikcha yengib utib, umumiy pulpa yallig'lanishiga olib kelishidir. Yoki qulay sharoit mavjud hollarda kasallik belgisiz yoki klinik belgilari yaqqol sezilmagan holda kechishi mumkin. Bunday hollarda ota-onalar bolalarni shifokor qabuliga olib kelishmaydi.

3.4. O'tkir umumiy (diffuz) pulpiti

Pulpaning bu xil o'tkir yallig'lanishi uning surunkali (xronik) turlaridan kamroq uchrasada, yosh bolalarda (3-4 yoshgacha) juda yaqqol klinik belgilar bilan aniqlanadi. Bunda bola organizmida umumiy zaharlanish alomatlari paydo bo'ladi. Tana harorati 38°C va undan yuqori ko'tariladi, besaranjomlik, yig'loqilik, injiqlik kuzatiladi.

Bola ovqatdan bosh tortadi, uyquasi buziladi. Berilgan og'riqsizlantiruvchi (analgetik) dorilar bolani 1-2 soat chamasi tinchlantiradi. Dorining ta'siri o'tgach, bolalar o'tkir og'riqdan chinqirib uyg'onishadi. Og'riq boshlanganidan bir kecha-kunduz mobaynida vaqt o'tgach, kasal tish atrofidagi yumshoq to'qimalar shishib qizaradi. Barmoq bilan paypaslanganda og'riq paydo bo'ladi. Yuz simmetriyasi buzilishi mumkin.

Tish pulpasining bu xildagi umumiy yallig'lanishini to'g'ri aniqlash va qaytalangan surunkali (xronik) periodontitdan ajratish juda ko'p qiyinchiliklar tug'diradi. Chunki bu yoshdagi bolalar so'roqlarga aniq, to'liq javob bera olishmaydi. Shuning uchun ko'rik paytida yig'ilgan ob'ektiv belgilar tashxis bo'yicha muhim ahamiyat kasb etadi.

Bu xildagi differensial tashxisni o'tkazishni qulaylashtirish maqsadida Moskva stomatologiya tibbiyot universiteti (MSTU) bolalar stomatologiyasi kafedrası jamoasi quyidagi solishtirma jadvalni tavsiya qiladi. (2-jadval).

2-jadval.

Pulpitlar qiyosiy tashxisi.

Tashxis ko'lami	O'tkir diffuz pulpit	Surunkali periodontitning o'tkirlashuvi
Kasallik tarixi (anamnez)	Tish birinchi bor og'rgan	Oldin ham tishda og'riq bo'lgan bo'lishi mumkin
Sovuqdan og'riq	Yiringli jarayonda og'riq susayishi mumkin	O'zgarish yo'q
Perkussiya	Og'riq beradi	Og'riq beradi
Tish atrofi shilliq pardasining lab, lunjga o'tish burmasi	Qizargan, og'riqli, shishgan	Qizargan, og'riqli, infiltratli shish yoki flyuktuatsiya aniqlanadi.
Pulpa ochilganda	Yallig'lanish borligi tufayli va zond yuritilganda kuchli og'riq seziladi	Nekrozga uchragan (o'lgan), zond yuritilganda og'riq bo'lmaydi.

3.5. Surunkali fibroz pulpit

Pulpaning bu xil yallig'lanishi bolalarda eng ko'p uchraydigan kasallik turi hisoblanadi. Surunkali fibroz pulpit sut tishlarida va ildizi shakllanmagan doimiy tishlarda juda ko'p hollarda klinik belgisiz kechishi mumkin. Kasallik bolalarda rejali sanatsiya olib borilgan yoki u qayta yallig'lanib, o'tkirlashgan paytda bolalar vrachga murojaat qilishi natijasida aniqlanadi. Qayta yallig'lanish paytida uzoq muddatli simillovchi og'riq ovqatlangandan keyin, ko'chadagi sovuqdan va ba'zi

bir hollarda kechasi paydo bo'ladi. Bola og'riyotgan tishini aniq ko'rsatib beradi.

Og'rigan tishni ko'zdan kechirayotganimizda unda kariyes kovagi borligini, zond yuritilganda bu kovak pulpa bo'shlig'iga tutashligini yoki qonagan og'riqli pulpa etini kovakdan chirib yumshagan dentinni ko'chirayotgan paytda aniqlaymiz. Surunkali fibroz pulpitning bolalarda, asosan klinik belgisiz kechishini nazarda tutgan holda, shifokor sut va doimiy tishlarning chuqur kariyes kovagiga ishlov berib bo'lgandan keyin ehtiyotkorlik bilan kariyes kovagining tub sathini, ayniqsa pulpa proyeksiyasi sohasini zond yurgizib, tekshirib chiqishi zarur. Ana shunday qunt bilan tekshirishlar ko'p hollarda kariyes kovagining pulpa bo'shlig'i bilan tutashligini ko'rsatishi mumkin. Ochilgan pulpada zond yuritilayotganda shuni nazarda tutish kerakki, agar tish ildizlari fiziologik yoki patologik so'rilishning oxirgi davrida bo'lsa, og'riq kuchli bo'lmaydi. Bunda bolaning yoshi va kasallik muddati muhim ahamiyat kasb etadi.

Ildiz so'rilishi boshlanmagan sut tishlarida bunday hollarda kuchli og'riq seziladi.

3.6. Surunkali gangrenoz pulpit

Bu tur pulpa yallig'lanishi bolalarda uchrashi jihatidan surunkali fibroz pulpitdan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Bolalarda tish og'rigiga shikoyat bo'lmaydi. Kasallik tarixida fibroz pulpitga nisbatan oldingi paytlarda ko'proq og'riq bo'lganligini aniqlash mumkin. Gangrenoz pulpit bilan og'rigan tish kariyes kovagiga zond yuritilgan paytda ko'p hollarda kovak bo'shlig'i pulpa bo'shlig'i bilan tutashligini qayd etish mumkin. Pulpa kovagining yuzaroq sathini zond bilan qitqlaganda og'riq bo'lmasligi, tish toj qismida joylashgan pulpaning nekrozga uchraganidan (o'lganidan) darak beradi. Toj pulpasi yaxshilab ochilib, zond chuqurroq yuritilganda pulpaning chuqur joylashgan sohasida yoki ildiz kanallariga kirish qismidagina og'riq paydo bo'ladi. Bu hol ildiz pulpasining tirikligidan darak beradi va qon oqib chiqishi buni tasdiqlaydi.

Surunkali gangrenoz pulpit tish bo'shlig'i yopiq bo'lgan hollarda ham kechishi mumkin. Bunda kariyes kovagi bilan pulpa bo'shlig'i

orasida ma'lum qatlam dentin to'sig'i bo'lishi mumkin. Bu hollarda infeksiya (mikrob) sut tishlarining keng dentin kanallari orqali pulpa bo'shlig'iga o'tgan bo'ladi. Bunday chuqur kariyes kovagini charxlash va yumshagan dentin qavatini olib tashlash paytida bola og'riq sezmaydi. Bu hol vrach xushyorligini oshirmog'i lozim. Kariyes tubi sathidagi dentin kulrang bo'lib, tiniq bo'lmaydi.

Agar sinchiklab zond yuritilganda kovakning pulpa bo'shlig'i bilan tutashgan nuqtalari topilmasa, unday hollarda kovak tubi sathiga asbestli tampon qo'yilib, vaqtinchalik suvli dentin qatlami bilan berkitilib, bemor rentgen kabinetiga yuboriladi.

Sekinlik bilan kechuvchi surunkali chuqur kariyes jarayonining rentgen surati ko'zdan kechirilganda, yuza dentin qavat tagida qalin, ikkilamchi (zamestitelniy) dentin hosil bo'lganligining guvohi bo'lamiz. Bu hol esa kovak charxlangan paytda og'riq sezilmaganidan darak beradi. Demak, biz bu yerda chuqur kariyesni aniqlaymiz.

Surunkali gangrenoz pulpitda ko'pincha (80% ga yaqin) rentgenogrammada periodontal tirqishning kengayganligini, alveolyar suyak to'sig'ida osteoporoz (to'qima siyraklanishi), doimiy tish ildizi atrofida suyak to'qimasi surilib qo'shuvchi to'qima bilan to'lganligi (osteoskleroz), juda yupqa ikkilamchi dentin qavat hosil bo'lganligini (yoki umuman ikkilamchi dentin kanal yo'qligini) ko'rish mumkin.

Kasallikni aniqlash (diagnostika) paytida ildizi shakllanmagan doimiy tishlarda kechadigan surunkali gangrenoz pulpitni, surunkali granulyatsiyalanuvchi (granuliruyushiy) periodont yallig'lanishidan farqlay (differensial diagnostika) olish ancha mushkullik tug'diradi. Chunki bunday holda doimiy tishning shakllanmagan ildizi kovagiga granulyatsiya to'qimasi o'sib kirib, uni to'ldirishi mumkin va uni biz ko'pgina hollarda ildiz pulpasi sifatida qabul qilishimiz mumkin.

Yuqorida aytib o'tilganidek, bizga tish ildizining rentgen tasviri yordam beradi. Surunkali gangrenoz pulpitda rentgen tasvirida ildizning normal o'sish chegarasi yaqqol ko'rinadi. Granulyatsiyalanuvchi surunkali periodontitda shakllanmagan ildiz atrofidagi suyak to'qimasida destruksiya (to'qima yemirilishi) jarayonini ko'ramiz, uning sathi tish ildizi o'sish zonasi sathidan anchagina kattaroq bo'ladi,

chegarasi aniqlalmaydi. Surunkali periodontitda tish ildizi shakllanishi. Shu yoshdagi shakllanish me'yoridan ancha orqada qoladi. Gangrenoz pulpitda ildizlar o'lchami cog' tishnikidan farq qilmaydi va bola yoshiga mos keladi.

Farqlab tashxislash davolashni to'g'ri rejalashtirishda juda muhimdir. Chunonchi, gangrenoz pulpitni davolashda shifokor ildiz pulpasining hech bo'lmaganda quyi (apikal) qismini saqlab qolishni nazarda tutmog'i lozim. Bu esa shakllanmagan ildiz rivojini davom ettirib, uning to'liq shakllanishiga olib kelishi mumkin. Surunkali periodontit yallig'langanda granulyatsiya to'qimasi o'zida dentin hosil qiluvchi odontoblast hujayralarini saqlamaydi, buning natijasida dentin hosil bo'lish jarayoni to'xtaydi. Bunday holda ildiz kanalini plombalashdan oldin, uni faqat o'lgan pulpa qoldiqlaridangina emas, balki granulyatsiya to'qimasidan ham yaxshilab tozalash zarur.

3-4 yashar bolalarda surunkali gangrenoz pulpitning o'tkirlashib qaytalanishi juda og'ir kechishi mumkin. Bunday bolalarda tana harorati ko'tarilib, organizmning zaharlanish alomatlari yaqqol namoyon bo'ladi. Ular o'zlarini behol sezishib injiqlanishadi, teri rangi oqarib, sovuq ter qoplashi mumkin. Kasallangan tish sohasida yuz-jag' yumshoq to'qimasining shishi, o'tkir limfadenit, ya'ni bolaning holati surunkali periodontitning o'tkirlashib qaytalanish belgilariga o'xshab ketadi. Pulpa bo'shlig'ini ehtiyotlab ochib, zond yuritilganda jarayonning o'tkirlashganligini ko'rish mumkin.

3.7. Surunkali gipertrofik pulpit

Tish pulpasining bu xil yallig'lanishida pulpada proliferativ jarayonlar avj olishi natijasida uning hajmi oshadi. Bunday holda tish yumshoq to'qimasi pulpa bo'shlig'ini to'ldirib, kariyes kovagiga o'sib chiqadi va uni ham to'ldirishi mumkin. Bolalarda bu xil pulpa yallig'lanishi kamdan-kam hollarda uchraydi. Kasallikni gipertrofik papillit (milk so'rg'ichining o'sib ketishi) dan farqlash zarur. Buni amalga oshirish uncha qiyinchilik tug'dirmaydi. Buning uchun tish buyin atrofida emal qavat sathi buylab zond yuritilib, milk

so'rg'ichining kariyes kovagiga o'sib kirgan oyoqchasi topiladi va ajratiladi.

Pulpaning gipertrofik yallig'lanishini surunkali periodont kasalligidan ajratish birmuncha qiyinchilik tug'dirishi mumkin. Surunkali, ayniksa granulyatsiyalanib kechadigan periodont yallig'langanda ko'pgina hollarda patologik so'rilish natijasida pulpa qavatining tub devori yoki yon devori shikastlanib, granulyatsiya toj bo'shlig'iga o'sib kiradi va kariyes bo'shlig'ini to'ldiradi. Lekin shu bilan birgalikda surunkali periodont yallig'lanishining bu xil kechishida quyidagi belgilarni ham ko'rish mumkin. Bunda tish o'rnidan bo'shab liqillab qoladi, milk ko'karadi, paypaslagan paytda tish ildiz sohasida alveolyar o'siqning yemirilganligi aniqlanadi. Kasal tish rangi o'zgarib, ko'kimtir tus oladi. Ayniqsa, tish atrofidagi yumshoq to'qimada, milk sohasida yiring yo'li (svish) bo'lishi mumkin. Qo'shimcha o'tkazilgan tadqiqot (rentgen tasvirida) periodont yallig'lanishiga mos o'zgarishlar borligini ko'rsatadi, bu esa bizga qiyosiy tashxisni qo'yishda katta yordam beradi.

O'zlashtirish darajasini aniqlash uchun savollar

1. Sut tishlarida pulpa yallig'lanishining kaysi bir turi ko'proq uchraydi? Uning klinik belgilarini sanab o'ting.

2. Qanday klinik belgilar umumiy o'tkir (diffuz) pulpitni o'tkirlashib qaytalangan surunkali gangrenoz pulpit va o'tkir periodontit bilan qiyoslab (differensial) farqlashda muhim ahamiyat kasb etadi?

3 Surunkali gipertrofik pulpitni, kariyes kovagiga o'sib kirgan milk so'rg'ichidan va surunkali kechadigan periodontitda pulpa kovagiga o'sib chiqadigan granulyatsiya to'qimasidan qanday usullar yordamida farq qilib ajratish mumkin?

4. Ildizi shakllanmagan tishlarda uchraydigan surunkali gangrenoz pulpitni shu xil tishlarda kechadigan surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit bilan qiyoslab (differensial) farqlashda qaysi bir ko'rik usulidan foydalaniladi? Bu holda qanaqa belgilar muhim ahamiyatga egadir?

3.8. Bolalarda pulpit kasalligini davolashning o'ziga xos chora-tadbirlari

Pulpit kasalligini davolashdan asosiy maqsad bemor shikoyatlarini, pulpa to'qimasidagi yallig'lanish jarayonini bartaraf qilish, jarohatlangan tishning anatomik va funksional holatini tiklash, periodont, jag' suyagi va yumshoq to'qimalarda vujudga kelishi mumkin bo'lgan bir qadar yallig'lanish jarayonlarining oldini olish (profilaktika)dir. Bulardan tashqari, bolalarda tish ildizlarining shakllanishi yoki fiziologik so'rilish jarayonlarining me'yorida borishini ta'minlash ham muhim ahamiyatga egadir. Yuqorida ko'rsatilgan vazifani izchillik bilan amalga oshirish uchun davolash usuli oddiy, bajariladigan texnik ishlov jarayonlari og'riqsiz bo'lishi zarur.

Bolalarda pulpit kasalligini davolash usullari o'ziga xos bo'lishi bilan bir qatorda, ularning ijobiy hamda salbiy tomonlari ham bo'lishini nazarda tutmoq lozim.

Pulpa yallig'lanishi (pulpit) ni davolashning quyidagi usullari mavjud:

1. Toj va ildiz pulpasining tirikligini va fiziologik faolligini ta'minlovchi (biologik) usul.

2. Og'riqsizlantirish yo'li bilan tirik tish pulpasini qisman olib tashlash (vital amputatsiya) usuli.

3. Og'riqsizlantirish yo'li bilan toj pulpasini to'liq, ildiz pulpasini qisman olib tashlash - chuqur amputatsiya usuli.

4. Og'riqsizlantirish yo'li bilan tish pulpasining toj va ildiz qismlarini to'liq olib tashlash (vital ekstirpatsiya) usuli.

5. Yallig'langan tish pulpasini jonsizlantirib, qisman olib tashlash (amputatsiya) usuli. Jonsizlantiruvchi (nekroz chaqiruvchi) vosita sifatida arsenat kislotasi (E. YE. Platonov tavsiya qilgan retseptlar asosida), fenol va formalin eritmalarining (2:1 nisbatda) aralashmasi, paraformaldegidli pasta (Devit A, B, S, D) va boshqalar ishlatiladi.

6. Jonsizlantirilgan pulpani to'liq - butkul olib tashlash (devital ekstirpatsiya) usuli.

Davolashning u yoki bu usulini tanlashda kasal tishning kaysi guruhga kirishini, kasallikning rivojlanish davrini, qo'yilgan tashxisni va

bolaning yoshini, albatta hisobga olish muhimdir. Shuning uchun davolovchi vrach bolalarda tishlarning chiqish muddatlarini, ildizlarning shakllanish va soʻrilishi jarayonlarini, tishlar almashinuvi muddatlarini juda yaxshi tasavvur qila bilishi zarurdir.

3.9. Yalligʻlangan pulpani biologik usulda davolash

Davolashning bu usuli tish pulpasining toʻliq saqlanishini va hayotiy faolligini davom ettirishni taʼminlaydi. Quyidagi hollarda bu usul bilan davolash maqsadga muvofiq hisoblanadi:

1. Oʻrta va chuqur kariyes kovagini charxlash paytida bilmagan holda qoʻqqisdan pulpa toʻqimasiga jarohat yetkazilganda yoki u ochilib qolganda.

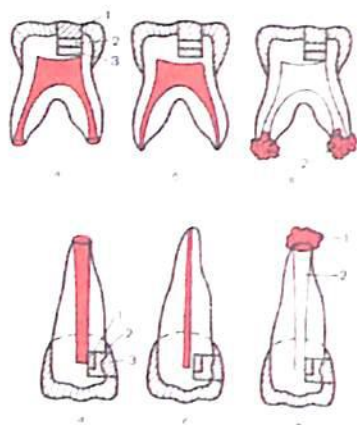
2. Shakllangan va shakllanmagan tishlarda kechadigan qisman oʻtkir (chegaralangan) pulpitda.

3 Ildizi shakllanmagan bir ildizli doimiy tishlarda, umumiy oʻtkir pulpitda.

4. Sut va doimiy tishlarda kechadigan surunkali fibroz pulpitda. Agar periodont toʻqimasida oʻzgarishlar yuz bermagan va kariyes kovagi Blek buyicha I sinfga taalluqli boʻlgandagina.

Davolash texnikasi bolalarda klinik belgilarga qarab oʻziga xos boʻlishi mumkin.

Tish kariyes kovagi charxlanayotgan paytda qoʻqqisdan pulpa boʻshligʻi ochilib qolgan (travmatik pulpit) taqdirda, kariyes kovagiga soʻlak tushirmaslikka harakat qilish zarur. Tezlik bilan kovakni biror iliq antiseptik bilan yuvib quritib, jarohatlangan sohaga kaltsin yoki kalmetsin pastasidan surtiladi. Kariyes kovagi suvli dentin bilan vaqtinchalik berkitiladi.(7- rasm,a).



7-Rasm. Ildizi shakllanmagan sut tishlarini biologik usulda davolash: a – ochilgan pulpa jarohatini to'g'ridan-to'g'ri bekitish: 1-kalmetsin; 2-suvli dentin qatlami; 3-doimiy plomba; b-ijobiy natija ildizlar to'liq shakllangan; v-salbiy natija: 1-pulpa nekrozi; 2-ildiz cho'qqisi atrofidagi suyak to'qimasining yemirilishi.

Jarohatlangan tish 5-7 kun mobaynida bolani bezovta qilmasa, ikkinchi qatnovda vaqtinchalik plombani doimiy plomba bilan almashtiriladi (chuqur kariyes davosiga karalsin).

O'tkir pulpitda birinchi murojaat paytida tish kariyes kovagi birmuncha kengaytirilib ochiladi. Kovak tub sathidagi yumshoq dentin 3-4% li dikainning suvdagi eritmasi bilan yoki anestezin kristallari yordamida 2-3 minut mobaynida og'riqsizlantiriladi. Shundan keyin kariyes kovagi tub sathi va devorlaridan jarohatlangan dentin to'qimasi qavatma-qavat ko'chiriladi. Tish toj bo'shlig'i kichik sharsimon bor yordamida ehtiyotkorlik bilan ochiladi. Bu hol umumiy o'tkir diffuz pulpitda yallig'langan pulpa kovagida yig'ilgan ekssudatning oqib chiqishini va bir qadar pulpa to'qimasida (qo'yilgan davolovchi plomba ta'sirida) tiklanish jarayonlarini ta'minlaydi. Qisman (chegaralangan) o'tkir pulpitda toj bo'shlig'ini ataylab ochish shart emas. Yallig'lanish natijasida hosil bo'lgan pulpa bo'shlig'idagi ekssudat shakllanmagan bo'lib, anchagina keng ildiz kanallari orqali sizib oqib, pastga tushishi mumkin. Yupka dentin qavati dentin yo'llari orqali kovakka qo'yilgan dori diffuz yuli bilan yallig'langan pulpaga bimalol o'tib, ta'sir ko'rsatadi.

Yuqorida bayon etilgan davo tadbirlari quyidagicha bajariladi.

Tayyorlangan kariyes kovagi iliq antiseptik, mikroblarga qarshi antibiotiklar, ferment eritmalari bilan yuvilib, mikrobsizlantirilgan

(steril) tampon yordamida quritiladi. Kovak tub sathiga davo qatlami pasta holida qo'yiladi. Davolovchi pastalar mikroblarga qarshi ta'sir etuvchi moddalar, antibiotiklar, yallig'lanish jarayonini to'xtatuvchi malhamlar va fermentlardan tayyorlanishi mumkin. Buning uchun biror antibiotik eritmasidan bir tomchi olinib, gidrokortizon emulsiyasi bilan aralashtiriladi va unga tripsin yoki boshqa bir oqsil parchalovchi ferment qo'shiladi. Keng spektr ta'siriga ega bo'lgan antibiotiklarni ishlatish maqsadga muvofiqdir (neomitsin, eritromitsin, streptomitsin). Davo qatlami ustidan kovak suvli dentindan hosil qilingan vaqtinchalik plomba bilan berkitiladi.

Shuni esdan chiqarmaslik lozimki, davolovchi pasta tayyorlashdan oldin, albatta boladan yoki ota-onalaridan bola organizmining antibiotiklarga sezgiriligini aniqlash lozim. Chunonchi, ba'zi bir hollarda yo'l qo'yilgan, arzimagan bo'lib ko'ringan xatoimiz og'ir oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Vaqtinchalik plomba qo'yilgan tish 2-3 kun mobaynida bezovta qilmasa, ikkinchi qatnov vaqtida plomba olib tashlanib, kariyes kovagiga qo'shimcha ishlov beriladi. Kovak tub sathiga kaltsin yoki kalmetsin pastasidan yupqa qatlam surtilib, ustiga yumshoq paxta tampon quyiladi va suvli dentin pasta bilan 7-10 kunga berkitiladi. Shu davr mobaynida kasallangan tish bolani bezovta qilmagan taqdirda navbatdagi qatnovda kariyes kovagi doimiy plomba bilan berkitiladi va tishning anatomik shakli tiklanadi.

Surunkali kechadigan fibroz pulpitni biologik usulda davolash bir muncha oddiyoqdir. Tish kariyes kovagi charxlanib, unga kerakli shakl beriladi. Kovakning tub sathiga kalmetsin, kaltsindan tayyorlangan yoki bo'lmasa vinilinda tayyorlangan sun'iy dentin pasta (u Shostakovskiy balzami nomi bilan tanish) surtilib, issiq havo oqimi yordamida quritiladi. Keyingi qatlamni fosfat sementidan tayyorlangan ajratuvchi qatlam tashkil etadi. Doimiy plomba sifatida silidontdan foydalanish mumkin. Doimiy plombani 2-3 sutkadan keyin navbatdagi murojaat paytida ham qo'yish mumkin. Biologik usulni ildizlari so'rila boshlagan ko'p ildizli (molyar) sut tishlarida qo'llash yaxshi natijalar beradi. Bir qatnovda davolash esa vaqtdan yutishni ta'minlaydi. Bu usulda

davolangan tishlarda periodontda vujudga keladigan asoratlar kamdankam holatlarda yuzaga kelishi mumkin. Bordiyu, shunday vaziyat yuz bersa, davolangan sut gishi olib tashlanadi.

3.10. Yallig'langan pulpani tirik holda og'riqsizlantirib amputatsiya qilish usuli

Bu usul pulpa yallig'lanishining quyidagi turlarini davolash uchun qo'llanadi:

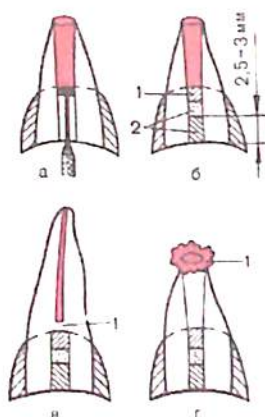
1) shakllanmagan ildizli sut va doimiy tishlarda. (asosan oldingi guruh) kechadigan surunkali fibroz pulpitda;

2) o'tkir mexanik jarohat natijasida toj qismi sinib, pulpa ochilib qolgan hollarda (jarohatdan keyin 48 soat mobaynida);

3) sut tishlarining yassi kechadigan o'rta va chuqur kariyesida (qachonki kovaklarni plombalash uchun boshqa sharoit bo'lmagan taqdirda).

Yallig'langan pulpani tirik amputatsiya qilish usuli, albatta og'riqsizlantirish muolajasidan keyin amalga oshiriladi. Buning uchun tish atrofidagi yumshoq to'qimaga novokain, lidokain, perimikain va boshqa og'riqsizlantiruvchi anestetiklar yuborilib, to'yintiriladi (infiltratsiya) yoki nerv tolasi atrofiga to'g'ridan-to'g'ri igna orqali anestetik eritma yuborish yo'li bilan amalga oshiriladi. Sharoit bo'lgan taqdirda umumiy og'riqsizlantirish (narkoz) vositasidan ham foydalanish mumkin.

Kariyes kovagi borlarni tez-tez almashtirib, dentin to'qimasini qavatma-qavat olib tashlash yo'li bilan charxlanadi. Bu hol chuqur dentin qavatga mikroblar o'tishidan saqlaydi. Pulpa bo'shlig'ini ochib amputatsiya qilishdan oldin kariyes kovagi antiseptik eritmalar yordamida yaxshilab yuvilib, quritiladi. Shundan keyin pulpa bo'shlig'i ochilib, mikrobsizlantirilgan sharsimon, teskari konussimon o'tkir bor yordamida toj pulpasi ildiz kanaliga o'tish qismidan qirkilib ajratiladi va olib tashlanadi. (8-rasm).



8-Rasm. Shakllanmagan ildizli kurak sut tishi pulpasi yallig'lanishida vital amputatsiya usuli.

a-toj pulpasining amputatsiyasi; b-tugallangan muolaja: 1-davolovchi qatlam; 2-ajratuvchi qatlam; 3-doimiy plomba; v-ijobiy natija: 1- hosil bo'lgan dentin ko'prikcha; g-salbiy natija: 1-cho'qqi teshigi atrofida suyak to'qimasining yemirilishi.

Sizib oqayotgan qonni to'xtatish uchun adrenalin eritmasiga namlangan (yoki 2-3% li vodorod peroksidli) tampon qo'yiladi. Qon tuxtatuvchi vosita 8-10 minut mobaynida ushlab turiladi. Shundan keyin pulpa bo'shlig'ining tub sathiga kaltsin yoki kalmetsindan tayyorlangan davo qatlami surtiladi, ustiga yumshoq steril paxta tampon qo'yilib, suvli dentin pasta yordamida kovak berkitiladi. 5-7 kunlar mobaynida tish bezovta qilmasa, unga doimiy plomba quyiladp. Buning uchun dentin plomba va paxta tampon olib tashlanadi, zaharli ta'sirga ega bo'lgan sement yoki amalgamali plomba oldidan kovak tubiga fosfat sementdan tayyorlangan himoya qatlami qo'yiladi. Bunday davolash usulining afzallik tomoni shundan iboratki, bunda tish ildizi kovagida joylashgan pulpa tirik qoladi. Ildiz shakllanishi davom etadi. Davolashdan keyingi bir yil vaqt ichida pulpa kovagining toj bilan ildiz qismi oralig'ida yangi hosil bo'lgan dentin ko'prikchani rentgen tasvirida ko'rishimiz mumkin. Agar elektroodontodiagnostika kanal pulpasining o'lganligidan dalolat bersa, tish boshqatdan davolanadi (ekstirpatsiya usuliga karang).

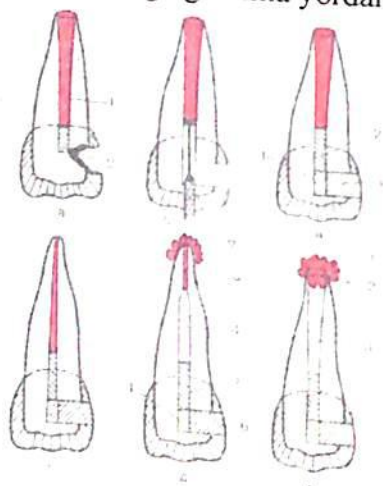
3.11. Yallig'langan pulpani og'riqsizlantirib chuqur amputatsiya qilish usuli

Bunday usulda davolash tadbirlari yallig'langan tish pulpasining toj qismini to'liq va ildiz pulpasini qisman kesib olib tashlashdan iborat.

Chuqur amputatsiya usuli, to'liq shakllanmagan tishlarda yallig'lanish jarayoni surunkali kechishi natijasida, faqat toj pulpasimas, qisman ildiz pulpasi ham jarohatlanganda qo'llanadi.

Davolashning bu usuli shakllanmagan bir ildizli doimiy tishlarda kechadigan surunkali gangrenoz pulpitda va travmatik pulpitda (travmadan keyin 48 soatdan ko'proq vaqt o'tgan bo'lmasa) qo'llanilganda ijobiy natijalar beradi.

Surunkali kechadigan gangrenoz pulpitda shikoyat bo'lmaydi. Lekin bor yordamida ildiz pulpasi charxlanganda kuchli og'riq seziladi. Shuning uchun kariyes kovagini charxlash va amputatsiya muolajasidan oldin tish yaxshilab og'riqsizlantiriladi. Chuqur amputatsiya usulini amalga oshirishda uskunalarni to'g'ri tanlab, ustalik bilan ishlata bilish muhim ahamiyatga egadir. Chunonchi, uskunalar to'g'ri va ustalik bilan ishlatilsa, 3-raqamli yoki 5-raqamli sharsimon bor ildiz kanaliga 3-5 mm chuqurlikda kirib, 1/3 qism ildiz pulpasini amputatsiya qilishga imkon beradi. (9-rasm a,b). Amputatsiyadan so'ng qon oqishi to'xtatilib, ildiz pulpasining qolgan qismi yangi tayyorlangan pasta kanalining kirish qismiga gladilka yordamida qo'yiladi.



9-Rasm. Surunkali gangrenoz pulpitda chuqur amputatsiya usuli.

a-muolajagacha: 1-yallig'langan pulpa; 2-o'lik pulpa; b-chuqur amputatsiya muolajasi; v-davolangandan so'ng: 1-dentin qatlam; 2-formalinli pasta; 3-doimiy plomba; g-ijobiy natija; d-ildiz cho'qqisi shakllangan: 1-dentin qatlam; 2-ildiz cho'qqisi atrofiga suyak to'qimasining siyraklashuvi; 3-tirik pulpa; 4-mumiyolashgan pulpa; 5-formalinli pasta; 6-plomba; ye-salbiy natija: 1-surunkali periodont yallig'lanishi; 2-shakllanmagan ildiz; 3-o'lik pulpa.

Keyin ildiz ignasi uchiga paxtadan turunda yasab, shu turunda orqali pasta ohistalik bilan jarohatlangan ildiz pulpasi yuzasiga yopiladi. Ildiz kanali plomba qilinayotganda kuchli bosim hosil qilmaslik kerak. Pasta ustidan steril tampon qo'yilib, tish kovagi 5-b kunga vaqtinchalik berkitiladi (suvli dentin pasta yordamida). Shu vaqt mobaynida tish og'rib bezovta kilmasa, vaqtinchalik plomba, paxta tampon olib tashlanib, tish kovagiga himoya qatlami (fosfat sementdan) surtilib, ustidan doimiy plomba (silidont sementidan) qo'yiladi.

Chuqur amputatsiyada davolovchi malham pastasini tanlashda uning mikroblarga, yallig'lanishga qarshi ta'siri va singish xususiyatlarini hisobga olish shartdir. Chunonchi, kaltsin va kalmetsin pastalarining tarkibiga kiruvchi kalsiy gidrooksidi bir qadar mikroblarga qarshi va yallig'lanish jarayoniga birmuncha ijobiy ta'sir etish xususiyatiga egadir. Ammo bu ta'sir chegaralangan bo'lib, pulpaning chuqur qatlamlariga singib kira olmaydi. Shuni nazarda tutib, yallig'lanish jarayoni o'tkirlashib qaytalanganda chuqur va har tomonlama ta'sir kuchiga ega bo'lgan boshqa dori-darmonlardan foydalanish lozim. Mabodo ildiz pulpasining qolgan qismida qaytalanish jarayoni aniqlansa, amputatsiya qilingan pulpa jarohatiga ta'siri keng bo'lgan antibiotiklar (neomitsin, eritromitsin, streptomitsin va boshq.), fermentlar (tripsin, ximotripsin, ximopsin) aralashmasi (gidrokortizon va boshqa glyuakokortikoid gormonlar emulsiyasida tayyorlangan) kor qiladi. 1-2 kunga qo'yilgan bu malhamlar yallig'lanish jarayonini tinchlantiradi. Shikoyat bo'lmagan taqdirda ildiz kanalining bo'sh qismi formalin saqllovchi pastalar yordamida ohista to'ldiriladi. Bu xil pastani quyidagicha tayyorlash mumkin. Bir tomchi 10% li formalin eritmasiga bir tomchi glitserin, bir dona timol kristali va pasta holiga kelguncha rux oksidi kukuni qo'shiladi. Hosil qilingan bu pasta tishni bo'yamaydi, pulpaning chuqur qavatlariga singib kirib, yaxshi dezinfeksiya (mikroblarni o'ldiradi) qiladi. Bu esa pulpa chirishining oldini oladi va qoldirilgan pulpa hayot ini, fiziologik xususiyati bo'lgan dentin hosil qilish jarayonini davom ettirishni ta'minlaydi. Buning natijasida ildiz to'liq shakllanadi.

Shunga karamasdan o'tkazilgan muolaja natijasini rentgen tasviridan foydalanib, boshida har 3-6 oy mobaynida, keyinchalik yiliga bir marta tekshirib turish lozim. Ba'zi bir hollarda dentin hosil bo'lish jarayoni buzilishi natijasida ildizning o'rta qismida bushliq hosil bo'lishi, periodont tirqishining kengayishi, ildiz atrofidagi suyak to'qimasida osteoporoz jarayonlari kuzatilishi mumkin. Bunday o'zgarishlar kuzatilganda to'liq ekstirpatsiya usulidan foydalanib, tish qayta davolanadi. Rentgen suratida yuqorida qayd etilgan o'zgarishlar va klinik belgilar bo'lmasa, kasal tish boshqatdan davolanmaydi.

Ildizlari shakllanmagan sut va doimiy katta oziq tishlarda kechadigan surunkali gangrenoz yoki boshqa tur pulpitlarda yallig'lanish belgilari tish atrofi to'qimalariga ham tarqalgan bo'lsa, u holda chuqur amputatsiya muolajasi o'tkazilgandan keyin yallig'lanish jarayonini tinchlantiruvchi davo tadbirlari o'tkazilib, davolash rezorsin-formalin usuli qo'llanilib tugatiladi. Bunda ildizning pulpadan holi qilingan qismi rezorsin-formalinli pasta bilan to'ldirilib, ustidan fosfat sementli qavat qo'yiladi va doimiy plomba bilan tish kovagi berkitiladi.

3.12. Yallig'langan tish pulpasini og'riqsizlantirib to'liq olib tashlash (vital ekstirpatsiya) usuli

Bu usul bolalarda ildizi shakllangan frontal (oldingi) tishlarda travma natijasida vujudga kelgan pulpitni davolashda qo'llaniladi. Bu usuldan boshqa turdagi pulpa yallig'lanish jarayonlarini ham davolashda foydalansa bo'ladi. Bunda asosiy shart bo'lib, ildizning to'la shakllanishi hisoblanadi.

Og'riqsizlantirishning yuqorida sanab utilgan turlari bilan bir qatorda anestetik moddalarni to'gridan-to'gritish pulpasiga BI-8 in'ektorlaridan foydalanib bosim ostida purkash ham ancha ishimizni yengillatadi. So'ng pulpa tish kovagidan to'liq olib tashlanib, ildiz kovagi plombalanadi. Bunda plomba materiali ildizdan tashqariga chikmasligi kerak. Bu usulni ko'p ildizli shakllangan katta, kichik oziq tishlarda kechadigan pulpa yallig'lanishiga ham qo'llash mumkin.

3.13. Yallig'langan pulpani jonsizlantirib qisman olib tashlash yo'li bilan davolash (devital amputatsiya) usuli

Bu usulda yallig'langan pulpani davolash bolalarda ko'p qo'llanadi. Bunga usulning oddiy bajarilishi, qatnovlar paytida vaqt tejalishi, davolash davrida og'riq hissining sezilmasligi va boshqalar sabab bo'ladi.

Quyidagi hollarda bu usuldan foydalanish tavsiya etiladi:

- 1) rivojlanish va shakllanishning qaysi bir davridan qat'iy nazar sut tishlarida kechadigan pulpa yallig'lanishining barcha turlarida,
- 2) shakllanmagan ildizli doimiy tishlarda kechadigan pulpa yallig'lanishining hamma turlarida.

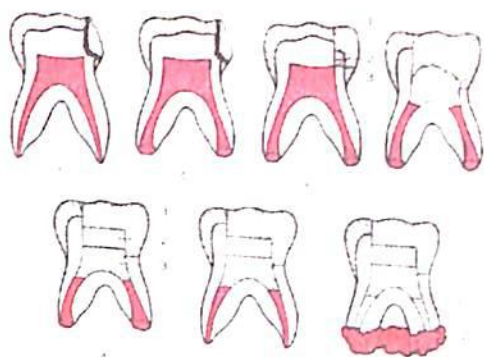
Quyidagi holatlarda ko'rsatilgan usuldan foydalanilmaydi.

- 1) umumiy (diffuz) o'tkir pulpitda tish atrofi to'qimalari yallig'lanish jarayoniga qo'shilganda;
- 2) qayta o'tkirlashgan surunkali pulpa yallig'lanishida tish atrofi to'qimalarida o'zgarishlar aniqlanganda.

Yuqorida ko'rsatilgan ikki holatda ham tish atrofi yumshoq to'qimlarida qizarish, shish, milk sohasida yiring yo'li (svish) va chegaralangan limfadenit kabi o'zgarishlar borligi kuzatiladi. Ana shunday noxush belgilar borligi aniqlangan paytda pulpa yallig'lanishi jarayonini bartaraf etish uchun shakllangan ildizli sut tishlarida pulpani to'liq olib tashlash (ekstirpatsiya) usulidan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Shakllanmagan ildizli doimiy tishlarda esa chuqur amputatsiya usulini qo'llash zarur hisoblanadi.

Jonsizlantirish yo'li bilan yallig'langan tish pulpasini qisman olib tashlash usuli uch qatnovda amalga oshiriladi. Bola birinchi marta murojaat qilganda ob'ektiv, sub'ektiv belgilar asosida kerakli, to'g'ri tashxis qo'yilgandan keyin kariyes kovagi ovqat qoldiqlaridan va yumshoq dentin to'qimasidan bartaraf etiladi. Kariyes kovagi biror-bir ilitilgan antiseptik eritmasi bilan (kaliy permanganati, furatsilin yoki boshq.) yuvilib, tampon yordamida quritiladi. Umumiy o'tkir pulpitda, qaytalanib og'irlashgan surunkali gangrenozda tishning pulpa bo'shlig'i kichik o'lchamli toza (steril), o'tkir sharsimon yoki teskari konus shakliga ega bo'lgan borlar yordamida, ochiladi. Undan oldin kovak

tubiga og'riqsizlantiruvchi suyuqlikda ho'llangan paxta tampon 5-7 minut davomida qo'yiladi. Surunkali kechadigan gipertrofik pulpitda mahalliy og'riqsizlantirish muolajasidan keyin, kariyes kovagi o'sib chiqqan pulpa to'qimasidan o'tkir ekskavatorlar yordamida ajratiladi. Barcha hollarda ham ochilgan pulpa kovagi nuqtasida qon oqishi yoki qizarib turgan pulpa to'qimasi yaqqol ko'rinadi. Shu nuqtani zond yuritilib paypaslaganda kuchli og'riq seziladi. Kariyes kovagidagi shu aniqlangan sohaga jonsizlantiruvchi modda bo'lib hisoblangan arsenat kislotasi qo'yiladi. Ustidan og'riqsizlantiruvchi suyuqliqqa ho'llangan paxta tampon qo'yilib, suvli dentin pasta surtiladi va kariyes kovagi vaqtinchalik berkitiladi. (10-rasm a, b, v). Shuni esda saqlash lozimki, sut tishlarida kechadigan pulpa yallig'lanishi jarayonini davolash paytpda kovakka qo'yilayotgan jonsizlantiruvchi arsenat kislotasining hajmi (miqdori), doimiy tishlarga shu xil vaziyatda qo'yiladigan miqdor bilan bir xil bo'lishi zarur.



10-rasm. Katta oziq tishlarda devital amputatsiya.

A,b-kariyes kovagi;
v-arsenat kislota qo'yish; 1-
muvaqqat plomba; 2-
og'riqsizlantiruvchi suyuqlikli
tampon; 3-arsenat pastasi;
g-pulpaning toj qismi
amputatsiyadan keyin: 1-muvaqqat
plomba; 2-rezorsin-formalinli
tampon;
d-tugallangan muolaja: 1-doimiy
plomba; 2-suvli dentinli qavat; 3-
rezorsin-formalinli pasta;
e-ijobiy natija;
j-salbiy natija: 1-o'lik pulpa; 2-
suyak yemirilishi.

Ammo yallig'langan sut tishlarida arsenat kislotasining saqlash muddati shakllangan ildizli doimiy tishlarga nisbatan ikki marta qisqa

(bir ildizli sut tishlari uchun 12 soat, ko'p ildizli tishlar uchun 24 soat) bo'lishi shart. Bundan ota-onalarni voqif etmoq lozim.

Surunkali kechadigan gipertrofik pulpitda jonsizlantiruvchi arsenat kislotasining miqdorini ko'rsatilgandan 1,5-2 marta oshirish, lekin vaqt muddatini o'zgartirmaslik mumkin. Bu hol ishimizni bir qadar yengillashtiradi.

Ayrim hollarda, ya'ni surunkali kechadigan fibroz pulpit yoki gangrenoz pulpit yallig'lanishi jarayonlarida, rentgen tasvirida ildizlarda kuchli so'rilish jarayoni kuzatilgan taqdirda jonsizlantiruvchi vosita sifatida arsenat kislotasi qo'llanilmaydi. Pulpani jonsizlantirish maqsadida, bunday hollarda fenol va formalin aralashmasidan (2:1 nisbatdan iborat suyuqlikka ho'llangan paxta tamponni anestezin kristallariga bo'yab, kariyes kovagiga qo'yish bilan cheklanish ma'quldir.

Yuqorida bayon etilgan va amalga oshirilishi kerak bo'lgan tadbirlar aytib o'tganimizdek bemorning birinchi qatnovida bajariladi.

Bemor ikkinchi marta shifokor qabuliga aniq ko'rsatilgan paytda, u bergan maslahatlarga amal qilgan holda kelishi shart. Ikkinchi qatnov vaqtida kasal tish kariyes kovagi yaxshilab charxlanadi, kerakli shakl beriladi, tish pulpa bo'shlig'i yaxshilab ochiladi, tish pulpasining toj qismi kesib (amputatsiya qilinib) olib tashlanadi. Kovakning tub qismiga teng miqdorda (1:1) aralashtirilgan rezorsin va formalin suyuqligiga ho'llangan paxta tampon qo'yilib, 2-3 kun muddatga suvli dentin pasta bilan tish kovagi berkitiladi. (12-rasm, g). Rezorsin va formalindan iborat aralashma ko'rsatilgan muddatda ildiz pulpasining 2-4 mm chuqurligigacha singib kiradi va tushgan mikroblarni o'ldiradi. Ildiz pulpasining o'suvchi qismigina tirik qoladi. Yaxshi rivojlanadigan, yog hujayralarga boy bo'lgan ana shu qism o'z funksiyasini saqlab qoladi. Ildizlar o'sishi davom etadi va to'liq shakl hosil qilib tugallanadi. (12-rasm, d, ye).

Davolash jarayoni uchinchi qatnovda tugatiladi Bunda tish kovagidan vaqtinchalik plomba va tampon olib tashlanadi. Kovak tubiga rezorsin va formalin aralashmasiga rux oksidi poroshogi qorishtirilib, hosil qilingan pasta qatlami, so'ngra ajratuvchi qatlam (suvli dentin va

fosfat sementdan) surtiladi va silidont yoki amalgamdan doimiy plomba qo'yiladi. (12-rasm, j).

Bu usulning afzallik tomonlari shundan iboratki, bunda deyarli og'riq sezilmaydi. Hali shakllanmagan ildizlarning o'suvchi qismi shikastlanmaydi, ular to'liq shakllanadi. Ildiz so'rilishi jarayonlari keyinchalik me'yorida kechadi.

3.14. Yallig'langan tish pulpasini jonsizlantirish yo'li bilan to'liq olib tashlash (devital ekstirpatsiya) usuli

Tish pulpasining yallig'lanishini by usulda davolash quyidagi hollarda tavsiya etiladi:

- 1) shakllangan bir ildizli sut tishlarida;
- 2) shakllangan ildizli doimiy tishlarning barchasida kechadigan pulpa yallig'lanishining hamma turlarida.

Bemor birinchi marta murojaat qilganda tegishli ishlov berilib, ochilgan pulpa kovagi nuqtasiga arsenat kislota qo'yiladi. Shakllangan bir ildizli sut tishlarining pulpa bo'shlig'i bemorning ikkinchi murojaati paytida (arsenat kislotasi qo'yilgandan keyin ertasiga) kengroq qilib, borlar yordamida ochiladi. Tish toj bo'shlig'ida joylashgan pulpa to'qimasi sharsimon o'tkir bor bilan ajratib olinadi. Ildiz pulpasi 2-3 ta pulpaekstraktor yordamida tozalab olinadi. Ildizning cho'qqi (apikal) qismidagi teshik kengroq bo'lsa, ezilgan tomirdan shiddatliroq qon oqishi mumkin. Bunday holda davolashni ma'lum muddatga kechiktirib, ildiz kanalida qon oqishini to'xtatish maqsadida Platonov tavsiya etgan suyuqlikda yoki bo'lmasa kamforafenol va formalin eritmalari aralashmasida (2:1) ho'llangan turunda 1-2 kunga qoldiriladi. Keyingi qatnovda vaqtinchalik plomba va turunda olib tashlanadi va ildiz kanali quruk turunda bilan ivigan qon qoldiqlaridan tozalanadi. Quritilgan ildiz kanali timol saqlovchi evgenol yoki boshqa bir yorda qorishtirilgan pasta bilan to'ldiriladi va ajratuvchi qatlam qo'yilib, tish kovagi doimiy plomba bilan berkitiladi.

Sut tishlarining ildizlari yonida doimiy tish kurtagi joylashganligi sababli ular og'iz dahliz sohasi tomon egilgan bo'ladi. Bunday paytlarda ildiz pulpasini to'liq olib tashlash murakkablashadi va natijada ildizning

cho'qqi sohasida bir oz miqdorda pulpa olinmay qoladi. Ana shunday holat yuz berganda qolgan pulpani olib tashlash maqsadga muvofiq hisoblanmaydi va ildizning ochiq qismi rezorsin-formalinli pasta yordamida to'ldiriladi. Bunday plombaning ta'sirida pulpaning qolgan qismi mumiyolashadi, uning chirishi va qayta yallig'lanishi kuzatilmaydi.

Bolalarda bir ildizli doimiy tishlarning ildiz kanalini fosfat-tsement yordamida plombalash maqsadga muvofiq emas. Chunki bolalarning davolash paytidagi injiqligi, sabrsizligi kanalni to'liq, sifatli to'ldirishga halaqit beradi.

Ko'p ildizli doimiy tishlarning ildizlaridan yallig'langan pulpa to'liq olib tashlangandan so'ng, albatta ma'lum bir muddat vaqt ichida (2-3 kun mobaynida) ildiz mikrokanalchalari rezorsin-formalin suyuqligi shimdirilgan paxta tampon yordamida impregnatsiya qilinishi kerak. Shundan keyingina rezorsin-formalin pasta yordamida ildiz kanallari to'ldiriladi va doimiy plomba bilan berkitiladi.

3.15. Tish pulpasini yallig'lanishini davolash jarayonida vujudga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar, sabablar va ularni bartaraf etish yo'llari

1. Davolashning biologik usulini qo'llaganda ob'ektiv va sub'ektiv sabablarni to'la va aniq hisobga olmaslik natijasida yallig'lanishga qarshi dori-darmonlar noto'g'ri tanlanganda, ovqat chaynayotgan mahalda yoki kechqurun tishda og'riq paydo bo'lishi mumkin. Bunda shakllanmagan ildizli tishlarni qayta og'riqsizlantirib, amputatsiya usulini, katta oziq sut tishlarida jonsizlantirish yo'li bilan amputatsiya usulini, shakllangan ildizli tishlarda to'liq ekstirpatsiya usulini qo'llash maqsadga muvofiqdir.

2. Davolashning og'riqsizlantirish (amputatsiya yoki ekstirpatsiya) usullari qo'llanilganda tishda kuchli og'riq paydo bo'lishi mumkin. Bunga og'riqsizlantirish texnikasining buzilishi yoki tanlangan og'riqsizlantiruvchi vositaning kuchsizligi sabab bo'ladi. Bunday hollarda qo'shimcha ravishda to'g'ridan-to'g'ri pulpa to'qimasiga BI-8 uskunasi yordamida bosim ostida anestetik purkash yaxshi natija beradi.

3. a) Davolashning jonsizlantirish (devitalizatsiya) usuli qo'llanilganda tishda og'riq paydo bo'ladi. Bunga arsenat kislotasi ustidan og'riqsizlantiruvchi vositaga ho'llangan tampon qo'yilmasligi yoki arsenat kislotasi ustiga qo'yilgan vaqtinchalik plombaning pulpa to'qimasiga kuchli bosim ko'rsatishi sabab bo'ladi. Bunda og'riq kuchayadi va bolaning ota-onasi uni yana shifokor xuzuriga qayta olib kelishga majbur bo'ladi. Bu holda vaqtinchalik plomba olib tashlanadi, yangitdan arsenat kislotasi qo'yilib, ustidan og'riqsizlantiruvchi vosita shimdirilgan g'ovak paxta tampon qo'yiladi, ohistalik bilan suvli dentin pastadan tayyorlangan vaqtincha plomba bilan kovak berkitiladi.

b) Agar jonsizlantiruvchi vosita qo'yilgandan keyin 1-3 kun o'tib tishda ovqat chaynash paytida og'riq sezilsa, bunga arsenat kislotasining ortiqcha miqdorda qo'yilganligi yoki bo'lmasa ko'rsatilgan muddatdan uzoqroq vaqt mobaynida tish kovagida ushlanib turilganligi sabab bo'ladi. Bu noxush vaziyatni bartaraf etish uchun shakllangan ildizli tishlarda ekstirpatsiya, shakllanmagan tishlarda chuqur amputatsiya usullaridan foydalanib, tish pulpasi to'liq yoki qisman olib tashlanadi. Ildiz kanalining kirish qismiga unitol yoki qalampirmunchiq moyiga shimdirilgan paxta tampon qo'yilib, tish kovagi vaqtinchalik plomba yordamida 4-6 kuncha berkitiladi. Shu vaqt mobaynida tishdagi og'riq pasayib to'xtaydi va davo tadbiri oxiriga yetkaziladi.

Ba'zan arsenat kislotasi ta'sirida to'liq jonsizlantirilmagan pulpa amputatsiyasidan keyin mumiyolashtirish uchun qo'yilgan rezorsin-formalin suyuqligi ta'sirida ham kuchli og'riq paydo bo'lishi mumkin. Uni bartaraf etish uchun vaqtinchalik plomba olinib, kanalning kirish qismiga ko'yilgan fenol yoki boshqa bir kimyoviy eritmaga ho'llangan tampon vositasida ildiz pulpasi kuydiriladi (koagulyatsiya). So'ngra kuydiruvchi vosita olib tashlanib, o'rniga yana rezorsin-formalinli tampon qo'yilib, kovak 2-3 kunga berkitiladi. Yallig'langan tish pulpasini butunlay olib tashlash (ekstirpatsiya) usuli qo'llanilayotgan paytda tish kanalidan qon tomirlar uzilishi natijasida kuchli qon oqishi mumkin. Bunday hollarda kanalga 2-3 pulpaekstraktor birga kiritilib, ildiz pulpasi to'liq, olib tashlanadi va kanalda adrenalini suyuqligi shimdirilgan paxta turunda 1-2 kuncha qoldirilib, kovak vaqtinchalik

plomba bilan berkitiladi. Ana shu muddat o'tgandan keyin qon oqishi to'xtaydi va davolash oxiriga yetkaziladi.

3.16. Pulpa yallig'lanishi davolangandan keyin sodir bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlar

Yallig'langan tish pulpasiga og'riqsizlantirish yo'li bilan davo qilinganda uning tish kanalida qolgan qismining mikroblar ta'sirida parchalanishi yoki davolash usuli noto'g'ri tanlanishi natijasida, doimiy plomba qo'yilgandan keyin surunkali, kuchsiz, ovqat chaynash paytida kuchayuvchi og'riqlar paydo bo'lishi mumkin. Kasallangan og'riq tish sohasi ko'zdan kechirilganda, tish atrofi yumshoq to'qimalarida qizarish, yengil shish ko'rish mumkin. Jag' osti sohasi paypaslanganda limfa tugunlarida o'zgarish seziladi.

Bunday hollarda doimiy plomba olib tashlanib, tish ildizi qoldiq pulpa to'qimasidan holi qilinadi, tozalanadi va ma'lum bir muddatga ochiq qoldiriladi. Kasalga ichish uchun mikroblarga va yallig'lanish jarayoniga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi dori-darmonlar tavsiya etiladi.

Yallig'lanishga qarshi pulpani jonsizlantirish usuli, ayniqsa amputatsiya usuli qo'llangan ba'zi bir holatlarda plombalangan tishda issiq, sovuqdan ba'zan ovqat chaynash paytida og'riq seziladi. Tish atrofi yumshoq to'qimasida oqma yo'l paydo bo'lishi mumkin. Yuqorida qayd qilingan belgilar tish ildizidagi qoldiq pulpaning surunkali yallig'lanishidan va parchalanishidan dalolat beradi. Bunday hollarda tish davolangandan ma'lum muddat o'tgandan keyin sut tishlari ildiz sathida rentgen tasvirida yallig'lanuvchi kista, ildizlarning patologik yemirilishi, atrof suyak to'qimasida so'rilish manzaralari aniqlanadi.

Yuqoridagi vaziyatlar vujudga kelgudek bo'lsa:

- 1) og'riqlarda boshqatdan ekstirpatsiya usulini qo'llash;
- 2) ildiz va suyak to'qimalari destruksiyasida - sut tishini oldirib tashlash;
- 3) kista hosil bo'lganda - sut tishini olib tashlab, sistotomiya qilish maqsadga muvofiqdir.

O'zlashtirish darajasini aniqlash uchun savollar

1. Og'riqsizlantirish yo'li bilan davolashning jonsizlantirish yo'li bilan davolashdan asosiy farqi nimada?

2. Biologik va jonsizlantirib amputatsiya qilish usullarini qo'llashda qanday ko'rsatmalarga amal kilinadi?

3. Qanday hollarda ildiz pulpasining cho'qqi (apikal) qismini saqlab qolishni ta'minlaydigan davo usuli qo'llaniladi va bu usul qanday bajariladi?

4. Shakllangan ildizli sut tishlarini davolashda qaysi bir usuldan foydalaniladi?

5. Davolashda plomba vositalar qanday tanlanadi?

6. Sut tishlari (katta oziq tishlari) ko'proq qaysi bir usulda davolanadi?

7. Doimiy molyar (katta oziq) tishlarda qaysi yoshda amputatsiya usuli qo'llaniladi? Nima uchun?

8. Doimiy bir ildizli tishlarni davolashda qaysi yoshdan boshlab ekstirpatsiya usulini qo'llash mumkin?

9. Bolalarda pulpa yallig'lanishini davolashda qaysi bir usul, asosan ko'proq qo'llaniladi? Nima uchun?

4 Bob. PERIODONT YALLIG'LANISHI

4.1. Bolalarda periodontitlarni o'ziga xos klinik kechishi.

Bolalarda odatda surunkali periodontit o'tkir periodontitdan so'ng yoki birlamchi surunkali periodontit sifatida pulpa yallig'lanishi va nekrozi oqibatida, shu bilan birgalikda ayrim hollarda uzoq davom etgan, periodont to'qimasiga ta'sir ko'rsatuvchi mexanik mikrotravmalar (baland qilib qo'yilgan plomba, tishlar orasida qalam, ruchka va boshqa predmetlarni tutib turish odati, noto'g'ri qo'yilgan ortodontiya moslamalari va x. k.) natijasida yuzaga keladi. O'tkir mexanik kuchli travma oqibatida pulpa to'qimasining o'lishi ham vaqt o'tishi bilan surunkali periodont yallig'lanishini yuzaga keltiradi.

Infeksiyali surunkali periodontitlar ko'pchilik hollarda birlamchi surunkali periodont yallig'lanish sifatida kechadi. Surunkali periodontitlarda sut tishlari ildiz kanallari mikrobiologik tekshirilganda (4-8 yashar bolalarda) 70% *Streptococcus Salivarius*, 23% *Stafilacoccus Albus* topilgan.

Bolalar yoshida periodont, pulpa va tish qattiq to'qimalarining o'ziga xos anatomik, gistologik va fiziologik xususiyatlaridan kelib chiqib, surunkali periodontitlar bir qator o'ziga xos klinik xususiyatlar bilan kechadi:

1) Sut va shakllanmagan doimiy tishlarda surunkali periodontitlar unchalik chuqur bo'lmagan kariyes kovagi mavjud tishlarda pulpa bo'shlig'ining yopiq bo'lishi bilan kechadi;

2) Sut tishlarida asosan periodontitning granulyatsiyanuvchi turi ko'proq yuzaga keladi va ildizlarning patologik so'rilishi kuzatiladi;

3) Yosh bolalarda kechadigan granulyatsiyanuvchi surunkali periodontit mavjud tishlar atrofidagi milk to'qimasida, katta yoshdagi o'smir bolalarga nisbatan deyarli barcha hollarda oqma yo'l borligi kuzatiladi;

4) Ko'pchilik hollarda surunkali periodontit tish ildizlari bifurkatsiyasi sohasida suyak to'qimasining yemirilishiga olib keladi;

5) Surunkali periodontitlarda pulpa nekrozi va o'suvchi soha to'qimasining o'sishi shakllanmagan ildizlarning o'sishini to'xtashiga

sabab bo'ladi;

6) Sut tishi ildizi atrofida paydo bo'lgan granulyatsiyalanuvchi to'qima doimiy tish follikulasiga tarqalib uning me'yordagi rivojini buzadi;

7) Ko'p ildizli tishlar ildizi atrofida har xil yallig'lanish jarayonlari sodir bo'lishi mumkin (granulyatsiyalanuvchi, fibroz, granulematoz);

8) Katta yoshdagi kishilarnikidan farqli o'laroq surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit bolalarda, aksariyat hollarda surunkali limfadenit va periost yallig'lanishi bilan kechadi.

Surunkali kechadigan sut tishlari periodontiti yallig'lanish jarayonining va jadallik darajasiga qarab, uzoq muddat kechishi vaqtiga qarab har xil asoratlarga sabab bo'lishi mumkin.

1. Sut tishlari periodont to'qimasidagi surunkali yallig'lanish jarayoni doimiy tishlar kurtagida ohaklanish jarayoni yuz bermasdan oldin shu kurtaklarni qamrab olib yallig'lanish jarayoniga tortgan bo'lsa, mazkur doimiy tish kurtaklarining o'lishi yuz beradi. Rentgen tasvirda tish kurtaklarini o'rab, ajratib turuvchi kortikal suyak plastinkasi erib ketganligi va tish kurtagini mavjudmasligi aks etgan bo'ladi.

2. Bir qadar ohaklashgan doimiy tish follikulalarida uning atrofidagi surunkali perikoronar yallig'lanish tish kurtaklaridagi modda almashinuv va mineral almashinuv jarayonlarini buzishi oqibatida mahalliy gipoplaziyaning har xil ko'rinishlari yuz beradi. Shu bilan bir qatorda odontoblast hujayralar funksiyasi buzilsa bunda tishlar shakli va rangi buzilishi kuzatiladi. (Turner tishlari).

3. Doimiy tish kurtaklarining sut tishlarining surunkali periodontiti tufayli nekrozga uchrashi oqibatida shakllanishi to'xtaydi va u sekvestrlarga ajralib parchalana boshlaydi. Sut tishlari olib tashlansa, alveola bo'shlig'ining yiring bilan to'lganligi va doimiy tish sekvestrlari mavjudligi aniqlanadi. Bunday tish oldirib tashlashdan boshqaga yaramaydi.

4. Sut tishlari periodontining surunkali granulyatsiyalanib yallig'lanishi doimiy tish kurtagini ajratib turuvchi kortikal suyak plastinkasini erta yemirilishiga va doimiy tishning muddatidan oldin chiqishiga sabab bo'ladi. Bunday hol o'z navbatida juft – juft bo'lib

chiqish tartibini buzadi va tishlar qatori prikusining deformatsiyasiga olib keladi. Bunday bar vaqt chiqqan tishlar tezda kariyes jarayoniga uchraydi.

5. Sut tishlari periodontitidagi surunkali granulyatsiyalanuvchi yallig'lanish jarayoni va muntazam ravishda yig'ilib turadigan yiringli ekssudat doimiy tish kurtagini o'rtidan siljitishi, uning holatini o'zgartirishi, o'z o'qi atrofida aylantirishi mumkin. Bu esa keyinchalik shu tishning vaqtida chiqmasligiga, til yoki lunj tomondan yorib chiqishiga sabab bo'ladi.

6. Sut tishlari ildizi atrofidagi surunkali yallig'lanish jarayoni shu sohadagi doimiy tish kurtagini retensiyaga uchrashini, chiqmay qolishini ham ta'minlashi mumkin.

7. Sut tishi ildizidan doimiy tish kurtagiga tarqalgan surunkali yallig'lanish doimiy tish kurtagini qamrab olgan ildiz kistasining hosil bo'lishiga olib keladi.

4.2. Periodontitlar tasnifi.

Bolalarda periodont yallig'lanishi katta yoshdagi kishilardagidek quyidagicha tasnif qilinadi:

I. Keltirib chiqaruvchi sabablarga ko'ra:

- 1) shikastlanish jarayonida (mexanik shikast ta'sirida);
- 2) kimyoviy ta'sir natijasida;
- 3) infeksiya (mikroblar) chaqiruvchi.

II. Yallig'lanish jarayonining o'rniga nisbatan:

- 1) cho'qqi periodontiti;
- 2) qirg'oq periodontiti;

III. Klinik belgilarining rivojlanishiga nisbatan:

- 1) o'tkir periodont yallig'lanishi:
 - a) o'tkir -cho'qqi periodontiti (periodontitis apicalis);
 - b) o'tkir qirg'oq periodontiti (periodontitis marginalis);
- 2) surunkali periodont yallig'lanishi:
 - a) surunkali fibroz periodontiti (per. chronics fibrosa);
 - b) surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit (periodontitis chronica granulans);

v) surunkali granulematoz periodontit (periodontitis chronica granulomatosa).

g) o'tkirlashgan (qaytalangan) surunkali periodontit

4.3. O'tkir cho'qqi (apikal) periodontit

Periodont to'qimasining bu xil o'tkir yallig'lanishi bolalarda umumiy o'tkir pulpit jarayoni natijasida yuz berishi mumkin. Bu hol, ayniqsa yosh bolalarda organizmning ba'zi bir sabablarga ko'ra kuchsizlanishi, qaysiki kasal tish ildizlari to'liq shakllanmaganligi oqibatida kuzatiladi. Kattaroq yoshdagi bolalarda esa immunologik himoya qobiliyati susayishi va pulpa to'qimasining antigenga (mikroblarga va ularning toksinlariga) nisbatan sezgirligining keskin oshishi asosida sodir bo'lishi mumkin. Ko'rsatilgan hollarda tish yumshoq to'qimasi tezda nekrozga uchraydi va yallig'lanish jarayoni periodont to'qimasiga yoyiladi. Shakllanmagan keng ildiz kanali orqali mikroblar va ularning toksini periodont to'qimasida o'tkir cho'qqi periodontitni vujudga keltiradi. Kasallikning birinchi alomati og'riq hisoblanadi. Og'riq sababsiz boshlanib, to'xtovsiz tarzda kuchaya boradi, tish atrofi to'qimalari qizarib shishadi, paypaslaganda kuchli og'riq seziladi. Bolaning tana harorati ko'tarilib, $38-39^{\circ}\text{C}$ ni tashkil etadi. Umumiy zaharlanish alomatlari paydo bo'ladi. Bola holsizlanadi, sovuq ter bosadi, rangi oqaradi, ovqatdan bosh tortadi.

Kasallangan tishni ko'rikdan o'tkazilayotganda uncha katta bo'lmagan kariyes kovagini ko'rish mumkin. Tishga zond yoki qisqich tekqizilganda kuchli og'riq paydo bo'ladi va tish likillab qimirlab qolishi mumkin.

Ana shunday holat qayd qilingan paytlarda bemorga kechiktirib bo'lmaydigan zarur mutaxassis yordami ko'rsatilmasa, kasallangan tish joylashgan jag' sohasida suyak usti pardasining yallig'lanishi (periostit) va ba'zi bir hollarda jag' suyagining o'tkir yiringli yallig'lanish jarayonlari (osteomiyelit) kelib chiqishi extimoldan holi emasdir. Yuqorida ko'rsatilgan jarayonniig zo'rayishi mutaxassisdan og'rikan tishni olib tashlashni taqozo qiladi va bu yallig'lanish jarayoni havfli oqibatlarining oldini olishi mumkin.

O'tkir cho'qqi periodontitda birinchi murojaat paytida kasallangan tish pulpa kovagi kengaytirilib ochiladi. Ildiz bo'shlig'i chiriq boshlagan nerv-tomir tutamidan pulpaekstraktor yordamida baratarf etiladi va ohistalik bilan antiseptik moddalar shimdirilgan paxta turundalar yordamida yuvilib, tish kovagi ochiq holda qoldiriladi. Yallig'lanish jarayoni kuchli klinik belgilar, ayniqsa zaharlanish alomatlari bilan kechgan taqdirda bemorga ichish uchun mikroblarga qarshi ta'sir kuchiga ega bo'lgan (antibiotik) dori-darmonlar buyuriladi. Shu bilan bir qatorda organizm sezgirlikni kuchsizlantiruvchi dori-darmonlarning ham tavsiya qilinishi jarayonning tezda pasayishiga va bemor ahvolidan birmuncha tezroq yaxshilanishiga olib keladi. Agar ko'rsatilgan yordam yallig'lanish jarayonining pasayishiga olib kelmasa, og'riq tish atrofidagi yumshoq to'qimalardagi o'zgarish kuchaysa, shish kattalashsa, bunday holda tish-lunj yoki tish-lab burmalari jarrohlik yo'li bilan kesilib, yiringli ekssudatga yo'l ochiladi. Ana shunday og'ir ahvolga tushib qolgan maktab yoshigacha bo'lgan bolalarga kasalxonalarga yotib, davolanish tavsiya etiladi.

Bemorning ahvoli bir muncha yaxshilanib, og'riq pasaygandan keyin tish ildizi kanallari qayta yuviladi. Ildiz kanallari yallig'lanish jarayoni qaytgandan keyingina plombalanadi. Boshqa sabablar natijasida yuz beradigan o'tkir cho'qqi periodontiti birmuncha yengil kechadi. Kimyoviy jarohatlar asosida vujudga keladigan o'tkir cho'qqi periodont yallig'lanishi ko'pincha arsenat kislotasi ta'sirida kelib chiqadi. Bunga tish pulpasini o'ldirish maqsadida mo'ljalidan ko'proq hajmda arsenat kislotasini ishlatish, uni o'z vaqtida olib tashlamaslik yoki shu muolajadan keyin davolanishni davom ettirmaslik hollari sabab bo'ladi. Bunday hollarda bolalar chaynov paytida og'riq paydo bo'lishiga shikoyat qilishadi. Tish atrofi to'qimalarida esa deyarli o'zgarishlar sezilmaydi. Tishni tukillatib ko'rganda (perkussiya) juda kuchsiz og'riq alomatini sezish mumkin. Bunday hollarda og'riq tish pulpa bo'shlig'i kengaytirilib ochiladi. Toj va ildiz kovagidan tish yumshoq to'qimasi (pulpa) olib tashlanadi (ildizi shakllanmagan tishlar bundan istisno). Ildiz kanali 3% li vodorod peroksidi, unitol shimdirilgan paxta turundalar bilan yaxshilab yuvilib, ildiz kanaliga 4-5 kunga 5% li yod

nastoykasi va qalampirmunchiq moyining 1:1 nisbatdagi aralashmasi shimdirilgan turunda qo'yiladi. Tish kovagi suvli dentin yordamida vaqtinchalik berkitiladi. Bir ildizli doimiy tishlar bo'yalmasligi uchun bu maqsadda kamforafenol yoki Platonov suyuqligini ishlatish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Tish ildizlari tukillatib ko'rish paytida og'riq sezilmaydigan bo'lganidan keyingina plombalanadi.

Bolalarda xuddi katta yoshdagi kishilardagidek ildiz kanali plombalanayotganda ortiqcha plombaning ildiz cho'qqisidan tashqariga chiqish hollari ham davolanayotgan tishda og'riq paydo bo'lishiga, milk qizarib shishishiga sabab bo'lishi mumkin. Bunday hollarda tish atrofi to'qimasiga fizioterapevtik (flyuktuorizatsiya, darsonvalizatsiya) muolaja, ichish uchun esa analgin yoki boshqa bir og'riq koldiruvchi tabletkalar tayinlanadi.

Ko'pgina hollarda bolalarning yiqilib tushishi, urilishi natijasida tishlarga kuchli zarba yetkazish mumkin. Bu esa tish periodonti yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Bunday sharoitda dastlab shu tish pulpa to'qimasining tirik yoki o'lik ekanligini aniqlash lozim. Buni amalga oshirish uchun EOD (elektroodontodiagnostika) usulidan foydalanib, kasallangan tishga nisbatan simmetrik joylashgan sog'lom tish pulpasining ta'sir etayotgan elektr tokiga nisbatan sezgirligi aniqlanadi. Bunda pulpaning elektr tokiga nisbatan bolaning yoshiga qarab o'zgarishini nazarda tutmoq darkor sog'lom tishda elektr tokiga nisbatan sezgirlik me'yori aniqlangandan so'ng, kasal tish sezgirligi sinab ko'riladi. Kasal tishda sezgirlik doimiy tokka nisbatan 150 mikroamperdan past bo'lgan taqdirda ham tish toj bo'shlig'ini ochish (trepanatsiya) uchun shoshilmaslik kerak. Shikastlangan tish liqillab qolgan bo'lsa, uni tez qotadigan plastmassa shinalar yordamida yonidagi sog'lom tishlarga mahkamlash zarur. Bemorga yallig'lanishga qarshi dori-darmonlar tavsiya qilinadi. Shifokor 2-3 hafta mobaynida bemor ahvolidan xabardor bo'lib, tishning sezgirligini EOD usuli bilan kuzatib boradi. Agarda tish pulpasining elektr tokiga nisbatan sezgirligi sog'lom tish sezgirligi ko'rsatgichiga yaqinlasha borsa, Bu hol pulpaning tirikligidan darak beradi. Mabodo shikast yegan tish sezgirligining pasayib borish holati qayd kilinsa, u holda tish tojsi trepanatsiya qilib

ochilib, ildiz kanali ulgan pulpadan bartaraf etiladi. Antiseptik eritmalar bilan yuvilib, quritilgan ildiz kanali plomba materiali bilan to'ldiriladi va tish kovagi doimiy plomba bilan berkitiladi.

4.4. Surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit

Bu xil turdagi periodont yallig'lanishi bolalarda juda ko'p uchraydi. Surunkali yallig'lanish jarayoni periodont to'qimasi atrofini o'rab turgan mineral tuzlarga to'yinmagan suyak ustunchalarining tezda buzilishiga va ular o'rning granulyatsiyalanuvchi to'qima bilan almashinuviga sabab bo'ladi. Bu tur yallig'lanish jarayoni uchun to'qimada hujayralarning o'lishi (alteratsiya) va hosil bo'lishi (proliferatsiya) dan tashqari, tomirlardagi qon suyuk qismining sizib chiqishi (ekssudatsiya) ham xosdir. Shu sababli ekssudat o'ziga yo'l ochib, tish milki atrofiga yorib chiqadi va svish hosil qiladi. Surunkali yallig'lanish jarayoni ko'p ildizli sut tishlari atrofidagi suyak to'qimalarida tez yoyilib, tish ildizlari joylashgan alveolalar (chuqurchalar) orasidagi suyak to'sinchalarini va doimiy tish kurtaklarini o'rab turuvchi kompakt suyak plastinkalarini yemiradi. Bu hol 2-3 yashar bolalarda doimiy tish kurtaklarining to'liq yemirilishi bilan tugallanishi mumkin. Ana shunday bolalarda keyinchalik doimiy tishlar shu nuqtalarda o'sib chiqmaydi va bu hol birlamchi adentiya (tishsizlik) deb izoxlanadi. Ba'zi bir hollarda esa yallig'lanish jarayoni ta'sirida doimiy tish kurtaklarining emal va dentin qavati gistogenezi buzilishi oqibatida o'sib chiqqan tish toj qismida har xil dog'lar, struktura buzilishi (Turner tishlari) holatlari qayd etiladi. Ayrim hollarda doimiy tish kurtagi o'rnidan siljishi keyinchalik tishlar joylanishi anomaliyasiga olib keladi. Surunkali yallig'lanish jarohatlangan sut tishlari ildizlarining muddatidan oldin (patologik) yemirilishiga sabab bo'ladi. Bunda ildiz so'rilishi (rezorbsiya) ildizning cho'qqi qismidan boshlanmasligi mumkin. Ko'p ildizli tishlarda bu xil so'rilish bifurkatsiya sohasida kuzatilsa, tish toj bo'shlig'ining tag devori yemirilib, pulpa bo'shlig'i bilan periodont to'qimasi o'zaro aloqador bo'lib qoladi (perforatsiya) va granulyatsiyalanuvchi to'qima pulpa bo'shlig'iga o'sib kiradi. Bu hol davolovchi shifokorlarga soxta

gipertrofik pulpit belgilarini namoyon qilishi mumkin. Ana shunday vaziyatlarda kasal tish rentgen suratini sinchiklab o'rganish yaxshi natijalar beradi va tashxis to'g'ri qo'yiladi.

4.5. Surunkali granulematoz periodontit

Periodont yallig'lanishining bu xil surunkali kechadigan turi sut tishlarida juda kam uchraydi. Pulpaning yallig'lanish jarayonida o'lishi, doimiy shakllanmagan tishlarda noto'g'ri yoki samarasiz davolanish oqibatida qayd etiladi. Kasallikning klinik belgilari yaqqol namoyon bo'lmaydi. Yallig'lanishning qayta o'tkirlashuvi va yiring yo'llarining (svish) ochilishi ham juda kam hollarda kuzatiladi. Ba'zi bir hollarda og'iz dahlizining o'tuvchi burmalari paypaslanganda tish ildizi sohasida kam og'riqli suyak to'qimasining 2-3 sathda bo'rtib chiqish hollarini ko'rish mumkin. Rentgen suratida kasallangan tish ildiz cho'qqisi atrofida suyak to'qimasining tekis dumalok shaklda so'rilishidan hosil bo'lgan qoramtir, dumaloq sohani ko'z bilan ilg'aymiz. Ko'pgina hollarda bu xil yallig'lanish jarayoni borligiga qaramasdan, tish ildizi shakllanishda davom etadi va to'liq shakllangan bo'ladi.

4.6. Surunkali fibroz periodontit

Surunkali periodont yallig'lanishining bu turi sut tishlarda uchramaydi. Ildizi shakllanmagan doimiy tishlarda juda ham hollarda qayd etiladi. Surunkali fibroz periodont yallig'lanishida klinik belgilar yaqqol namoyon bo'lmaydi. Bolalar kasallangan tishdan shikoyat qilmaydilar. Ularning mavjudligi bolalarni yalpi stomatologik ko'rikdan o'tkazish paytida aniqlanadi. Bu xil periodont yallig'lanishining kamdan-kam hollarda qayta o'tkirlashuviga organizmga kuchli sovuq ta'siri yoki biror-bir umumiy og'ir kechadigan kasallik ta'sirida kuchsizlanish sabab bo'lishi mumkin. Lekin shu xil oqibatlar ta'sirida yallig'lanish surunkali granulyatsiyalanuvchi jarayonga turtki bo'lishi yoki bo'lmasa granulema hamda kistani paydo qilishi mumkin.

4.7. O'tkirlashgan surunkali periodont yallig'lanishi

Klinik belgilari bilan infeksiya (mikrob) ta'sirida vujudga keladigan o'tkir cho'qqi periodontitga juda o'xshashdir. Oylar, ba'zan

yillar mobaynida bezovta qilmagan surunkali periodont yallig'lanishi to'satdan yuqorida ko'rsatilgan sabablar natijasida, bola organizmi immunologik himoya kuchlarining pasayishi oqibatida qaytalanib o'tkirlashadi. Bolalar stomatologiyasi amaliyotida bu xil periodont hastaligining o'tkirlashuvi tez-tez sodir bo'lib turadigan holdir. Ko'p uchrashi jihatidan birlamchi o'tkir cho'qqi periodontitga nisbatan oldingi o'rinlarni egallaydi. Bu ikki bir xil klinik ko'rinishdagi tish kasalligini bir biridan farqlashda kasallik tarixi, ob'ektiv ma'lumotlar va ayniqsa, rentgen suratining tahlili muhim manbaa hisoblanadi.

Jarohatlangan tishda ilgari ham bir necha bor shikoyat alomatlarining bo'lganligi, tish kovagining ochiqligi va ob'ektiv ma'lumotlar tish rangining o'zgarganligini ma'lum qiladi. Rentgen tasvirida esa periodont to'qimasi atrof suyagining yemirilishi yuqorida yozilgan uch xil surunkali yallig'lanish jarayonining qaysi birigadir xos bo'lgan o'zgarishlarning borligini tasdiqlaydi.

Kechiktirib bo'lmaydigan birinchi mutaxassis yordami o'z tartibi bilan aynan o'tkir cho'qqi periodontiti jarayonidagidek ko'rsatiladi. Tish kariyes kovagi charxlanib, pulpa bo'shlig'i kengaytirilib ochiladi. Ildiz kanallari chirigan ovqat va pulpa chirindilaridan holi qilinadi. Kanallar biror-bir antiseptik (2% li xlor, furatsilin, dioksidin, metrogil va boshqa) eritmalar bilan ohista yuvilib, tish ochiq qoldiriladi. Agar qaytalanish jarayoni bir necha marta takrorlansa, kasallangan tishni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash maqsadga muvofiq hisoblanadi. Bunday hollarda tishni saqlab qolishga urinish og'ir kechadigan asoratlar: periostit yoki jag' suyagining yiringli yallig'lanishiga (osteomiyelit) olib kelishi mumkin.

O'zlashtirish darajasini aniqlash uchun savollar

1. O'tkir cho'qqi periodontitga olib keladigan sabablarni sanab bering.
2. Periodont yallig'lanishida kechiktirib bo'lmaydigan birinchi yordam qanday hollarda amalga oshirilmog'i lozim?
3. Birinchi yordam qanday amalga oshiriladi?

4. Sut tishlarida kechadigan surunkali periodont yallig'lanishi doimiy tishlar rivojlanishiga qanday ta'sir ko'rsatishi mumkin?

5. O'tkir cho'qqi periodontitda yoki qaytalanib o'tkirlashgan surunkali periodont yallig'lanishida bolalarda kuzatiladigan umumiy klinik belgilarni sanab bering. Bunga nimalar sabab bo'ladi?

6. Surunkali kechadigan periodont yallig'lanishi bolalarning umumiy ahvoliga qanday ta'sir ko'rsatadi?

7. Periodont yallig'lanishi jarayoni vaqtida davolanmasa qanday asoratlarga olib keladi?

4.8. Bolalarda kechadigan periodontitlarni davolash.

Sut tishlarida kechadigan surunkali periodont yallig'lanishi atrof suyak to'qimasi va ildizlarning bir qadar kuchli so'rilishiga olib keladi. Buning natijasida har qanday to'g'ri olib borilgan davo tadbirlari ham suyak to'qimalarining tiklanishiga yordam bermaydi. Shuning uchun ko'p vaqt davomida kechayotgan surunkali periodont yallig'lanishida davo tadbirlari chegaralanishi va tishni oldirib tashlash ko'p hollarda maqsadga muvofiq hisoblanadi. Ana shunday hollarda yallig'lanish jarayonini tuxtatish uchun qilingan davo va ildiz kanalini yaxshilab tozalab plombalash ham jarayonning to'xtashiga garov bo'la olmaydi.

Yuqoridagilarni hisobga olib, quyidagi hollarda sut tishlarini davolash maqsadga muvofiq hisoblanmaydi:

- 1) tishlar almashinuviga 1,5-2 yil qolgan bo'lsa;
- 2) bola organizmida surunkali kechadigan infeksiyon-allergik, organizm sezgirligini oshiruvchi kasalliklar aniqlansa;
- 3) kasallik tarixida oldin ham bir-ikki marotaba qayta o'tkirlashuv hollari qayd qilingan bo'lsa;
- 4) ildizlarning patologik so'rilishi natijasida, ularning 1/4 yoki 1/3 qismi yemirilgan bo'lsa;
- 5) so'rilish jarayoni ildizlarning qo'shilgan qismini (bifurkatsiya) jarohatlagan yoki so'rilish natijasida toj tub devori yemirilgan (perforatsiya) bo'lsa;

6) yallig'lanish doimiy tish kurtaklarini o'rab turuvchi kompakt suyak qatlamini jarohatlagan taqdirda;

7) sut tishlari ildizida hosil bo'lgan kista yallig'langanda;

8) davolash jarayonida yallig'lanish qayta o'tkirlashishi oqibatida suyak usti pardaga o'tganda, yiringli limfa tuguni yallig'langanda va boshqa hollar paydo bo'lgan taqdirda.

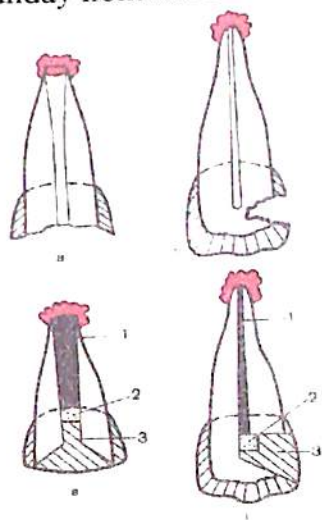
Ildizi shakllanmagan doimiy tishlarda periodont yallig'langanda davolash chora-tadbirlari birmuncha boshqacharoq bo'ladi. Yallig'lanish jarayonining har qanday turida ham shifokor oldidagi vazifa iloji boricha kasal tishni saqlab koluvchi tadbirlarni qo'llashga qaratilgan bulmogi shartdir. Faqatgina quyidagi hollardagina kasal tish olib tashlanishi maqsadga muvofiq hisoblanadi:

1) surunkali yallig'lanish jarayonida toj tag devorida perforatsiya (emirilib teshilish) yuz bergan bo'lsa va tish toj qismining buzilishi oqibatida uni plombalab tiklashning iloji bo'lmasa;

2) davolash davomida yallig'lanish qayta o'tkirlashib periostit, abscess, osteomiyelit kabi noxush asoratlarga olib kelish xavfi tug'ilgan taqdirda.

Surunkali periodont yallig'lanishini davolash bolalarda birmuncha o'ziga xos xususiyatlarga egadir.

Bir ildizli sut tishlari misolida ko'radigan bo'lsak, davolash bunday hollarda birinchi qatnov davomida tugatiladi. (11-rasm).



11-Rasm. Shakllanmagan ildizli (A) va shakllangan ildizli (B) kurak sut tishlarini davolash.

A,a,b-davolashdan oldin; B, a, b-davolash muolajasidan so'ng; 1-pasta, 2-dentin qavat, 3-plomba.

Kasallangan tish kariyes kovagi yaxshilab charxlanib, pulpa bo'shlig'i kengaytirilib ochiladi. Pulpaekstraktor yordamida ildiz kanali chirigan, parchalangan pulpa to'qimasidan ohistalik bilan bosqichma-bosqich tozalanadi. Tozalangan ildiz kanali antiseptik moddalar bilan yaxshilab yuviladi. Kanalni yuvish uchun antiseptik modda eritmasi sifatida 2% li xloramin, 0,1% li xlorgeksidin, 1% gipoxlorit eritmasi, rivanol, furatsilin eritmalaridan foydalanish mumkin. Vodorod peroksididan foydalanish ham yaxshi natijalar beradi. Bu eritmaning sirt taranglik faolligi juda yuqori bo'lganligi sababli ildiz bo'shlig'idan har xil mayda zarrachalarni o'ziga yopishtirib olib chiqib, yaxshi tozalaydi. Yuvilgan kanalga yumshoq paxta qoplangan ildiz (Miller) ignasi kiritilib, ohistalik bilan ildiz cho'qqi teshigining ochiq-ochiqmasligi tekshiriladi. Igna olinganda paxta turundasining uch qismi qizg'ish rangda bo'lsa, bu cho'qqi teshigining ochiqligidan dalolat beradi. Shundan so'ng ildiz kanali quritiladi va yumshoq moyli asosga ega bo'lgan pastalar bilan plombalanadi. (11-rasm, v, g). Bunday pastalarni tayyorlash uchun rux oksidi poroshogi, qalampirmunchoq, na'matak moyidan yoki vitaminli moylardan birida qorishtiriladi. Bugungi kunda kanal to'ldirish uchun ishlatiladigan Endofil (Septodont) plomba ashyosi yaxshi natijalar berishi qayd qilingan.

Agar davolanayotgan tish toj qismi batamom yemirilib tushgan bo'lsa, ildiz kanali bo'g'zigacha pasta bilan to'ldiriladi. Bu qatnovda qotmagan yumshoq moyli pasta ustidan doimiy plomba qo'yilmaydi. Keyingi qatnov paytida pasta qotadi va uni kichik hajmdagi fissur bor yordamida bir qismi ildizdan holi etilib, fosfat-tsementdan, shishaionomer sementdan doimiy plomba tayyorlanadi va kovak silliq qilib berkitiladi. Ana shunday qilinib berkitilgan to'mtoq tish almashinuv paytigacha bimalol saqlanib, bir qadar o'z vazifasini o'taydi. (11-rasm, a, b).

Shakllangan bir ildizli doimiy tishlarni davolash bolalarda katta yoshdagi kishilarnikidan deyarli farq qilmaydi. Buning uchun kariyes kovagini ko'ngildagidek yaxshilab charxlanadi, qo'shimcha kengaytirilib, tanglay yoki til tomonga olib chiqiladi (toki ildiz kanaliga igna yoki pulpaekstraktor to'sqinliksiz osonlikcha kira olsin).

Ildiz kanalini faqat pulpa chirindilaridan tozalashgina emas, balki kanalga rashpil yoki fayllar yordamida uni kengaytirish ham muhim ahamiyat kasb etadi. Shu tarzda ildiz kanalining dentindan tashkil topgan devori unga mikrokanalchalar orqali kirgan mikroorganizmlardan bir qadar tozalanadi. Ildiz kanali antiseptik eritmalar bilan yaxshilab yuvilib, ildiz cho'qqi teshigi ildiz ignasi yoki burama igna yordamida ochiladi.

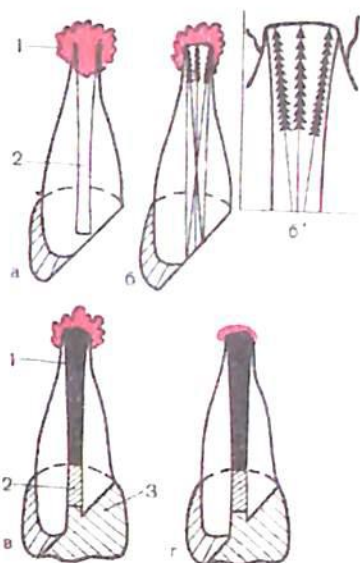
Tozalab quritilgan ildiz bo'shlig'i ildiz cho'qqisigacha plombalanadi. Bir ildizli tishlarni og'iz bo'shlig'ining oldingi qismida joylashganini nazarda tutgan holda ildiz kanalini to'ldirish uchun tish rangini o'zgartirmaydigan plomba materiallaridan foydalanish mumkin. Fosfat-tsement, intradont, endodent kabi materiallar shu jumlagi kiruvchi, qattiqlashib qotuvchi materiallardan hisoblangan, rux oksidining biror-bir o'simlik moyida (qalampirmunchoq, oblepixa va boshqalar) qorishtirilib hosil qilingan pastalari yumshoq plombalardan hisoblanadi. Plombalangan ildizlarni rentgen tasviri orqali tekshirib ko'rish bunday hollarda asosiy shartlardan biri hisoblanadi. Rentgen tasvirini saqlab qolib, keyinchalik vaqti-vaqti bilan suyak hosil bo'lish jarayonini tekshirib turish maqsadga muvofiqdir.

Shakllanmagan ildizli doimiy tishlarni davolash ish jarayonida birmuncha qiyinchiliklarni tug'dirishi mumkin. (12-rasm, a).

Bu holda ildiz kanalining oxirgi qismi shakllanmaganligi natijasida u anchagina keng bo'ladi va bo'shliqqa granulyatsiya to'qimasining o'sib kirishini ta'minlaydi.

Bunday hollarda ildiz kovagini chirigan pulpa qoldiqlaridan tozalash paytida og'riq paydo bo'ladi. Shuning uchun igna uchiga paxta o'rab (turunda), ildiz kovagiga og'riq paydo bulguncha kiritiladi va rentgen tasviri olinadi. Bunday tekshirish tish ildizining qay darajada shakllanishi, ildiz oxirgi qismining kengligi, granulyatsion to'qimaning ildiz kovagiga qay darajada o'sib kirganligi to'g'risida aniq ma'lumot beradi. Tasvirdan foydalanib, ildiz devorining butunligini va ayni holda yallig'lanish jarayonini surunkali kechadigan gangrenoz pulpitdan farqlay bila olamiz. Kerakli xulosa chiqargandan keyin ildiz kovagi

granulyatsion to'qimadan 2 yoki 3 ta pulpaekstraktor yordamida tozalanadi. (12-rasm, b).



12-Rasm. Shakllanmagan ildizli doimiy kurak tishlarni davolash.
a-davolanishdan oldingi manzara: 1-granulyatsiyalanuvchi to'qimaning ildiz qavatiga o'sib kirishi; 2-o'lgan pulpa to'qimasi; b- granulyatsiya to'qimasini olib tashlash; v-muolaja tugatilgandan so'ng: 1-to'ldirgich pasta; 2-dentin qatlam; 3-plomba; g-suyak to'qimasining tiklanishi.

Bunday davoni og'riq paydo bo'lgan hollarda tishni og'riqsizlantirish yo'li bilan amalga oshirish mumkin. Ildiz kovagidan granulyatsion to'qima olib tashlanayotgan vaqtda kuchli qon oqish hollari yuz berishi mumkin. Qon oqishini to'xtatish maqsadida ildiz kovagiga bir necha minut mobaynida vodorod peroksidi yoki adrenalin suyuqligi Shimdirilgan turunda qo'yish ishimizni ancha yengillashtiradi. Ildiz kovagini granulyatsion to'qimadan bartaraf qilib plomba materiali bilan to'ldirish bemorning birinchi qatnovi vaqtida tugallanmog'i lozim. (12-rasm, v, g). Aks holda, ikkinchi qatnov vaqti mobaynida granulyatsion to'qima kovakka yana o'sib kirishi mumkin.

Bajarilgan ishlar rentgen tasviridan foydalanib kuzatilishi shart. Agar ildiz kovagi shakllanmagan tishlarda oxirigacha to'ldirilmaganligi natijasida yallig'lanish jarayoni davom etib, periodont atrofidagi suyak to'qimasi tiklanmasa, bunday hollarda suyak yemirilishi davom etadi va yiringli eksudat milk sohasiga yorib-chiqib, svish hosil bo'ladi. Ana shunday hollarda jarrohlik yo'li bilan tish ildizining uch qismi kesib (rezeksiya) olinadi.

Surunkali periodont yallig'lanishi katta oziq sut tishlarida rezorsin-formalin usulida davolanadi. Bemorning birinchi qatnovi vaqtida kariyes kovagi kengaytirilib charxlanadi va pulpa kovagi yaxshilab ochiladi. Chirigan pulpa qoldiqlari ildiz kovagiga kirish qismidan tozalanib, fenol-formalin eritmasi shimdirilgan paxta tampon qo'yilib, kovak suvli dentin pasta yordamida berkitiladi. Fenol-formalin suyuqligi mikroorgannzmlarni o'ldirib, kovakni dezinfeksiya qiladi. Ayni holda tish kovagini bunday yo'l bilan berkitish (germetizm) periodont to'qimasida mavjud bo'lgan ekssudatli yallig'lanish jarayonining faollik kuchini sinash uchun ham vosita bo'la oladi. Shu tarzda kovagi berkitilgan kasallangan tish 2-3 sutka mobaynida og'rib bemorni bezovta qilmasa, ikkinchi qatnov paytida muolaja davom ettiriladi. Bordi-yu, davolanayotgan tishda kovak berkitilgandan keyin ma'lum bir muddat o'tgach og'riq paydo bo'lsa, u holda vaqtinchalik plomba olib tashlanib, tish kovagi ochiq holda qoldirilishi ota-onalarga ma'lum qilinadi.

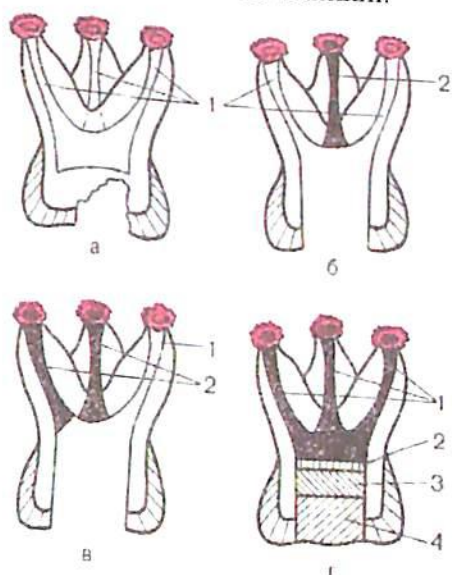
Bolalarda doimiy oziq tishlarni davolashda bemorning birinchi qatnovi davomida kasallangan tishniig toj va ildiz kovagi odatda chirigan pulpa qoldiqlaridan holi qilinmog'i lozim. Lekin birinchi qatnovda tish ildiz cho'qqisi drilbor yordamida (burama bor) kengaytirilmasligi lozim. Aks holda infeksiya periodont to'qimasidan ichkari kirib, yallig'lanish jarayoni qayta o'tkirlashishi mumkin. Chunki doimiy oziq tishlarda bir ildizli tishlardan farqli ravishda Z ta ildiz mavjuddir, bu esa infeksiya tarqalishining havfini yanada oshiradi. Shularni nazarda tutib, ildizlarni dezinfeksiya qilish maqsadida, ildiz bo'shlig'iga kirish sohasida fenol va formalin eritmalarining 2:1 nisbatdagi aralashmasiga shimdirilgan paxta tamponni (1-2 sutka) vaqtinchalik plomba ostida qoldirish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Ikkinchi qatnov paytida ildiz kanallari oxirigacha tozalanadi va rezorsin-formalin suyuqligi yordamida impregnatsiya qilinadi (shimdiriladi). Shundan keyin plombalash ishlari amalga oshiriladi.

Rezorsin-formalin aralashmasini ildiz kanaliga kiritishdan oldin, unga antiseptik ishlov berilib quritiladi. Yuqori jag' molyar (oziq) tishlari davolanayotganda bemor kresloga gorizontal holda yotqizilib

(boshi orqaga tashlanadi, engagi yuqoriga ko'tariladi. Bu holatda kiritilayotgan eritma ildiz kanali cho'qqisigacha oqib kiradi. Yosh bolalarda (4-5 yosh) bunday holat birmuncha qo'rquv hissini tug'dirishini hisobga olib, ularni kresloga vertikal holda o'tkazilib, ildiz kanallariga eritma yumshoq paxta turundalar yordamida bir necha bor takroran kiritish bilan singdiriladi. Ana shundan keyin kanallarga kirish qismida eritmani paxta tamponga shimdirib, vaqtinchalik plomba ostida qoldirish mumkin va oxirgi qatnov paytida plombalash ishlari tugatiladi. Ildiz bo'shlig'ini to'ldiruvchi pasta sifatida rezorsin-formalin eritmasida qorishtirilgan rux oksidi (okis sinka) poroshogidan foydalaniladi. Rux oksidi rentgen kontrast modda hisoblanadi.

Ildizlari shakllanmagan oziq tishlarda kechadigan surunkali periodont yallig'lanishini davolash anchagina qiyinchiliklar tug'dirishi mumkin. Shakllanmagan ildizlarning keng bo'lgan oxirgi qismlaridan ildiz bo'shlig'iga granulyatsion to'qima (periodont tomonidan) o'sib kirishi mumkin. (13-rasm, a).

Davolash paytida bu to'qimalarni yuqorida ko'rsatilgan bir ildizli tishlardagidek kesib, kuydirib (koagulyatsiya) olib tashlash lozim. Bu ish uchta ildiz kanali bir vaqtning o'zida amalga oshirilsa, og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.



13-Rasm. Ildizi shakllan-magan ko'p ildizli oziq tish ildiz kanallariga alohida ishlov berib plombalash muolajasi.

a-davolashdan oldingi ko'rinish: 1-ildiz pulpasi o'lgan; b-tanglay kanali plombalangan; 1-o'lik pulpa; 2-to'ldirgich pasta; v-tanglay va lunj kanallari plombalangan; 1-orqa lunj kanali o'lik pulpa; g-muolaja nixoyasi: 1-to'ldirgich pasta; 2-dentin; 3-tsement; 4-amalgama.

Shuning uchun davolashdan oldin tishlarda kechayotgan yallig'lanish jarayonini pulpaga tegishli yoki periodontga tegishli ekanligini aniqlash uchun yaxshilab qiyosiy tashxis o'tkazish zarur. (3-jadval).

Bemorning birinchi qatnovi paytida bitta ildiz kanali granulyatsion to'qimadan holi etilib, antiseptik ishlov berilib quritiladi va moyli asosga ega bo'lgan (evgenol, kamfora moyi, shipovnik va boshqalar) yumshoq pasta bilan to'ldiriladi. (15-rasm, b). Tish kovagi 5-7 kun mobaynida ochiq qoldiriladi. Moyli asosga ega bo'lgan pasta bu davr mobaynida yuvilib ketmaydi. Ikkinchi qatnov paytida ikkinchi ildiz kanali ham yuqorida bayon qilingan usul bilan to'ldirilib, tish kovagi yana 5-7 kunga ochiq qoldiriladi. Tish kovagini ochiq qoldirish yallig'lanish jarayoni qaytalanib o'tkirlashuvining oldini oladi. Uchinchi qatnovda oxirgi ildiz kanali ko'rsatilgan usulda to'ldirilib, ustidan ajratuvchi qatlam yotqizilgan holda (suvli dentindan) tish kovagi doimiy plomba bilan berkitiladi. (15-rasm, v, g). Ko'p ildizli oziq tish ildizlarini yuqorida bayon etilgan usulda bosqichma-bosqich davolash bolalarning ish davomida charchab, injiqlanishidan xalos etadi va plombalash davo tadbirlarini sifatli bajarishga imkon tug'diradi.

Bolalarda ko'p ildizli tishlarda kechadngan surunkali periodont yallig'lanishini sifatli davolash uchun ularni dispanser nazoratiga olish zarur. Buning uchun vaqti-vaqti bilan (6 oy, 1 yil, 2 yil mobaynida) davolangan tish atrofidagi suyak to'qimalarining rentgen tasvirini nazorat qilib turmoq lozim. Agar plombalash ishlari sifatsiz bajarilsa, periodont to'qimasi atrofidagi suyak to'qimasida suyak pardaning to'liq shakllanmaganini (destruksiya) aniqlash mumkin. Ana shunday hollarda jarrohlik yo'li bilan ildizning uch qismi kesib olinadi (rezeksiya verxushki kornya). Agar suyak destruksiyasi katta sohani tashkil qilsa, davolangan tishni olib tashlash tavsiya etiladi.

**Ildizi shakllanmagan tishlarda surunkali periodontitni gangrenoz
pulpit bilan qiyosiy tashxisi va davosi**

Tashxis uchun ma'lumotlar. Davolashni rejalashtirish	Surunkali gangrenoz pulpit	Surunkali periodont yallig'lanishi
1. Ildizlarning shakllanish darajasi	Bolaning yoshiga to'g'ri keladi (sog tishlardagidek)	Tish pulpasi o'lgan va yangi dentin hosil bo'lishi to'xtaganligi natijasida ildiz shakllanishi orqada qoladi.
2. Rentgen ma'lumotlari	Ildizning o'suvchi qismi aniq chegaralangan (kompakt suyak plastinkasi ildizning shakllangan qismiga nisbatan parallel chiziq hosil qilib uni o'rab turadi).	Periodontni o'rab turuvchi suyak to'qimasining yemirilgan, siyraklashgan qismining sathi anchagina keng, yallig'lanish chegarasi aniq emas. Kompakt suyak plastinkasi qisman yoki butunlay shikastlangan.
3. Tishning elektr tokiga nisbatan sezgirliigi	100 mkA gacha (o'rtacha 40-60 mkA)	100 mkA dan yuqori
4. Davolash usuli	Ildiz pulpasining cho'qqi qismini va o'suvchi sathini saqlab qolish lozim (chuqur amputatsiya usuli)	Shakllanmagan ildizdan granulyatsion to'qimani olib tashlash va ildiz kanalini plomba materiali bilan to'ldirish lozim.
5. Davolash usuli sifatini bahovlovchi ko'rsatkichlar	Tish ildizi o'z rivojlanishi va shakllanishini davom etdiradi	Tish ildizi shakllanmay qoladi. Plombalangan

**BOLALAR YOSHIDA UCHRAYDIGAN TISH VA OG'IZ
BO'SHLIG'I SHILLIQ PARDASI KASALLIKLARI.
(A.A.KOLESOVDAN, 1997 Y)**



28-rasm. Sitemali gipoplaziya.



29-rasm. Mahalliy gipoplaziya.



30-rasm. O'choqli gipoplaziy



31-rasm. Flyuoroz



34-rasm. Ikki oylik bolada til osti
dekubital yarasi



35-rasm. Sirka kislotadan
kuyishdan so'ng hosil bo'lgan
yuqori lab shilliq pardasi
eroziyasi.



36-rasm. O'GS bilan og'rigan 8 oylik bolada lab teri sohasining shikastlanishi.



37-rasm. O'GS bilan og'rigan 2,5 yashar bola. Til shilliq pardasidagi elementlar.



38-rasm. O'GS bilan og'rigan 6 oylik bola yuz terisining piodermiya bilan asoratlanishi.



39-rasm. 6 yashar bola tilida qaytalanuvchi gerpetik stomatit.



40-rasm. 4 yoshli bolada streptostafilokokkli jarohat.



41-rasm. 14 yoshli bolada Vensan yarali gingivostomatiti.



42-rasm. 3 oylik bolada yuqori lab shilliq pardasi kandidomikozi



43-rasm. 9 yoshli bolada surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatiti. (Setton shakli, surunkali enterokolit)



44-rasm. 6 yoshli bolada ko'p belgili ekssudatli eritema. Lab va yonoq shikastlanishi.



45-rasm. 5 yoshli bolada Stiven-Jonson sindromi.



46-rasm. 8 yoshli bolada til shilliq pardasining ikkilamchi kandidomikozi. (uzoq muddat antibiotiklar qabulidan so'ng)



47-rasm. 14 yoshli bolada o'tkir miyelomonotsitar leykozda gipertrofik gingivit.



48-rasm. 7 yoshli bolada gipoplastik anemiya. Lab va qattiq tanglayda qon quyulishi va oqishi.



49-rasm. 12 yoshli bolada tug'ma pufakli epidermoliz. Pufaklar gemorragik ekssudat bilan to'lgan. Lunj shilliq qavati.



50-rasm. 6 yoshli bolada til shilliq pardasining qizil yassi temiratkisi



51-rasm. 7 yoshli sog'lom bolada deskvamativ glossit.(geografik til)



52-rasm. 14 yoshli
sog'lom bolada qat-qat
burmali til.



53-rasm. 12 yoshli
bolada
ekzematoz(atopik)
xeylit (ovqat
allergiyasi)



54-rasm. 13 yoshli
bolada streptokokkli
angular xeylit. Jag' osti
limfa tugunlarining
yallig'lanishi.



64-rasm. Sogʻlom parodont



65-rasm. Surunkali kataral gingivit



66-rasm. Surunkali parodontit



67-rasm. Parodontoliz.



68-rasm. Parodontitda milk osti toshlari

5 BOB. BOLALAR YOSHIDA UCHRAYDIGAN TISH QATTIQ TO'QIMALARINING NOKARIYES KASALLIKLARI

Bolalar yoshida keng tarqalgan tishlarning kariyes kasalligidan tashqari organizm taraqqiyoti paytida sodir bo'ladigan turli tuman sabablar oqibatida yuzaga keladigan kariyes tabiatiga xos bo'lmagan tish qattiq to'qimalarining nokariyes xastaliklari ham stomatologiya amaliyotida tez-tez uchrab turishi ham maga ma'lum.

Nokariyes tabiatiga ega bo'lgan mazkur kasalliklar guruhi o'zining rang-barang klinik belgilari bilan kechadi va tishlar qatoridagi ma'lum guruh, bazan alohida bir tish, yoki butun tishlar qatorini shikastlaydi.

Zamonaviy, mukammalashgan tekshirish usullari mavjud bo'lishiga qaramasdan ushbu kasalliklar hali to'la-to'kis yaxshilab o'rganilmagan. Bu narsa nokariyes kasalliklar profilaktikasini va patogenetik davolash ishlarini ancha mushkullashtiradi. Shunga qaramasdan stomatologiya fanini va amaliyotini oxirgi yillardagi muvaffaqiyatlari mazkur kasalliklar klinikasini, etiologiya va patogenezini o'rganishda bir muncha yutuqlarga erishdi.

5.1. Follikulyar taraqqiyot davrida sodir bo'ladigan nuqsonlar.

Stomatolog shifokorlar o'zlarining kundalik amaliyotida oxirgi paytlarda kariyes kasalligi bilan bir qatorda tish qattiq to'qimalarining follikulyar taraqqiyoti davrida sodir bo'lishi mumkin bo'lgan nuqsonlarini tez-tez kuzata boshlashdi. Mazkur kasalliklar o'zlarining klinik belgilari, kechishi va tish qattiq to'qimalarini shikastlash xususiyatlari bilan, tug'ma nuqsonligi bilan keng tarqalgan kariyes xastaligidan farq qiladi.

Ilmiy manbaalar ma'lumotlarida tish qattiq to'qimalarining follikulyar rivojlanishi davridagi buzilishlar oqibatida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nokariyes kasalliklarining aniq klinik belgilari xarakteristikasi aniq yoritilmagan. Ular tishlar yorib chiqqandan keyin sodir qilishi mumkin bo'lgan asoratlar ham to'la-to'kis o'z aksini topmagan. Yagona bir tasnif ham tavsiya qilinmagan. Bugungi kunda bizga ma'lum bo'lgan tasniflar (V.K. Patrikeev, M.I. Groshikov, JSST)

kasalliklar shakli, soni, guruhlari, klinik belgilarining aks ettirilishi bilan bir-biridan farq qiladi. Bunda kasalliklar etiologik sabablarning turli-tumanligi, klinik belgilarining rang-barangligi mazkur kasalliklarning biror bir to'kis tasnifini tavsiya qilishni qiyinlashtiradi.

Biz tish qattiq to'qimalarining follikulyar davrida sodir bo'ladigan nokariyes kasalliklarining klinik belgilarini ta'riflashda V.K. Patrikeev tomonidan 1968 yilda tavsiya qilingan tasnifni(klassifikatsiya) asos qilib olganimizni e'tirof etamiz. V.K. Patrikeev ma'lumotlariga asosan ta'riflanadigan nokariyes kasalliklar tish qattiq to'qimalari rivojlanish nuqsonlari bo'lib, ularning quyidagi turlari mavjuddir.

Tish qattiq to'qimalarining follikulyar taraqqiyotida yuzaga keladigan nokariyes kasalliklari tasnifi (V.K. Patrikeev, 1968 y.).

1. Emal gipoplaziyasi
2. Emal giperplaziyasi
3. Endemik flyuoroz
4. Tishlar taraqqiyoti va yorib chiqish anomaliyalari
5. Tishlar taraqqiyotining irsiy buzilishi.

5.2. Emal gipoplaziyasi

Emal gipoplaziyasi – bu tish qattiq to'qimalarining rivojlanish davridagi metabolik jarayonlarning buzilishi oqibatida sodir bo'ladigan emalning sifat va miqdoriy o'zgarishlari bilan tavsiflanadigan xastalikdir.

Etiologiyasi: A.I. Abrikosov (1914) fikricha bunda emal to'qimasini hosil qiluvchi enameloblast hujayralar faoliyatining o'zgarishi sababli emal to'qimasining shakllanishi buziladi. I.T. Lukomskiy (1953), S.I. Vays (1965) fikricha bu nuqson emal to'qimasining minerallashuvi davrida sodir bo'ladigan minerallar yetishmovchiliklari oqibatida yuzaga keladi, bunda tish to'qimalarining shakllanishi buzilmasligini e'tirof etishadi.

Z.N. Sharayevskiy (1954), I.O. Novik (1961), A.I. Ribakov (1966)lar gipoplaziya emal to'qimasining shakllanishi buzilishi va

mineral tuzlarning shu davrda yetishmovchiligidan kelib chiqadigan nuqson deb tushuntirishadi.

V.K. Patrikeev (1967) fikricha gipoplaziya nafaqat mineralizatsiya jarayonining buzilishi, balki emal to'qimasining oqsilli asosi (matritsasi)ning shakllanishi buzilishi bilan enameloblastlar faoliyatining pasayishi natijasidir. G.V. Ovrutskiy (1991) gipoplaziya emal shakllanishi davrida eng ko'p uchraydigan nokariyes kasalliklaridan biridir deb ta'riflaydi.

Gipoplaziyada tish emalidagi noto'kislik nuqsoni orqaga qaytmaydigan holat bo'lib, hosil bo'lgan nuqsonlar tish emalida bir umrga saqlanib qoladi Bunda dentin to'qimasi tuzilishida va tish pulpasida ham o'zgarishlar sodir bo'ladi. Emal gipoplaziyasi doimiy tishlarda uchrab, u bolalarning 4,5 oylikdan 2,5-3 yoshlar oralig'ida o'tkir yuqumli kasalliklar, raxitning og'ir shaklini, toksik dispensiya, alimentar distrofiya, oshqozon-ichak, endokrin sistemasi kasalliklarini boshidan kechirganligi bilan chambarchas bog'liqdir. Mazkur tish emali nuqsoni tabiatan bolaning homila davrida, sut tishlari emali rivojlanishi, ohaklanishi davrida sodir bo'lmasligiga asosiy sabab, homila davrida yo'ldoshning zaxarli toksinlardan himoya qilish xususiyatining mavjudligidir. Lekin ba'zida homiladorlik davrida, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi davrida og'ir kechadigan kasalliklarga chalinishi (qizilcha, toksoplazmoz va boshqa.) yo'ldoshning himoya vazifasini anchagina susaytirishi, uning butunligini buzib, o'tkazuvchanligini oshirishi, yoki bo'lmasa bola tug'ilgandan so'nggi birinchi kunlar, haftalarda tug'ilgan bolaning o'zini kasallikka chalinishi sut tishlarida ham emal gipoplaziyasini sodir qilishi mumkin.

Kechki toksikozlarda va homilador ayolning kasalliklarida mineralizatsiya jarayoni faqat sut tishlari follikulasidamas balki erta chiqadigan birinchi doimiy molyar tishlarida ham ro'y berib ularning gipoplaziyasini ta'minlaydi. Shuningdek homilaning 7-8 oylarida tug'ilgan bolalarning sut qoziq tishlarida, kurak tishlarining bo'yin qismida, molyar tishlarining chaynov yuzalarida emal gipoplaziyasi nuqsonlari uchrashi to'g'risidagi ma'lumotlar adabiyotlarda keltirilgan.

Bunday xolni kundalik amaliyotda stomatolog shifokorlar uchratib turishadi.

Ilgari emal gipoplaziyasi sut tishlarida kam uchragan bo'lsa, bugungi kunda shifokorlar bu nuqsoni bor sut tishlarini tez-tez uchrata boshladilar. Buning asosiy sababi ilgari davrlarda og'ir kechki toksikoz, og'ir infeksiya xastaliklariga chalingan homilador onalar bolalarini tirikligini saqlab qolishning iloji bo'lmagan va bunday nuqsonli tishlari bor bolalar deyarli uchramagan. Bugungi kun tibbiyotida olib borilayotgan profilaktik tadbirlar, yuqori samarali davolash ishlari, muolajalari ularning tirikligini ta'minlab ko'plab tug'ilishlariga imkoniyat yaratib bermoqda.

Bolalarni sun'iy ovqatlantirish, o'rta og'irlikdagi shamollashlar ham doimiy tishlarda u yoki bu shakldagi gipoplaziya holatlariga olib keladi.

2-3 yoshda bolalarda kechadigan mineralizatsiya jarayoni ancha turg'un bo'ladi va bolaning organizmi har xil moda almashinuvi buzilishlariga nisbatan yaxshigina qarshilik ko'rsatish qobiliyatiga ega bo'ladi. Bunday turg'unlik doimiy premolyar va 2-molyar tishlarda emal gipoplaziyasini sezilarli darajada kam uchrashini ta'minlaydi.

Emal gipoplaziyasining uch xil turi farqlanadi: sistemali, mahalliy va o'choqli.

5.2.1. Emalning sistemali gipoplaziyasi (ESG)

Emal gipoplaziyasining mazkur turida bir xil davrda ohaklanadigan (minerallashadigan) tishlar guruhi shikastlanadi. Og'ir kechadigan, bir necha bor kaytalanadigan homilador ona kasalligi yoki tug'ilgandan so'ng bolaning 1-3 yoshgacha boshidan kechiradigan kasalliklarida barcha doimiy tishlar emalida gipoplaziya holati qayd qilinadi.

Sistemali emal gipoplaziyasida asosan bir xil davrda rivojlanib ohaklanadigan, simmetrik joylashgan tishlar guruhlari kasallikka chalinadi. Yangi yorib chiqqan tishlarda dog'lar, chuqurchalar, egatchalar shaklidagi nuqsonlar aniqlanadi. Bu nuqsonlar o'zgarman emal fonida tishlarning kesuv qirrasi yoki chaynov do'mboqchalariga nisbatan bir xil masofada yotadi. Bunday o'zgarishlar ko'pchilik hollarda ogiz bo'shlig'ining dahliz yoki lunj sohalariga qaragan tish

yuzalarida ko'plab uchraydi. Chuqurcha va egatchasimon nuqsonlarning chetlari silliq, yoyik, tubi silliq bo'lib chuqurlashishga moyil bo'ladi. Sistemali emal gipoplaziyasida emal sathidagi dog'lar uz taraqqiyoti davrida turg'un, o'zgaruvchanlikka moyil bo'lmaydi.

Kuzatishlar natijasida emal sathidagi nuqsonlarning joylashgan joyi bevosita o'tkazilgan kasallik davridagi tish emal to'qimasining shakllanayotgan sohasiga mos kelishi, aynan shu nuqtalar ohaklanishi davrida homilador ona yoki bola turli kasalliklarni boshidan kechirganligi aniqlangan. Nuqsonlar o'lchami o'tkazilgan kasallik muddatiga, soni esa bunday xastaliklar necha marta kaytalaniganligiga bog'liq bo'lar ekan. Tishlardagi ikki va undan ortiq sohada nuqsonlarning bo'lishi kasallikning yangilanishi yoki boshqa xastalik bilan og'rishi natijasida bola organizmida moddalar almashuvining buzilganligi oqibatida sodir bo'lishi mumkin. Tishlar sathidagi emal gipoplaziyasi nuqsonlarning chuqurligi kasallikning qanchalik og'ir kechganligiga bog'liq bo'lishi aniqlangan.

Stomatolog shifokor to'g'ri tashxis qo'yishi uchun u yaxshilab so'rab-surishtirish ishlarini, anamnez yig'ishda bemorning onasi to'g'risida, homiladorlikni qanday o'tkazganligi, sut va doimiy tishlar ohaklanish davridagi kasalliklari, kechki toksikozlarni boshidan o'tkazganligi, bolaning erta yoshida o'tkazgan kasallilari to'g'risidagi ma'lumotlarni to'liq yig'ishda muhim ahamiyat kasb etadi. Shu bilan birgalikda ob'ektiv ko'rik paytida nuqsonlarning joylashgan joyi, chuqurligi, qaysi guruh tishlarda uchrashi (sut yoki doimiy) va ular tishlar chiqqan zaxoti aniqlanganligi kabi ma'lumotlar ham tashxisni to'g'ri qo'yishda muhim hisoblanadi.

Kuzatishlar emal gipoplaziyasi nuqsonlari 16,26,36,46 tishlarda bo'lishi homilador onaning kasallanganligidan, yoki homiladorlikning ikkinchi yarmida toksikozlarni boshidan kechirganligini ko'rsatadi. Shu xildagi emaldagi nuqsonlar bola boshidan kechirgan tug'ilishi paytidagi travmalar, asfiksiya bilan tug'ilish, tug'ilgandan so'ng birinchi kunlar va haftalarda o'tkazgan kasalliklar (gemolitik sarg'ayish, dispepsiya va boshq.) oqibatida ham yuzaga kelishi mumkin.

Emal gipoplaziyasi nuqsonlari faqat 16,26,36,46 tishlardagina emas balki 13,11,21,23,33,32,31,41,42,43 tishlarning kesuvchi qirralarida namoyon bo'lishi bolaning 4,5-6 oylik davrida qandaydir kasallikni boshidan o'tkazganidan darak beradi. Chunki, mazkur tishlarning kesuv qirralari emali aynan shu davrlarda ohaklashib mineral tuzlarga to'yinadi.

Mabodo, bola 1 yoshga yaqin davr atrofida biror bir kasallikni boshidan kechirgan bo'lsa tishlar emal qavatidagi nuqsonlar 16,13,11,21,23,26,36,33,32,31,41,42,43,46 tishlar kesuvchi qirralariga yaqinroq, 12,22 tishlarning kesuvchi qirralarida joylashgan bo'ladi. Bu esa 12,22 tishlarning mineralizatsiyasi yuqorida ko'rsatilgan tishlarnikidan kechroq boshlanishidan darak beradi.

Tishlar emali sistemali gipoplaziyasining 6 xil shakli: dog' shakli, chuqurchali, egatchali, kosachasimon, aralash va applastik shakllari mavjud.

5.2.2. Dog' shaklidagi emal sistemali gipoplaziyasi

Dog' shaklidagi emal sistemali gipoplaziyasi yengil shikastlanish turi bo'lib, tish emalining ma'lum sohasida rangini o'zgarganligi bilan tavsiflanadi. Gipoplaziyaning bunday turida bir davrda shakllanib chiqadigan tishlarning kesuvchi qirralari va chaynov yuzalarida dahliz yoki lunj sathida simmetrik bir xil topografik sohalarda dog'lar aniqlanadi. Tishlar toj qismida odatda bir, ikkita emal dog'lari mavjudligi kuzatiladi. Emal dog'lari oq sut rangida, ba'zan och jigarrang bo'lib yaltiroqligi buzilmagan. Emal qavatining qalinligi dog'li sohalarda o'zgarmagan bo'ladi. Bolaning butun hayoti davrida emal dog'lari ularning o'lchamlari, rangi o'zgarmaydi. Mazkur gipoplaziya dog'lari metilen ko'ki bo'yog'i bilan kariyes dog'idan farqli o'laroq bo'yalmaydi. Bemorlar dog'larga nisbatan kosmetik nuqson mavjudligiga shikoyat qilishi mumkin.

Sistemali emal gipoplaziyasining dog'li shakli kariyesning dog'li shakli, flyuorozning dog'li shakli, autosom dominant gipomaturatsion irsiy tugallanmagan amelogenez bilan (qorli kepka*), o'choqli odontodisplaziya, mahalliy dog' shaklidagi gipoplaziya xastaliklari bilan

qiyosiy tashxis qilinadi. Rentgen tasvirda sistemali emal gipoplaziyasining mazkur shakli aniqlanmaydi.

5.2.3. Chuqurchalar shaklidagi sistemali emal gipoplaziyasi.

Emal gipoplaziyasining chuqurchali shakli bir xil davrda shakllangan tishlarning ko'pchilik hollarda vestibulyar sathida emal yupqalashib unda chuqurchalar borligi bilan tavsiflanadi. Emal chuqurchalari kesuvchi qirralarga nisbatan gorizontol holda joylashadi. Tishlar emal qavatida hosil bo'lgan bu chuqurchalar o'zaro qo'shilmaydi va zond yuritilganda devor va tub sathida hech qanday og'riq alomati sezilmaydi. Tishlarning tanglay va til sathida bunday emal chuqurchalari unchalik sezilarli darajada yaxshi aniqlanmaydi. Odatda chuqurchalar tubida karashlar mavjud bo'ladi. Ba'zi bir chuqurchalardagi pigmentlashgan sohalarda emal rangi o'zgargan bo'lib, tozalanganda ketmaydi. Tish emalida nuqsonlar bor joylardagina emal qalinligi yupqalashgan. Zond yuritilganda emal silliq, qattiq, zich bo'lishiga karamay nuqsonli sohalar kariyes jarayoniga berilishi, shu sohalarda kariyes kavaklari tez hosil bo'lishi mumkin.

Bemorlar asosan bunday hollarda kosmetik nuqsonlarga, onda-sonda harorat ta'siridan hosil bo'ladigan og'riqqa shikoyat qilishadi.

Tishlar emalining sistemali gipoplaziyasining chuqurchali shakli, aynan shu turdagi mahalliy gipoplaziya, autosom-dominant chuqurcha-egatchali irsiy tugallanmagan amelogenez, flyuorozning eroziyasimon shakli bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Tish emalining sistemali gipoplaziyasining chuqurchali shaklida rentgen tasvirlarda nuqsonlarning chuqurlashgan sohalarida yakka-yakka gorizontol yunalgan qora dog'lar aniqlanishi mumkin.

5.2.4. Tish emali sistemali gipoplaziyasining egatchali shakli.

Emal nuqsonining bu turi uchun bir xil davrda shakllanib ohaklangan tishlar emal qavatida bir devorli yoki ikki devorli egatchalar mavjudligi xususiy hol hisoblanadi.

Agarda egatcha tishlarning kesuvchi qirrasida yoki chaynov do'mboqchalarida joylashgan bo'lsa, unda u bir devorli (yuqori yoki

pastki), bu esa tishning qaysi jag'da joylashganligiga bog'liq. Bunda tish kesuvchi qirrasining yoki do'mboqchasining yupqalashishi hisobiga bir (kattaroq) tish ichidan ikkinchi (maydaroq) tish o'sib chiqayotgandek bo'lib tuyuladi. Bu esa o'z navbatida emal shakllanishi u boshlangan vaqtdan boshlab buzilgan, chunki tishlarda emal kurak tishlarda kesuvchi qirralardan o'z shakllanishini boshlaydi, chaynov tishlarda esa ularning do'mboqchalaridan boshlaydi.

Egatcha shaklidagi emal nuqsonlari chaynov qirralarida ma'lum masofada joylashgan bo'lsa, ularda ikki devori va tubi farqlanadi (yuqori devor, pastki devor). Sistemali emal gipoplaziyasida egatchalar gorizontal yo'nalishda joylashgan bo'lib, kesuv qirrasiga va chaynov yuzasiga nisbatan bir xil masofada parallel holda yotadi. Bunday nuqsonlar tish vestibulyar va lunj sathlarida yaxshi rivojlangan bo'ladi. Mazkur egatchalar zondlanganda tubida og'riq sezilishi mumkin, barcha sathi silliq, zichligi yuqori bo'ladi. Egatchalar tubida oson tozalasa bo'ladigan karashlar mavjud. Karashlar tozalangan joylarda pigmentatsiya sohalari mavjud bo'ladi.

Pigmentlashgan sohani to'q yoki och rangi egatchalar chuqurligi bilan bog'liqdir. Ba'zan egatchalar tubida qo'shimcha chuqurchalar aniqlanishi to'qimada rivojlanish davrida moda almashinuv jarayonida chuqur o'zgarishlar bo'lganidan darak beradi. Nuqsonlar mavjud joyida emal to'qimasini yupqalashgani aniqlanadi. Sistemali emal gipoplaziyasida egatchalar bir xil davrda rivojlanib ohaklashadigan tishlarda yoki barcha tishlarda kuzatiladi.

Mazkur nuqson rivojlanishi oltinchi tishlar chaynov do'mboqchalarini, qoziq tishlar, ba'zan premolyar tishlar do'mboqchalari ham ingichkalashuviga, tikanaksimon shaklga ega bo'lishiga sabab bo'ladi. Bu o'tkirlashgan uchli tishlar do'mboqchalari lunj, til shilliq qavatini tez-tez shikastlab turishiga sabab bo'ladi. Nuqsonli tishlar chaynov yuzasida emal qavati yupqalashgan, tikanaksimon do'mboqchalar va yupqalashgan kesuvchi qirralar yorilib sinib ajralishi tufayli tishlar anatomik shaklini o'zgarishiga olib keladi. Bu o'zgarishlarning barchasi tishlarning o'lchamlarini kichiklashuviga sabab bo'ladi.

Egatchalar chuqurlashgan joylarda kariyes jarayoni boshlanishiga sharoit tug'iladi. Ovqat qoldiqlari, yumshoq karashlar, mikroorganizmlarning bu nuqtalarda uzoq vaqt saqlanib turishi bijg'ish, kislotalar hosil bo'lishi va emal dentin demineralizatsiyasi bilan davom etadi, kariyes kavaklari paydo bo'ladi. Nuqsonlar bor joyda siyqalanish natijasida emal to'qimasi butunlay yemirilib ado bo'lishi oqibatida aplaziya sohalari yuzaga keladi.

Bolalar kosmetik noqulayliklarga, tish toj qismlari sinib tushib ketishiga, tishlar siyqalanishiga, harorat ta'sirida sodir bo'ladigan og'riqlarga shikoyat qilishadi. Emal sistemali gipoplaziyasining egatchali shaklini sirkulyar kariyes, autosom-dominant chuqurchali-egatchali irsiy tugallanmagan amelogenez bilan, faqat ayollarda uchraydigan yopishgan-X xromosomal dominant gipoplastik irsiy tugallanmagan amelogenez (yo'l-yo'l turi) kabi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Rentgen tasvirlarda egatchalar tubi sohasida gorizontaal yo'nalgan qora yo'llar, shular fonida ko'rinadigan qora dog'lar almashinuv jarayonining chuqur buzilganidan darak beradi. Bu esa o'z navbatida homilador ona, yoki yangi tug'ilgan bola boshidan kechirgan kasallikning og'irlik darajasi bilan bog'liqdir.

5.2.5. Sistemali emal gipoplaziyasining likopchali shakli.

Bunday nuqsonli xastaliklarda bir davrda rivojlanib mineral tuzlarga to'yinadigan, shakllanadigan tishlarning kesuvchi va chaynov yuzalariga parallel, asosan vestibulyar va lunj sathlarida likopchasimon chuqurliklar aniqlanadi. Nuqson likopcha shaklida bo'lib 1 dan 4tagacha devori mavjud bo'ladi. Ba'zan likopcha bo'shlig'ini emal parda ikkiga bo'lib, ajratib turishi ham mumkin.

Agarda likopchali emal nuqsoni chaynov yuzasi va kesuvchi qirradan ma'lum masofada parallel joylashgan bo'lsa, aproksimal-kontakt yuzaga yetib bormagan bo'lsa, unda uning 4 devori mavjud bo'ladi. Nuqson kesuvchi qirrada joylashib, tishning kontakt yuzasiga chiqmagan holda uning 3 devori, bordiyu nuqson aproksimal sathga chiqqan bo'lsa yana uning 2 devori farqlanadi. Likopchasimon nuqson

tishning kesuvchi qirrasida joylashib kontakt yuzaga ochilib chiqqan bo'lsa, u holda uning faqat 1 devori mavjud bo'ladi. Mazkur nuqsonli xastalikda 6 tishlar do'mboqchalari, qoziq tishlar, ba'zan premolyar chaynov do'mboqchalari ingichkalashib o'tkir tikanak shaklini olishi yoki do'mboqchalar siyqalanib yo'qolib ketishi xususiy hol hisoblanadi.

Bunda emal to'qimasining yupqalashuvi faqat nuqsonli sohada, likopchalar tubidagina emas fissuralar sohasida ham sodir bo'ladi. Ba'zi likopchalar tubida emal xaddan tashqari yupqalashgan yoki bo'lmasligi ham mumkin. Shu joylarda kariyes jarayoni kechayotganligini guvohi bo'lamiz.

Bolalar bunday nuqsonli xastaliklarda kosmetik nuqsonlarga, tish emalining siyqalanishiga, tish toj qismi yorilib, sinib tushayotganligiga, harorat ga nisbatan giperesteziyaga va kimyoviy sezgirlikka shikoyat qiladi.

Sistemali emal gipoplaziyasining likopchali shakli ponasimon nuqson, yuza kariyes, o'rta kariyes, flyuorozning eroziyal shakli, mahalliy autosom-dominant gipoplastik irsiy tugallanmagan amelogenezlar bilan qiyosiy tashxislanadi.

Rentgen tasvirda likopchasimon chuqurchalar sohasida onda-sonda ovalsimon qora dog'lar aniqlanadi. Ular asosan tish kesuv qirrasiga nisbatan gorizontal yo'nalishda joylashadi.

5.2.6. Sistemali emal gipoplaziyasining aralash shakli.

Sistemali emal gipoplaziyasining aralash shakli emal to'qimasidagi almashinuv jarayonlar buzilishi oqibatida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan barcha nuqsonlarni uz ichiga oladi. Bu o'zgarishlar yengil bosqichda bo'lishi mumkin, o'rtacha og'irlikda va og'ir darajada bo'lishi mumkin. Sistemali emal gipoplaziyasining aralash shakli 4,5 oydan 3 yoshgacha bo'lgan davr ichida bir necha marotaba bir xil og'irlikdagi va uzoqlikdagi kasalliklarni boshidan kechirgan bolalarning doimiy tishlarida uchraydi. Bolalar yengilrok xastalikni tish taraqqiyoti davrida boshidan kechirishsa gipoplaziya nuqsonlari tish emalida dog' shaklida va chuqurcha shaklida bo'lishi mumkin.

Bolalar boshidan o'tkazgan kasallik og'ir va uzoq davom etgan bo'lsa emaldagi nuqsonlar egatchasimon va likopchasimon bo'ladi. Shuning uchun sistemali emal gipoplaziyasida bir bemorning uzida har xil ko'rinishdagi, og'irlik darajadagi nuqsonlarni aniqlash mumkin. Ba'zi bir hollarda kariyes jarayoni qo'shilishi uni yanada murakkablashtiradi va rang-barangligi oshadi.

Masalan chuqurroq nuqsonlar bor joylarda kariyes jarayoni rivojlanadi, kariyes kavaklari hosil bo'ladi.

Bemorlar kosmetik nuqsonlarga, kimyoviy va harorat ta'siridan og'riqlar paydo bo'lishiga, tishlar toj qismlari sinib parchalanishiga, yemirilib borishiga, siyqalanishiga shikoyat qilishadi.

Sistemali emal gipoplaziyasining aralash shakli o'ziga o'xshash simptomlarga ega bo'lgan kasalliklar bilan, birinchi galda flyuorozning aralash shakli bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Rentgen tasvirlarda tishlar emalining nuqsoni bor sohalarda gorizontal yo'nalishli qora dog'lar, chiziqlar mavjud bo'ladi.

5.2.7. Emal aplaziyasi.

Bunday nuqson emal to'qimasining og'ir shikastlanishi bo'lib tish toj qismining chaynov yuzasida, kesuvchi qirralarda emal to'qimasining butkul bo'lmasligi va shu sohalarda dentin to'qimasi ochilib qolishi bilan tavsiflanadi.

Emal aplaziyasi uzicha mustakil xastalik bulshi, yoki sistemali gipoplaziyaning egatchali va likopchasimon turlarining asorati sifatida sodir bo'lishi mumkin. Bunda emal to'qimasi tishlar toj qismida qisman yoki butunlay bo'lmasligi mumkin. Emal to'qimasining qisman bo'lmasligiga nafaqat nuqson chuqurligi, uzoq muddat mavjud bo'lishi, balki emalning yupqalashgan joylarida uning patologik siyqalanib yemirilishi ham sabab bo'lishi mumkin. Nuqsonlarning chuqurlashgan joylarida kariyes jarayoni rivojlanadi.

Emal aplaziyasida bemor bolalar kimyoviy, temperatura, ta'sirlardan sezgirlikka, kosmetik nuqsonlarga, tishlarning shaklini buzilishiga, yorilib sinishiga, patologik siyqalanishga shikoyat qilishadi.

Emal aplaziyasini kariyesning yoyilib kechishi, sirkulyar kariyes, autosom-dominant, va autosom-retsessiv gipominerallashtgan irsiy tugallanmagan amelogenez va flyuorozning destruktiv shakli bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi.

Rentgen tasvirda emalning nuqsonlar mavjud sohalarida qoramtir dog'lar va yo'llar mavjud bo'ladi. Emalning chegaralangan applastik sohalarida qoramtir dog'lar va yo'llar gorizontal yo'nalishga ega. To'liq emal aplaziyasi sohalarida-emalsiz, joylarda katta qoramtir dog'lar aniqlanadi.

5.2.8. Sistemali emal gipoplaziyasini davolash.

Bugungi kunda bemorlarga ko'rsatiladigan zamonaviy stomatologik yordam sistemali gipoplaziyada klinik belgilarni qay darajada rivojlanganligiga bog'liqdir. Kosmetika nuqtai nazardan tish emali nuqsonlarini bartaraf qilish uchun, bemor yoshini inobatga olgan holda stekloionomer sementi, kompomer materiallar, kompozit materiallar, kimyoviy yoki nur yordamida kotuvchi plomba ashyosidan keng foydalaniladi. Kuchli rivojlangan destruktiv holatlarda ortopedik yordam ko'rsatish ham tavsiya qilinadi. Yuqorida keltirilgan plomba ashyolari nuqsonlar charxlanib ma'lum shakl berilgach ajratuvchi tagliklardan foydalanilgan holda kariyes kavaklarini davolagandek tishlarning anatomik shakli tiklanadi. Kosmetik nuqsonlar, dog'lar, rang o'zgarishlari bartaraf qilinadi.

Sistemali emal gipoplaziyasi mavjud bolalar dispanserizatsiyada kariyes xavfi bor guruhga kiritiladi.

5.2.9. Tish emalining mahalliy gipoplaziyasi.

Tish qattiq to'qimalari xastaligining bu turida mineralizatsiya jarayoning buzilishi har xil sabablar oqibatida bir yoki ikkita tish emalida kuzatiladi. Emal mahalliy gipoplaziyasi tish follikulasi taraqqiyoti davrida mexanik shikastlanishi natijasida tish kurtagining infeksiya tushishi oqibatida yallig'lanishi natijasida (surunkali periodontit davolanmasligi oqibati) yuzaga kelishi qayd qilingan.

Sut tishlarda mahalliy emal gipoplaziyasi kamdan-kam hollarda: a) jag'larning mexanik travmasi oqibatida sinish chizig'i kurtak sohasidan o'tsa; b) jag' suyaklarining yiringli yallig'lanishi (osteomiyelit); oqibatida sodir bo'ladi. Doimiy tishlarda mahalliy emal gipoplaziyasi tez-tez uchrab turishi amaliyot shifokorlari tomonidan e'tirof etilgan. Bunday holga olib keluvchi sabablardan biri ildiz shakllangan sut tishining (ko'pchilik holda oldingi kurak tishlari) mexanik travma oqibatida ildizning ichkariga koqilishi sababli doimiy tish kurtagini shikastlanishidir. Qoqilish paytida doimiy tish kurtagini sut tishi ildizidan to'sib turuvchi kortikal suyak plastinkasi butunligi buziladi, oqibatda doimiy tish kurtagiga shikast yetadi, natijada kurtakning shikastlangan sohasida dog', egatcha yoki chuqurcha paydo bo'ladi. Keyinchalik shu kurtagi shikastlangan doimiy tish chiqqanda toj qismi sathida dog', egatcha yoki chuqurcha mavjudligi kuzatiladi. Dog' har xil o'lchamli, shaklli, kamdan-kam hollarda rangi oq, odatda sarg'ish, jigarrang tusda bo'lib, yaltiroqligi bo'lmaydi. Shu sohalarida emal qalinligi o'zgarmagan bo'ladi. Chuqurcha, egatchalar sohasida, ularning tubida emal yupqalashgan va pigmentlashgan bo'ladi.

Mahalliy emal gipoplaziyasida klinik belgilar rivoji, darajasi travma ta'sir kuchiga, yallig'lanish jarayonining og'irligi va xukm surgan vaqtiga bolaning yoshiga bog'liq bo'ladi. Kuchli mexanik travma, og'ir va uzoq kechgan yallig'lanish jarayonlari emal to'qimasining o'choqli yoki to'liq aplaziyasini sodir qilishi mumkin. Ayrim hollarda tish kurtagining ulishiga ham sabab bo'ladi. Ba'zan odatda uchramaydigan o'lchamli, shaklli Turner tishlari nomi bilan ma'lum tishlar yorib chiqadi. Emal to'qimasining chuqur shikastlangan sohalarida kariyes jarayoni kechib, kavaklar hosil bo'lishi mumkin.

Bemorlar ana shunday tishlar sohasida kosmetik nuqsonga, tishlar sezgirligini oshganligiga, giperesteziyaga shikoyat qilishadi. Harorat va kimyoviy ta'sirlardan og'riqlar paydo bo'lishi ularni bezovta qiladi.

Mahalliy emal gipoplaziyasining dog'li shakli, sistemali emal gipoplaziyasining shu xil shakli bilan, kariyesning dog'li bosqichi bilan, o'choqli odontodisplaziya bilan, autosom-dominant gipomaturatsiyali

irsiy tugallanmagan amelogenez («qorli kepka») kabi xastaliklar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Mahalliy emal gipoplaziyasining chuqurchali va egatchali shakllarini sirkulyar kariyes, autosom-dominant gipoplastik chuqurchali-egatchali irsiy tugallanmagan amelogenez, chuqurchali, egatchali sistemali emal gipoplaziyasi bilan, autosom-dominant gipoplastik donador irsiy tugallanmagan amelogenez kasalliklari bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi.

Rentgen tasvirda chuqurchalar va egatchalar sohasida qoramtir dog'lar yoki qoramtir tasmalar aniqlanadi. Ba'zi bir hollarda tish ildizining o'suvchi sohasining shikastlanganligi oqibatida tish ildizi shakllanmay qolganligini kuzatish mumkin. Tish ildizi atrofi suyak to'qimasida surunkali periodontit uchun xos bo'lgan rentgenologik o'zgarishlar mavjud bo'ladi.

Mahalliy emal gipoplaziyasini davolash. Bolaning yoshi, tishning shakli va o'lchamlarini inobatga olgan holda zamonaviy plomba ashyolari: glassionomer(shisha ionomer), kompomer, kompozit materiallardan foydalanib tishlarning anatomik shakli tiklanadi, kosmetik va estetik nuqson va kamchiliklari bartaraf etiladi.

5.2.10. Emal to'qimasining o'choqli gipoplaziyasi odontodisplaziya, fantom tishlar, tugallanmagan odontogenez.

O'choqli odontodisplaziya o'ziga xos xususiyat bo'lib doimo tishlar chiqishini kechikishi, bir vaqtda chiqadigan yoki har xil vaqtda chiqadigan tishning retensiyasi, o'z vaqtida yorib chiqmasligi holati e'tiborga loyiqdir.

Soglom bolalarda tishlarning mazkur patologiyasi nihoyatda kamdan-kam uchraydigan hol bo'lib hisoblanadi.

Shunday xollar qayd qilinganda patologik o'zgarishlar asosan kurak, qoziq tishlarda yoki doimiy chaynov tishlarda kuzatiladi. Kamdan-kam hollarda bir tomon jag'ning barcha tishlari shikastlanishi amaliyotda uchragan. Bunda yuqori jag' tishlarida bunday hol ko'proq uchrashini amaliyot shifokorlari alohida ta'kidlashadi.

Mazkur patologiya oqibatida tish toj qismi o'zgarishga uchraganligi sababli tishlar o'lchamlari kichiklashgan, sarg'imgir tusli, notekis sathli, tishlarning anatomik shakli o'zgarganligi kuzatiladi. Emal to'qimasining siyqalanishi, tishlar orasida tremalar paydo bo'lishi ham e'tiborga loyiq hisoblanadi.

Yonma-yon joylashgan tishlar guruhini bunday patologiyaga uchrashiga yuz-jag' sohasi travmasi, radioaktiv nurlanish, surunkali osteomiyelit sabab bo'lishi mumkin ekan.

O'choqli emal gipoplaziyasida bolalar kosmetik nuqsonga, harorat ta'siri, kimyoviy ta'sirlar natijasida sodir bo'ladigan og'riqqa shikoyat qilishadi.

Rentgen tasvirda tish ildizlari kalta, kanallari keng, tish bo'shlig'i keng, qattiq to'qimalar qavati yupqalashgan. Emal to'qimasining qalinligi har xil yerda turlicha, zichligi ham har xil. Bularning barchasi mineralizatsiya jarayonini jiddiy buzilganidan darak beradi.

O'choqli gipoplaziyani davolash. Yengil ko'rinishlarida profilaktika maqsadida remineralizatsiya kursini o'tkazish va fluor tutuvchi lak bilan qoplash tavsiya etiladi. Kosmetik va estetik nuqsonlarni bartaraf qilish maqsadida bolalar yoshini inobatga olgan holda tishlarning shakli, o'lchamlari glassionomer, kompomer, kompozit materiallar yordamida, kimyoviy va nurda qotadigan vositalar ishlatilib anatomik shakli tiklanadi. Og'ir shakllarida ortopedik yordam ko'rsatish ham albatta nazarda tutiladi.

5.2.11. Tetratsiklinli tishlar.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida yoki bola tug'ilgandan so'ng 3 yoshgacha bo'lgan davrda sut va doimiy tishlar rivojlanib shakllana boshlaydi, ohaklanish jarayonida tish qattiq to'qimalari, ayniqsa emal o'z strukturasini shakllantiradi. Shu davr mobaynida ona yoki bola organizmiga tetratsiklin guruhi preparatlari kiritilsa, minerallashuv jarayoni ketayotgan tishlar jarayoni o'zgaradi. Tetratsiklin saqllovchi preparatlar tegishli dozadan ko'proq kiritilsa, emal to'qimasi rivojlanishini buzadi va u tugallanmay qolishi mumkin, ya'ni emal

gipoplaziyasi sodir bo'ladi va shu bilan birgalikda skelet suyaklarida ham shikastlanishlar ro'y beradi.

Tishlarning emal qobig'ida va suyaklarda sodir bo'luvchi bu o'zgarishlarning og'irlik darajasi homiladorlikni qaysi davrida, qancha muddat, bola qaysi yoshda va qancha muddat tetratsiklin tutuvchi preparatlarni qabul qilishganiga, uning dozasiga bog'liqdir.

Tetratsiklin saqlovchi preparatlar qabuli tishlar rangini och sariqdan-to'q sariq ranggacha bo'yaydi. Bunda toj emalining barcha sohasi to'liq bo'yalmasligi, faqat preparat qabul qilgan davrda toj emalining rivojlanayotgan, minerallashtirayotgan qismigina bo'yaladi. Tekshirishlar va kuzatuvlar natijasida shu narsa aniqlandiki, tetratsiklin faqat tishlardagina yig'ilib qolmasdan, rivojlanayotgan suyak to'qimalarida ham yig'ilib qolishi va mineralizatsiya jarayonini buzilishini ham ta'minlar ekan. Tetratsiklin preparati sitotoksik ta'sirga ega bo'lib, yo'ldoshning himoya qatlamidan sizib o'tib homila organizmiga ta'sir ko'rsatadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida ona tomonidan tetratsiklinli dori-darmonlarni qabul qilinishi bola tug'ilgandan keyin chiqadigan kurak sut tishlarining 1/3 qismida, molyar tishlarining chaynov yuzasida emal to'qimasining bo'yalishini ta'minlaydi. Homiladorlikning 9-oyida qabul qilinganida esa nafaqat sut tishlarini, balki doimiy birinchi molyar tishlarning ham chaynov yuzasida emal rangini o'zgarishiga olib keladi.

Bolalar tug'ilganidan so'ng birinchi kunlarida yoki birinchi haftalarida tetratsiklin saqlovchi dori-darmonlar ishlatilsa, shu davrda rivojlanib, mineral tuzlarga to'yinayotgan sut va birinchi doimiy molyar tishlarining shakllanayotgan emal sohasini bo'yalishini sodir qiladi.

Yuqorida keltirilganlarni nazarda tutgan holda homilador ayollar va 3 yoshgacha bo'lgan bolalarga tarkibida tetratsiklin antibiotigini tutuvchi dori-darmonlar buyurilmasligi kerak.

Ultrabinafsha nurlar ta'sirida tetratsiklinli tishlarning bo'yalgan emal qobig'i flyuoressent yorug'lik chiqaradi. Ochilgan tish ildizlari ham shu xususiyatga ega bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan tetratsiklinli tishlar yorug'lik nuri ta'siri ostida vestibulyar sohalarda kulrang tus ola boshlaydi, keyinchalik esa och jigarrangdan to'q jigarranggacha

bo'yaladi va flyuoressensiya xususiyatini yo'qotadi. Tishlarning chaynov, til, tanglay sathlaridagi rangi vaqt o'tishi bilan ham o'zgarmaydi.

Tetratsiklin tishlarning faqat rangini o'zgartiribgina qolmay, ularda gipoplaziya ham chaqiradi.

Bunday xastalikka uchragan bemorlar asosan estetik va kosmetik nuqson-kamchiliklar va noqulayliklarga shikoyat qilishadi.

Tetratsiklinli tishlar bolalarda sodir bo'ladigan gemolitik sarg'ayish xastaligi (eritrotsitlar parchalanishi bilan bog'liq sarg'ayish) bilan qiyosiy tashxis qilinadi. Eritrotsitlar gemolizi natijasida sodir bo'ladigan noto'g'ri bilirubin ham tish to'qimalarida o'tirib qolib uning rangini o'zgartirish xususiyatiga egadir. Gemolitik sarg'ayish onaning qonidagi rezus faktori bolaniki bilan bir xil bo'lmaganda sodir bo'ladi. Bundan tashqari tetratsiklinli tishlar xastaligi, irsiy tugallanmagan amelogenez, tugallanmagan osteogenez (osteogenesis imperfecta) va irsiy tovlanuvchi dentin kabi nasldan-naslga beriluvchi kasalliklar bilan ham qiyosiy tashxis qilinadi.

Bolalar kosmetik nuqsonga shikoyat qilishsa, ularning yoshini inobatga olgan holda davolash paytida glassionomer, kompomer, kompozit materiallardan foydalanib nuqsonlar bartaraf qilinadi. Shu bilan bir qatorda tishlarni oqartirish va ortopedik protezlash yo'li bilan ham kerak bo'lgan takdirda stomatologik yordam ko'rsatiladi.

5.2.12. Sistemali emal gipoplaziyasining boshqa turlari (Getchinson, Furne, Pflyuger tishlari).

Getchinson tishlari – asosan yuqori jag' markaziy kurak tishlarining yassilanib ochqichsimon yoki tish o'qi bo'ylab yumaloqlashib xumsimon-bochkasimon shaklni olishidir. Bu xildagi tishlarning kesuvchi qirralarida yarim oysimon o'yiqlar, emalning yupqalashganligi yoki butunlay bo'lmasligi kuzatiladi. Tishlar bo'yin qismining o'lchamlari kesuvchi qismiga qaraganda kattaroq bo'lishi xususiy hol hisoblanadi.

Furne tishlari – uchun ham ochqichsimon shakl xarakterli bo'lib faqat kesuvchi yuzasida yarimoysimon o'yiqlar bo'lmaydi.

Ilgarilari Getchinson va Furne tishlari faqatgina tug'ma zahm kasaliga chalingan bolalarda uchraydi deb hisoblashgan va asosiy simptomlar uchligiga kiritilgan belgilardan hisoblangan (Getchinson tishlari-tug'ma karlik-parenximatoz keratit). Ammo lekin, keyinchalik olib borilgan kuzatuvlar Getchinson, Furne tishlar anomaliyasi faqat tug'ma zahmda emas, balki gipoplaziyasida ham uchrashini aniqlangan.

Pflyuger tishlari – birinchi molyar tishlarda uchrab, tish bo'yin qismining chaynov qismidan yo'g'onligi bilan ajralib turishi bilan tavsiflanadi. Bu tishlarda chaynov do'mboqchalari rivojlanmagan bo'lib, tishlar konussimon shaklga ega bo'ladi. Tishlarning bunday shaklga ega bo'lishini zahm infeksiyasi toksinlarining ta'siri oqibati natijasida sodir bo'ladi deb tushuntiriladi.

Bunday yuqorida keltirilgan xastaliklarda katta yoshdagi bolalar kosmetik nuqsonga, tishlar yorilib darz ketishiga va ularning siyqalanishiga shikoyat qilishadi.

Davolashda qilinadigan muolaja klinik belgining namoyon bo'lishiga bog'liq. Kosmetik nuqsonlarda bolalar yoshini inobatga olgan holda zamonaviy plomba materiallaridan foydalanib restavratsiya ishlari tavsiya qilinadi. Bunda glassionomer, kompomer, kompozit nurda qotuvchi materiallardan keng foydalaniladi.

Tishlarda ko'plab yoriqlar, kuchli siyqalanishlar mavjud bo'lgan taqdirda ortopedik yordam ko'rsatish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

5.3. Emal giperplaziyasi (emal tomchilari va durlari).

Emal giperplaziyasi (me'yordan ortiq hosil bo'lishi) tish qattiq to'qimalarining, ayniqsa dentin to'qimasining tish shakllanish jarayonida uning ayrim nuqtalarida hosil bo'lishi, bo'rtib chiqishi va ustining emal bilan qoplanishi tarzida yuzaga keladi. Emal tomchilari tishning toj qismi emali bilan qo'shilmaydi va ba'zi bir hollarda ichida pulpasimon yumshoq to'qima borligi kuzatiladi. Emal tomchilari odatda 2-4 mm diametrga ega bo'lib, ko'pchilik hollarda molyar tishlar bo'yin qismida uchraydi. Ba'zan bunday emal tomchilarini tish ildizlari bifurkatsiyasi sohalarida ham uchratish mumkin.

Emal giperplaziyasi klinik belgilarsiz kechib, shikoyatlarga sabab bo'lmaydi, tish qatorlari funksional holatini buzmaydi.

5.4. Tishlar endemik flyuorozi.

Flyuoroz kasalligi – bu endemik tus oladigan ichimlik suvida fluor miqdori me'yoridan ko'p bo'lgan hududlarda yashovchi aholi o'rtasida uchraydigan xastalikdir.

1900 yilda italyan shifokori Chiyya Neapol shahri atrofida aholi o'rtasida shu paytgacha ma'lum bo'lmagan tishlardagi rang o'zgarishlari mavjudligini aniqladi. Bunday tishlarni u qora, bo'yalgan tishlar deb atay boshladi va bu narsa, o'zgarishlar vulqon otilishi natijasida hosil bo'ladigan iflos moddalar ta'siridan bo'lsa kerak degan fikrni ilgari surdi. Bir yil o'tar-o'tmas 1901 yilda amerikalik shifokorlar ham italyan emigrantlari orasida tishlarida aynan shunday o'zgarishlab bor bemorlarni aniqlashdi. Keyinchalik boshqa qit'a vakillari orasida ham shunga o'xshash tish kasalligi mavjudligi e'tirof etildi.

Mazkur kasallik sababi deyarli 30 yildan keyin ochildi. 1931 yilda mazkur tishlar rangi o'zgarishi bilan kechadigan kasallik ayrim ichimlik suvi tarkibida fluor kimyoviy elementi oshiqcha miqdorda bor bo'lgan hududlardagina uchrashi va bunda fluorning ahamiyati juda katta ekanligi e'tirof etildi. Shu yili amerikalik olim Smit o'z sheriklari bilan rivojlanayotgan yosh hayvonlarda tajriba o'tkazib, tishlarning flyuoroz kasalligida fluor asosiy rol o'ynashini uzil-kesil isbotladi.

Keyinchalik olib borilgan tekshirish va kuzatuvlar natijasida flyuorozda nafaqat tishlar balki, butun skelet suyaklari sistemasi ham shikastlanishi mumkinligi va bu faqat insonlarga emas, hayvonlarga ham tegishli ekanligi aniqlandi.

Fluor elementi Mendeleev davriy sistemasida yettinchi, ya'ni galogenlar guruhining boshida turadi va o'ta aktiv kimyoviy xususiyatga egadir. Shuning uchun tabiatda erkin holda uchramaydi. Tabiatda keng tarqalgan bo'lib, asosan metallar bilan birikkan holda uchraydi va yer po'stloq qismining 0,08% ni tashkil qiladi. Ilmiy texnik rivojlanish davrida fluor elementi atrof muhit ni, suvni, tuproqni ko'plab ifloslantiruvchi moddaga aylanib turadi. Fluor yuqori faolligi hisobiga,

reaktivlik xususiyatiga ega ekanligi uchun organizmning himoya baryer to'siqlaridan bemalol o'tib, to'qimalarda rang-barang modda almashinuvi jarayonlarini buzadi, organizmning kup a'zolariga shikast yetkazadi.

Me'yordan oshiq fluor elementi emal va suyak oqsil karkasi bilan mineral tuzlar orasidagi bog'lanishlarni buzadi, bu esa mazkur to'qimalar parchalanishi, so'rilishi, yemirilishiga sabab bo'lar ekan. Fluor fosfotaza fermentining faolligini pasaytirib to'qimalarda, shu jumladan emalda kechayotgan mineralizatsiya jarayonini izdan chiqishiga sabab bo'ladi.

Shu narsa aniqlangani, flyuoroz xastaligining klinik belgilari endemik manbaa ham suv ichib yurgan bolalarning barchasida ham aniqlanmaydi. Ular orasida tishlari kasallanmagan sog'lom bolalar ham uchraydi. Bundan shu narsa ma'lum bo'ldiki, bir xil konsentratsiyali fluorli suv manbaalaridan foydalangan bolalar organizmi fluor moddasiga nisbatan har xil darajadagi sezgirlik qobiliyatiga ega. Bunday holat bola organizmning turg'unlik darajasiga va boshidan o'tkazgan kasalliklariga ham bog'liqdir.

Tabiatda fluor metallar bilan birikib, fluoridlar shaklida uchraydi va inson organizmning barcha a'zolarida, xususan ko'proq suyak to'qimasida va tishlarda o'z o'rnini egallaydi.

Fluor tabiatda artezan quduqlar suvida yuqori konsentratsiyada bo'ladi. Bundan tashqari dengiz balig'ida, go'sht mahsulotlarida ham ko'plab fluor birikmalari borligi aniqlangan. Lekin inson organizmi go'sht, baliq va boshqa organik mahsulotlardan ko'ra suv tarkibidagi fluorini yaxshiroq o'zlashtirib, o'ziga singdiradi. Shuning uchun ham fluor moddasini tutuvchi mahsulotlar ancha keng spektrga ega bo'lishidan qat'iy nazar ichimlik suvi inson organizmi uchun asosiy fluor manbai bo'lib qoladi.

GOST normativiga muvofik ichimlik suvidagi fluor miqdorining me'yoriy konsentratsiyasi 07-1,0 mg/litr bo'lishi kerak. Bunday fluor miqdori bor suvni iste'mol qilish kariyes profilaktikasida ham muhim ahamiyat kasb etadi.

Ammo, ftorning suv bilan organizmga kirish miqdori organizmning sutkalik ftorga bo'lgan talabidan oshmasligi kerak. Inson organizmining ftorga nisbatan bo'lgan sutkalik talabi 3,0-3,5 mgni tashkil qiladi. Ftor konsentratsiyasi suvda 1,2-1,5 mg/l va undan yuqori bo'lsa tishlar emalida har xil darajadagi flyuoroz kasalligini keltirib chiqarishi mumkin. Undan ham yuqori konsentratsiyalarda (8-10 mn/l)gi ftor tish emalidagi o'zgarishlardan tashqari bo'g'imlarda, belda og'riq, mushaklar tortilishi (rigidnost), turishda qiynalish, oyoq qo'llarda jonsizlik, xushdan ketish alomatlarini sodir qiladi. Suvdagi ftor miqdorining juda yuqori konsentratsiyasi (10-15 mg/l) yumshoq to'qimalar, ayniqsa qon tomirlar, bog'lamlar, paylar kaltsifikatsiyasini (ohaklanish) yuzaga keltirishi oqibatida bolalarning o'lik tug'ilishiga va yuqori bolalar o'limiga olib keladi.

7-15 yashar bolalar organizmiga me'yordan ortiq ftor kiritilishi ularning o'sishidan qolishi, 13-15 yashar bolalarda jinsiy yetilishning to'xtab qolishi kuzatiladi. Kuzatuvlar natijasida suvdagi kalsiy moddasining konsentratsiyasi past bo'lishi (30 mg/l), oziq-ovqat mahsulotlarida (300-400 mg/kg) bo'lishi flyuoroz kasalligini chuqurlashtirib uning og'ir shakllariga olib kelishi aniqlangan.

Ftor kasalligining klinik ko'rinishi, shakllari ftorning suvdagi konsentratsiyasiga, bemorning shu hududda qancha vaqt yashaganligiga (xususan tishlar mineralizatsiyasi davrida), organizmning ftor intoksikatsiyasiga nisbatan sezgirlik darajasiga, umumiy ahvoliga va uning shu zaxarlanish jarayoniga nisbatan turg'unligiga bog'liqdir.

Yuqori konsentratsiyali suvli hududda bola ma'lum bir qisqa davrda yashagan bo'lsa, uning faqat shu davrda rivojlanib minerallashayotgan tishlaridagina emal flyuorozi kuzatiladi. Mabodo bola homila davrida ham, tug'ilgandan so'ng ham bir necha yil davomida shu xudduda yashagan bo'lsa unda flyuoroz xastaligi barcha tishlarda kuzatiladi.

Ichimlik suvi tarkibida ftor miqdori 1 mg/l ni tashkil etgani issiq iqlimlarda suvni kup iste'mol qilish ham flyuoroz xastaligini yengil (dog'li, shtrixsimon) shakllarini sodir qilishi mumkin ekan.

Endemik flyuorozning klinik namoyon bo'lishini mualliflar har xil tasnif qilishadi. I.O. Novik (1951) va G.D. Ovrutskiy (1961)lar tishlar

emali flyuorozining 3 og'irlik bosqichini farq qilishadi, P.T. Maksimenko va A.K. Nikolishini (1976)-4 og'irlik bosqichini, Din (Dean)- 7 bosqichini, A.K. Patrikeev (1956) flyuorozning og'irlik darajasiga karab 5 xil shaklini ajratgan.

Biz ham emal flyuorozi kasalligining klinik shakllarini bayon qilishda V.K. Patrikeev (1956) tasnifiga asoslanamiz.

Kuzatishlar shuni ko'rsatdiki tishlar emali flyuorozining klinik belgilari bir xil konsentratsiyali ftorli suv iste'mol qilgan bolalarda har xil bo'lishi mumkin. Bunda kasalmand, organizmining qarshilik qobiliyati sustroq bolalarda, mineralizatsiya endi boshlangan bolalarda mineralizatsiya jarayonini chuqurroq buzilishi oqibatida og'irroq klinik belgilar sodir bo'ladi. Mineralizatsiya jarayoni ilgariroq boshlangan tishlarda yoki ta'sir o'tgandan keyin boshlangan bo'lsa ularda flyuoroz klinikasi ham har xil bo'ladi. Ftor intoksikatsiyasi boshlanganigacha qisman yoki to'liq mineralizatsiyaga uchragan tishlarda flyuorozning yengil shaklini kuzatish mumkin yoki flyuoroz bunday sharoitda rivojlanmasligi ham mumkin.

Ftor intoksikatsiyasi minerallashuv jarayoni boshlanishida o'z ta'sirini ko'rsatgan hollarda flyuorozning og'ir shakllari rivojlanadi.

Flyuoroz asosan doimiy tishlarni juda kamdan-kam hollarda sut tishlarini shikastlaydi, bunda homila yo'ldoshining himoya vositasi asosiy rolni o'ynaydi.

Tishlar emali flyuorozining og'irlik darajasi quyidagi holatlar bilan bevosita bog'liq bo'lishi mumkin:

1. Bola organizmining ftor intoksikatsiyasiga sezgirliigi va qarshilik ko'rsatish turg'unligi;
2. Ichimlik suvidagi ftor miqdori va ichilgan suv miqdori;
3. Bolaning yoshi va uning umumiy ahvoli, holati;
4. Oshiqcha ftorning organizmga qanchalik uzoq muddat tushganligi;
5. Ftor tutuvchi oziq-ovqatlarni (dengiz balig'i, go'sht mahsulotlari va boshq.) ko'plab uzoq vaqt qabul qilish;
6. Erta sun'iy ovqatlar bilan bolani boqish.

Flyuorozning V.K. Patrikeev (1956) buyicha tasnifi.

1. Shtrixsimon shakli:
2. Dog'li bo'rsimon xol-xol shakli:
3. Eroziyali shakli:
4. Destruksiya shakli:
5. Aralash shakli:

5.4.1. Flyuorozning shtrixsimon shakli.

Flyuorozning ushbu shaklida tish emalining yuza qavatida katta bo'lmagan ko'z ilg'ar-ilg'amas bo'rsimon chiziqlar shtrix shaklida mavjud bo'lib, yorug'lik tushish burchagi o'zgartirilganda yoki lupa ostida yaxshi ko'rinadi. Shtrixlar frontal tishlarning vestibulyar sathida ancha, yaxshigina shakllangan bo'lib ko'pchilik hollarda markaziy va ikkinchi yuqori jag' kurak tishlarni shikastlaydi, keyingi o'rinda pastki kurak tishlar turadi.

Shtrixsimon flyuoroz bilan kasallangan tishlar emali yaltiroqligini yo'qotadi, tiniqligi ketadi, oqish bo'rsimon tusga kiradi. Shtrixsimon yo'llar vaqt o'tishi bilan yo'qolib ketishga moyilligi bo'ladi. Flyuoroz shtrixlari metilen ko'ki bo'qyogi bilan bo'yalmaydi.

Bemorlar kosmetik nuqsonga, tishlarning yaltiroqligi, tinikligi yuqolganligiga, rangi o'zgarganligiga shikoyat qilishadi.

Rentgen tasvirda flyuorozning bu shakli aniqlanmaydi.

5.4.2. Flyuorozning dog'li shakli.

Flyuorozning bunday shaklida tishlar emali sathida kichik o'lchamli, ko'plab chiziqli yulsiz dog'lar mavjud bo'ladi. Emal yaltiroqligi, silliqdigi o'zgarmagan. Dog'larning markaziy qismida rang kuyukrok bo'lib, dog' chetiga karab rang o'zgarishi kamayib boradi va yukolib emalning soglom qismi bilan bir xil tus olib ketadi.

Mazkur xastalik barcha tishlarda, yoki bir vaqtda rivojlanayotgan, minerallashgan tishlar guruhida uchrashi mumkin. Bunda tishlar toj qismining bir qismi yoki butun toj qismi to'liq shikastlanishi bolaning ffor miqdori kup bo'lgan ichimlik suvi iste'mol qilinadigan hududda qaysi yoshda va qancha vaqt yashaganliga bilan bog'liqdir. Flyuoroz

dog'lari butun toj qismining barcha sohalarida uchrashi mumkin, lekin ular tishlarning dahliz va bo'yin sathida aniq ravshan ko'rinish oladi. Dog'lar bursimon, ba'zan och sariq tusda bo'ladi. Flyuoroz dog'lari turg'un, bir-biri bilan kushilib ketishi mumkin, kamdan-kam hollarda ularning uz-uzidan yukolib ketishi ham kuzatilgan.

Mazkur flyuoroz dog'lari metilen kuki buyogi bilan bo'yalmasligi bilan kariyes dog'idan farq qiladi. Bemorlar kosmetik nuqsonga shikoyat qilishadi. Rentgen tasvirda hech qanday o'zgarishlar aniqlanmaydi.

5.4.3. Bo'rsimon xol-xol nuqtali flyuoroz.

Flyuorozning bu shaklida tishlar toj qismining emali o'z rangini yo'qtadi bo'rsimon tus oladi, tiniqligi va yaltiroqligini yo'qtadi. Ana shunday o'zgargan emal sathida pigmentlashgan oq yoki to'q jigarrang tusli nuqtasimon xol-xol dog'lar kuzatiladi. Shu sohalarida diametri 1,5 mm chuqurligi 0,1 mm li emal chuqurchalari aniqlanadi. Patologik jarayon ko'pchilik hollarda barcha guruh tishlarida kuzatiladi. Nuqtasimon xol-xol jigarrang chuqurchalarni tish toj qismining qaysi sohasida joylashuvi bolaning qaysi yoshda va qancha vaqt ftor konsentratsiyasi yuqori bo'lgan ichimlik suvi iste'mol qilinadigan hududda yashaganligiga bog'liqdir.

Flyuorozning bu shakli uchun tishlarning emal koplamasida mayda yoriqlar, pigmentlashgan to'q jigarrang dentinni ochilib qolishiga sabab bo'ladigan patologik siyqalanish mavjudligi xususiy hol hisoblanadi.

Bemorlar kosmetik-estetik nuqson-kamchiliklarga shikoyat qilishadi. Rentgen tasvirda o'zgarish bo'lmaydi.

5.4.4. Flyuorozning eroziya shakli.

Flyuorozning mazkur shaklida kuchli rang o'zgargan tishlar toj qismi sathida ayrim joylarda yemirilish oqibatida emal qavat mavjud bo'lmaydi. Shu sohalar eroziyaga uchragan bo'lib, ularning chetlari kuchli pigmentlashgan, bo'rsimon tus olgan, emal yaltiroqligi butunlay yo'qolgan, oson uqalanadigan, sinib tushadigan va oqibatda har xil shaklli va o'lchamli kavak-bo'shliqlar hosil qiladi. Bu hosil bo'lgan

kavaklar sathi notekis. g'adir-budir bo'lib, sarg'imtir yoki jigarrang tusda bo'ladi. Ularning rangini to'q yoki ochligi kavaklar chuqurligiga va hosil bo'lgan vaqtiga bog'liqdir.

Flyuorozning bu shakli uchun emal va dentin qavatlarining kuchli patologik siyqalanishi xarakterli belgilardan biri hisoblanadi.

Bemorlar issiq, sovuq haroratlar ta'siridan sodir bo'ladigan og'riqlarga, kosmetik, estetik nuqsonlarga, emalning yorilib sinib tushishiga, siyqalanishiga shikoyat qilishadi. Rentgen tasvirda chuqur kavaklar qoramtir dog'lar shaklida aniqlanadi.

5.4.5. Destruksiya shaklidagi flyuoroz.

Flyuorozning mazkur shakli ichimlik suvida ftorning yuqori konsentratsiyasi mavjud bo'lgan (10 mg/l va undan oshiq) hududlarda yashagan insonlar, bolalarda uchraydi. Bunda tishlar emal qavati juda mo'rtligi katta bo'laklarining tezda sinib tushishi oqibatida tish toj qismi anatomik shakli buziladi, atipik shaklni oladi. Emal, dentin qavatlari kuchli siyqalanishga uchraydi. Flyuorozning bu shakli emal va dentin qavatlarini shikastlantiradi. Tish toj qismida ko'plab o'ydin-chuqurlar bo'lib, ular har xil chuqurlik va o'lchamlarga ega bo'ladi. Zond yuritilib ko'rganda og'riq sodir bo'lishi kuzatiladi.

Bemorlar kosmetik nuqsonga, tish toj qismining uqalanib sinishiga, issiq, sovuq haroratdan sodir bo'ladigan og'riqlarga, giperesteziyaga, siyqalanishga shikoyat qilishadi. Rentgen tasvirda o'ydin-chuqurlar katta qoramtir dog' sifatida namoyon bo'ladi.

5.4.6. Aralash shaklli flyuoroz.

Aralash belgilar mavjud bo'lgan flyuorozning bu shakli ota-onalar 4,5 oylikdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarni ftor konsentratsiyasi yuqori ichimlik suvi mavjud hududlarga bir necha bor olib borib, ma'lum vaqt turganliklari oqibatida sodir bo'ladi. Ichimlik suvining har xil konsentratsiyali ftor moddasini tutishi oqibatida shunday sharoitga tushgan bolalar tishida flyuorozning bir necha xil klinik ko'rinishi kuzatiladi.

Kasallikning klinik kechishining og'ir yoki yengilligiga qarab bemorlar kosmetik nuqsonga, tishlar sezgirligini oshishiga, tishlar toj qismlarini sinib tushishiga va patologik siyqalanishga shikoyat qilishlari mumkin.

Rentgen tasvirda chuqur kavaklar, defektlar sohasida qoraygan sohalar, dog'lar aniqlanadi.

Aralash shakldagi flyuoroz o'ziga o'xshash klinik belgilari mavjud bo'lgan: kariyes, irsiy tugallanmagan amelogenez, emal gipoplaziyasi, eroziyasi, nekrozi va ponasimon nuqsonlar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Flyuoroz xastaligi profilaktikasi maqsadida quyidagilar tavsiya qilinadi:

1. Ichimlik suvi manbalarini o'zgartirish, ichiladigan suvni filtrlash.
2. Faqat kaynatilgan suv ichish, sharbatlar, sut iste'mol qilish. Suvni muzlatib, keyin eritib iste'mol qilish.
3. muvofiklashgan (ratsional) ovqatlanishni to'g'ri tashkil qilish.
4. Iloji boricha bolalarni (ayniqsa 4 yoshgacha bo'lgan) fluor konsentratsiyasi ichimlik suvida yuqori regionlardan tez-tez olib chiqish, bir muddat boshqa hududlarda yashash.
5. Tishlarni tarkibida kalsiy saqlovchi tish pastalari bilan yuvish.
6. Yangi tug'ilgan bolalarni iloji boricha sun'iy ovqatlantirmaslik va erta definitiv (qozon ovqat) ovqatga o'tkazmaslik.

Flyuoroz xastaligini davolash. Flyuoroz xastaligini davolash usulini tanlashda uning shakli e'tiborga olinadi. Yengil shakllarida (bo'rsimon, xol-xol, dog'li shakli) mahalliy oqartirish va remineralashtiruvchi davolash muolajalari o'tkaziladi. Og'ir shakllarida shikastlanish darajasini, chuqurligini, bemorning yoshini inobatga olgan holda zamonaviy plomba ashyolari: glassionomer, kompomer, kompozitlarning kimyoviy va nurda qotuvchi turlaridan foydalanib restavratsiya-anatomik shaklini tiklash muolajalar o'tkaziladi. Tish toj qismlari yemirilishi tiklash ishlariga imkoniyat bermagan hollarda ortopedik usullar qo'llanishi tavsiya etiladi.

5.5. Bolalarda sut tishlar rangining o'zgarish holatlari.

Ba'zan bolalarda chaqaloqlik davrda gemolitik sarg'ayishni boshidan kechirishgan bo'lishsa, yorib chiqqan sut tishlari emali sariq, sariq-kulrang, to'q jigarrang, sarg'imir-yashil, jigarrang-yashil, jigarrang-qora, kulrang, yashil, havorang, qizg'ish rangga kirishi mumkin. Erta chaqaloqlik davrda sodir bo'lgan eritrotsitlar gemolizi natijasida hosil bo'lgan, noto'g'ri bilirubin tish to'qimalarida yig'ilib qolishi natijasida tish qattiq to'qimalari yuqorida keltirilgan ranglarga kirishi mumkin. Bu narsa tishlar to'qimasi gistogeneziga ta'sir qilib sistemali gipoplaziyaga ham olib keladi.

Eritrotsitlar gemoliziga ona va bola qonidagi rezus faktorning bir-biriga to'g'ri kelmasligi sabab bo'ladi. Boshqa sabablar oqibatida yuz beradigan gipoplaziyadan eritrotsitlar gemolizi sodir qilgan gipoplaziyaning farqi bunda sut tishlari toj qismi emalining rangi albatta o'zgaradi. Agarda ona organizmida antitelalar titri pastroq bo'lsa yoki yangi tug'ilib sarg'aygan chaqaloq maydalab qon quyish usulida davolangan bo'lsa, sut tishlarining rangi o'zgaradiyu, lekin bunday hollarda gipoplaziya kuzatilmaydi.

Eritrotsitlar gemolizi oqibatida sodir bo'lgan sut tishlaridagi o'zgarishlarni tetratsiklinli tishlar, irsiy tugallanmagan odontogenez (Kapdepon displaziyasi) bilan gipoplaziyaning boshqa turlari bilan qiyosiy tashxis qilinadi. Qiyosiy tashxisda tishlar rangini o'zgarganligining sabablari anamnez ma'lumotlari, ko'rik va ultrabinafsha nur yordamidagi tekshirishlar ma'lumotlari asosiy ahamiyatga egadir.

5.6. Marmar kasalligi.

Marmar kasalligi kam uchraydigan suyak skeleti sistemasining xastaligi bo'lib, tibbiyotda osteopetroza, Alberts-Shenberg (1916) kasalligi nomi bilan ham ma'lum. Ikki jins vakillarida ham bir xilda uchraydi.

Xastalikning ikki xil turi ajratilgan: 1) Erta bolalik yoshida barcha klinik belgilari yuzaga chiqib faol kechadigan; 2) Klinik belgilersiz kechadigan, faqat suyaklar rentgen tasviridagina aniqlanadigan shakli.

Mazkur kasallik suyaklar sistemasining g'ovak qismini sklerozi-chandiqlanishi bilan kechadi. Kasallik boshlanish davrida naysimon

suyaklarning metafiz qismini, yalpoq suyaklarning periferik qismini shikastlaydi.

Kalla suyagi tekshirilganda unda suyak zichlanishining tekismasligi aniqlanadi. Asosiy va peshona suyagi bo'shliqlari chandiqlangani kuzatiladi.

Jag' suyaklarining zararlanishi tishlar taraqqiyoti va yorib chiqishining buzilishiga sabab bo'ladi. Kasallik tishlar rivojlanishini susaytiradi, chiqish muddatlarini kechiktiradi va tish qattiq to'qimalarining o'zgarishiga olib keladi. Tishlar ildizlari rivojlanishini tugata olmaydi, tish bo'shliqlari va ildiz kanallari bitib ketganligi kuzatiladi. Tish qattiq to'qimalarining kariyes jarayoniga moyilligi oshadi, odontogen yallig'lanish jarayoni (pulpit, periodontit) kuchayadi. Odontogen yallig'lanish jarayonlari tez-tez jag' suyagi yallig'lanishiga (osteomyelit) o'tib turishi kuzatiladi.

5.7. Gipofosfateziya.

Rathburn 1948 yilda bu xastalikni birinchi marta kuzatib, mustaqil kasallik ekanligini e'tirof etgan. 1952 yilda Sobel ham mazkur kasallikni kuzatib yuqoridagi fikrni, uning o'ziga xos alohida xastalik ekanligini tasdiqlagan. Kasallik nasldan naslga beriluvchi irsiy xususiyatga ega, bunda tug'ma modda almashinuvining buzilishi kuzatiladi.

Kasallik asosida asosli (ishkoriy) fosfataza fermenti sintezining anomaliyasi-nuqsoni yotadi. Qondagi ishqoriy fosfataza fermentining faolligini pasayishi yoki qon plazmasida uning miqdorining kamayib ketishi, bunda kalsiy, fosfor elementlari miqdorining risoladagidek bo'lishi shu kasallik uchun xususiy hol hisoblanadi.

Kasallik odatda bola tug'ilgan zaxoti yoki birinchi 6 oy mobaynida aniqlanadi. Kamdan-kam hollarda katta yoshdagi bolalarda aniqlash mumkin.

Bu kasallik uchun qo'l, oyoq suyaklari deformatsiyasi, patologik suyak sinishlari, kalla tepa suyagi ohaklanishining buzilishi, dispnoe, badan terisining ko'karishi (tsianoz), ko'ngil aynishi, qusish, ich qotishi, mushaklar titrashi, tirnoqlar va sochlar mo'rtligi, sinishi xarakterli

belgilar hisoblanadi. Mazkur kasallik tish qattiq to'qimalari gipoplaziyasiga, tish ildizlarining to'liq rivojlanmay qolishiga, ildizlarni muddatidan oldin so'rilishiga va kurak tishlarni, keyin boshqa tishlarni tezda tushib ketishiga sabab bo'ladi.

Rentgen tasvirda alveolyar suyak o'sig'ining shakllanmaganligi, suyaklar osteoporozi, sut tishlar ildizining so'rilishi aniq va ravshan aniqlanadi. Bemor bolaning ota-onasining qoni tekshirilganda qon plazmasida fosfataza fermentining miqdori risoladagidan ancha pastligi kuzatiladi. Bunda ularda suyak patologiyasi bo'lmasligi ham mumkin.

5.8. Tish qattiq to'qimalarining nasldan naslga beriluvchi irsiy kasalliklari

Nasldan-naslga beriluvchi tish qattiq to'qimalarining tug'ma nuqsonlariga irsiy tugallanmagan amelogenez (ITA), irsiy tugallanmagan dentinogenez (ITD), irsiy tugallanmagan odontogenez(ITO) kiradi.

5.8.1. Irsiy tugallanmagan amelogenez(ITA)

Bu juda kamdan-kam uchraydigan, fan tamonidan deyarli o'rganilmagan tish emal to'qimasining rivojlanish nuqsoni bo'lib, uning bir necha xil klinik shakllari, har xil klinik ko'rinishi va avloddan avlodga har xil yo'l bilan berilishi farqlanadi. Mazkur nuqsonni paydo bo'lish sabablari asosida embrion ektodermal varag'idagi nasliy rivojlanmay qolgan sohalar yuzaga kelishi yotadi. ITA alohida mustaqil nuqson sifatida, ba'zan esa qo'shma sindromlar va xromosom kasalligining klinik belgisi sifatida ham yuzaga kelishi mumkin. Tish emal to'qimasining ushbu nuqsonida emalning rangi o'zgaradi, u yupqalashadi, tish toj qismi o'lchamlari kichrayadi. Tish toj qismida chuqurchalar, oval kemtiklar va egatchalar kuzatiladi. Bu xil klinik belgilar va nuqsonlar estetik kamchilik sifatida bemor bolalar tomonidan qayd etilib, shikoyatlar paydo bo'ladi. Irsiy tugallanmagan amelogenezni u yoki bu xil klinik ko'rinishlarda namoyon bo'lishiga rivojlanayotgan emal matritsasidagi buzilishlar sabab bo'ladi. ITAning **gipoplastik turining** kelib chiqishi emal matritsasidagi shakllanishning

buzilishi bilan bog'liqligi etirof qilinadi; **gipomaturatsiyali** turi esa matritsaning me'yoriy yetilishining buzilishi bilan bog'liq; **gipominerallashgan** turi- matritsaning mineral tuzlarga to'yinishining buzilishi oqibatida yuzaga kelishi taxmin qilinadi. Kasallikni klinik ko'rinishlari uning turiga, qaysi yo'l bilan irsiy berilganligiga, klinik kechishiga bevosita bog'liq bo'ladi. Mazkur emal nuqsoni 3 xil irsiy yo'l bilan berilishi (autosom-dominant, autosom-retsessiv, X-yopishgan dominant yoki retsessiv) mumkinligini, 3 xil klinik shakli (gipoplastik, gipomaturatsiyali, gipominerallashgan), 12 xil klinik ko'rinishini nazarda tutsak, ushbu emal nuqsonini qanchalik darajada xilma-xilligini tasavvur etishimizga to'g'ri keladi.

ITAning g'oyatda xilma-xil shakli, turi va klinik namoyon bo'lishi shifokordan juda ehtiyotkorlik va e'tibor bilan bemorni ko'rikdan o'tkazib tekshirishni taqozo qiladi. Shifokorlar mazkur kasallikning har bir shakli, turi o'ziga xos klinik belgilarga ega ekanligini yaxshi bilib, ularni ajrata olishi kerak.

ITA gipoplastik turining 6 xil klinik ko'rinishi mavjud:

1. Autosom-dominant chuqurcha-egatchali irsiy tugallanmagan amelogenez.

Klinik belgilari: tish toj qismining ko'pchilik hollarda vestibulyar va lunj yuzalarida o'rtacha o'lchamli chuqurchalar va egatchalar mavjudligiga aniqlanadi. Til va tanglay yuzalarda bu nuqsonlar birmuncha kamchilikni tashkil qilishadi va ma'lum bir tartibga ega bo'lmasdan xaotik tarzda joylashadi. Ba'zan chuqurchalar ma'lum yo'nalishda ustunchalar tizimi shaklida ko'rinadi. Egatchalar ham uzunasiga yo'nalgan bo'lib, tishning kesuvchi yoki chaynov qirrasidan bo'yin qismi tomon tish o'qi bo'ylab yo'nalgan bo'ladi. Chuqurchalar va egatchalardan hosil bo'lgan chiziqlar gohida tish kesuvchi qirrasidan boshlanib, ekvatorga intilib tugaydi. Gohida ekvatoridan boshlanib tish bo'yin qismi sohasiga intilib tugaydi. Ba'zan esa bo'yin qismidan boshlanib ekvator tomon yo'nalgan bo'ladi. Tishlar kesuvchi qirrasidan boshlangan nuqsonlar shu sohalarda emalning yupqalashishini, yorilib ajralishini yuzaga keltiradi. Shu sohalarda emal yupqalashib, ovqat

mahsulotlari pigmenti hisobiga rangi o'zgaradi. Mazkur pigmentlar chuqur singib kirmaydi va mexanik usulda yengil tozalanadi. Nuqsonlar bo'lmagan sohalarda emal o'zining odatiy tusiga, rangiga yaltiroqligiga ega, yuzasi silliq, tekis. Sut va doimiy tishlar kasallikka bir xil tortiladi.

2. Autosom-dominant mahalliy gipoplastik ITA.

Klinik belgilari: Tishlar toj qismining vestibulyar va lunj yuzalarida yakka-dukkam yirik oval shaklidagi chuqurchalar va egatchalar mavjud bo'ladi. Chuqurchalar va egatchalar vertikal yo'nalishda bo'lib, simmetrik joylashuvi aniqlanmaydi. Bir xil nomli tishlar sathida mazkur nuqsonlar har xil chuqurlikda bo'lib, ularning tubi va devorlari tekis, emal silliq, qattiq, yaltiroq, qavati faqat chuqurroq sohalarda yupqalashgan bo'ladi. Yupqalashgan emal sohalorida emal rangi o'zgargan bo'lib, och-sariq yoki och-jigarrang tus oladi. Emal rangining to'qroq yoki ochroq bo'lishi nuqsonlar chuqurligiga va bolaning yoshiga bog'liq bo'ladi. Bolaning yoshi qanchalik katta bo'lsa, nuqsonlar chuqurroq bo'lsa emal to'qimasining va ochilib qolgan dentin to'qimasining rangi shunchalalik to'qroq bo'yaladi. Jarohatlangan sut va doimiy tishlarning soni har xil bo'lishi mumkin.

3. Autosom-dominant gipoplastik silliq ITA.

Mazkur kasallik mavjud bemorlarda emal to'qimasi tishning barcha sathi bo'ylab tekis yupqalashganligi natijasida tish toj qismining barcha o'lchamlari uning anatomik shaklini buzmaganda holda kichiklashadi. Bunda emal qoplamining rangi och-sariqdan och-jigarranggacha o'z tusini o'zgartirganini shoxidii bo'lish mumkin. Emal to'qimasi qattiq, yuzasi silliq, juda tiniq va yaltiroq tarzda bo'ladi. Ba'zi bir tishlarda siyqalanish va mayda yoriqchalar borligi kuzatiladi. Tishlar orasida tremalar mavud bo'lib, ba'zi ta'sirlarga nisbatan ularning yuqori sezgirli-giperesteziyasi aniqlanadi. Mazkur xastalik sut tishlarida va doimiy tishlarda birdek uchraydi.

4. Autosom – dominant gipoplastik donador ITA

Bunday xastaligi bor bemorlar tishlarining toj qismi yuzasida ko'plab chuqurchalar va egatchalarning tartibsiz tarzda joylashganligi kuzatiladi. Ushbu nuqsonlar chuqurligi har xil bo'lib, o'lchamlari ham xar xildir. Egatchalar va chuqurchalar orasidagi emal donador holda, me'yoridagi qattiqlikda bo'lib dentin qavati bilan mustahkam boylangan. Emal butun toj sathi bo'ylab, ayniqsa nuqsonlar sohasida ancha yupqalashganligi tufayli tishlar orasida tremalar mavjud. Nuqsonlar mavjud bo'lmagan joylarda emal sathi tekis, silliq, donachalar aniqlanmaydi. Nuqsonli tishlarda giperesteziya tashqi ta'sirlarga nisbatan sezgirlik mavjud. Emalning yaltiroqlik sifati saqlangan. Bir bemorda har xil guruh tishlarning rangi har xil tonda – oldingi kurak tishlarda och-sariqdan, chaynov tishlarda qoramtir ranggacha o'zgarganligi kuzatiladi. Jarohatli nuqsoni bor tishlarda mayda yoriqchalar borligi bilan birgalikda emalning patologik siyqalanish elementlari ham uchraydi. Bemor bolalar tishlarining toj qismi har xil shaklga ega bo'ladi. Silindrsimon to'sinchalar shaklida yoki konus shakldagi tishlarni ko'ramiz. Tishlarning kesuv qirralari o'tmas dumaloq shaklni oladi. Oziq tishlar do'mboqchalari chaynov yuzasida o'tkir uchli – duksimon ko'rinishda bo'lishi qayd qilingan. Bunday notekis relefli emal sathi mazkur tishlarda kariyes jarayonini va kariyes kovaklari mavjud degan yolg'on ta'surot tug'diradi. Vaqt o'tishi bilan chaynov do'mboqlari o'rnidagi o'tkir duksimon o'siqlar sinib, ajralib tushadi va natijada ular o'rnida dentin to'qimasi ochilib qoladi. Bemor bolalar tishlaridagi giperesteziya holatiga shikoyat qiladi. Ochilib qolgan dentin rangining och yoki to'qligi uning ochilib qolish muddatiga va Jarohat chuqurligiga bog'liq bo'ladi. Bunday kasallik sut tishlarida ham, doimiy tishlarda ham kuzatiladi.

5. O'g'il bolalarda uchraydigan yopishgan X-xromosomal dominant gipoplastik silliq ITA.

Asosiy belgilari: faqat o'g'il bolalarda uchraydi, tishlar emal qavati barcha sohalarida ozroq yupqalashgan, silliq, yaltiroq, oldingi guruh tishlarda och-sariq, chaynov tishlarda sarg'imtir –jigarrang tusda

bo'ladi. Tishlar oralig'ida tremalar mavjud. Emal giperesteziyasi va siyqalanishi kuzatiladi. Sut va doimiy tishlar shikastlanadi.

6. Qiz bolalarda uchraydigan yopishgan X-xromosomal dominant gipoplastik yo'l-yo'l egatchali ITA.

Asosiy belgilari: tishlarni vestibulyar va lunj yuzalarida emal sathida bo'ylamasiga yunalgan yullar va egatchalar mavjud. Emal qattiqligi buzilmagan, dentin qavat egatchalar sohasida bir muncha yupqalashganligi aniqlanadi. Ba'zi bir egatchalar tubida qo'shimcha chuqurchalar mavjud bo'lib, ular tubida emal juda yupqalashgan yoki mutlaqo bo'lmaydi. Dentin qavat shu sohalarda ochilib qolgan. Kasallikning mazkur belgilari simmetrik holda joylashgan bo'lib, har xil o'lchamlarga va chuqurlikka ega. Ular bir-biridan har xil masofada joylashishi mumkin. Qo'shimcha chuqurlarda emalning qoramtir tus olganligini ko'ramiz. Emal to'qimasi bo'ylama yo'llarda tiniqligini bir muncha yo'qotgan bo'lsa, egatchalarda u sariq tus olgan bo'ladi. Tishlar orasida tremalar kuzatilmaydi. Sut va doimiy tishlarning zararlanishi son jixatdan har xil bo'lishi mumkin.

Autosom-resessiv gipoplastik notekis ITA.

Yangi chiqayotgan tishlarda ularning toj qismi emal qavatining yupqaligi va emal to'qimasining yorilishi natijasida shakli o'zgarib, o'lchamlari kichrayganligi kuzatiladi. Emal qavatining yupqalashishi va tezda yorilib, bo'laklarga bo'linishi ko'proq tishlarning vestibulyar yuzasida va lunj yuzasida qayd etiladi. Tishlar toj qismida saqlanib qolgan emal to'qimasi yupqa, bo'lak-bo'lak orolchalar sifatida ko'rinadi va ularni dentin to'qimasidan ajratishga urinishlarda sinib yoki to'liq ko'chib chiqishi kuzatiladi. Bu holat emal to'qimasini dentin bilan o'zaro birikishini susayganligini va emal mo'rtlashib qolganini ko'rsatadi. Bo'laklarga bo'lingan emal orolchalari tishlar sathida notekis yuzalar paydo qiladi. Tishlar bo'yin sohasida emal bir muncha qalin bo'ladi. Tishlarning kontakt va tanglay yuzalarida emal ko'proq saqlangan. Har xil tishlar guruhida tishlar rangi-tusi har xil. Oldingi tishlarda och-sariqdan, chaynov tishlarida to'q-jigarranggacha tovlanadi.

Sut va doimiy molyar tishlar do'mboqchalarida kichik yoriqchalar va emal to'qimasining siyqalanganligi kuzatiladi. Tishlarda tremalar va giperesteziya sut va doimiy tishlarda bir xil aniqlanadi.

Autosom-dominant gipomaturasiyalı pigmentli ITA.

Yangi chiqqan tishlar emali dastlabki davrlarda silliq, emal qalinligi me'yorida, tremalar yo'q. Emal to'qimasi mo'rtlashgan, yaltiroqligi yo'qolib rangi-tusi o'zgargan. Ba'zi bemor bolalarda u sariq yoki jigarrang bo'lsa, boshqalarida emal bo'rsimon, tiniqligi yo'qolgan va ular ma'lum vaqtdan keyin sariq yoki jigarrang tus olishi mumkin. Ba'zan emal rangini o'zgarishi sariq-jigarrang dog'chalar yoki yo'llar sifatida namoyon bo'lib, tishlar yuvilganda bu dog'-yo'llar ketmaydi. Mazkur nuqsonlari mavjud bolalarda ma'lum vaqt o'tishi bilan frontal va chaynov tishlarida o'rta va yirik o'lchamli yoriqlar paydo bo'lishi, emalda kuchli patologik siyqalanishlar sodir bo'lishi kuzatiladi. Bunday patologik o'zgarishlar sut va doimiy tishlarda sezgirlikni oshib ketishiga-giperesteziyaga olib keladi. Mazkur xastalik sut va doimiy tishlarda birdek uchraydi.

Autosom-dominant gipomaturatsiyali "qorli qalpoq" shaklidagi ITA.

Har xil davrda mineralizatsiya jarayoni kechadigan tishlarning vestibulyar yoki lunj sathida xira, yaltiroqligi yuqolgan, bo'rsimon tusdagi tekis yoki jimjimador yakkam-dukkam aniq chegarali dog'lar kuzatiladi. Tishlar toj qismlarining emali silliq, qattiq, qalinligi me'yorida, tremalar va giperesteziya aniqlanmaydi. Tishlardagi dog'lar shakli va o'lchamlari xar xil, ular joylashuvida simmetriya yuq, metilen ko'ki bilan bo'yalmaydi. Ko'proq doimiy yuqori frontal tishlarning vestibulyar yuzalarida namoyon bo'ladi.

Autosom-Resessiv gipomaturatsiyali pigmentlashgan ITA.

Yangi yorib chiqqan tishlar emali silliq, qalinligi odatdagidek, tishlar orasida tremalar yuq. Tishlar emalining rangi oq-xira tusdan och-jigarrang tusgacha, emal odatdagidan yumshoq, yaltiroqligi yo'qolgan. Ma'lum muddat o'tgach, asosan tishlar vestibulyar sathida emalda har

xil katta-kichik yoriqlar paydo bo'ladi, emalning dentindan ajralishi va tish toj qismini patologik siyqalanishi oqibatida giperesteziya holati kuzatiladi. Nuqsonlar mavjud sohalarda emal yupqalashadi. Sut va doimiy tishlar bu xastalik bilan har xil shikastlanadi.

Yopishgan X-zanjirli resessiv gipomaturatsiyali yo'l-yo'l faqat ayollarda uchraydigan ITA.

Tishlar toj qismida asosan ularning vestibulyar yuzasida, bir xil nomli tishlarda har xil uzunlikdagi yul-yul shakilli emal o'zgarishlari kuzatiladi. Ular soni bir xil bo'lmaydi, bir tishda ko'proq, ikkinchisida ozroq, ularning joylashuvida ham simmetrik holatni ko'rmaymiz. Yullarning emali har xil tusda-Ba'zilar odatdagidek tiniq, ba'zilar xira, bo'rsimon oq, och-sariq yoki och-jigarrang tusta bo'ladi. Tishlar toj qismi emali silliq, emal qalinligi buzilmagan. Emal qattiqligini biroz yuqotgan. Vaqt o'tishi bilan chaynov tishlar yuzasida yoriqlar, emalning sinib, bo'laklarga ajralishi kuzatiladi. Bu hol o'z navbatida tishlarning patologik siyqalanishiga va tishlar giperesteziyasiga sabab bo'ladi. Bu xastalik sut tishlarida ham, doimiy tishlarda ham uchraydi.

ITAning gipominerallashgan 2 xil klinik shakli kuzatiladi.

Autosom-dominant to'liq minerallashmagan ITA.

Mazkur xastalikda dastlab tish toj qismi emali silliq, qalinligi buzilmagan, rangi oq-bo'rsimondan och-jigarrang tusgacha, tishlar orasida tremalar mavjud emas. Emal qavatida zond yuritilganda uning zichligini pasayganligini, zond botib kirishi mumkin sohalari mavjudligini, yoki bo'lmasa yeksavator yordamida emalni dentindan ko'chirish mumkinligi guvohi bo'lamiz. Vaqt o'tishi bilan emal rangi to'q jigarrangga aylana boshlaydi, emalda yoriqlar, emal ko'chishi, kuchli patologik siyqalanishi, ayrim hollarda emal ko'chishi giperesteziyaga olib kelganligini kuzatamiz. Bu xastalik bilan sut ham doimiy tishlar kasallanadi.

Autosom-resessiv to'liq minerallashmagan ITA.

Tishlar chiqqan dastlabki davrlarda tish toj qismi emali silliq, odatdagi qalinlikda, zichligi ancha pasaygan, zond botirganda uning sanchilishi mumkinligi aniqlanadi. Emal ekskavator yordamida dentindan oson ko'chadi. Tishlar orasida tremalar yuq. Tez orada emal to'q tusga kirib, unda yoriqlar hosil bo'la boshlaydi, sinib dentindan ajrala boshlaydi. Kuchli patologik siyqalanish, giperesteziyaga va emal to'qimasining qovjirab ajralib tushishiga olib keladi. Bu esa o'z navbatida tezda tremalar hosil bo'lishi va dentin to'qimasini ochilib qolishiga sabab bo'ladi. Emal to'qimasi faqatgina tishlar bo'yin sohasidagina saqlanib qoladi.

5.8.2. Tugallanmagan dentinogenez. (Dentinogenesis imperfecta)

Tish qattiq to'qimasining nasldan-naslga berbluvchi bu irsiy xastaligi tishlarning dentin to'qimasida, dentin rivojlanishining buzilishi oqibatida kuzatiladigan nuqson hisoblanadi. Bunda tish emal qavatida o'zgarish kuzatilmaydi va dentinda bo'layotgan o'zgarishlar ob'ektiv klinik belgilar bilan kechmaydi. Tish toj qismi rangi-tusi, o'lehamlari bilan odatdagi me'yoriy holda bo'ladi. Ba'zi biar hollarda bolalar milklarini qonashiga, ayrim tishlarning qimirlab-liqillab qolayotganligiga shikoyat qilishadi. Bu hol bolalarning yoshi oshgan sari kuchayib boradi.

Rentgen tasvirda frontal tishlar ildizi kalta, ingichka yoki yo'g'onlashgan. Chaynov tishlarda bitta kalta, baquvvat ildiz aniqlanadi. Ildiz uchlarida bir nechta uchi o'tkir o'simtalar mavjud. Tish bo'shlig'i va ildiz kanali keskin toraygan bo'lib yosh o'tishi bilan to'liq obliteratsiyaga uchraydi. O'sish zonasi kichraygan, yaxshi aniqlanmaydi. Ba'zi bir tishlarda ildiz cho'qqi teshigi atrofida aniq yoki noaniq chegarali suyak destruksiyasi kuzatiladi. Dentin qavat yupqa, tish bo'shlig'i zich joylashgan dentikllar bilan to'la. Ba'zi bolalar mazkur kasallikda harorat ta'siridan tishlarda og'riq paydo bo'lganligiga shikoyat qilishadi. Tugallanmagan dentinogenez o'g'il va qiz bolalarda bir xil uchraydi.

Davosi. Odontogen jarayonlarni bartaraf qilish uchun dentikli ildiz kanallarini o'tib, yaxshilab plomba material bilan to'ldirish shikoyatlarni bartaraf etadi. Tishlar tushib ketgan taqdirda olib qo'yiluvchi protezlar yasaliq taqib yurish tavsiya qilinadi.

5.8.3. Tugallanmagan odontogenez yoki irsiy tovlanuvchi dentin (Stenton-Kapdepon sindromi).

Mazkur kasallik asosida embrion ektodermal va mezodermal varaqlari to'qimalarining faoliyatini buzilishi yotadi. Natijada emal va dentin to'qimalar rivojlanishi buziladi. Tishlarning bunday nuqsone o'g'il va qiz bolalarda bir xilda uchraydi. Bolalar tishlari o'rtacha muddatda chiqadi, ular o'lchamlari va shakli buzilmagan bo'lsada, emal rangi o'zgargan bo'ladi. Ko'pchilik hollarda emal rangi kulrang, bo'tana suv tusini eslatadi. Ba'zan tovlanuvchi jigarrang tusda bo'ladi. Tishlar chiqib bo'lganidan so'ng oz muddat ichida emalda yoriqlar paydo bo'ladi va ochilib qolgan dentin to'qimasi tovlanuvchi tus oladi, tezda yemirilib ketadi, yupqalashuvi oqibatida tish bo'shlig'ining konturlari ko'rina boshlaydi. Emal va dentin to'qimasining siyqalanib yemirilish darajasi bolaning yoshiga bog'liq bo'ladi. Bolaning yoshi qanchalik katta bo'lsa, siyqalanish shuncha kuchli namoyon bo'ladi. Bunda sut tishlarining ko'proq va tezroq patologik yemirilishi kuzatiladi. Bu xastalikda tishlarning toj qismini yemirilishi oqibatida tishlar munosabati (prikus) ning buzilishi, yuqori-pastki jag' bo'g'inlarida o'zgarishlar yuzaga keladi. Rentgren tasvirida tish toj qismi bo'shlig'i, ildiz kanallarining bitib qolganligi kuzatiladi. Tishlar ildizlari qisqa, ingichka yoki yug'on tortgan bo'lib, ularning apikal sohasida gipersementoz va suyak to'qimasining o'choqli osteoporozi, siyraklashuvi aniqlanadi

Bolalar kosmetik nuqsonga, tishlarning siyqalanishiga, milklarning qonashiga, jag' bo'g'imidagi og'riqlarga va tishlarni harorat ga nisbatan sezgirligini oshganligiga shikoyat qiladi.

Davolash ishlari zamonaviy barcha terapevtik, ortopedik usullardan foydalanib tishlarning anotomik shaklini tiklashga va faoliyatini me'yorlashga qaratilgan bo'lishi kerak. Bunda himoya tish

kappalaridan, koronkalardan, ko`priksimon va olinadigan protezlardan, terapevtik restavratsiya usullaridan keng foydalanish taqozo qilinadi.

5.8.4. Tugallanmagan osteogenez (Osteogenesis imperfecta)

Mazkur kasallik autosom-dominant yo`l bilan nasldan-naslga beriluvchi juda ham kam uchraydigan xastalik bo`lib, o`g`il bolalarda va qiz bolalarda bir xilda uchrashi kuzatilgan. Tugallanmagan odontogenez kasalligi uchun uzun naysimon suyaklarni, o`mrov suyagini, qovurg`a suyaklarini tez-tez sinib turishi odatiy hol hisoblanadi. Yosh bolalarda kalla suyagi choklarini bitishi sekinlashadi, ular o`shida orqada qolishadi, karlik, ko`z sklerasining moviy tusi, tishlar tuzilishining buzilishi va bo`rtib chiqqan peshona xususiy hol hisoblanadi. Tishlar o`lchamlari o`zgarmagan, shakli odatdagiday bo`lib, ularning rangi kulrang, moviy kulrangdan och sariq yoki jigarranggacha o`zgarishi kuzatiladi. Sut va doimiy tishlarning patologik siyqalanishi doimiy klinik belgilardan biri bo`lib hisoblanadi.

Rentgen tasvirda jag` suyaklar kortikal plastinka qatlamining yupqalashuvi, tish ildizlari uchida suyak osteoporozi aniqlanadi. Bolalarning yoshi ortishi bilan tish bo`shlig`i va ildiz kanallarining bitib ketishi kuzatiladi.

6 Bob. PARODONT KASALLIKLARI.

Parodont - bu tish atrofini jips o`rab turuvchi milk, tish aylana boylami - periodont va alveolyar suyak o`sig`ini o`z ichiga oluvchi to`qimalar majmuasidir. Parodont shakllanishi tish ildizlarining paydo bo`lishi bilan boshlanib, ularning to`liq shakllanishi bilan birgalikda tugaydi. Parodont tuzilishi bolalar yoshiga qarab, o`z xususiyatlariga ega bo`ladi. Milklarning rangi parodonti sog`lom bolalarda och pushti tusda bo`ladi. Issiq janubiy o`lkalarda yashovchilarda oldingi kurak va qoziq tishlarni o`rab turuvchi milklarning qo`ng`ir yoki qoramtir - ko`kish tusda bo`lishiga sabab, bu iqlimda yashovchilarning terisi va shilliq parda to`qimalarida quyosh nuri ta`siri ostida melanin pigmentining ko`proq yig`ilishidir.

Sog'lom parodontda milk so'rg'ichlari tish yoyining har ikki tomonida (vestibulyar, oral) ham o'tkir qirrali teng yon tomonlarga ega bo'lgan uchburchak shaklida bo'ladi. Agar tishlarning tish yoyida joylashish tartibi buzilsa, u holda milk so'rg'ichlarining cho'qqisi dumaloqlashib, silliqlashadi. Tishlari o'sib chiqishi paytida tish va milk orasidagi cho'ntaklarning o'lchamlari o'zgarib turadi. Tishlar o'sib chiqishi tugallanishi bilan ular atrofidagi tish-milk cho'ntaklarining o'lchamlari odatda 1,5-2 mm chuqurlikda bo'ladi.

Parodont xastaligi yer yuzining hamma mamlakatlarida bolalar o'rtasida uchraydi. Bu xastalik 4-5% dan 99% gacha tarqalgandir. Parodont xastaligi asosan tishlar o'sib chiqishi tugallangandan keyin sut tishlari atrofida, ko'proq esa doimiy tishlar chiqqanidan so'ng yuzaga keladi.

6.1. Bolalarda parodont to'qimasining anotomik tuzilishi va fiziologik xususiyatlari.

Parodont – morfologik va funksional jihatidan murakkab to'qima bo'lib, tish atrofini o'rab va uni alveola kosachasida ushlab turadi. Parodont strukturasini: milk, periodont, alveola suyak o'sig'i va sement tashkil qiladi. Bu elementlar o'zaro jips bog'langan bo'lib, bir embrional kurtakdan rivojlangandir. Mazkur sanab o'tilgan strukturalarning asosiy qismi mezenxima to'qimasidan taraqqiy etganligi buning dalilidir.

Parodont to'qiması o'ziga yarasha murakkab: barer, trofik, plastik, ushlab turuvchi tayanch kabi vazifalarni bajaradi.

Milk, epiteliy va qo'shuvchi to'qima qavatidan iborat bo'lib, tishlar atrofidan boshlanib o'tuvchi burmalar shilliq pardasigacha davom etadi. Milkda so'rg'ich qismi, marginal qismi va alveolyar qismlari farqlanadi. Milkda so'rg'ich qismi erkin holatda yotgan bo'lib, marginal sohaga o'tishdan oldin tish milk tarmovchasini yoki odatdagi tish – milk cho'ntagini (egatini) hosil qiladi.

Gistologik tuzilishi jihatdan unda milk epiteliysi, krevikulyar (milk egatini ichidan qoplovchi) va biriktiruvchi (tsementga yopishgan epitelial birikmani qoplovchi) epiteliy turlari ajratiladi.

Milk parodont to'qimasining muhim strukturasi bo'lib qolgan strukturalarni tashqi muhit sharoitining bevosita ta'siridan saqlab turadi. Tishlar bo'yin qismiga jips yopishib epiteliy va xususiy biriktiruvchi to'qimali qavatlardan iborat bo'lib, alveolyar o'siq suyak usti pardasiga yopishgan bo'ladi. Milkning alveolyar qismini qoplab turuvchi ko'p qavatli yassi epiteliy qavat: bazal, tikanaksimon, donador hujayralar qavatidan iborat bo'lib, odatda shoxlanishiga moyil bo'ladi. Bu holat milkni kimyoviy, mexanik va boshqa ta'sirlardan himoya qiladi.

Milkning xususiy qavatining asosiy hujayra oraliq moddasi barer – himoya va yuqori regeneratsiya vazifalarini bajarishi bilan bir qatorda to'qima gemostazini barqarorlashtirib turadi.

Milkning mikroblar va tashqi muhit ning har xil noxush ta'sirlaridan himoya qiluvchi vositasi bo'lib, uning xususiy to'qimasida faoliyat ko'rsatadigan himoya hujayralar majmuasi (limfotsitlar, plazmatik hujayralar, monotsitlar, neytrofillar makrofaglar va semiz hujayralar) hisoblanadi. Shu bilan bir qatorda asosiy moddasida mavjud bo'lgan gialuron kislotasi va gialuronidaza fermenti ham himoya vositasi sifatida muhim o'rin tutadi.

To'qimada gialuronidaza fermentining oshib ketishi uning o'tkazuvchanligini oshiradi va yallig'lanish jarayonining boshlanishiga sabab bo'ladi. Bunday hol ko'pincha patogen mikroorganizmlarning to'qimaga tushib, o'zidan gialuron kislotasini ishlab chiqargan paytlarda yuz beradi.

Milk xususiy qavatining qo'shuvchi to'qimasi tolali strukturasi kollagen tolalar yaxshi rivojlangan bo'ladi. Bu tolali strukturalar to'qimaning zichligi va mustahkamligini ta'minlab turadi. Qo'shuvchi to'qimaning xususiy hujayrasi sanalmish fibroblastlar kollagen tolalarni hosil qilish va uning yallig'lanib turishini ta'minlaydi. Limfotsit, makrofag, plazmatik va semiz hujayralar – fagotsitoz, pinotsitoz, antitelolar va immunoglobulinlar ishlab chiqarish vazifalarni bajarishadi.

Parodont kasalliklarining etiologiyasini, patogenezini aniqlashda va bu xastalikni oldini olish – profilaktika tadbir – choralarini belgilab olishda tish va milk orasini qoplab, biriktirib turuvchi maxsus epitelial boylam to'g'risidagi tasavvur muhim o'rin tutadi. Aynan shu sohalar

tashqi muhitning ko'plab noxush ta'sirlariga, ayniqsa mikroblarga nisbatan to'siq hisoblanadi. Shu bilan birgalikda parodont to'qimasida yallig'lanish jarayoni boshlanuvchi nuqta hisoblanadi.

Milk egatchasi – bu tish va unga yopishib turgan milk o'rtasidagi bo'shliq yoki cho'ntak bo'lib, maxsus biriktiruvchi epiteliy bilan qoplangandir. Milk cho'ntagi yoki egatchasi va maxsus epitelial birikma parodont to'qimasi uchun himoya vazifasini bajarishi bilan birgalikda o'zining xos tuzilishiga va qon bilan ta'aminotiga egadir.

Maxsus soha epiteliysi hech qachon muguzlanmaydi va o'z navbatida bir necha qavat tish sathiga parallel joylashgan hujayralar majmuidan iboratdir. Mazkur hujayralar har 4-8 kunda yangilanib turadi. Biriktiruvchi maxsus epiteliyning tish sathiga yopishib turgan yuza qavat hujayralari gemidesmosomalar orqali, yupqa organik qatlam yordamida tish yuzasi appatitlarining kristallari bilan bog'liqdir.

Maxsus epitelial birikma tish sathini oddiygina qoplab turmay, balki u bilan chatishib ketgan bo'ladi. Ana shu chatishgan barer butunligi, uning ostida joylashgan parodont to'qimasini mikroblar va ularning toksinlaridan himoya qilib turadi. Parodont to'qimasini himoya qilishda milk suyuqligi muhim ahamiyat kasb etadi. Mazkur suyuqlik ekssudat va transsudat oralig'idagi konsentratsiyaga ega bo'lib, o'z tarkibida uglevod, oqsil va boshqa moddalar almashinuvida faol ishtirok etuvchi fermentlar tutadi. Odatda bu fermentlardan ba'zilarining faollik jihatdan qon zardobi tarkibiga kiruvchi fermentlardan 8-10 karra yuqoriligi aniqlangan. Milk suyuqligiga kiruvchi oqsillar, jumladan immunoglobulinlar qon plazmasidagi o'xshash oqsillar vazifasini bajaradi.

Milk suyuqligida doimo leykotsitlar mavjud bo'lib, ularning soni yallig'lanish darajasi oshishi bilan oshib boradi. Bunday hol ta'sirlarga qarshi organizmning himoya reaksiyasi bo'lib parodont to'qimasini patologik jarayondan saqlaydi.

Milk suyuqligiga leykotsitlar milk egatchasi epiteliysi orqali xemotaksis ta'siriga asosan chiqadi. Bundan tashqari milk suyuqligida mikroorganizmlar tomonidan ishlab chiqilgan sitotoksik moddalar (sut kislatasi, ammiak, bakterial endotoksinlar) mavjud bo'lib, ularning

miqdori va ta'sir kuchi yallig'lanish jarayonida bir necha marotaba oshadi. Bu sitotoksik mahsulotlar hujayralarni parchalab yallig'lanish jarayoni patogenizida muhim o'rin tutadi.

Sement – tish ildizini dentin ustidan qoplab turuvchi to'qima bo'lib, hujayrali va hujayrasiz turlar farq qilinadi. Hujayrali sement tish ildizining appikal qismida va ildizlar ajralgan bifurkatsiya qismida uchraydi.

Periodont (parodontal boylam, desmodont) – tish ildizlari atrofini o'rab, ularga jips yopishib turuvchi zich tolali qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan struktura bo'lib, tarkibida sharpeev tolalarini saqlaydi va tishlarni alveola tish chuqurchasida maxkam ushlab turuvchi vosita rolini ham o'ynaydi.

Alveola suyak o'sig'i – tish atrofini o'rab turuvchi suyak to'qimasi bo'lib, tish ildizi atrofida suyak kosachasini (katakchasini) hosil qiladi va unga yopishib turadi. Tish ildiziga qaragan tomoni kompakt plastinkalardan iborat tuzilishga ega bo'ladi.

Milk:

1. Qon tomirlarga boy, epiteliysi yupqa shoxlanuvchi qavatga ega, shuning uchun milk rangi to'q pushti.
2. Milk epiteliysi so'rg'ichlari chuqur bo'lmaganligi uchun uning donadorligi sezilmaydi.
3. Milk qo'shuvchi to'qimasi unchalik zich hisoblanmaydi.
4. Milk egatchalari ancha chuqurligi bilan farq qiladi.
5. Tishlar chiqish davrida milk qirg'oqlari shishib, qizarib yumaloqlashadi.

Ildiz sementi:

1. Yupqaroq bo'ladi.
2. Unchalik zich emas.
3. Giperplaziyaga moyil bo'lib, epiteliy bilan birikishda faol ishtirok etadi.

Periodont (parodontal boylam):

1. Kengroq, qalinroq bo'ladi.
2. Ingichka va nozik tolalarga boy.

3. To'qimasida suv ko'proq saqlaydi (qon va limfa suyuqligi hisobiga).

Alveola suyak o'sig'ining xususiyatlari:

1. Cho'qqisi yassiroq.
2. Yupqa to'rsimon plastinkalar majm'ui mavjud.
3. Suyak iligi joylashgan g'ovak qismi kengroq.
4. Oliaklanish darajasi pastroq.
5. G'ovak qismida suyak to'sinchalari siyrak joylashgan.
6. Qon va limfa tomirlarga juda boy.

6.1.1. Bolalar yoshida milk to'qimasining morfologik shakllanishi.

Sut tishlari davrida milk tuzilishi o'ziga xos bo'lib, epiteliy qavati yupqa, takomillashmagan, epitelial so'rg'ichlar yuza joylashgan, shoxlanish belgilari rivojlanmagan bo'ladi. Bazal membrana, yupqa, nozik tuzilishga ega. 3 yoshgacha bo'lgan bolalar og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi, jumladan milk shilliq pardasi epiteliy qavati juda ko'p miqdorda glikogen saqlaydi. Sut tishlar prikusi shakllanishining tugashi arafasida (2,5-3 yosh) milk epiteliysida glikogen moddasi butunlay bo'lmaydi va bu jihatdan shilliq pardaning boshqa bo'limlaridan farq qilmaydi.

3 yoshdan so'ng milk shilliq qavati epiteliysida glikogen moddasining paydo bo'lishi patologik jarayondan darak beradi. Shiller-Pisarev usulida yallig'lanish jarayoni mavjudligini aniqlash diagnostika sinamasi to'qimada glikogen moddasi bor-yo'qligini tekshirib ko'rishga asoslangan. Mazkur sinama asosida yod-kraxmal (glikogen) reaksiyasi yotadi. Shilliq parda xususiy to'qimasining kollogen tolalari zich joylashmagan va ma'lum yo'nalishda tutamlar hosil qilmagan bo'ladi. Elastik tolalar xususiy to'qimada bo'lmaydi.

Sut tishlar almashinuvi davrida ma'lum, sezilarli o'zgarishlar bo'ladi: milk epiteliy qavati qalinlashadi, epitelial so'rg'ichlar shakllanib, o'lchamlari kattalashadi, chuqurligi oshadi, kollagen tolalar zichlashib ma'lum yo'nalishda yotadi. Mazkur yoshda Pearse C. (1962) fikriga ko'ra kollagen tolalarning yetilishi sodir bo'ladi va ular diffuz reaksiyaga kirish qobiliyatini susaytiradi. Qon tomirlar atrofida dumaloq

hujayralarning yig'ilishi dumaloq gistogematik barer o'tkazuvchanligini keskin pasaytiradi. Bu esa o'z navbatida milkda patologik jarayonlarning surunkali tarzda kechishini ta'minlaydi.

Doimiy tishlar chiqib bo'lganidan so'ng bolalar milki mukammallashgan strukturaga ega bo'ladi va ikki muhim vazifani bajaradi:

A) parodont to'qimalarini tashqi muhit ta'siridan ajratib himoya qiladi;

V) tarkibida tolali strukturalar mavjudligi va shilliq osti pardasi bo'lmaganligi uning tishlarni mustahkam ushlab turish vazifasida ishtirokini ta'minlaydi.

Milk funksional jihatdan og'iz shilliq qavatining chaynov turiga kiradi; uning yuza qavatini shoxlanuvchi epiteliy hujayralari tashkil qiladi. Milkning tish bo'yin qismini qoplab turuvchi qismi bundan mustasnodir. Bu sohada krevikulyar (sulkulyar), ya'ni milk egatchasining tubini qoplovchi nozik epiteliy qavat mavjuddir. Epiteliyning mazkur turi bolalarning 3 yoshgacha og'iz bo'shlig'ining lunj, o'tuvchi burmasi shilliq qavati singari juda nozik va tez shikastlanadigan bo'ladi. Shuning uchun ham gingivitlarda, ko'pchilik hollarda krevikulyar epiteliyning shikastlanishi ro'y beradi. Shoxlangan qavat bilan himoyalangan bu epiteliy mikroorganizmlar bilan va milk egatchasi suyuqligi bilan bevosita aloqador (kontaktda) bo'ladi. Mikroblar ta'siri ostida uning o'tkazuvchanligi oshadi.

6.1.2. Parodont boylamining shakllanishi.

Bolalar yoshida parodontal boylamining o'ziga xos xususiyati unda turg'un struktura va shaklning yo'qligidir. Har bir tish atrofidagi periodontal boylamning rivojlanishi tishning follikulyar taraqqiyoti paytidan boshlanadi. Tishning alveola suyagini yorib chiqish paytida, tish xaltasi qo'shuvchi to'qimasining tolali strukturasi milk kollagen tolalari bilan qo'shilib tolalar majmuini hosil qiladi. Bu tolalar majmui tish og'iz bo'shlig'iga yorib chiqqunicha paydo bo'lib, funksional okkulyuziyagacha davom etadi.

T. F. Vinogradova periodont to'qimasi tarqqiyotini 7 davrga bo'ladi:

Sut tishlari davrida:

1. jag' suyagi ichidagi taraqqiyot;
2. tishlarning yorib chiqishi;
3. sut tishlari periodonti va ildizining o'sishi va shakllanishi;

Tishlar almashinuvi davrida:

4. sut tishlari ildizining so'rilishi;
5. jag' suyagi ichida doimiy tishlarning shakllanishi;
6. doimiy tishlarning chiqishi;

Doimiy tishlar chiqib bo'lganidan so'ng:

7. doimiy tishlar ildizlarining o'sishi va periodont to'qimasining shakllanishi.

Uch yoshdan boshlab shakllangan periodontda zixer o'rami deb ataluvchi tolalar o'rami paydo bo'lishi kuzatiladi, bu esa periodontning vertikal o'sishiga moslashganidan darak beradi. Zixer tolalari tutami yangi paydo bo'lib, tish o'qiga parallel ravishda o'sib, oraliq tutam o'ranini hosil qiladi. Tishlar almashinuvi davrida (9 yosh) bu tutam tolalari o'z yo'nalishini o'zgartirib, tish o'qiga nisbatan 45° burchakni hosil qiladi va tish bo'yin qismidan (tepadan), ildiz qismiga (pastga) qarab yo'nalgan bo'ladi. Bu tolalar doimiy tishlar qatorida 14 yoshgacha kuzatilsada, juda keskin kamayib ketgan bo'ladi. Mazkur tolalar o'mini boshqa xil kollagen tolalar egallab oladi. Bu esa parodontning tolali strukturasini yetilganligi, mukammallashganligidan dalolat beradi.

Frontal tishlar sohasida parodontal boylam yupqa, nozikroq tolali karkas hosil qilsa, chaynov tishlar sohasida qalinroq, zichroq karkas hosil qiladi.

6.1.3. Bolalar yoshida parodont suyak to'qimasining struktura tuzilishi.

Sut tishlari davrida parodont suyak to'qimasi rentgenologik jihatdan shakllanayotgan suyak sifatida elementlarga boy bo'lmaydi. Rentgen tasvirlarda faqat suyak chambarak plastinkalarining doimiy tishlar follikulalarini o'rab turganligi ko'rinadi. Sut tishlar periodontini

chegaralab turgan kompakt suyak plastinkasi va minerallasgan suyak to'qimalarigina aniq ko'rinadi. Suyak tasviri yirik halkali, mukammallashtirmagan. Bosim tushadigan sohalarda joylashgan asosiy suyak to'sinlari yaxshi ko'rinmaydi. Bolalarda va o'smirlarda barcha tishlar periodonti tirqishlari 2 marta kengroq bo'ladi. Kortikal kompakt plastinkalar ancha kengroq, lekin zichligi patroq, shuning uchun yaxshi ilg'ab bo'lmaydi. (tasvir).

Sut tishlarining almashinuv davrida chiqayotgan tish alveola suyak o'sig'i shu tish tomon qiyalatib kesilganga o'xshab chiqib bo'lgan va chiqayotgan tishlar emal – sement chegarasi balandligida turadi. Natijada tishlar bo'yin va chiqayotgan tish toj qismida kengaygan periodont bo'shlig'i mavjud bo'lib ko'rinadi. Tishlar chiqib bo'lgandan so'ng tishlar orasidagi alveolyar o'siqning cho'qqi qismi har xil shakl ola boshlaydi. Yetti yoshdan so'ng alveola suyak cho'qqisi o'tkir qirra sifatida, dumaloq, yassi, trapetsiya shaklida bo'lishi mumkin. Bunday holat bolalar yoshida fiziologik o'zgarishlar natijasi bo'lib, jag' suyagining o'sishi, fiziologik diastema va tremalarning hosil bo'lishi bilan bog'liqdir.

Tishlar orasi alveola suyak cho'qqisi va kompakt plastinkasining shakllanishi, ohaklashuvi bir xil guruhga kiruvchi tishlarda: frontal guruh tishlar uchun ildiz cho'qqisi shakllanib bo'lgandan so'ng 8-9 yoshda, chaynov guruh tishlari uchun 14-15 yoshda tugallanadi.

Ildizlari shakllanmagan tishlar oralig'idagi alveola suyagida suyak to'sinchalarining bo'lmasligi parodont suyak to'qimasining mukammal shakllanmaganligidan, mineralizatsiya davom etayotganligidan dalolat beradi.

Doimiy tishlar davrida parodont suyak to'qimasining shakllanmaganligi g'ovak suyak strukturasi va qattiq suyak to'sinchalarining rentgen tasvirda aniq ravshan ko'rinishi va funksional holati bilan baholanadi.

Yuqori jag' suyagi hamda pastki jag'ning frontal sohasi odatda kichik halqali strukturaga ega bo'lsa pastki jag' chaynov sohasi suyagi yirik halqali suyak strukturasi ega bo'ladi.

Tishlar orasi alveola suyak to'sinining balandligi har xil darajada bo'lib, u tishlar shakli va ular orasidagi masofaga bog'liqdir. Odatda alveola o'sig'ining cho'qqisi emal – sement chegarasida joylashadi. Tremalar mavjud bo'lgan taqdirda emal – sement chegarasidan pastroqda ham joylashuvi mumkin.

Yuqorida qayd etilgan ma'lumotlar bolalar yoshida parodont tuzilishi, shakllanishi, ma'lum bir yoshga yetguncha muntazam o'zgarishda bo'lish qonuniyatining mavjudligini va u alohida tish, tishlar shakllanishi va tish – jag' sistemasi shakllanish dinamikasi bilan bog'liq ekanligini ko'rsatadi.

Parodont to'qimasi majmui vakillari (milk, alveola suyagi, periodont, sement) o'zining alohida tuzilish strukturasi, shakllanish va rivojlanish davriga ega bo'lishidan qat'iy nazar, anatomik jihatdan har xil to'qima vakili bo'lmasin ularda, anastamozlar shaklidagi qon, limfa tomirlar sistemasi, nerv elementlar majmui orqali ularning bir – biri bilan umumiy bog'langanligi va oralaridagi chegaralarni yo'qolishiga olib keladi. Bu esa parodont to'qimalari majmui patologik jarayonlarda mazkur to'qimalarning bir xil javob reaksiyasini ta'minlaydi. Ta'sir parodont to'qimasining qaysi bir elementiga ta'sir etmasin uni sezish va unga javob berish barcha strukturalar kompleksining aks – sadosiga aylanishi va parodontit sifatida klinik belgilar bilan yuzaga kelishini ta'minlaydi.

6.2. Parodont xastaliklari tasnifi.

I. Gingivit - milkning mahalliy va umumiy noxush ta'sirlar ostida tish, milk cho'ntagining butunligi bilan kechuvchi yallig'lanish jarayonidir.

Shakllari: kataral, gipertrofik, atrofik.

Kechishi: o'tkir, surunkali, qaytalovchi.

Ko'lami: chegaralangan, diffuz.

Klinik darajasi: yengil, o'rta og'irlikda, og'ir.

II. Parodontit - periodontal boylam va suyak to'qimasining buzilishi bilan birgalikda namoyon bo'luvchi parodont to'qimasining

yallig'lanish jarayoni. Kechishi: o'tkir, surunkali, o'tkirlashuvchi (jumladan yiringli-absselesi), qaytalanuvchi.

Klinik darajasi: yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir.

Ko'lami: chegaralangan, diffuz (keng tarqalgan).

III. Parodontoz - parodont to'qimasining yallig'lanishsiz distrofik jarohatlanishi.

Klinik darajasi: yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir.

Kechishi: surunkali, qaytalovchi.

Ko'lami tarqalgan (diffuz).

IV. Parodont to'qimasining tez kechuvchi neoplastik (ideopatik) yallig'lanish jarayonlari. Bularga Papiyon-Lefevr, Xend-Krischen-Myuller (X-gistiotsitoz) sindromlari, akatalaziya, neytropeniya, gammaglobulinemiya xastaliklarida yuzaga keladigan parodont to'qimasidagi kuchli o'zgarishlar kiradi.

V. Parodontomalar-parodont to'qimasining o'smalari,

Yuqorida bayon qilingan parodont xastaliklarining turlanishi, ularning klinik kechishi va morfologik o'zgarishlarini baholab, yallig'lanish, distrofik va usma jarayonlarini o'zida to'g'ri aks ettiradi. Xastaliklarga bunday nuqtai-nazardan qarash uni to'g'ri tushunib, shunga yarasha aniq to'g'ri ta'sir qiluvchi davo chora-tadbirlarini tanlashda muhim omil bo'lib hisoblanadi.

6.3. Parodont kasalliklari etiologiyasi.

Xastalikni to'g'ri aniqlashda uning ko'lamidan tashqari, keltirib chiqaruvchi shart-sharoitlarni (etiologiya), xastalikning klinik kechishini (surunkali, o'tkirlashgan surunkali, turg'un bosqichi), darajasini (engil, o'rta, og'ir) hamda yallig'lanish jarayonining klinik va morfologik belgilari (serozli, yiringli, nekrozli, proliferatsiya) ni nazarda tutmoq lozim.

Bolalarda kechadigan parodont to'qimasining xastaligi bir qator o'ziga xos xususiyatlarga egadir.

Xastalikning barcha shakllarida yallig'lanish jarayoni kuzatilib, u asosiy o'rinni egallaydi. Parodontoliz va neoplastik jarayonlar bolalar yoshida kam uchraydi, parodontoz xastaligi esa uchramaydi deb

hisoblanadi. Milkning ustki qismida toshlarning yig'ilishi faqat katta yoshdagi o'smir bolalarda kattalarga nisbatan ancha kam uchraydi.

Bolalar yoshida uchraydigan parodont xastaliklarini aksariyat hollarda mahalliy (og'iz bo'shlig'idagi) noxush sabablar yuzaga keltiradi. Shu bilan birgalikda organizmning umumiy kasalliklari ham bolalar yoshida parodont kasalligini keltirib chiqarishi ko'plab kuzatiladi.

Mahalliy sabablar:

1. Tishlardagi karashlar, toshlar.
2. Bir tomonlama ovqat chaynash.
3. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilmaslik.
4. Noto'g'ri qo'yilgan osilib turgan plombalar
5. Noto'g'ri o'rnatilgan ortodontik appapatlar (koronka, yoylar, briketlar va h.k.).
6. Til va lablar tizginchalarining anomal holati.
7. Og'iz dahlizining kichikligi.
8. Chuqur prikus.
9. Ochiq prikus.
10. Jag'larning to'liqmas taraqqiyoti.
11. Tishlar qatori anomaliyasi.

Bunday hollarda patologik yallig'lanish jarayonining ko'lamini kichik, chegaralangan bo'lib, u parodont to'qimasining shu noxush sabab tufayli ta'sir qilib turgan sathidagina aniqlanadi.

Umumiy sabablar:

1. Pubertat taraqqiyot davrida garmonal o'zgarishlar (infantilizm, erta ro'y beradigan jinsiy taraqqiyot, xayz buzilishi va h.k.)
2. Endokrin bezlar xastaligi (miksedema, gipofizar nanizm, epidemik buqoq, Itsenko-Kushing xastaligi).
3. Markaziy nerv sistemasi xastaliklari (Daun kasalligi-oligofreniya va boshqalar).
4. Qandli diabet kasalligi.
5. Xazm sistemasi kasalliklari.

6. Qon sistemasi xastaliklari
7. Yurak-qon tomir yetishmovchiligi
8. Har xil sistemali – ideopatik xastaliklar (X-gistiotsitoz, Papiyon-Lefevr sindrom iva h.k.)

Umumiy sabablar oqibatida yuzaga keladigan parodont kasalliklarining ko'lamini tarqalgan bo'lib, barcha tishlar atrofida rivojlanishi mumkin.

6.4. Parodont kasalliklari patogenezini

Yallig'lanish jarayoni bilan kechuvchi parodont xastaliklariga milk yallig'lanishi (gingivit) va parodontit kiradi. Bulardan gingivit kasalligi kengroq tarqalgan bo'lib, butun dunyo sog'liqni saqlash tashkilotining 2007 yilda e'lon qilingan ma'lumotiga qaraganda bolalar va o'smirlar o'rtasida 80% ga qadar aniqlanadi. Bu xastalik bolalarda ko'proq doimiy tishlar shakllangandan keyin yuzaga keladi va asosan surunkali tarzda kechadi.

Bolalar o'rtasida uchraydigan surunkali milk yallig'lanishining 80-85% i kataral yallig'lanishga, 12-15% i esa-gipertrofik va atrofik turlariga to'g'ri keladi, 15 yoshli bolalarda parodontit xastaligi 3-5% ni tashkil qilishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga muntazam ravishda rioya qilmaslik oqibatida tishlar yuzasida yumshoq karashlar hosil bo'ladi, bu esa o'z navbatida milklarning serozli kataral yallig'lanishiga olib keladi. Bunday hollarda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi ko'zdan kechirilganda milklarning shishinqirab qizarishi, ayniqsa ularning tishlar orasida oylashgan so'rg'ich qismida va ba'zan qirg'oq qismida yaqqol namoyon bo'ladi.

Ovqat ko'pincha og'iz bo'shlig'ida kasallangan (pulpit, periodontit) tishlar mavjud bo'lgan hollarda faqat bir tomondagi jag'larda chaynalishi sababli ovqat chaynalmaydigan jag' tishlarining atrofini o'rab turgan parodont to'qimasida yallig'lanish hollari kuzatiladi. Ovqat chaynalmaganligi sababli parodont to'qimasida qon aylanishi va to'qimalar oziqlanishni buziladi, tishlarda ko'plab yumshoq karashlar paydo bo'ladi. Natijada milklar qizarib shishinqiraydi va

yumshaydi. Tish karashlari tozalanayotganda qonash belgilari paydo bo'ladi.

Lab va til tizginchalarining kaltalashuvi va yo'g'onlashuvi ham serozli kataral yallig'lanishni keltirib chiqaradi. Oqibatda Bu hol pastki kurak tishlar atrofidagi milk to'qimasining atrofiyasi (pasayishi) ga olib keladi. Bunday hollarda markaziy kurak tishlarning toj qismi haddan tashqari uzaygandek tuyuladi. Milk to'qimasining ana shunday chegaralangan holda pasayishi retraksiya deb ataladi.

Ba'zan pasgki lab tizimchasi milk shilliq pardasining yuqori qismiga - cho'qqisiga (me'yorda lab tizimchasi milkning o'rta qismiga birlashgan bo'ladi) yopishgan bo'lsa, shu chegaralangan milk sathida yallig'lanish jarayoni vujudga keladi. Bunday jarayonlarga lablar harakati paytida milk so'rg'ichlarining tish sathidan ajralishi va natijada kengaygan milk-tish cho'ntagiga ovqat qoldiqlarining kirib qolishi, ularning bijg'ishi (chirishi) va mikroorganizmlar ko'payishi sabab bo'ladi. Bunday sharoitda milk shilliq pardasi muntazam ravishda jarohatlanadi va yallig'lanish jarayoniga uchraydi. Uzoq vaqt davom etgan bunday holat natijasida klinik yoki parodontal cho'ntaklar hosil bo'ladi va bu belgilar chegaralangan parodontit xastaligi yuzaga kelganligidan dalolat beradi.

Kichik og'iz dahlizi. Bunday anomaliya (me'yordan chetga chiqish holati) jag' suyagi alveolyar o'sig'i kam rivojlanishining natijasidir. Milk shilliq pardasi alveolyar suyakka yopishgan qismining balandligi bunday paytda 1-3 mm ga teng bo'ladi va dahliz chuqurligi kamayadi. Ovqat chaynash, mimik harakatlar paytida milkning qirg'oq va so'rg'ich qismi tish sathidan ajraladi. Yallig'lanish jarayoni yuqorida ko'rib o'tilgan yo'ldan boradi va chegaralangan gingivit yoki parodontit xastaliklarining yuzaga kelishini ta'minlaydi.

Tish-jag' sohasining anomaliyalari va deformatsiyalari. Bunday me'yordan chetga chiqish hollari bolalapda ko'p uchraydi. Natijada ba'zi bir guruh yoki alohida tishlarga tushadigai bosim (ovqat chaynash paytida, jag'lar yumilganda) me'yordan oshib ketadi. Fiziologik faoliyatining tishlar o'rtasida noto'g'ri taqsimlanishi natijasida parodont to'qimasida noxush, chegaralangan patologik vaziyat yuzaga keladi.

Yuqori kurak tishlarining tishlar yoyidan ichkariroqda, tanglay sohasida o'sib chiqishi natijasida pastki kurak tishlar ovqatni kesish paytida odatdan ko'proq gorizontal bosim qarshiligiga uchraydi. Bu hol shu tishlar atrofidagi milk to'qimasida atrofiya belgisini keltirib chiqaradi. Bunday jarayonning uzoq vaqt davom etishi pastki kurak tishlarni o'rab turuvchi suyak to'qimasining so'rilishiga (rezorbsiya) sabab bo'ladi.

Oldingi kurak tishlarning haddan tashqari chuqur prikusi natijasida jag'lar bir-biriga tegib turganda (og'iz berk holatda), ovqat mahsulotlari tishlab kesilayotgan hollarda bu tishlarga me'yordan ortiq og'irlik tushadi. Shu bilan bir qatorda milklarning surunkali jarohatlanib turishi kuzatiladi. Yuqorida bayon qilingan sabablar tufayli oldingi kurak tishlar atrofini qoplab turgan milk yallig'lanib, uning shishinqirab qizarishi, ya'ni gipertrofik gingivit xastaligi kuzatiladi.

Yana bir me'yordan chetlashish holati tishlarning bir-biriga og'iz bekitilganda tegmasligi yoki ochiq tishlar yoyi anomaliyasida faoliyat paytida tishlarga fiziologik bosim tushish; tarqalmaydi. Fiziologik jarayonda to'liq ishtirok eta olmagan tishlar atrofidagi milk to'qimasida qon aylanishi va oziqlanish jarayonlari buzilib, kataral yallig'lanish yoki milk to'qimasining gipertrofiyasi sodir bo'ladi. Anomaliya holati bartaraf etilmagan taqdirda, chegaralangan parodontit xastaligi rivojlanadi. Oqibatda parodontal cho'ntaklar hosil bo'ladi va tishlar qimirlaydigan bo'lib qoladi. Rentgen tasvirida periodontal tirqishning kengayganligini va alveolalar o'rtasidagi suyak to'sig'ida, ayniqsa uning o'rta qismida suyak to'qimasining siyraklanish (osteoporoz) belgilarini ko'ramiz.

8-12 yashar bolalarda jag' suyaklari rivojlanishining orqada qolishi oqibatida tishlar tig'izligi kelib chiqadi. Natijada bunday holat milkning kataral, keyinchalik gipertrofik yallig'lanishiga olib keladi. Ana shunday anomaliyalar mavjud bo'lgan bolalarda 13-15 yoshlar atrofida parodontit belgilari paydo bo'lganligini rentgen tasvirlaridan bilib olish mumkin. Alveolyar to'siqlarning cho'qqi qismida so'rilish (rezorbsiya) sodir bo'lishi oqibatida, ularning o'lchamlari pasayadi, parodontal cho'ntaklar hosil bo'ladi.

Gingivit va parodontitlarni yuzaga keltirishda tish usti karashlari muhim o'rin tutadi. Ayniqsa ular tarkibidagi mikroorganizmlar (Str. Sanguis, Vas. melanogenicus, Astinomyces viskozus va boshqalar). Mazkur mikroorganizmlar parodont yumshoq va qattiq to'qimalarida destruktiv jarayonlarni vujudga keltirishadi, suyak to'qimasining yemirilishiga olib keluvchi sharoit yaratishadi.

Ma'lumki bir qator mikroorganizmlar majmuasi bevosita suyak to'qimasi osteoklast hujayralarini faollashtirishi qibatida suyak to'qimasining so'rilishiga olib keladi. Bundan tashqari mikroblar organizmda immunologik o'zgarishlar vujudga keltirib, limfotsitlar sensibilizatsiyasi natijasida limfokin ishlab chikilishi ham osteoklast hujayralarini faollashtiradi.

Har qanday patogen mikroorganizmlar chaqirgan yallig'lanishi jarayonidek, parodont to'qimalarining ham yallig'lanishi faqat mikroblar mavjudligidan tashqari umum organizm qarshilik kuchi bilan ham bog'liqdir. Yallig'lanish jarayonining o'tkirligi, klinik, morfologik xususiyatlari va yallig'lanish oqibatlari qanday kechishini, organizm reaktivlik holati aniqlab beradi.

Bugungi kunda zamonaviy ma'lumotlarga tayangan holda parodont patogenezini 4 etap-davrga bo'lishi mumkin.

Birinchi davr-bunda bakteriyalar, ayniqsa Streptococcus mutans va zamburug'lar pellikkula bilan qoplangan tish yuzasiga juda jips yopishib koloniyalar hosil qilishadi. Shundan so'ng boshqa mikroorganizmlar qo'shilishi, ularning o'sib ko'payishi, tish karashning hajmini har taraflama oshishi, shu jumladan tish ildiziga qarab siljib ko'payishi kuzatiladi. Milk suyuqligi o'sish va xemotaksis faktorlari aerob va anaerob mikroorganizmlarni milk-tish egatchasiga migratsiyasini (initilishini) ta'minlaydi. Bu mikroorganizmlar tish bo'yin qismi sathiga, cho'ntaklar epiteliysiga yopishib olib, milk suyuqligini oqishiga to'sqinlik qila boshlashadi.

Ikkinchik davr-mikroblar invaziyasi davri bo'lib, bunda patogenlashgan infeksiya yoki ular toksini milk shilliq qavatiga botib kirib, xatto alveola suyak usti pardasigacha yetib borishadi.

Uchinchi davrda-bu patogen mikroblar ular toksinlari ta'sirida to'qima hujayralarining o'limi, parchalanishi bilan tavsiflanadi. Bu davrda ikki xil mexanizm ishga tushishini hisobga olmoq lozim: a) mikroorganizmlar yoki ular hayot faoliyati natijasida ajratgan mahsulotlarning bevosita ta'siri; b) organizmning umumiy reaktivligidan kelib chiqqan bilvosita ta'sirlar. Bevosita ta'sir bu ekzotoksinlar va gistolitik fermentlar (bakterial kollagenaza) ta'sirida to'qimaning erishi va destrukiya-sidir. Bundan tashqari bakteriyalar ishlab chiqqan vositalar organizmda toksik mahsulotlar ishlab chiqilishiga va ular ta'sirida ham to'qimalar parchalanishi, o'limi, sodir bo'lishi mumkin. Misol uchun, tish karashlari bakteriyalari ajratadigan ekzotoksinlar makrofaglar faollashuviga turtki bo'lib, natijada ular kollagenaza fermentini ishlab chiqarishadi va to'qima erib, parchalana boshlaydi.

To'rtinchi davr-to'qimalarning tiklanish davri. Parodont shilliq pardasi tiklanib, epitilizatsiya jarayoni faollashadi. Bu davrda gistologik va klinik ma'lumotlar parodont yallig'lanishi davrida o'tkirlashuv va yaxshilanish fazalari bir necha bor almashinuvi mumkinligini ko'rsatadi. Tuzalish (remissiya) fazasida yallig'lanish kamayishi, milk, to'qimasini kollagen tolalar yordamida tiklanishini (fibroz milk), shu bilan bir qatorda alveolyar suyak ustida rentgan tasvirlarda suyak to'qimasining me'yoriy buzilishlari, strukturalar soyasida o'zgarishlar mavjudligi seziladi.

Parodont yallig'lanishi patogenezidagi yuqorida zikr etilgan davrlarni har doim aniq ajratib bo'lmaydi. Sababi:

a) mikroorganizmlarning karashlar ustida koloniya hosil qilishi barcha davrlarda davom etadi; b) mikroorganizmlar invaziyasi va to'qimalar parchalanishi bir vaqtda davom etishi mumkin; v) mikroblarni to'qimaga botib kirishini ta'minlovchi faktorlar (milk o'tkazuvchanligini oshishi) parodontit kelib chiqishida muhim o'rin tutsa kerak. Parodont to'qimasining tiklanish davri boshqalardan aniq ajralib turadi va to'qimalar strukturasini buzilishi davridan so'ng sodir bo'ladi.

6.5. Balogʻat yoshi davrida oʻsmir yoshlar organizmida sodir boʻladigan oʻzgarishlar.

Jahon Sogʻliqni Saqlash Tashkilotining maʼlumotlariga binoan balogʻat yoshida kechadigan somatik, psixologik va ijtimoiy mukammallashish jarayonlarini inobatga olgan holda oʻsmirlik davri 10-20 yoshlarni oʻz ichiga olishini 1977 yilda ekspertlar tomonidan maʼlum qilingan. Aynan shu davrda inson organizmi, uning aʼzolari va sistemalari morfologik va funksional struktura jihatdan shakllanishini tugallanishi markaziy nerv sistemasi, neyro-endokrin sfera, vegetativ-asab, immun tizimidagi oʻzgarishlar bilan bevosita bogʻliq holda kechishi tekshiruvlar asosida isbotlangan.

Koʻpgina klinik va eksperimental kuzatuvlar miya poʻstlogʻining jinsiy yetilishida muhim ahamiyat kasb etishini tasdiqlaydi. Oʻspirinlik davrida miya poʻstloq qismi oʻzining shakllanishini tugallashi bilan bir qatorda yangi oʻtkazuvchi yoʻllar, ayniqsa assotsiativ muloqot yoʻllari vujudga kelishini taʼminlaydi. Miya poʻstlogʻini poʻstloq osti sohasi bilan bogʻlovchi yoʻllar, oraliq miyani gipofiz bilan bogʻlovchi bogʻlar takomillashadi. Adenogipofiz massasi ikki barobar oshib, funksional holati faollashadi. Adenogipofiz tomonidan somatotrop (STG) va tireotrop (TTG) garmonlarini ishlab chiqarish kuchayadi. STG garmoni taʼsirida oʻsmirlar tana oʻlchamlarining jadal oʻsishi kuzatiladi. Oʻrtacha ularning boʻyi yiliga 8-10sm ga choʻzilishi kuzatilgan.

TTG garmoni oʻz navbatida qalkonsimon bez faoliyatini oshirib, tireoid garmonlar sekretsiyasini kuchaytiradi. Bu esa oʻz navbatida oʻspirin organizmi toʻqimalarida kechadigan modda almashinuvi jarayonlarini keskin faollashuviga sabab boʻladi.

Balogʻat yoshi davrida, jinsiy yetilish jarayoni gipotalamo-gipofizar-germinativ sistemaning faoliyat boshlashiga turtki boʻladi. Gipotalamus faoliyatining faollashuvi gonadotrop garmonlarini ishlab chiqarishni va uning siklik jarayonini taʼminlaydi. Gipofiz tomonidan ishlab chiqarilgan gonadotrop garmonlari (FSG, LG) oʻgʻil bolalar va qizlar jinsiy endokrin bezlari (qizlarda tuxumdon, oʻgʻil bolalarda urugʻdon) faoliyatini oshiradi. Bular oʻz navbatida toʻqimalarda mikrotsirkulyatsiyani kuchaytirib modda almashinuvini tezlashtiradi,

shilliq qavatlar giperplaziyasi va gipertrofiyasini ta'minlayd. Bunda kechadigan garmonal o'zgarishlar, to'qimalardagi o'zgarishlar og'iz bo'shlig'i shilliq pardasiga ham, shu jumladan parodont to'qimalarida sodir bo'ladigan o'zgarishlarni yuzaga keltiradi. Mazkur jarayonlarda esterogen va testosteron jinsiy garmonlari muhim o'rin tutadi.

O'smirlik davrida sodir bo'lib yuzaga keladigan neyro-endokrin holat bu davrdagi immun sistema faoliyatiga ham o'z ta'sirini ko'rsatadi.

Balog'at yoshida sodir bo'ladigan neyro-endokrin o'zgarishlar immun sistemada ijobiy holatlarni yuzaga keltirishi bilan birgalikda ko'pgina salbiy holatlarga ham sababchi bo'lish ko'pgina tekshirish va kuzatishlarda aniqlangan (YU.E.Valtishev 1996; V.F.Chebotarev 1979; While va Kent 1977; Pierpady 1976; O.V. Zaratyans 1990; Sastro 1974; va x.k.).

Ayniqsa, mazkur o'zgarishlar oqibatida ayrisimon (timus) bezning shu davrda involyutsiyaga uchrashi immun sistemasi tizimida katta yo'qotish hisoblanadi va Bu holat balog'at yoshida insonlarning immunologik qobiliyatni ancha pasayishiga olib kelishi aniqlangan.

Balog'atga yetish davrida timus faoliyatini pasaytiruvchi va immun sistemaga susaytiruvchi ta'sir ko'rsatuvchi quyidagi holatlar yuz beradi:

1. Paratireoid garmon - timusda atrofiya chaqiradi, T-limfotsitlar sonini kamaytiradi va timusning gumoral faktori sirkulyatsiyasini susaytiradi.
2. Kortikosteroidlar (buyrak usti bezi garmonlari) - eng kuchli garmonal faktorlar hisoblanib, limfoid to'qima proliferatsiyasini va faoliyatini pasaytiradi. Limfotsitlarni timogen va steroidlarga sezgirligini pasaytirib, ularni ko'plab o'limiga sabab bo'ladi.
3. Testosteron - limfoid to'qima faoliyatini susaytirib immun javoblarni kamaytiradi. Buning isboti - kastratsiya qilingan hayvonlarda immun qobiliyat keskin ko'tariladi.
4. Progesteroning - immunitetga supressiv - susaytiruvchi ta'siri dozasiga bog'liq.
5. Androgenlar - parasimpatik nerv sistemasi tonusini kuchaytirish orqali immun sistemaga kuchli supressiv ta'sir ko'rsatadi.

Balogʻat yoshi fiziologik xususiyatlarini oʻrganish va kuzatish natijasida, mazkur davrda inson organizmining reaktivligini oʻzgartiruvchi, rezistentligini (kasalliklarga nisbatan turgʻunligini) pasaytiruvchi holatlarga, immunologik yetishmovchiliklarga quyidagi sabablar asos boʻlishi eʼtirof etilgan:

1. Gipotalamo-gipofizar majmua faolligini oshishi FSG, LG, STG, AKTG, jinsiy va boshqa xil garmonlarni ishlab chiqarilishini kuchayishiga olib keladi.
2. Mazkur davrda garmonal disbalanslar, katabolik jarayonlarni kuchayishi turgʻunlikni pasayishiga olib keladi.
3. Mazkur yoshda (10-16) psixo-emotsional holatning turgʻunmasligi, surunkali stress holati, AKTG va katexolaminlarning koʻplab ishlab chiqarish radikallarning erkin oksidlanishiga sabab boʻladi. Bu sharoitda antioksidantlarning yetishmovchiligi hujayralar, jumladan immun hujayralari membranasini shikastlanishiga olib keladi.
4. Monotsitlar faoliyatning buzilishi (fagotsitoz).
5. Timus involyutsiyasi sababli immunitetning xujayraviy zvenosini keskin susayishi, immunoglobulinlar ishlab chiqarilishining pasayishiga olib keladi.
6. Markaziy asab sistemasida poʻstloq-poʻstloq osti qismlari munosabatlarining buzilishi asab sistemasini adaptatsion qobiliyatini susaytiradi.

Xulosa qilib aytganda balogʻat yoshida sodir boʻladigan asab sistemasidagi, garmonal, endokrin, nerv-endokrin, immunologik tizimlarda yuz beradigan oʻzgarishlar oʻsmir, oʻspirinlar organizmida jismoniy oʻsish, jinsiy balogʻatga yetish, ikkilamchi jinsiy aʼzolarining shakllanishi va boshqa voyaga yetish holatiga olib keluvchi oʻzgarishlarga olib keladi. Shu bilan bir qatorda mazkur oʻzgarishlar koʻpchilik hollarda immunologik tizimning faoliyatini susayishiga, timus involyutsiyasini taʼminlovchi sharoitlarga sabab boʻlishi organizm reaktivligini oshishiga va turgʻunligini pasayishiga sabab boʻlar ekan. Shuning oqibatda balogʻat yoshi davrida insonlarning har xil kasalliklarga chalinishga boʻlgan moyilligi ortadi. Shu jumladan bunday

holatni og'iz bo'shlig'i a'zolarida ayniqsa parodont to'qimasida yaqqol kuzatish mushkullik tug'dirmaydi.

Bu holat balog'at yoshida parodont kasalliklari o'smir yoshlar orasida 60-70% ni tashkil etishini tushintirsa ajab emas.

Bolalar o'rtasida mahalliy sabablar chegaralangan yoki o'choqli parodont xastaligini vujudga keltiradi.

Urnumiy sabab asosida sodir bo'lgan parodont yallig'lanishi ko'pchilik holda diffuz tarqalgan bo'ladi

6.6. Parodont xastaliklariga uchragan bemorlarni tekshirish usullari

Klinik cho'ntak tish milk cho'ntagi o'lchamlarining me'yoridagidan bir oz chuqurlashgani (2 mm dan ortiqroq), lekin uni hosil qiluvchi to'qimalar butunligining buzilmagan holati.

Parodontal cho'ntak parodontni hosil qiluvchi to'qimalar butunligining qisman buzilishi natijasida hosil bo'ladi. Bunday cho'ntak chuqurligi me'yordan anchagina chuqurroqdir. Agar alveola suyak to'qimasining yemirilishi qayd qilinsa, u holda uni «suyak cho'ntak» deb ham yuritiladi.

Parodont kasalliklarida bemorni tekshirish tartibi:

- kasallik shikoyati va anamnezini aniqlash;
- hayot anamnezini o'rganish;
- tashqi ko'rik va og'iz bo'shlig'i ko'rigi;
- taxminiy tashxis qo'yish;
- maxsus tekshirish usullari bilan tekshirish;
- yakuniy tashxis qo'yish;
- davolash rejasini tuzish.

Shiller-Pisarev usuli tirik to'qimalarda glikogen yig'ilishini ko'rsatadi (yod-kraxmal reaksiyasiga asoslangan). Ma'lumki, yallig'lanish jarayonida shilliq qavat hujayralarida glikogen moddasi ko'p yig'iladi. Biz bu usuldan foydalanib, milk shilliq pardasida yallig'lanish jarayonining bor-yo'qligi, bor bo'lsa uning ko'lamini

aniqlaymiz. Shiller-Pisarev eritmasi - 1 g yod kristali, 2 g kaliy yodid tuzi va 40 ml distillangan suvdan iborat. Ko`rsatilgan eritma paxta tamponlarga shimdirilib, milk shilliq pardasiga qo`yiladi. Natijada shilliq parda to`q qo`ngir-jigarrang tusga kirs, bu to`qimada yallig`lanish jarayoni borligini ko`rsatadi.

Tishlarning qimirlash darajasini aniqlash

I darajali likildoqlikda tishlar qisqich (pinset) bilan qisilib, og`iz va dahliz tomonga harakatlantirilganda, ular tish yoyidan, 1 mm tashqariga va ichkariga siljiydi.

II darajali qimirlashida esa tishlar og`iz va dahliz hamda medial va distal tomonga o`z uqidan 1-2 mm ga og`adi.

III darajali liqildoqlikda xastalangan tishlar o`z o`qi atrofida aylanishining shoxidii bo`lamiz.

PMA (papillary-marginal-alveolyar) ko`rsatkichini aniqlash.

Bu ko`rsatkich milk shilliq pardasida yallig`lanish jarayonining darajasini va tarqalish ko`lamini ko`rsatadi. Umumiy milklar sathi 100 deb olinib, foizlarda ifodalanadi. Milk so`rg`ich qismi (S) yallig`lanishi bilan qirg`oq qismining yallig`lanishi (M) 2 ball bilan; alveolyar (A) qismining yallig`lanishi 3 ball bilan baholanadi va quyidagi formula asosida hisoblab topiladi.

$$\text{PMA ko`rsatkichi} = \frac{\sum_{\text{ballar}} * 100 \%}{3 * \text{tishlar soni}}$$

Quyidagi misolga qarang:

$$\text{PMA ko`rsatkichi} = \frac{\begin{array}{ccc} \text{M} & \text{R} & \text{A} \\ (2+2+2+2+1+1+1+1+3+3+3+3) \end{array} * 100}{3 * 24} = 33,3\%$$

Demak, bu misoldan ko`rinib turibdiki, 12 ta tish atrofidagi milk to`qimasi yallig`langan va u umumiy milk sathining 33,3 foizini tashkil qiladi (og`izda 24 dona tish mavjud). Milk shilliq pardasi lyugol eritmasi bilan bo`ladi.

Milklarda qon oqish darajasini aniqlash

Qon oqish belgilarining mavjudligini bemordan so`rab-surishtirilib aniqlanadi.

I darajali holatda qon oqish belgisi juda kam hollarda bemor shikoyatida keltiriladi.

II darajali holat tishlar tozalanganda har gal aniqlanadi.

III darajalisida qon oqish belgisi o'z o'zidan yoki ovqat chaynaganda kuzatiladi.

Komplek periodontal indeks(KPI) ni aniqlash.

Leus P.A.(1988) tomonidan taklif qilingan kompleks periodontal indeks tish atrofi to'qimasi holatini sifat va miqdor jihatdan to'laqonliroq xarakterlash uchun 12 yoshgacha bo'lgan bolalarda qo'llaniladi.

Mazkur indeksni aniqlash oddiy stomatologik instrumentlar yordamida amalga oshiriladi. 3-4 yoshli bolalarda 55, 51, 65, 75, 71, 85; 7-11 yoshli bolalarda 16, 11, 26, 36, 31, 46 tishlar atrofidagi parodont to'qimalari; o'smir va katta yoshli bolalarda 17/16, 11, 26/27, 36/37, 31, 46/47 tishlar atrofidagi to'qimalar tekshiriladi.

KPI ni baholash:

Kodlar

0 - sog'lom parodont, asboblarni yordamida tekshirilganda o'zgarishlar aniqlanmaydi;

1 - tish karashi aniqlanadi, zond yordamida tishlar orasida yoki tish koronkalari sathida aniqlanadi;

2 - milklar qonashi, zond yuritilganda aniqlanadi;

3 - tish toshlari, milk usti yoki milk ostida aniqlanadi;

4 - parodontoal cho'ntak, zond yuritib aniqlanadi;

5 - tishlar qimirlashi (II-III darajali patologik tish qimirlashi)

O'rganiladigan tishlar bo'lmagan taqdirda qo'shni tish atrofidagi parodont tekshiriladi.

KPI ko'rsatkichini aniqlash formulasi

$$KPI = \frac{\sum \text{ballar}}{\text{-----}}$$

n- tekshirilgan tishlar soni

Tekshirish natijalarini baholash:

- 0,1-1,0 – parodont kasalligi boshlanish xavfi mavjud;
- 1,1-2,0 – kasallikning yengil darajasi;
- 2,1-3,5 – kasallikning o`rta darajasi;
- 3,6-5,0 – kasallikning og`ir darajasi.

Formalin sinovi. Parodont xastaliklarida klinik cho`ntak yuzaga kelganlitini aniqlashda tarkibida formalin bo`lgan eritmada foydalaniladi. Bunday eritmani tayyorlash uchun 5 ml 40% li formalin, 20 ml glitserin 100 ml distillangan suvda eritiladi. Klinik cho`ntak bor-yo`qligini aniqlash maqsadida eritma kichik paxta turunda yordamida tish-milk cho`ntagiga ohistalik bilan kiritiladi. Xastalik oqibatida klinik cho`ntak vujudga kelgan bo`lsa, bemorda qiska vaqt mobaynida kuchli og`riq aniqlanadi.

Kulajenko usuli. Bu usul yordamida milk shilliq pardasi kapillyar qon tomirlarining turg'unligi, ya'ni ular devorining kengayish va torayish darajasi aniqlanadi. Tomirlarning ana shu xususiyatini aniqlash uchun milk shilliq pardasi sathida qiska vaqtli vakuum hosil qilinadi. Bunday vakuumli zonani hosil qilish uchun havo so`ruvchi rezina koptokchalar uchiga diametri 6-7 ml bo`lgan shisha naychalar o`rnatilgan asbobdan foydalanish mumkin. Havosi so`rilgan milk shilliq pardasi sathida ma'lum vaqtdan keyin gematoma hosil bo`ladi. Odatda olingan kurak tishlar atrofidagi milk shilliq pardasida gematoma (qon qo'yilish) belgisi kelib chiqishi uchun 50-60 sekund vaqt ketadi. Parodontit va milk yallig`lanishi jarayonlari mavjud bo`lgan taqdirda vaqt kamayib, gematoma 10-20 sekund mobaynida yuzaga keladi. Bu hol milk shilliq pardasi kapillyarlar devorining turg'unligi susayganligidan dalolat beradi va yallig`lanish jarayonining asosiy belgilaridan biri bo`lib hisoblanadi.

Parodont to'qimasi tasvirini rentgen nurlari yordamida o'rganish

Bugungi kunda parodont to'qimasining rentgen tasviri quyidagi usullar yordamida o'rganiladi va baholanadi.

1) og'izning ichki tomonidan; 2) jag' ustki tomonidan; 3) panoram rentgen tasviri; 4) ortopontomograf tasvir (yuz-jag' to'qimalarining qavatma-qavat tasviri); 5) telerentgenograf tasvir; 6) elektrorentgenograf tasvir.

Bolalarda parodont to'qimasining tasvirini olishda og'iz ichidan (57,58- rasmlar) va panoram (59-rasm) usullardan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Rentgen tasvirida parodont to'qimasidagi o'zgarishlar g'alvirsimon suyak to'qimasida, tishlar orasidagi alveolyar suyak o'sig'ining cho'kqilarida destruktiv jarayonlar va osteoporozi (suyak to'qimasi strukturasining siyraklashuvi) singari belgilarning kuzatilishi bilan baholanadi (59-rasm).



59-rasm. Pastki jag' tishlar alveolyar o'sig'ida destruktiv, osteoporozi o'zarishlar. Panoram rentgen tasviri.

Suyak to'qimalaridagi destruktiv buzilish jarayoni to'rt bosqichdan (boshlang'ich, I, II, III) iborat.

Jarayonning boshlang'ich bosqichi alveolalar o'rtasidagi suyak to'sinchalarning qisman yoki to'liq destruksiyasi bilan xarakterlanadi. Bunda to'sinchalar cho'qqi qismida suyak destruksiyasi bo'lmashligini yoki yengil osteoporozi o'zgarishlarni kuzatish mumkin. Agar suyak to'qimasining destruksiyasi yoki osteoporozi to'sinchalarning 1/3 qismida kuzatilsa, xastalik I darajali, 2/3 qismida kuzatilsa II darajali.

2/3 qismdan ko'prog'ida bo'lsa xastalikning III darajali jarohatlanganligini bilish mumkin. (57- rasm).

6.7. Milklarning surunkali kataral yallig'lanishi

Keltirib chiqargan sabablarga ko'ra, mahalliy (chegaralangan) va diffuz (keng tarqalgan) bo'ladi. *Mahalliy milk yallig'lanishlari asosan mahalliy noxush ta'sirlar oqibatida yuzaga keladi.* Noxush ta'sirlardan mikroblar blyashkalar, tish toshlari, kariyes kovagining o'tkir qirralari, osilib turuvchi plombalar, ortodontik vositalar, metall yoki plastmassadan tayyorlangan tojlar, shuningdek tishni davolash jarayonida ishlatiluvchi kimyoviy moddalarning (mishyak, formalin) milkka tushishi shular jumlasidandir.

Diffuz yallig'lanish hazm sistemasining bir qator xastaliklarida (surunkali dizenteriya, gepatit, xolelitsistit, surunkali kolit), *organizmda kislorod tanqisligida* (yurak-qon tomir xastaliklari), markaziy asab sistemasi kasalliklarida, balog'at yoshidagi ichki sekretsia bezlari faoliyatining o'zgarishida, S vitamini tanqisligida va surunkali yuqumli xastaliklarda yuzaga keladi. Bayon qilingan kasalliklar organizmning jumladan parodont to'qimasining mikroblarga nisbatan turg'unligini susaytiradi.(43-rasm) Shuning uchun bu xastaliklarda kelib chiqqan surunkali milk yallig'lanishini umumiy belgilar sifatida nazarda tutish lozim va uni bartaraf qilishda mahalliy choralar bilan birgalikda asosiy kasallikni aniqlab, davo tadbirlarini qo'llash zarur.

Surunkali milk yallig'lanishida bemorda shikoyat bo'lmasligi mumkin. So'rab-so'rishtirilganda og'izda noxush ta'm borligini, noxush hid paydo bo'lganligini, axyon-axyonda ovqat chaynash paytida milk qonaganligini va sezilar-sezilmas og'riq paydo bo'lishini aniqlaymiz.

Bunday bemorlarda xastalikning boshlanish davrida milk so'rg'ichlarining shishganligini, keyinchalik esa ularning hajmi oshib, gipertrofiya belgilari paydo bo'lganini, ba'zan milk qirg'oq qismida shish belgilari, suv yig'ilishi hollarini ko'ramiz. Milk shilliq pardasining tusi o'zgarimasligi mumkin. biroq so'rg'ichlar paypaslanib sekin bosilganda qonash belgilari kelib chiqishi xususiy hol bo'lib hisoblanadi. Bunday hollarda vazoparez (tomirlar devoridagi elastiklik xususiyatining keskin pasayishi) simptomi kuzatiladi. Yallig'langan

milk sathiga to'ntoq uchli asbob bilan bosilganda hosil bo'lgan iz juda sekinlik bilan yo'qoladi.

Xastalikning keyingi - ikkinchi davrida shishinqirab, hajmi oshgan milk so'rg'ichlari va qirg'oq shilliq pardasi ko'kimtir tusga kiradi, qon oqishi kamayadi. Yallig'lanish jarayoni asosiy xastalikning qaytalanishi bilan yana o'tkirlashadi.(64,65-rasmlar)

Surunkali kechuvchi gingivit qaytalanib o'tkirlashganda milkda og'riq paydo bo'ladi, qon oqishi kuchayadi, yallig'langan milk sathi shishadi va qizaradi, milk-tish cho'ntagida serozli ekssudat ko'payadi. Tekshirilib ko'rilganda so'lak tarkibida leykotsitlarning ko'chib tushgan epiteliy hujayralari sonining oshganligini (Yasinovskiy sinamasi) va milk sathida gematoma (qon qo'yilishi) hosil bo'lish vaqti qisqarganligining (Kulajenko sinamasi) guvohi bo'lamiz. Bemorning umumiy ahvolidagi o'zgarish kamroq kuzatilsada, yengil behollik va subfebril tana harorati qayd etiladi.

Patomorfologik (to'qimada me'yordan chetga chiqish hollari) o'zgarishlardan shilliq parda epiteliysining ko'plab ajralishi (deskvamatsiya), qalinlashuvi (parakeratoz), limfo-leyko-plazmotsitar infiltratsiyasi, to'qimada suv yig'ilishi va kollagen tolalarning bo'kishi kabi belgilar aniqlanadi. To'qimada bunday o'zgarishlarni ko'rish uchun milk so'rg'ich qismidan kesib olinib (biopsiya), gistologik preparat tayyorlanadi va mikroskop ostida ko'riladi. Biopsiyadan tayyorlangan preparatlar maxsus bo'yoqlar bilan bo'yalganda, to'qimada glikogen moddasining ko'plab yig'ilishini, semiz hujayralar sonining oshganligini va oqsil-mukopolisaxarid birikmasining o'zgarganligi ma'lum bo'ladi. Bu xil patomorfologik o'zgarishlar milk to'qimasida surunkali yallig'lanish jarayoni kechayotganligidan va bu jarayonning o'tkirlashganligidan dalolat beradi.

Surunkali milk yallig'lanishini parodontit xastaligidan osonlik bilan farqlab ajratish mushkullik tug'dirmaydi. Parodontit xastaligidan farqli o'laroq, gingivitlarda klinik yoki parodontal cho'ntaklar hosil bo'lmaydi. Rentgen tasvirida tishlarni o'rab turgan alveolyar suyak to'qimasida o'zgarishlar qayd qilinmaydi. Surunkali kataral milk yallig'langanda tezda milk shilliq pardasidagi belgilar yo'qolib, milk

dastlabki holiga qaytadi. Asosiy xastalikni aniqlash va davo tadbirlarining o'z vaqtida amalga oshirilmasligi oqibatida parodontit xastaligi rivojlanadi.

6.7.1. Surunkali gipertrofik gingivit.

Bunday xastalik chegaralangan va diffuz (keng tarqalgan) tarzda kechishi mumkin. Chegaralangan gingivit chaqiruvchi sabablardan: prikus patologiyasi (anomalialar), ortodontik vositalar, tishprotezlarini noto'g'ri tayyorlash hamda kiydirish va shu kabilarni ko'rsatish mumkin. Diffuz yallig'lanishga balog'at yoshi arafasida ichki sekretiya bezlarida sodir bo'ladigan o'zgarishlar. S vitaminining organizmdagi tanqisligi, tutqanoq xastaligida uzoq vaqt dilantin preparatini qabul qilish, ba'zi bir qon xastaliklari sabab bo'ladi. Umumiy xastaliklar asnosida yuzaga kelgan yallig'lanishga mahalliy sabablar ham qo'shilsa, unda milk shilliq pardasidagi o'zgarishlar ancha kuchaygan holda namoyon bo'ladi.

Gipertrofik gingivitning granulyatsiyanuvchi va fibrozli turlari farq qilinadi.

Xastalikning granulyatsiyanuvchi turida ba'zan butun milk sathi bo'ylab qo'shuvchi tuqima o'sib ketadi va unda ko'p suyuqlik yig'iladi, natijada milklar shishib, kattalashadi va tishning toj qismini qoplaydi. Bunday o'zgarishlar soxta milk cho'ntaklarini hosil qiladi. To'qimaning o'sib, gipertrofiyaga uchrashi hisobiga tish-milk cho'ntaklari chuqurlashadi. Milk so'rg'ichlari to'q qizil tusga kiradi, og'riq sezgisi sustrok bo'ladi. Ovqatni tishlash, chaynash paytida, tish tozalanganda, ayrim hollarda qonash belgilari kuzatiladi.

Gipertrofik gingivit fibroz tarzda kechganda, shilliq parda xususiy qavat qo'shuvchi to'qimasining o'sishi, unda kollagen tolalar ko'payishi va ularning bo'kib, shishishi oqibatida milk alveolyar qismining massasi ortadi. Paypaslaganda uning zichligi anchagina oshganligini, ko'zdan kechirganda shilliq parda rangining och pushtiligini ko'ramiz.

Gipertrofiyaga uchragan milk to'qimasining ular o'rab turgan tish tojlarini qay darajada qoplaganini nazarda tutib, xastalikning yengil, o'rta va og'ir bosqichlarini aniqlashimiz mumkin.

Xastalikning granulyatsiyalanuvchi turida milk to'qimasidan biopsiya olinib, to'qimada kechayotgan patomorfologik o'zgarishlar ko'zdan kechirilganda so'rg'ichlarda suv yig'ilishi, qon tomirlarining kengayishi, kollagen tolalarning o'sib ketib bo'kishi kabi hollarni, limfoleykotsitar infiltratsiyasini, fibroblast hujayralar soni oshganligi (proliferatsiya) ning shoxidii bo'lamiz.

Xastalik fibroz tarzda kechganda milk shilliq pardasining xususiy qavatidagi kollagen tolalarning ko'payishi va yo'g'onlashuvi, epiteliy to'qimasida akantoz belgisini (epiteliy qoplami tikanaksimon hujayralar qavatining qalinlashuvi), giperkeratoz, hujayralarda vakuolli distrofiya sodir bo'lish belgilarini ko'ramiz.

6.7.2. Surunkali atrofik gingivit.

Bu xastalik milk to'qimasi tishning buyin qismini qoplab turgan erkin qismi sathining kamayishi (atrofiya) bilan baholanadi. To'qima atrofiyasi bilan kechayotgan gingivitda yallig'lanish jarayoni kuchli namoyon bo'lmaydi. Faqat chegaralangan shaklda kechib, asosan yuqorida bayon qilingan mahalliy sabablar oqibatida yuzaga keladi. Bemorlarda bu xastalik davrida hech qanday shikoyat bo'lmaydi. Xastalikka uchragan milk sathi och pushti tusda bo'ladi. Parodontit xastaligi bilan farqli tashxis qilinadi.

6.8. Parodontit (parodont to'qimalarining yalpi yallig'lanishi)

Parodont to'qimalarining bunday yalpi yallig'lanishi anchagina og'ir kechuvchi xastalik bo'lib, tishlarning tushib ketishiga sabab bo'lishi mumkin.

Parodontit xastaligi uchun quyidagi 5 ta klinik belgi xosdir:

- 1) milklar yallig'lanishi;
- 2) tish-milk epitelial pardasi jarohatlanib, uning butunligi buzilishi oqibatida klinik yoki parodontal cho'ntaklar hosil bo'lishi;
- 3) milk usti va milk ostida tish toshlari hosil bo'lishi;
- 4) tishlar orasida joylashgan suyak o'sig'ining balandligi, tuzilishi, chegaralarining o'zgarishi bilan sodir bo'ladigan suyak to'qimasining destruksiyasi (osteoporoz, suyak to'qimasining so'rilishi);

5) xastalik rivojlanishi oqibatida tishlarning liqillab qolishi yoki tushib ketish hollari.

Parodontit xastaligini keltirib chiqaruvchi sabablarning mahalliy yoki umumiylikiga qarab, u chegaralangan hamda diffuz bo'lishi mumkin. Xastalikning klinik kechishi surunkali, o'tkirlashib qaytalangan bo'lib, uning yengil, o'rta va og'irlikda yoki og'ir xillari bo'ladi.

Parodontit kasalligi bilan og'irgan bemorlar milk qonashidan, og'izda noxush xid paydo bo'lganligidan, tez-tez tish toshlarining hosil bo'lib turishidan, milkning shishinquirab qizarganligidan shikoyat qilishadi. Shifokor og'iz bo'shlig'ini, tish atrofi to'qimalarini nazardan kechirganda parodontal cho'ntaklar hosil bo'lganligi, ularda yiringli suyuqlik yig'ilganligining guvohi bo'ladi. Yiringli cho'ntak eksudati tekshirilganda, uning tarkibida kokklar, ipsimon tayoqchalar, spiroxetalar, zamburug'simonlar oilasiga kiruvchi mikroorganizmlar borligi aniqlanadi.

Tishlar yuzasida hosil bo'lgan milk usti va milk osti toshlari parodont to'qimasiga faqatgina bosim ta'sirini ko'rsatmasdan, ular tarkibidagi mikroorganizmlar ishlab chiqargan fermentlar to'qimadagi yallig'lanish jarayonini chuqurlashtiradi. (68-rasm)

Suyak to'qimasida strukturalar yemirilishi ularning yangitdan hosil bo'lish jarayonidan ustun bo'ladi. Alveolyar suyak to'qimasidagi o'zgarishlarning chuqurligi xastalikning qay darajadiligiga bog'liqdir. Jarayonning boshlang'ich davrida alveolyar suyak to'sig'ining cho'qqi sohasida osteoporoz o'zgarishlar, keyinchalik suyak strukturasining tiniqligi buzilib, kortikal plastinka yemirilishi, g'ovak suyak to'qimasida esa osteoporoz - siyraklashish kuzatiladi.

Xastalikning keyingi davrida tish yon tomonlaridagi kortikal suyak plastinkalar yemiriladi, kurak tishlar atrofidagi g'ovak suyak cho'kqilari pasayadi, molyar va premolyar tishlar atrof suyagida notekis yemirilish vujudga kelishi oqibatida uydin chuqurchalar yuzaga keladi. Bu vaqtga kelib, cho'qqi suyagining chegarasi emal-dentin chegarasidan ancha pastda joylashganligi rentgen tasvirida aniqlanadi. (66-rasm). Sog'lom

tishlar atrofida suyak cho'qqisi emal-dentin chegarasida yotadi. Suyak to'qimasining yemirilishi vertikal va gorizontal yo'nalishda kuzatiladi.

Alveolyar suyak to'qimasining uch xil darajadagi yemirilishi farq qilinadi:

I darajali yemirilish - alveolalar orasidagi suyak to'sig'i balandligining tish ildizining 1/3 qismiga kamayishi;

II darajali yemirilish-alveolyar suyak to'sig'ining ildizning 1/2 qismigacha yemirilishi;

III darajali yemirilish - alveolyar suyak to'sig'ining tish ildizining 2/3- qismigacha yemirilishi.

Parodontit xastaligi tufayli parodont to'qimalarida bir qadar patomorfologik o'zgarishlar yuz beradi. Xastalikning boshlanish davrida epiteliy to'qimasida hujayra oraliq moddasi (mukopolisaxaridlar) ning parchalanishi, uning shilimshiqqligining kamayishi, o'tkazuvchanligining oshishi kabi belgilar paydo bo'ladi. Xastalikning keyingi rivojlanish davrlarida qo'shuvchi to'qimada suv yig'ilishi, limfotsitar infiltratsiyasi, kollagen tolalarning parchalanishi, erib ketishi, plazmatik hujayralar sonining oshishi, epiteliy to'qimasining o'sib ketib, jarohatlangan klinik, parodontal cho'ntaklarga botib kirish hollari qayd etiladi. Suyak to'qimasida osteoblast hujayralari ishtirokida so'rilish va yemirilish jarayoni yangitdan suyak hosil bo'lish jarayonidan ustunlikka erishadi va natijada alveolyar suyakning gorizontal va vertikal yemirilish kuzatiladi. Parodontit xastaligini surunkali milk yallig'lanishi va neoplastik parodont xastaligi (parodontoliz) dan farqlay bilish zarur.

Xastalikni to'liq bartaraf etish uchun davo chora-tadbirlari barvaqt, kasallikning ilk boshlang'ich davrlaridayoq boshlanmog'i lozim. Keyingi davrlarda o'tkazilgan shifo tadbirlari xastalikning kechishini to'xtatib, uning turg'unligini ta'minlaydi. Parodontit xastaligi diffuz tarzda yuz berganda albatta asosiy, umumiy xastalik aniqlanib, davolash ishlari to'liq olib borilgandagina ko'ngildagidek natijaga erishiladi.

6.9. Parodontoliz.

Parodontoliz - bu bolalar o'rtasida onda-sonda uchraydigan, parodont to'qimasida distrofik va yallig'lanish jarayonlarini namoyon

qiladigan va doimo difuz tarzda kechadigan parodont xastaligidir. Parodont to'qimasining og'ir va juda tez sur'atlar bilan kechadigan bu xastaligi ko'p hollarda organizmdagi tug'ma sindromlarning yo'ldoshi tarzida yuzaga keladi. Parodontoliz xastaligida milklarning u yoki bu xil yallig'lanishi bilan bir qatorda, chuqur parodontal cho'ntaklar, alveolyar suyak o'sig'ining distrofik yemirilishi oldin sut tishlari sohasida, keyinchalik esa xastalikning uzluksiz davom etishi natijasida doimiy tishlar sohasida kuzatiladi. Xastalik shiddatli ravishda rivojlanib, tez orada tishlarning erta tushib ketishiga olib keladi.

Parodontoliz bolalarda juda erta uchraydi va hamma bop tishlar parodont to'qimasida keng tarqaladi.

Klinik kechishining sur'ati barcha tishlarda bir xil bo'lmashligi mumkin. Bu hol har xil guruh tishlar ildizini o'rab turuvchi alveolyar suyak to'qimasining anatomik tuzilishi va yoshga qarab uning strukturasining o'zgarishi bilan bog'liqdir. Bundan tashqari tishlarga o'z faoliyati paytida tushadigan bosimning turiligi va mahalliy noxush ta'sir qiladigan sabablarning mavjudligi ham muhim ahamiyat kasb etadi.

Patomorfologik o'zgarishlardan parodont to'qimasida sodir bo'ladigan distrofik yallig'lanish va degeneratsiya (struktura buzilishi) jarayonlari asosiy o'rinda turadi.(67-rasm)

Parodontoliz xastaligi bolalarda qandli diabet, tug'ma neytropeniya, immunologik tanqislik, Daun xastaligi, keratodermiya (Papiyon-Lefevr sindromi) va sklerodermiya (Xend-SHyuller-Krischen xastaligi) kabi kasalliklar mavjudligida kuzatiladi.

6.9.1. Keratodermiya (Papiyon - Lefevr Sindromi)

Bu parodont xastaligi 1924 yilda Papiyon va Lefevr tomonidan kuzatilgan. U genetik asosga ega bo'lib, sababi aniqlanmagan kasallikdir. Xastalikning birinchi belgilari og'iz bo'shlig'ida birinchi sut tishlarining chiqishi bilan aniqlanadi. 2-3 yashar bolalarda milk to'qimasi yallig'lanib, shishinqirab qizaradi, qonash belgisi paydo bo'ladi. Parodontal cho'ntaklar hosil bo'lishi va ularning yoshi oshgan sari chuqurlashuvi, ulardan serozli ekssudat ajralishi kuzatiladi. Milklarda yiringli bo'shliqlar (abscess) paydo bo'ladi. Tishlar liqillab

tushib ketadi. Tishlar tushib ketganda yoki ular olib tashlanganda jarayon to'xtab, yangi tishlar chiqishi bilan ular atrofida yana yangitdan boshlanadi va shu tariqa barcha tishlar tushib ketgunicha davom etadi.

Rentgen tasvirida molyar tishlar atrofidagi suyak to'qimasida likopchasimon, kurak tishlar atrofida gorizontal yo'nalishdagi suyak to'qimasining yemirilishini (lisis) kuzatamiz.

Parodont to'qimasining bunday xastaligida oyoq va qo'llarning kaft yuzasida, ba'zan bilak terisida kuchli shoxlanish natijasida terining qalinlashuvi (giperkeratoz) va bu sohalar terisi sariq novvot chirishi shifokor e'tiboridan chetga qolmasligi lozim. Qalinlashgan va sog'lom teri chegarasida xastalik uchun xos bo'lgan havorang-qizg'ish hoshiya hosil bo'lishi qayd etiladi. Bemor bolalarda kuchli terlash belgisi paydo bo'ladi. Bundan tashqari, tirnoqlar xiralashib, mo'rt bo'lishi, tez-tez qonishi kabi belgilar qayd etiladi.

Bemor bolalarning umumiy ahvoli o'zgarmaydi, biroq tishlar liqillab, ularning faoliyati pasayishi oqibatida ovqatlanish jarayoni susayadi. Buning natijasida bemorlarda anemiya va gipotrofiya belgilari kuzatiladi.

6.9.2. Nasldan naslga beriluvchi neytropeniyada parodont to'qimasining yalpi yallig'lanishi.

Bu nasldan naslga o'tuvchi, bolalar o'rtasida juda kam hollarda kuzatiladigan kasallik bo'lib, qonda va suyak ko'migida neytrofil leykotsitlar (oq qon tanachalari) ning kamayib ketishi bilan kechadi. Qon tarkibida neytrofil leykotsitlar sonining keskin kamayishi, ularning hosil bo'lish jarayonining buzilishi natijasida kuzatiladi. Olimlarning taxminicha, buning asosiy sababi neytrofil leykotsitlarning yetilish jarayonini ta'minlovchi fermentlaryaing organizmdagi tanqisligidir. Neytropeniya xastaligi turg'un va siklik klinik ravishda kechadi.

Kasallikning ikkala turida ham parodont to'qimasida yarali milk yallig'lanishi, tishlarning chiqish va almashinuv davrlarida kuzatiladi. Xastalangan milk keyinchalik giperplaziya oqibatida qalinlashib, oldiniga milk cho'ntaklari, keyinchalik parodontal cho'ntaklar hosil

bo'lishiga sabab bo'ladi. Xastalikning bunday belgilarini yosh bolalarda 3 yoshdan boshlab kuzatish mumkin. Bemorning tishlari xastalik oqibatida juda erta to'kilib ketadi (shu jumladan doimiy tishlar ham). Qo'yilgan sun'iy jag'lar (protezlar), ortodontik vositalarning milklarga tegib turgan sohalarida milk to'qimasi yallig'lanib, shilinish va yaralar hosil bo'ladi.

Uzoq vaqt mobaynida olib borilgan yallig'lanishga qarshi davo choralari va epiteliy to'qimasining tiklanishini ta'minlovchi muolajalar yaxshi natijalar bermaydi.

Laboratoriya usulida bemor qonini tahlil qilish va olingan ma'lumotlar tashxisni to'g'ri aniqlashda yordam beradi qon tahlili ma'lumotlari undagi neyetrofil leykotsitlar (ayniqsa xastalikning dastlabki davrida) to'liq rivojlanmagan turlarining yo'qolib borayotganligini ko'rsatadi.

Xastalikning davriy turida bunday hol 4-5 kun davom etadi va yana ma'lum kunlar o'tgach takrorlanadi. O'rtacha xuruj vaqtida bemorning tana harorati ko'tarilib, umumiy ahvoli keskin yomonlashadi. Qon tarkibida leykotsitlar soni keskin pasayib, monotsitlar va eozinofillar soni bir murcha oshadi.

6.9.3. x- gistiotsitoz xastaliklarida parodont to'qimasining yalpi yallig'lanishi.

Bugungi kunda mazkur guruhga kiruvchi kasalliklar (Taratymov – eozinofil granulyomasi, Xend – Shiller – Krischen va Litterer – Ziv xastaliklari) kechishi. patologik jarayoniga limfoid, suyak to'qimasini tortishi va ichki a'zolarida sodir qiladigan salbiy o'zgarishlarni hisobga olib to'rt xil klinik turga bo'linadi:

I – Parodontoliz va biror bir skelet suyagining destruktiv jarohatlanishi - Taratymov – eozinofil granulyomasi

II – Parodontoliz va suyak sistemasining yalpi destruksiyasi - Xend – Shiller – Krischen sindromi

III – Parodontoliz va suyak hamda limfatik sistemaning yalpi jarohatlanishi

IV – Parodontoliz va suyak, limfatik sistema hamda ichki a'zolarining jarohatlanishi - Litterer – Ziv xastaliklari

Kasallikning boshlanishi birinchi turida (I) juda sekin boshlansa IV turida (Litterer – Ziv xastaligi) keskin shiddatli boshlanadi. Xastalikning birinchi belgilari bo'lmish uyquchanlik, bo'shashish, oriqlash, ishtaxa susayishi, uyquning buzilishi ko'pchilik hollarda umumiy pediatriyaga xos kasallik deb hisoblanadi. Keyinchalik bolalar terisida mayda toshmalar, papullalar yoki dog'lar paydo bo'lishi, ularni po'stloqlar bilan qoplanishi, po'stloqlarning qovjirab tushishi, teri tashlash hollari, ayniqsa kallaning sochli qismida, quloq orqasi, ko'krak terisida ko'proq uchraydi.

Xastalikning IV shaklida bu klinik belgilar juda tez ko'payib unga og'ir limfodenit, stomatit, ekzoftalm, otit, chanqash, poliuriya, diareya, taloq va jigarning kattalashuvi va yurak qon tomir yetishmovchiligi belgilari qo'shiladi. Aksariyat hollarda kasallik o'tkir infeksiya xastaligiga o'xshab boshlanib, shiddatli tusda kechadi va noxush oqibatlar bilan tugashi mumkin. Bunday hollarda yarali nekrotik gingivit, stomatit va destruktiv o'choqlar nafaqat alveolyar suyak o'sig'ini, balki jag' suyagi tanasini, kalla suyagini va boshqa skelet suyaklarini ham jarohatlaydi. Bu narsa X – gistotsitoz uchun xos hisoblanadi.

X – gistotsitozning II III shakllari patologik jarayonning unchalik keng tarqalmasligi (suyak to'qimasi bundan mustasno) bilan tavsiflanadi.

Bunda xastalik sekin, o'tkirlashuv jarayoni remissiyalar davri bilan almashinib kechadi. Jarayonning rivojlangan davri uchun ekzoftalm, chanqash (bola 10 litrgacha suv ichadi), taloq, jigar kattalashuvi, limfodenitlar, gigivit va stomatitlar xarakterlidir.

Xastalikning dastlabki davrlarida yuzaga keladigan gingivit boshqa belgilar (adinamiya, oriqlash, dermatit, limfodenit va boshqalar) bilan birgalikda xastalikka erta to'g'ri tashxis qo'yish uchun xizmat qilishi mumkin.

Bu xastaliklarda parodontit – parodontoliz belgilari bo'lib: yarali gingivit, tishlarning qimirlashi, tish ildizlarining ochilib qolishi, chuqur, granulyatsiya to'qimasi bilan to'lgan tish milk patologik cho'ntaklarning mavjudligi, og'izdan qo'lansa hid tarqalishi hisoblanadi.

Kasallik to'lqinsimon tusda kechadi va doimo skelet suyaklari, jumladan jag' suyaklarining jarohatlanishi xususiy holdir. Rentgen tasvirlarda destruktiv suyak jarohatlanishining boshqa xastaliklardan farqi lakunar tipdagi suyak so'rilishi hisoblanadi, ayniqsa alveolyar suyak o'sig'i sohasida.

Xastalikning I shakli (Тараньнов eoэтнофил granulyomasi) surunkali yo'sinda kechib, skelet suyaklaridan faqat bittasini shikastlaydi va oqibati bilan ancha yengil hisoblanadi. Shu jarayon jag' suyagida kechsa, og'iz bo'shlig'ida suyak destruktiv jarohatlanish sohasida og'ir parodontoliz holati kuzatiladi.

Mazkur xastaliklarni aniqlashda, ularga qarshi davo tartiblarini rejalashtirishda albatta pediatriklar bilan hamkorlikda ish olib borish zarur. Chunki faqat og'iz bo'shlig'ida olib boriladigan simptomatik davo choralari yaxshi samara bermaydi.

6.9.4. Xend- SHyuller-Krischen Xastaligi (Sindromi)

Bu sindrom (simptomlar yig'indisi) ko'rsatilgan mualliflar tomonidan 1893 yilda kuzatilgan.

Xastalik oqibatida parodont to'qimasidagi o'zgarishlar oldin yuqori jag' sohasida aniqlanadi. Milklarda seroz yallig'lanish paydo bo'lib, keyinchalik milk so'rg'ichlarining gipertrofiyaga uchrab o'sishi natijasida yolg'on cho'ntaklar hosil bo'ladi va ular tezda parodontal cho'ntaklarga aylanadi. Milklar yallig'lanishi oqibatida, ular sathida zarg'aldok tusli karash bilan qoplangan yaralar paydo bo'ladi. Bu xil karash rangi yallig'lanish jarayonida hosil bo'ladigan ksantom hujayralari parchalanishining natijasidir. Og'izda qo'lansa hid paydo bo'ladi. Tishlar liqillab tushib keta boshlaydi.

Rentgen tasvirida tish ildizlari atrofidagi alveolyar suyakda dumaloq yoki ovalsimon shakldagi suyak to'qimasining siyraklashuvi kuzatiladi. Siyraklashgan to'qima chegarasi tekis yoki jimjimali bo'lishi mumkin. Siyraklashib, so'rilgan suyak to'qimasi atrofida sog'lom to'qima ko'rinadi. Xastalik rivojlanishida organizmda yog'lar almashinuvining buzilishi yuz beradi. Natijada limfoid va retikulyar to'qima hujayralarida ko'plab lipid moddasi yig'iladi. Bu holat suyak to'qimalarida ham qayd etiladi.

Bemor bolalar kasalxonaga yotqizilib obdon tekshirilganda, ularda qandsiz diabet, ekzoftalm belgilari, ko'pgina suyak to'qimalarida o'zgarishlar paydo bo'lganligini aniqlash mumkin. Qandsiz diabet xastaligining vujudga kelishi, ksantom hujayralarining kalla suyagidagi turk egari sohasida paydo bo'lishi va natijada gipofiz bezi faoliyatining buzilishi bilan izoxlanadi. Ekzoftalm belgisida ksantom hujayralari ko'z kosasida ko'plab paydo bo'ladi.

Kalla suyagining yassi sohalarida 1-5 mm o'lchamlardagi, dumaloq, notekis chegarali, aniq ajralib turuvchi suyak tuzilishini yo'qotgan zonalar kuzatiladi. Shu bilan birga taloq va jigarning kattalashuvi, ko'pgina limfa tugunlarining yiriklashuvi, qonda xolesterin moddasining oshib ketishi, siydikda esa neytral yog' tomchilarining paydo bo'lishi hollari aniqlanadi.

6.9.5. Markaziy asab sistemasi xastaliklarida parodont to'qimasidagi o'zgarishlar

Markaziy asab sistemasining tug'ma xastaliklarida parodont to'qimalarida yallig'lanish jarayonlari parodontoliz tarzida kechadi. Bu jarayon oligofreniya (esi pastlik) mavjud bo'lgan bolalar orasida 61% ni, ensefalopatiyada 41,3% ni tashkil qiladi.

Milklar qizarib shishadi, klinik va parodontal cho'ntaklar hosil bo'ladi. Milklarda yiringli yallig'lanish aniqlanib, tishlarning liqillab tushib ketishi kuzatiladi. Milklardagi yallig'lanish belgilari og'iz bo'shlig'ida fiziologik o'z o'zini tozalash jarayonining sustligi, og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilinmasligi va kasallikni davolash uchun qabul qilinadigan dori darmonlar oqibatida yuzaga kelishi mumkin. Bu

xastaliklar mavjud bo'lgan bemor bolalarda 57,4% hollarda tish atrofi to'qimalarining yallig'lanishi parodontoliz tarzida kechadi.

6.9.6. Qandli diabet xastaligida parodont to'qimasidagi o'zgarishlar

Qandli diabet bilan og'rigan bolalarning parodont to'qimalaridagi yallig'lanish, destruktiv-distrofik va degenerativ jarayonlar davolanmagan yoki noto'g'ri davolangan bemor bolalar o'rtasida uchraydi. Bunday bemorlarda jarayon juda tez rivojlanib, kataral, gipertrofik-granulyatsiyalanuvchi milk yallig'lanishiga olib keladi. Milklar yallig'lanishi bilan bir qatorda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi qizaradi, ba'zan esa dog'li qizg'ish-eritema belgilari yuzaga keladi.

Qandli diabet xastaligida atsidozli (kislotali) muhit vujudga kelishi oqibatida parodont to'qimalaridagi kollagen tolalar bo'kib, ularning yo'g'onlashuvi va g'ovaklashuvi natijasida parodontal cho'ntaklar hosil bo'lishi, granulyatsiyalanuvchi to'qima o'sib chiqishi kuzatiladi. Cho'ntaklarda yiringli eksudat paydo bo'ladi. Tishlar liqillab, chaynov bosimiga bardosh berolmay, har tomonga qiyshtayadi (patologik okklyuziya).

Rentgen tasvirida molyar tishlar ildizini o'rab turgan alveolyar suyak o'siqlarida voronkasimon yoki likopchasimon, kurak tishlarning alveolyar o'siqlarida esa gorizontal yemirilishlar qayd etiladi. Bu xil yemirilishlar suyak cho'ntaklarining paydo bo'lishiga olib keladi. Tish ildizlarining 1/3, 2/3 qismigacha alveolyar suyak o'sig'ining yemirilishi, ba'zan suyak o'sig'ining batamom parchalanib, erib ketish hollari kuzatiladi. Suyak to'qimalarining so'rilish darajasi tishlar atrofidagi milklarda sodir bulayotgan yallig'lanish jarayonining chuqurligiga mos keladi. Milklar va suyak to'qimalaridagi o'zgarishlar dastlab distrofik tarzda kechib, keyinchalik yallig'lanish jarayoni ham qo'shilishya tufayli shiddatli tus oladi.

Suyak alveolyar o'siqlaridagi so'rilish jarayonini bir guruh olimlar moddalar almashinuvi buzilishining natijasi deb bilishsa, boshqa guruh olimlar diabet xastaligi oqibatida sodir bo'ladigan qon tomir devorlarining buzilishi (angiopatiya) deb bilishadi. Ushbu xastalikda

suyak to'qimalarida yuz beradigan o'zgarishlar atsidoz muhit va natijada suyak to'qimasidan kalsiy, fosfor tuzlarining erib chiqib ketishi sababli ro'y beradi.

Xulosa qilib, shuni aytish mumkinki, diabet xastaligi oqibatida yuzaga keladigan parodont to'qimasidagi o'zgarishlar, ularda tez sur'atlar bilan rivojlanayotgan struktura buzilishlari va yallig'lanish jarayonlari bilan kechib, sanoqli yillar ichida tishlarning to'kilib ketishiga sabab bo'ladi.

Qandli diabet xastaligini to'g'ri aniqlashda kasallik tarixini surishtirish, qon va siydikni tekshirishdan olingan ma'lumotlar muhim ahamiyat kasb etadi.

6.9.7. Gipimmunoglobulinemiyada parodontit to'qimasidagi yalpi yallig'lanish.

Ma'lum dis – yoki gippoimmunoglobulinemiya gumoral immunitet faktorlari yetishmovchiligi oqibatida sodir bo'ladigan kasalliklar guruhiga mansub bo'lib, bir yoki bir necha immunoglobulin guruhlari yetishmovchiligi organizmga kirgan antigenga nisbatan immunologik reaksiyaning sustligi va bakterial infeksiyaga nisbatan sezgirlikni oshishi bilan baholanadi.

Bu xastalikning klinik belgilari tarqoq bo'lib, barcha a'zolarida kuzatiladi. Odamda ko'pgina a'zolarida abscesslar, furunkul, otitlar, teri piodermiyasi, zotiljam, piyelonefrit, artrit, enterokollit va boshqalar vujudga keladi.

Bu xastalik uchun xususiy hol bo'lib: limfoid a'zolarining reaktivligining sustligi va virusli infeksiya agressiyasiga nisbatan sezgirlikning yoki mutlaqo sezmasligi hisoblanadi. Gipimmunoglobulinemiyada og'iz bo'shlig'ida parodont yumshoq to'qimalarining yalpi yallig'lanishi va alveolyar suyak o'sig'ida destruktiv, distrofik o'zgarishlar sodir bo'ladi. Milklar yallig'lanishi aksariyat hollarda gipertrofik, giperplastik xarakterga ega bo'lib, milk so'rg'ichi va qirg'oq qismini o'sib ketib tishini chaynov yuzasigacha qoplashi kuzatiladi. Gipertrofiyaga uchragan milk so'rg'ichlari tish sathidan onsongina ajraladi va kam qonashi bilan baholanadi.

Rivojlangan parodontit hollarida patologik tish – milk cho'ntaklari chuqurlashadi, lekin milk osti va milk usti toshlari aniqlanmaydi. Rentgen tasvirda alveolyar suyak o'sig'ining destruksiyasi aniqlanadi. Rentgen tasvirda mazkur kasallikka xos spetsifik o'zgarishlar kuzatilmagan.

Simptomatik davo choralarining samarasizligi, klinik belgilarning polimorfizmi tug'ma yoki orttirilgan immunoglobulinlar tanqisligidan dalolat berishi mumkin. Tashxisni to'g'ri qo'yish uchun qon zardobidagi immunoglobulinlar miqdori va gruxlarini aniqlash testidan foydalanish zarur hisoblanadi.

O'zlashtirish darajasini aniqlash uchun savollar:

1. Surunkali milk yallig'langanda va parodontit xastaligida parodont to'qimalaridagi klinik belgilar va rentgen tasviri ma'lumotlari haqida gapirib bering. Bu ikki xil xastalik bir biridan qanday ajratiladi?
2. Gingivit va parodontitning chegaralangan tarzda kechishining sabablari nimalardan iborat?
3. Diffuz tarza kechadigan parodontit va gingivit sabablari to'g'risida gapirib bering.
4. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilmaydigan maktab bolalarida gingivitning qaysi bir turi ko'proq rivojlanadi?
5. Lab va til tizimchalarining kaltaligida qanday gingivit rivojlanadi?
6. Tishlar chuqur kiyishganda va ochiq tishlar holatida 12 – 14 yashar bolalarda kuzatiladigan gingivit turi to'g'risida gapirib bering.
7. Parodontoliz qanday xastaliklar oqibatida paydo bo'ladi?
8. Qaysi yoshdan boshlab bolalarda parodontoliz xastaligida suyak to'qimasida struktur buzilishlar boshlanadi?
9. Parodontoliz xastaligining klinik belgilari haqida gapirib bering.
10. Rentgen tasviridagi parodontolizga xos o'zgarishlar nimalardan iborat?

6.10. Parodont xastaliklarini davolashning o'ziga xos xususiyatlari

Parodont xastaliklarida o'tkaziladigan davo chora-tadbirlari ko'p qirrali bo'lib, mahalliy va umumiy xarakterga ega. Agar xastalikni chaqiruvchi sabablar mahalliy xususiyatga ega bo'lsa, bemor bolalar stomatologik poliklinikalarda va kasalxonalarda davolanishadi. Bunda, asosan xastalik sabablarini aniqlab, ular bartaraf qilinadi, og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi o'tkaziladi, bolalarga og'iz bo'shlig'i gigiyenasi qoidalarini o'rgatiladi, tishlar yuzasi karashlar va toshlardan tozalanadi. Ortodont-shifokor tomonidan tishlar va jag'larda uchraydigan anomal holatlar, noto'g'ri ortodontik konstruksiyalar ta'siri bartaraf etiladi. Jarroh shifokorlar mahalliy sabablardan: til, lab tizimchalaridagi anomalionalarni bartaraf etish muolajalarini, og'iz dahlizini chuqurlashtirish kabi jarrohlik tadbirlarini amalga oshirishlari lozim.

Ichki a'zo va sistemalar xastaligi oqibatida yuzaga kelgan parodont to'qimalaridagi o'zgarishlar sababini pediatriklar, endokrinolog-shifokorlar, psixiatrlar, gematolog-shifokorlar bilan birgalikda bartaraf etish zarur. Bunday xastaliklarda stomatolog-shifokorlar mahalliy simptomatik muolajalarni amalga oshiradilar.

Kataral milk yallig'lanishining yengil shaklida maxsus davo chora-tadbirlari qo'llanilmaydi. Xastalikning kelib chiqishiga og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga muntazam amal qilmaslik sabab bo'ladi. Shu sababli gigiyena qoidalariga muntazam rioya qilishga o'rganish mos keladigan tish cho'tkasi va pastalardan to'g'ri foydalanish xastalikni bartaraf etishga olib keladi.

6.10.1. Kataral gingivitning o'rtacha og'ir shaklida, gipertrofik gingivit va parodontitning boshlanish davrida amalga oshirishi lozim bo'lgan davolash muolajalar hamda tadbirlari.

Bunday xastaliklarga uchragan bolalarning tishlari yuzasida, milk usti va ostida toshlar paydo bo'lishi bilan bir qatorda granulyatsiyanovchi to'qima shakllangan bo'ladi.

Bemorning shifokorga birinchi murojaati paytida tishlar yumshoq karash va toshlardan tozalanadi, granulyatsiyanovchi to'qimalar kurak

tishlar atrofidan soqit qilinadi. Ota-onalari va bemor bolaning o'ziga tish tozalash qoidalari o'rgatiladi.

Ikkinchi murojaat (qatnov) paytida qolgan tishlar atrofi granulyatsiyalanuvchi to'qima va milk osti toshlaridan bartaraf etiladi. Parodont xastaliklarini davolashda granulyatsiyalanuvchi to'qimani ajratib olib tashlash (kyuretaj) va toshlardan tozalash juda muhim ahamiyatga egadir.

Ana shu muolajalarni o'tkazish paytida va undan keyin milklarni davolash, qon oqishini to'xtatish maqsadida gidrokortizon emulsiyasi va na'matak moyidan baravar miqdorda olinib, rux oksidi kukunidan pasta hosil bo'lgungacha aralashtirib, hosil bo'lgan pastani jarohatli milk ustiga 2-3 soat mobaynida qo'yiladi (ozgina suvli dentin aralashtirilgan bunday massa tezda qotadi va bir necha soat mobaynida saqlanib turadi) geparinli malhamning suvli dentinli aralashmasi ham ko'ngildagidek natija berib, qon oqishini tezda to'xtatadi va milk-tish cho'ntagi jarohatining tezda tiklanishiga olib keladi.

Bemorning uchinchi, to'rtinchi qatnovida og'iz bo'shlig'i gigiyenasining darajasi nazorat qilinib, milk osti toshlarining qoldiqlari tozalanadi, kerak bo'lgan joylarda kyuretaj muolajasi takrorlanadi. Muolaja jarohatlangan milk tish sohasiga yallig'lanishni susaytiruvchi, qon oqishini to'xtatuvchi malhamlar surtish bilan tugatiladi.

O'tkazilgan muolajalar ta'sirini turg'unlashtirish maqsadida milk shilliq pardasiga gidro-vibro vakuumlar buyuriladi. Simptomatik davo muolajalari davrida 3-4 hafta mobaynida askorbinat kislotasini (0,05-0,1 g) rutin preparati bilan birgalikda (0,2, 0,5, 0,6 g) kuniga 3 martadan ichish uchun buyuriladi.

Gipertrofik gingivitda o'sib, kattalashgan milk so'rg'ichlari sklerozlashtiruvchi muolajalar yordamida bartaraf etiladi. Buning uchun yallig'langan milk to'qimasiga 60% li glyukoza eritmasidan yoki boshqa bir sklerotik ta'sirga ega bo'lgan moddalardan 0,2-0,3 ml miqdorda 3-4 kun oralatib 5-6 marta in'eksiya yo'li bilan yuboriladi.

Bunday muolajalar yosh bolalarda kuchli og'riq sezgisini paydo qilishi mumkin. Shularni nazarda tutgan holda, o'sgan milk so'rg'ichlarini uch xlorli sirk kislotasi bilan kuydirish maqsadga

muvofiq hisoblanadi. Bunday muolajani o'tkazish uchun pastki jag' tishlarining dahliz va og'iz qismi sathlari yumshoq paxta bolishchalar (valiklar) bilan muxofaza etiladi. Chap qo'l bilan paxta bolishchalar tutib turiladi. O'ng qo'ldagi qisqichga qistirilgan, uchxorli kislotaning 30% li eritmasida ho'llangan paxta tamponchalar o'sgan milk so'rg'ichlariga bosib - bosib olinadi. Milk so'rg'ichlarining to'qimalari kuyishi natijasida ular oppoq tusga kiradi. Muolajadan keyin 2-3 kun o'tgach kuyish natijassda nekrozga uchrab o'lgan to'qima ajralib tushib, tez kunlarda asoratsiz bitib ketadi. Ostki qavat qo'shuvchi to'qimasida qattiqlashgan sklerotik to'qima hosil bo'ladi.

Granulyatsiyalanuvchi to'qima hisobiga milk so'rg'ichlari o'sib ketsa, yuqorida bayon qilingan muolaja 4-5 marta 3-4 kun oralatib takrorlanadi. Yallig'lanish jarayonini vujudga keltirgan sabablar aniqlanib, bartaraf etilsa, muolaja natijasi turg'un bo'lib qoladi.

Gipertrofik gingivitlarda qo'shimcha fizioterapevtik tadbirlarni o'tkazish bemor ahvolini yengillashtiradi va milklar shilliq pardasining tezda o'z holiga kelishiga olib keladi. Buning uchun milklarga geparinning 1 ml da 5000 TB bo'lgan preparatidan, lidazadan elektroforez va uchqun razryadli darsenval muolajalarini buyurish foydalidir.

Gipertrofik gingivitlarning turg'un fibrozli shakllarida jarrohlik yo'li bilan jarayonni bartaraf etish lozim.

Atrofik gingivitlarda, ma'lumki tishlarda yumshoq karashlar va toshlar juda kam miqdorda hosil bo'ladi, yallig'lanish jarayoni klinik belgilar bilan namoyon bo'lmaydi. Shularni nazarda tutgan holda, bu xastaliklarni bartaraf etishda asosan fiziomuolajalap (massajni barcha turlari)dan foydalanish va darmondorili elektroforez tadbirlari bilan bir qatorda organizmning umumiy quvvatini oshiruvchi davolash tadbirlarini amalga oshirish zarurdir. Bu muolyajalarga qadar mahalliy sabablardan: tizimchalar korreksiyasi, dahliz shilliq pardasining plastinkasi va tish-jag' anomalialarini bartaraf qilish lozim.

Belalarda uchraydigan milk yallig'lanishlari mahalliy sabablarga ko'ra aniqlansa va bu sabablar bartaraf etilsa, mahalliy davo tadbirlari yordamida milk asl holiga keladi va jarayonning qaytalanishi

kuzatilmaydi. Bemorlar 1-2 yil mobaynida dispanser nazorati ostida turishadi. Shifokor yallig'lanish jarayonining qaytalanmasligiga ishonch hosil qilgach, bolalarni dispanser nazoratidan o'chiradi.

Milk yallig'lanishi jarayoni asosida ichki a'zo va sistemalarning umumiy xastaliklari aniqlanganda davo tadbirlaridan so'ng milklar tez orada sog'ayib ketadi. Biroq vaqt o'tishi bilan milklarda yallig'lanish belgilari yana qaytalanadi. Buning sababi, surunkali umumiy xastaliklarda kasallikdan to'liq sog'ayish hollari kamdan-kam sodir bo'lishidadir. Bunday bemor bolalar doimo dispanser nazorati ootida bo'lmoqlari lozim.

Surunkali tarzda kechadigan milk yallig'lanishi (gingivitlar) bolalar va o'smirlarda parodontit xastaligini vujudga keltirmaydi. Bunda klinik yoki parodontal cho'ntaklar ham hosil bo'lmaydi.

Parodontitni Davolash. Bu xastalik bolalarda onda-sonda uchrab, davolash jarayoni katta yoshdagi kishilarnikidan farq qilmaydi. Bunday bemorlar jarroh, terapevt, stomatolog ko'rigidan o'tishlari lozim. Mutaxassislar o'zaro fikrlashib, davolash tadbirlarini belgilashlari va har bir bemorga xususiy muolaja rejalarini qo'llashlari zarur. Parodontit xastaligini keltirib chiqaruvchi umumiy xastaliklar yoki sistema kasalliklari bilan og'rikan bemorlar kasalxonalarda davolanadilar. Qon kasalliklari bilan og'rikan bemorlar gematologiya bulimlarida gematolog-shifokorlar, ichki sekretiya bezlari faoliyati buzilgan bemorlar esa endokrinologlar hamkorligida davolanadilar.

Umuman parodont xastaliklarida stomatolog-shifokor muolajalarni quyidagi sxema asosida amalga oshirishi:

1) yallig'lanish jarayonini kuchaytiruvchi ikkilamchi sabablar (karashlar, toshlar, mikroorganizmlar)ni bartaraf etishi yoki og'iz bo'shlig'ining sanatsiyasini o'tkazishi;

2) gingivitlarning turiga qarab, muolaja o'tkazishi;

3) parodontal cho'ntaklarga ishlov berishi (kyuretaj qilish, antiseptik va ferment prelaratlari bilan yuvish);

4) bemorni jarroh, ortodont va ortopedlar ko'rigidan o'tkazib, kerakli davo tadbirlarini o'tkazishi;

5) pediater bilan maslahatlashgan holda organizmning umumiy turg'unligini oshiruvchi parhez va vitaminlarni buyurishi;

6) og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga muntazam ravishda rioya qilishni tayinlashi;

7) tishlar butkul tushib ketgan taqdirda ortopedik, ortodontik yordam ko'rsatishi va bolalarda sun'iy jag'lar (protezlar) yilda kamida bir marta yangilanishini ta'minlashi lozim.

6.11. Parodont kasalliklarining profilaktikasi

Parodont xastaliklarining oldini olish (profilaktika) tadbirlarini juda erta boshlash zarur. Bolalarning tish va jag'lari yaxshi rivojlanishi uchun zamin tayyorlash lozim. Bola tug'ilganidan so'ng birinchi kunlaridan boshlab ko'krakni faol so'rishi yuz-jag' hamda tishlarning normal shakllanishini va rivojlanishini ta'minlaydi. Parodont to'qimalarining ahvoli tishlar chiqib bo'lganidan keyin ularning faoliyat jarayoni bilan chambarchas bog'liqdir. Ovqatni to'liq chaynash, og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga muntazam rioya qilish, mahalliy noxush sabablarni o'z vaqtida bartaraf etish parodont to'qimalari xastaliklarining oldini olishda muhim omillardan hisoblanadi.

Bolalarning umumiy ahvolini nazorat qilish, xastaliklarni o'z vaqtida aniqlab davolash, bolalarni dispanser ko'rigidan o'tkazib turish parodont to'qimalarining sog'lomligini ta'minlaydi.

6.12. Bolalar yoshida parodont kasalliklarini davolash rejasi:

I. Umumiy davo choralari(yallig'lanish diffuz):

1) Umumiy ma'lum a'zolar yoki sistema kasalliklari mavjud bo'lsa:

(endokrin, qon kasalligi, yurak qon-tomir va boshqalar):

- a) Tegishli mutaxassislar yordamida umumiy kasallikni davolash;
- b) Organizm sezgirligini pasaytiruvchi davo choralari;
- v) Organizmni umumiy quvvatini oshiruvchi davo choralari;

2) Umumiy kasalliklar mavjud bo'lmaganda:

- a) Organizm sezgirligini pasaytiruvchi davo choralari;
- b) Organizmni umumiy quvvatini oshiruvchi davo choralari;
- v) Parodont to'qimasi qon-tomirlarining mustahkamligini ta'minlovchi, mikrotsirkulyatsiyasini faollashtiruvchi preparatlar buyurish

II. Mahalliy davo choralari(yallig'lanish chegaralangan):

1) Etiologik sababni aniqlash (Tish qatorlari anomaliyasi, tishlar munosabatlari - prikus anomaliyalari, til, lablar yuganchalari anomaliyasi, karashlar, tish toshlari mavjudligi va boshqalar)

2) Aniqlangan etiologik sabablarni bartaraf qilish:

- a) Ortodont- mutaxassislari yordamida (Tish qatorlari, prikus anomaliyalari)
- b) Jarroh-stomatolog yordamida (lab, til tizginlari, og'iz dahlizi anomaliyalari)
- v) terapevtik yo'l bilan(karashlar, toshlardan tozalash, sanatsiya o'tkazish)

3) Og'iz bo'shlig'i malakali gigiyenasini amalga oshirish

4) Og'iz bo'shlig'i shaxsiy gigiyenasini to'g'ri yo'lga qo'yib, uning muntazamligiga erishish;

5) Og'iz bo'shlig'i a'zolari sanatsivasini amalga oshirish;

- a) Kariyes va uning asoratlarini davolash
- b) Shillik parda kasalliklarini bartaraf etish

6) Parodont to'qimasida mavjud bo'lgan yallig'lanish jarayonini bartaraf qilish:

- a) Qon-tomir devorini mustahkamlovchi malhamlar
- b) mikrotsirkulyatsiyasini faollashtiruvchi malhamlar
- v) to'qimada modda almashinuvini yaxshilovchi malhamlar
- g) To'qima regeneratsiyasini ta'minlovchi malhamlar
- d) Shifobaxsh o't-o'lanlar damlamasi bilan og'iz chayish.

Davolovchi
boylamlar
sifatida

7) Mikroorganizmlarga qarshi kurash:

- a) tishlarni karashlar va toshlardan tozalash
- b) Antiseptiklar bilan tish-milk cho'ntaklariga ishlov berish
- v) Mikroorganizmlarga ta'sir ko'rsatuvchi moddalari bor malhamlarni tish-milk cho'ntaklariga kiritish
- g) Davolovchi boylamlar qo'yish

8) Fiziomuolaja o'tkazish(milklarda gidromassaj,vakuum massaj,elektroforez)

9)Davolash tadbirlarini tegishli mutaxassislar bilan birgalikda ishlab chiqish

**6.13. Parodont kasalliklarini davolashda ishlatiladigan dori –
darmonlar va ularning xususiyatlari**

1)Organizm sezgirligini pasaytiruvchi (antigistamin) preparatlar:

- a) Diazelin—organizm sezgirligini pasaytirish yo'li bilan allergik holatlarga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Bolalar yoshida kuniga 0,02-0,05g.dan 1-2 marta buyuriladi
- b) Tavegil—gistaminga qarshi, uning ta'sirini neytrallab sezgirlikni pasaytiradi, 8-12 soat mobaynida ta'sir ko'rsatadi, tinchlantiruvchi xususiyati ham bor. 6-12 yoshli bolalarga 0,001 dozali tabletkalardan ½ tabletkadan kuniga 2 marta ichish tavsiya qilinadi

v) Suprastin-sezgirlikni pasaytiruvchi, tinchlantiruvchi preparat bo'lib, tabletkalarda 0,25 gr. dozada chiqariladi. 6-12 yoshli bolalarga $\frac{1}{2}$ tabletkadan kuniga 2 marta qabul qilish maslahat beriladi

2) Yallig'lanishga qarshi mahalliy ishlatiladigan dori malhamlar:

- | | | |
|---|---|---|
| a) Atsetilsalitsil kislotasi –aspirin poroshok kukuni sifatida malhamlarga aralashtirilib tish-milk chuntaklariga boylamlar xolida qo'yiladi. Yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi va og'riq qoldirish xususiyatiga ega | } | Yallig'lanishga qarshi malham sifatida bog'lyamlyar holida ishlatiladi |
| b) Butadion. | | |
| v) Indometatsin | | |
| g) Ortofen | | |
| d) Mefaminat –natriy | } | Modda almashinuvini faollashtiruvchi malhamlar bulib yallig'lanishga qarshi kuchli ta'sirga ega, applikasiya shaklida ishlatiladi |
| e) Aktovegin | | |
| j) gidrokortizon | | |
| z) gioksizon | | |

3) Yallig'lanishga qarshi, shishga qarshi, erkin radikallarga qarshi (antioksidant sifatida)mahalliy ishlatiladigan dori vositalar:

- | | | |
|---------------|---|--|
| a) Olifen | } | Applikatsiya , bog'lam sifatida ishlatiladigan malhamlar, poroshok kukunlar, tabletkalar |
| b) Dibunol | | |
| v) Demefosfon | | |
| g) Olifen | | |

4) Mikrotsirkulyatsiyani faollashtiruvchi vositalar:

- a) Askorbin kislotasi (S-vitamiini)ampulada va tabletkada
- b) Rutin -tabletkada xolida
- v) Askorutin- tabletkada xolida
- g) Geparin malham xolida

Mazkur dori vositalari qon-tomirlar devorini mutaxkamlaydi, o'tkazuvchanligini pasaytiradi, qonni suyultiradi, mikrotsirkulyatsiyani kuchaytiradi va shishni kamaytiradi.

5) Mikroorganizmlarga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi dori vositalari:

a) Trixopol – metronidazol — Oddiy bakteriyalarga nisbatan keng spektrli ta'sirga ega. Parodontitlarda, gingivitlarda, yallig'lanishga qarshi samarali vosita sifatida tish-milk cho'ntaklariga ishlov berish uchun tavsiya qilinadi. **Buning uchun:** a) Trixopol tabletkalari suvda eritilib parodontal cho'ntaklar yuviladi; v) tabletkalar ezilib poroshok holiga keltiriladi va malham dorilarga aralashtirilib bog'lamlar xolida ishlatiladi;

b) Xlorfillipt—Evkalipt daraxti barglari xlorofilini saqlovchi rangi yashil eritma, kuchli bakteritsid ta'sirga ega, patologik cho'ntaklarga ishlov berish uchun tavsiya qilinadi.

v) Antiseptiklar - (kaliy permanganat, vodorod peroksidi, furatsillin, yodditsirin, yodinol, elyudril, sisial, maraslavin va boshq.) Tish-milk cho'ntaklariga ishlov berish uchun, chayish uchun ishlatiladi.

g) **Antibiotiklar**—Asosiy bakteriyalarga, mikroblarga qarshi kuchli ta'sir ko'rsatuvchi preparatlar hisoblanadi. Parodontologiya amaliyotida ko'proq penitsillin guruhiga kiruvchi (metatsillin natriy, oksatsillin natriy, ampitsillin); aminoglikozitli antibiotiklar guruhidan (neomitsin, gramitsidin.). Makrolid –antibiotiklaridan –eritromitsin, roksitromitsin, oleandomitsin kabilar tish-milk cho'ntaklariga eritmali ishlov berish maqsadida, malhamli boylamlar tayyorlash maqsadida ishlatiladi.

Shuni esda tutish lozimki, bolalar yoshida ularni ishlatishdan oldin organizm segirligi mazkur antibiotikka nisbatan albatta tekshirilishi, so'rab surishtirilishi lozim. Chunki bolalar organizmi mazkur dori darmonlarga nisbatan sezgirligi yuqori bo'lishi mumkin. Har xil allergik reaksiyalar bilan bir qatorda anafilaktik shok holatini ham yuzaga keltirishi mumkin.

6) Parodont to'qimasining regeneratsiyasini faollashtiruvchi dori vositalar:

a) Vitaminlar A,E(ayekol malhami)

b) Atsimin patologik cho'ntaklarini yaxshi tozalaydi, ekssudatsiyani kamaytiradi, regeneratsiya va epitelizatsiya jarayonlarini faollashtiradi

v) Shifobaxsh o'simliklar mevasi urug'idan olinadigan moylar (oliva moyi, na'matak moyi, oblepixa moyi)ham stomatologiya amaliyotida to'qimalar regeneratsiya qobiliyatini oshiruvchi, epitelizatsiyani kuchaytiruvchi moddalar sifatida keng qullaniladi. Mazkur moylar shifobaxsh boylamlar tayerlashda qovushtiruvchi sifatida ishlatilsa, samarasi yuqori bo'ladi.

7) Bakterial va mikrobli yallig'lanishga qarshi:

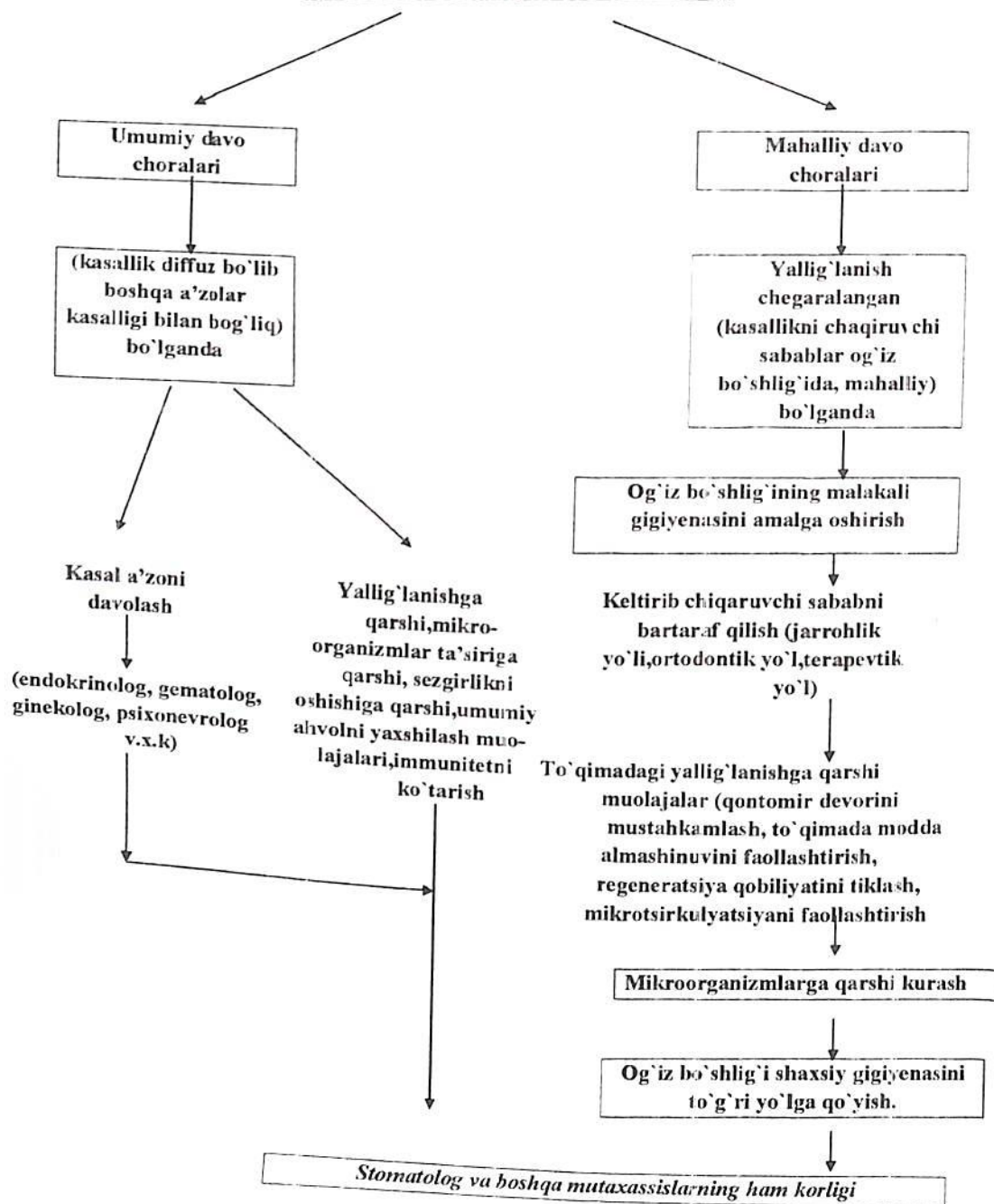
Bugungi kunda keng ishlatiladigan gel shaklidagi, malham shaklidagi antibakterial vositalardan: solkoseril, kamistad gel, mitrogel denta, parodium va boshkalar milk yallig'lanishida yaxshi samarali hisoblanadi.

8) Immunomodulyatorlar:

Ba'zan organizmning reaktivlik, immunologik quvvati past, nimjon, kasalmand bolalarda, ularning himoya kuchini oshirish maqsadida pediatrlar bilan maslahatlashgan holda timolin, timogen, taktivin, levamizol, immunal, immudon kabi preparatlarni tavsiya etish ham maqsadga muvofiq hisoblanadi

Bolalar yoshida

parodont kasalliklarini davolash rejasi



Bemorning shifokorga **birinchi murojati** paytida tishlar yumshoq karash va toshlardan tozalanadi, granulyatsiyalanuvchi to'qimalar kurak tishlar atrofidan soqit qilinadi. Ota-onalari va bemor bolaning o'ziga tish tozalash qoidalari o'rgatiladi.

Ikkinchi mypojaat (qatnov) paytida qolgan tishlar atrofi granulyatsiyalanuvchi to'qimadan, milk usti, milk osti toshlaridan tozalanadi. Tozalangan tish milk sathiga gidrokortizon emulsiyasi, na'matak moyidan baravar miqdorda olib pasta hosil bo'lguncha rux oksidi bilan aralashtiriladi va hosil bo'lgan pastani jarohatli milk ustiga 2-3 soatga qo'yiladi (ozgina suvli dentin aralashtirilsa tez qotadi). Bu borada gepirinli malhamni ham xuddi ko'rsatilgan usulda ishlatsa bo'ladi.

Bemorning uchinchi-to'rtinchi qatnovida og'iz bo'shlig'i gigiyenasining darajasi nazorat qilinib, milk osti toshlarining qoldiqlari tozalanadi, kerak bo'lgan joylarda kyuretaj muolajasi takrorlanadi. O'tkazilgan muolajalar ta'sirini turg'unlashtirish maqsadida milk shilliq pardasiga gidrovibrova-kum bilan massaj buyuriladi. Simptomatik davo-muolajalari davrida 3-4 hafta mobaynida askorbinat kislotasini (0,05-0,1 g) rutin preparati bilan birgalikda (0,2 - 0,5 - 0,6 g) kuniga 3 martadan ichish uchun buyuriladi. Ikkala preparat aralashmasi askorutin nomi bilan ma'lum.

O'zlashtirish darajasini aniqlash uchun savollar

1. Parodont xastaliklarini davolashda og'iz bo'shlig'i gigiyenasining ahamiyati nimadan iborat?
2. Mahalliy ikkilamchi sabablarni bartaraf etish uchun qanday tadbirlar amalga oshiriladi?
3. Fiziomuolajalar milk to'qimasiga qanday ta'sir ko'rsatadi?
4. Parodont to'qimalarining yallig'lanish xastaliklariga qanday simptomatik davo tadbirlari qo'llaniladi?
5. Parodont to'qimalarining diffuz tarzida kechadigan yallig'lanish turlarini davolashda shifokor-pediatrlarnint hissasi nimalardan iborat?

6. Turli xil parodont xastaliklarida davo muolajalarining ta'siri haqida so'zlab bering.

7. Surunkali milk yallig'langanda va parodontit xastaligida parodont to'qimalaridagi klinik belgilar va rentgen tasviri ma'lumotlari haqida gapirib bering. Bu ikki xil xastalik birbiridan qanday ajratiladi?

8. Gingivit va parodontitning chegaralantan tarzda kechishining sabablari nimalardan iborat?

9. Diffuz tarzda kechadigan parodontit va gingivit sabablari to'g'risida gapirib bering.

10. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilmaydigan maktab bolalarida gingivitning kaysi bir turi ko'proq rivojlanadi?

11. Lab va til tizimchalarining kaltaligida qanday gingivit rivojlanadi?

12. Tishlar chuqur qiyshayganda va ochiq tishlar holatida 12-14 yashar bolalarda kuzatiladigan gingivit turi to'g'risida gapirib bering.

13. Parodontoliz qanday xastaliklar oqibatida paydo bo'ladi?

14. Qaysi yoshdan boshlab bolalarda parodontoliz xastaligida suyak to'qimasida struktur buzilishi boshlanadi?

15. Parodontoliz xastaligining klinik belgilari haqida gapirib bering.

16. Rentgen tasviridagi parodontolizga xos o'zgarishlar nimalardan iborat?

7 Bob. OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI KASALLIKLARI.

Stomatologiya amaliyotida «stomatitlar» atamasi og'iz bo'shlig'i shilliq qavati rang-barang kasalliklarining umumlashgan tushunchasi bo'lib, aniq biror - bir kasallikni aynan bildirmaydi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati hazm qilish sistemasining boshlang'ich sohasi bo'lganligi sababli, bola tug'ilishi bilan oq turli mahalliy ta'sirlar ta'siriga uchraydi. Bundan tashqari o'zining vazifalarini bajarish bilan birgalikda organizmda kechayotgan umumiy noxush jarayonlarning belgilarini ham o'zida aks ettirdi. Bunday holat og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini organizm ichki dunyosining oynasi deb baholashda, ko'pgina hollarda to'g'ri deb tan olingan.

Yuqoridagi fikrlarni hisobga olgan holda, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'zgarishlar va kasallik belgilarini tahlil qilish paytida stomatolog-shifokor shilliq qavatga ta'sir ko'rsatayotgan mahalliy sabablar bilan birgalikda organizmda kechayotgan umumiy jarayonlarni ham albatta inobatga olmog'i zarur.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari barcha yoshdagi kishilarda uchraydi. Lekin bolalarda kechadigan bunday kasalliklar o'zining o'tkir kechishi, tez rivojlanishi va organizm umumiy ahvolidan o'zgarishi bilan xarakterlanadi. Bunday hollarda bolaning kechinmalari (anamnez) va ota-onalar bayon qilgan fikrlarni sinchiklab eshitib umumlashtirmoq, pediatrlar, infeksiyalar, nevropatologlar, endokrinologlar kabi mutaxassislar fikrini bilmoq maqsadga muvofiq hisoblanadi. Bundan tashqari, qo'shimcha tekshirishlar (bioprobalar, sitologik tekshirishlar, biopsiya va boshqalar) o'tkazib, ularning natijalarini to'g'ri tahlil qilish kasallikka to'g'ri tashxis qo'yishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Ba'zi bir kasalliklar faqat bolalar yoshiga mansubdir. Bularga bir yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydigan tanglay yarasi (Bednar aftasi) yoki ko'pchilik hollarda bolalardagina qayd qilinadigan o'tkir gerpetik stomatit, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining qizamiq, qizilcha (skarlatina) va difteriya (burma) kasalliklaridagi shikastlanishlar misol bo'la oladi.

Shu bilan birgalikda stomatologiya amaliyotida bolalar yoshida uchraydigan leykoplakiya, haqiqiy (chin) po'rsildoqkabi xastaliklar shilliq qavat jarohatlanishlari hisoblanadi.

7.1. Bolalar yoshida og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining shakllanishi va fiziologik xususiyatlari, o'g'iz bo'shlig'i mikroflorasi

Insonlar, jumladan bolalar og'iz bo'shlig'ining barcha sohalari shilliq parda bilan (Lamina mucosa) qoplangan bo'lib u ikki qavat, alohida to'qimalardan iborat.

1. Yuza qavati ko'p qavatli yassi epiteliy.
2. Ostki qavati qo'shuvchi to'qima.

Shilliq parda epiteliy qavati bazal membrana nomli parda orqali qo'shuvchi to'qima qavati bilan birikadi (membrana bazalium). Bazal membrana juda nozik fibrillyar argirofil tolalardan va mukopolisaxarid kompleksidan iborat bo'lib o'ziga xos barer vazifasini bajaradi.

Epiteliy qavati og'iz bo'shlig'ining barcha sohasida har – xil qalinlikda 200 mkm dan – 50 mkm gacha bo'ladi.

Shilliq parda epiteliysi asosan uch qavatdan iborat:

1. Bazal hujayralar qavati.
2. Tikanaksimon hujayralar qavati.
3. Yassi hujayralar qavati.

Bazal hujayralar qavatining hujayralari to'q rangga bo'yaluvchi, RNK ga boy sitoplazmaga ega va bu yerda hujayralar mitoz yo'li bilan doimo bo'linib ko'payib epiteliy qavatini tiklanishini (regeneratsiyasini) ta'minlab turadi. Bu hujayralar shakli asosan silindirsimon bo'ladi.

Tikanaksimon hujayralar yuza qavatda joylashib ko'p tomonli (poligonal) shaklda bo'ladi. Hujayralar sitoplazmasi ochroq bo'yaladi, pastki qavatlarida bo'linuvchi hujayralar uchraydi.

Yassi hujayralar qavati tikanaksimon hujayralarning yassilashidan hosil bo'ladi.

Og'iz shilliq pardasining qo'shuvchi to'qimali asosi yumshoq shakllanmagan tolali biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan bo'lib, qon tomir, hujayra elementlariga boy bo'ladi.

Xujayra elementlari: plazmatik hujayralar, limfotsitlar, semiz hujayralar, fibroblastlar, makrofaglar, gistiotsit uchraydi.

Og'iz shilliq pardasida maxsus tekshirishlar natijasida anotomik va fiziologik xususiyatlaridan kelib chiqib uch soha borligi qayd qilinadi: qoplovchi soha, chaynov sohasi va maxsus strukturaga ega bo'lgan soha:

1. **Qoplovchi sohaga** – lab, lunj, o'tuvchi burmalar, og'iz bo'shlig'ining tubi, yumshoq tanglay kiradi.

2. **Chaynov sohasiga** – milk va qattiq tanglay shilliq qavati kiradi.

3. **Maxsus strukturali soha** – bu til usti shilliq pardasi.

Qoplovchi shilliq pardada epiteliy shoxlanishi uchramaydi, shilliq osti qo'shuvchi pardasi yaxshi rivojlangan.

Chaynov shilliq pardasida epiteliy qavati shoxlanuvchi bo'lib, shilliq osti parda bo'lmaydi va u xususiy qavat orqali suyak usti pardasiga birikadi.

Maxsus shilliq pardada ko'plab nerv oxirlari sezish qobiliyatiga ega bo'lgan maxsus so'rg'ichlar sifatida shakllangan: ipsimon, zamburug'simon, tarnovsimon, bargsimon.

Bolalarda ularning yoshini oshib borishi bilan og'iz shilliq pardasida gistologik va gistoximik o'zgarishlar kuzatiladi.

Maxsus tekshirishlar bunday o'zgarishlarni asosan uch davrda yaqqol ko'zga tashlanishini ko'rsatadi:

1. Tug'ilgandan 1 yoshgacha (chaqaloqlik, ko'krak davri).

2. 1 yoshdan – 3 yoshgacha – erta bolalik davrida.

3. 4 yoshdan – 12 yoshgacha – birlamchi va ikkilamchi bolalik davrida.

Chaqaloqlik davrida shilliq pardaning umumiy tuzilishi bir xil. Faqat bu davrda epiteliy qavat va shilliq osti parda juda yupqa va nozik, hujayralar va tolalar sistemasi takomillashmagan.

Shilliq parda epiteliysi glikogen va RNK ga boy. Qo'shuvchi to'qima va epiteliyda mukopolisaxaridlar ko'p. Shilliq osti qo'shuvchi

to'qimada takomillashmagan hujayralar ko'p bo'lib, ular asosan fibroblastlar, gistiotsit va limfotsitlardan iborat. Plazmatik hujayralar va labrotsitlar juda kam.

Yuqorida ko'rsatilgan holat shilliq pardaning nozikligidan, ta'sirlarga chidamsizligi, yengil jarohatlanishi bilan birgalikda yuqori tiklanish – regeneratsiya qobiliyati borligini ko'rsatadi.

Ko'krak yoshidagi bolalar og'iz shilliq qavatining asosiy xususiyatlari shundan iboratki, epiteliy va shilliq osti pardasi qalinlashib boradi, chaynov sohalarida va ipsimon so'rg'ichlar sohasida yassi epiteliy shoxlanishiga moyillik paydo qiladi, shu bilan bir qatorda glikogenning yo'qolishi kuzatiladi. Shilliq osti pardada qon tomirlar kamaya boshlaydi, hujayralar soni, ayniqsa plazmotsitlar keskin kamayadi.

Bir yosh atrofidagi bolalar og'iz shilliq pardasi qo'shuvchi to'qimasida, uning asosiy moddasida oqsillarning kamayib ketishi ona organizmidan olingan tayyor himoya vositalarini yo'qolib borishini ko'rsatadi. Bu esa o'z navbatida organizmning immunobiologik xususiyatini bir muncha pasayganidan darak beradi. Bunday holat shu davrdan boshlab bolalarning tez-tez kasallikka chalina boshlaganligini tushuntirsa ajab emas.

Erta bolalik yoshida (1-3 yosh) og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi aniq shakllanib bo'ladi: lab, lunj, til epiteliy qavatida glikogen juda oz miqdorda aniqlanadi, hujayralar sitoplazmasida RNK miqdorining oshmasligi shakllanishining turg'un bo'lishini ta'minlaydi.

Qo'shuvchi to'qima tolalari nozik, ingichka bo'lib ma'lum yo'nalishlarda dastalanmagan to'rti hosil qiladi. Ko'shuvchi to'qima tolalari nozik, ingichka bo'lib ma'lum yo'nalishlarda dastalanmagan to'rti hosil qiladi. Qo'shuvchi to'qimaning asosiy moddasi mukopolisaxaridlar bilan to'yinmagan. Bazal membrana yumshoq shakllanmagan tolalardan iborat.

1-3 yoshli bolalar og'iz shilliq pardasida hujayralar soni talaygina bo'lib, ular asosan so'rg'ichlar qo'shuvchi to'qimani va tomirlar atrofida joylashgan bo'ladi. Bu esa qon tomirlar o'tkazuvchanligi oshganligidan dalolat beradi. Bu yoshda qo'shuvchi to'qimada labrotsitlar soni oshadi

va ular asosan, qon tomir devorlari atrofida joylashgan bo'ladi. Labrotsitlar to'qimada gomeostaz buzilishida ma'lum ahamiyat kasb etadi.

Plazmatik va gistotsit hujayralar sonining keskin ko'payib ketishiga sabab bo'lishi mumkin. Bunga misol bolalarda o'tkir gerpetik stomatitning kechishi va aynan shu yoshda juda ko'p (71,1 – 85 %) uchrashidir desak xato bo'lmaydi.

Birlamchi (4-7) va ikkilamchi (8-12) yoshli bolalar og'iz shilliq pardasi ancha qalinlashgan, hujayralarda boshida (4-7) glikogen va RNK ko'payishi keyinchalik (8-12) ularning kamayishini kuzatish mumkin. 8-12 yoshda to'qimalarda oqsil moddasining ko'payishi kuzatiladi. Bu yoshda bazal membrana qalinlashib zichlashadi, xususiy qavatida retikulin va elastik tolalar soni oshadi, kollagen tolalar takomillashgan bo'ladi.

Shilliq pardaning qo'shuvchi to'qimali asosida limfogistiotsitar elementlar oshib, tomirlar atrofini o'rab oladi va perivaskulyar infiltratsiya hosil qiladi. Limfogistiotsitar hujayralar to'plamini hosil bo'lishida bugungi kun adabiyotlarida oqsil almashinuvi va immunologik siljishlar sabab bo'lishi mumkin deb tushuntiriladi. Shu bilan birgalikda hujayralar to'plami antitelolar va maxsus globulinlar ishlab chiqarishi ham nazarda tutiladi. Bu jarayonda asosiy rol ni limfotsitlar va plazmatik hujayralar o'ynaydi.

Labrotsitlar soni esa erta bolalik davriga nisbatan kamayadi, biroq ularning faollik darajasi ancha oshib, sitoplazmasida geparin mahsuloti yig'ila boshlaydi. Geparin moddasi biologik aktiv bo'lib, himoya vositasi to'qima va qonda ajralib chiquvchi proteolitik va mukolitik fermentlarni neytrallab normallashtirib turadi. Shu bilan birgalikda to'qima metabolismini tiklaydi. Bundan tashqari geparin kuchli allergik reaksiyalar hisoblanmish Artyus va Shvarsman fenomenlarini sekinlashgan antitoksik faktor sifatida tormozlaydi.

Yuqorida bayon qilingan gistologik o'zgarishlar 8-12 yoshli bolalar organizmida o'tkir yallig'lanish jarayonlari ko'pincha surunkaliga aylanib ketishini ta'minlaydi.

Shunday qilib bayon qilingan gistofiziologik o'zgarishlarni bolalikning uch davriga nisbatan tahlil qiladigan bo'lsak va bu manzaralar bilan shu davrlarda bolalarda uchraydigan kasalliklar o'rtasidagi yoki salomatlik darajasi o'rtasidagi bog'lanishni tushunish uchun quyidagilarga e'tibor berilishi kerak:

1 yoshgacha bo'lgan bolalarda: shilliq parda nozik, yupqa, yengil jarohatlanadigan, shilliq osti parda strukturasi takomillashgan, hujayralar glikogen va RNK ga boy, to'qimalarda yetuk oqsil va mukoid moddalar mavjud. Shuning uchun 1 yoshgacha bo'lgan bolalar og'iz shilliq pardasi virusli va mikrobl, bakterial kasalliklarga nisbatan turg'un bo'lishi bilan bir qatorda mexanik travma (til osti yarasi, Bednar yarasi va x.k.), hamda zamburug'lar chaqirishi mumkin bo'lgan (og'iz oqarishi-molochmitsa) kasalliklarga moyildir.

1-3 yoshgacha bo'lgan bolalarda: shilliq parda qalinlashuvi, tolalar sistemasida va hujayralarda sodir bo'ladigan o'zgarishlar (miqdor jihatdan) oshishi, qon tomirlarni ko'payishi, bazal membrananing shakllanishi, himoya hujayralar to'plamining korporatsiyasining hali shakllanmaganligi, ona organizmidan olingan immunologik tayyor himoya vositalarining kamayib tugab ketishi, aynan shu davrda virus va infeksiyalar chaqiradigan yallig'lanish jarayonini o'tkir o'tishini ta'minlaydi. Aynan shu davrda sut tishlarining birin - ketin yorib chiqishi shilliq parda butunligini doimiy buzilishiga va infeksiya kirish uchun ko'plab ochiq darvozalarni vujudga keltirishga sabab bo'ladi.

4-12 yoshlarga kelib og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida kerakli himoya bareri - to'siqlari shakllanadi, shu bilan birgalikda immunologik himoya hujayralar kompleksi hosil bo'lib qon tomirlar atrofida ular faollashadi (plazmatik, limfotsit, gistiotsit, monotsit, makrofag va ayniqsa labrotsitlar). Limfa tugunlari himoya funksiyasini bajara boshlaydi, immun hujayralar antitelolar, maxsus immunoglobulinlar ishlab chiqa boshlaydi. Limfotsit - plazmatik hujayralar - monotsit - makrofag - gistiotsit - labrotsit - hujayralar korporatsiyasi vujudga keladi. Epiteliy qavat qalinlashadi, maxsus sohalarida ular shoxlana boshlaydilar, bazal membrana qalinlashib, zichlashadi, kollagen, elastik tolalar takomillashib yetiladi, pishiq mexanik qatlam hosil qilishadi.

Himoya hujayralari: limfotsit va makrofaglar ko'p qavatli epiteliyga o'tib shilliq parda sathiga yaqinlashadi. Qon tomirlar devori zichlashib qalinlashib o'tkazuvchanlik pasayadi. Labrotsitlar funksiyasi faollashadi ular geparin, gistamin, serotonin kabi biologik aktiv moddalar ishlab chiqarib allergik reaksiyalarga qarshi himoya fonini yaratishadi.

Shunday qilib bu yoshda shilliq parda o'zining himoya barer strukturasini shakllantiradi va natijada o'tkir yallig'lanish jarayonlari kamayib, surunkali, allergik jarayonlar uchray boshlaydi.

Shilliq pardaning 8-12 yoshga kelib shakllangan barer (himoya) funksiyasini quyidagi strukturalar bajaradi:

1. So'lak o'zining immunobiologik komponentlari (lizotsim, immunoglobulinlar va boshqalar) bilan birgalikda.
2. Epiteliy shillig'i.
3. Yupqa, ko'p qavatli epiteliy qatlami (desmosomalari, hujayra oraliq moddasi va hujayralar membranasi, hujayra ichidagi lizofagosoma-xazm sistemasi) bilan.
4. Bazal membrana o'zining zich tolasi strukturasi bilan.
5. Epiteliy qavatiga migratsiya qiladigan neytrofil leykotsitlar, limfotsitlar, immunoaktiv nospetsefik sekretor moddalar.
6. Shilliq osti qavat qo'shuvchi to'qimaning immunokomponent hujayralari (makrofaglar, limfotsitlar, plazmatik hujayralar, neytrofil leykoitlar, semiz hujayralar va boshqalar)
7. Qo'shuvchi to'qimaning hujayra oraliq moddasi va undagi mavjud bo'lgan immunoaktiv strukturalari.

Og'iz bo'shlig'ida kasalliklar chaqiruvchi mikroflora

Odontogen yallig'lanish deb, tishlarning orasida va atrofida joylashgan to'qimalarning yallig'lanishiga aytiladi.

Karies jarayoni mikroblarning dentin kanali orqali pulpaga tushishiga imkon yaratadi va pulpada avvaliga o'choqli, keyinchalik esa tarqalgan (diffuz) pulpitning rivojlanishiga sababchi bo'ladi. Mikroblar va ularning hayot faoliyati mahsulotlarining yanada tarqalishi natijasida periodontit kelib chiqadi, so'ngra yallig'lanish jarayoni suyakkacha tarqalib, avval periostit, keyin esa osteomielit rivojlanadi. Agar

yallig'lanish yumshoq to'qimalargacha tarqalsa, jag' oldi absessari va flegmonasi yuzaga keladi. Patologik jarayonning rivojlanishi uchun mikroblarda virulentlik omillari mavjud bo'lishi lozim. Yiringli yallig'lanishlarni rivojlantirishda yuqori invazivlik xususiyatiga ega bo'lgan qo'zg'atuvchilar katta rol o'ynaydi.

Odontogen jarayonlarning mahalliy (pulpit, periodontit, alveolit, absess) va tarqalgan, ya'ni generalizastiyalashgan (flegmona, osteomielit, sepsis) shakllari farqlanadi.

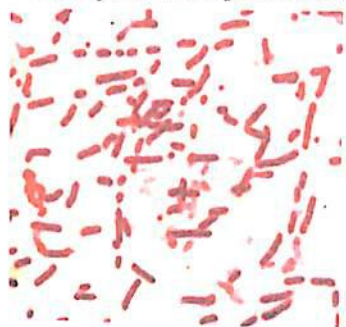
Pulpit — bu to'x yoki ildiz pulpasida kechadigan o'tkir yoki surunkali yallig'lanish jarayonidir.

Sog'lom pulpa periodont to'qimasini turli xil zararli omillardan himoya qiluvchi biologik to'siq hisoblanadi. O'tkir pulpit avvaliga o'choqli xarakterda bo'lib, seroz yallig'lanish ko'rinishida kechadi. Bunda ko'pincha "yashil" streptokokklar (qonli agarda yashil rangdagi α - gemoliz hosil qiladigan) va nogemolitik D guruhi streptokokklari (enterokokklar), laktobakteriyalar (1-a,b rasmlar) topiladi. O'tkir seroz pulpit yaxshi davolanmasa yiringli pulpitga o'tadi, bunda peptostreptokokklar, F va G guruhining alfa- va betagemolitik streptokokklarini ajratib olish mumkin bo'ladi.

O'tkir pulpit surunkaliga, to'qimalar nekrozida esa — gangrenoz pulpitga o'tadi. Pulpitning bu shaklida nekrozga uchragan pulpadan juda ko'p miqdorda anaerob bakteriyalar: peptostreptokokklar, mikroaerofil streptokokklar, bakteroidlar, spiroxetalar, aktinomistetlarni ajratib olish mumkin. Bularga chirituvchi bakteriyalar — klostridiyalar ham qo'shilishi mumkin.



a)



b)

1-rasm. Enterokokk (a) va laktobakteriyalarning (b) sof kulturasidan surtma.

Periodontit. Periodont to'qimasiga mikroblarning qaerdan tushishiga ko'ra apikal periodontit (ildiz kanali orqali tushadi) va marginal periodontit (patologik milk cho'ntakchasidan tushadi) farqlanadi.

Periodontning seroz yallig'lanishi pulpada yoki milk cho'ntakchasida joylashgan yallig'lanish o'chog'idan tushadigan zaharli mahsulotlar ta'sirida yuzaga keladi. Yiringli periodontit esa mikroblarning periodont to'qimasiga o'tgandan so'ng kelib chiqadi (2-rasm).

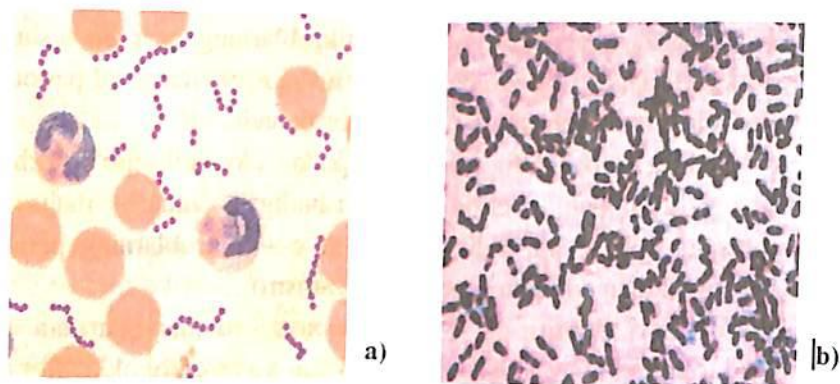
Yiringli periodontitning o'ziga xos xususiyatlaridan biri stafilokokklarga nisbatan anaerob bakteriyalar va streptokokkli floraning ko'p bo'lishidir. Bunda yallig'lanishning boshlang'ich bosqichida "yashil" va nogemolitik streptokokklar uchraydi. Agar yallig'lanish mikroblarning ildiz kanali orqali o'tishiga bog'liq bo'lsa, mikroblari tarkib yiringli yoki gangrenoz pulpitning florasiga bilan namoyon bo'ladi. O'tkir periodontitning surunkaliga o'tishida anaerob streptokokklar (peptostreptokokklar) soni ko'payadi, so'ngra ularga qat'iy anaeroblar va boshqa streptokokklar qo'shiladi.



2-rasm. Periodontit.

Apikal granulemalarda aktinomistetlar, bakteroidlar, fuzobakteriyalar va spiralsimonlar topiladi (3 a, b - rasm).

Og'iz bo'shlig'idagi surunkali infeksiya o'choqlari (surunkali periodontit, kista, surunkali osteomielit, aktinomikoz va h.k.) turli kasalliklarning sababchisi bo'lishi mumkin.



3-rasm. Bakteroid (a) sof kulturasi va yiringdagi streptokokklar (b).

Har bir odamda immun javob irsiyatga asoslangan. Asosan bu, ba'zi rezident mikroblarning AG lariga nisbatan sust immun javobga ega bo'lgan odamlarga tegishlidir. Surunkali gangrenoz pulpitlar, surunkali periodontitlar (granulematoz), parodontit, surunkali perikoronit, surunkali osteomielit og'iz bo'shlig'ining surunkali odontogen infeksiya o'choqlari hisoblanadi.

Surunkali odontogen yallig'lanishning rivojlanishida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: infeksiya o'chog'idan mikroblar tarqaladi. Tishlarni tozalash, kyuretaj qilish, tishlarni olish, tishlar implantastiyasi, og'iz bo'shlig'ida ortopedik va ortodontik moslamalarni o'rnatish kabi muolajalar qisqa vaqt davom etuvchi bakteriemiya olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, og'iz bo'shlig'idan mikroblar og'ir nekrotik gingivitlar va stomatitlarda, absesslar hosil bo'lganda patologik milk cho'ntakchalaridan, nekrotik pulpitlarda ildiz kanallaridan, surunkali periodontitda kistalar va granulyastiyalardan qonga o'tishi mumkin. Organizm reaktivligi me'yoriy holatda bo'lganda qisqa vaqt davom etuvchi bu bakteriemiya faqatgina tana haroratining ko'tarilishi bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Rezistentlik omillarining faolligi susayganda mikroblar infeksiya o'chog'idan chiqqandan so'ng ko'payadi va boshqa to'qimalarga kolonizasiyasi kuzatilishi mumkin. Bunday holatda og'iz bo'shlig'i bakteriyalari o'ta xavfli hisoblanadi, chunki ularning ko'pchiligi boshqa hujayralarning va tuzilmalarning yuzasiga adgeziya bo'lish xususiyatiga egadir.

Dekstran hosil qiluvchi *Str. mutans* va *Str. sanguis* streptokokklari ko'pincha endokardit sababchisi bo'ladi, narkomanlarda esa ular sepsisni keltirib chiqaradi. Chunki bu streptokokklar nafaqat tishlarning emal yuzasiga, balki yurak klapanlari to'qimasiga ham yopisha olish xususiyatiga ega.

Og'iz bo'shlig'i mikroblari (oral mikroblar) o'tkir bakterial miokardit, infeksiyon endokardit va bosh miyada yallig'lanish jarayonlariga sababchi bo'lishi mumkin. Ayniqsa, hamma tizimlarning rezistentligi pasaygan holatlar va kasalliklarda (leykemiya, agranulositoz, immunodepressantlar qo'llanilganda, immuntanqisliklarda) odontogen zararlanish xavfi juda yuqori bo'ladi. Anaerob bakteriyalarni o'stirish texnikasining yaxshilanishi, ba'zi odontogen kasalliklarning sababchisi - og'iz bo'shlig'idagi bakteroidlardan biri - *Capnocytophaga (Bacteroides) ochraceus* ekanligini aniqlashga imkon berdi. Bu mikroblar nekrotik stomatogingivit sabab bo'lgan septisemiyali bemorda topilgan va u doimo nekrozga uchragan tish pulpasidan olingan namunada va periodontal o'choqda mavjud bo'ladi.

Ko'p bakteriyalar toksinlar va biologik faol moddalar ishlab chiqaradi. Bu moddalarning juda kam miqdori ham xo'jayin to'qimalari va a'zolarida chuqur o'zgarishlar chaqiradi. Pilakchalarda va kanalning nekrotik materialida biologik faol endotoksin katta miqdorda aniqlanadi. Endotoksin yoki grammanfiy bakteriyalar membranasining LPS va boshqa metabolitlar organizmda quyidagi patologik holatlarni keltirib chiqarishi mumkin:

- nerv tolalari periferik oxirlarining degenerativ o'zgarishlari;
- endotoksinning pirogen ta'siri subfebril haroratga, bosh og'rig'iga, bo'g'imlar va mushaklardagi og'riqqa olib keladi;
- leykositlar faoliyatining buzilishi.

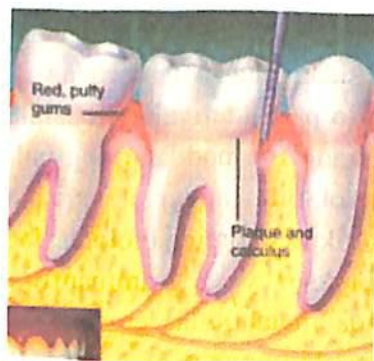
Parodontning yallig'lanish kasalliklariga quyidagilar kiradi:

- gingivit (4-rasm)
- parodontit
- parodontoz (5-rasm)
- parodontomalar
- periimplantit

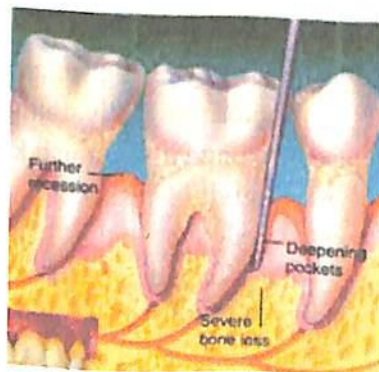
Parodontning yallig'lanish kasalliklari (gingivit va parodontit) aholi o'rtasida keng tarqalgan (40 yoshdan kattalarda 90% dan yuqori) va kattalar o'rtasida tishlarning zararlanishida asosiy sabablardan biri hisoblanadi.

Mahalliy va chet el mualliflarining ko'plab tadqiqotlari tish karashining miqdori bilan surunkali gingivitning og'irlik darajasi o'rtasida yaqqol bog'liqlik borligini isbotladi. Og'iz bo'shlig'i gigienasi o'tkazilmagan holatlarda 10-21 kunlarga borib kataral gingivit rivojlanadi, gigienik tadbirlar amalga oshirilganda esa, milklar yallig'lanishining susayishi yoki yo'qolishi qayd etiladi.

Patologik milk cho'ntaklaridan ajratib olingan anaeroblarning ko'pchiligi gialouronidaza, DNKaza, RNKaza, kollagenaza, proteaza kabi gistolitik fermentlarni ishlab chiqaradi, endotoksin saqlaydi, yog' kislotalari, indol, aminlar va ammiak kabi sitotoksik substansiyalar ajratadi.



4-rasm. Gingivit



5-rasm. Parodontit

Bundan tashqari, maxsus LPS saqlashi hisobiga, mikroblar suyak to'qimasini destruktiviyasiga olib keluvchi, immunpatologik mexanizmlarning sababchisi bo'lishi mumkin. Parodontitda ajratib olingan yashil streptokokklar o'rganilganda, ularning 47% ida gialouronidaza va 23% ida — beta-glyukoronidaza topilgan. Lekin milkdan ajratib olingan shtamlarda me'yorda bu fermentlar aniqlanmagan.

Parodont mikroflorasining miqdoriy va sifatiy tarkibi mikroskopik va bakteriologik usullar yordamida o'rganiladi.

Sog'lom parodont to'qimasi, milk ostidagi tish yuzasida joylashgan, kam miqdordagi flora bilan bog'langan. Parodont mikroblari 1 dan 20 tagacha hujayra bo'lgan qalinlikdagi qatlamni tashkil qiladi. Elektron mikroskop bilan tekshirilganda milk sohasida asosan grammusbat kokklardan tashkil topgan juda yupqa qatlam (60 nm atrofida) aniqlangan. Qorong'ilatilgan maydonda tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, ushbu bakterial populyasiyaning 3/4 qismi kokklardan iborat, tayoqchasimonlar bilan birgalikda esa — 90% ni tashkil qiladi. Spiroketalar kam 1,8 % holatda uchraydi. Sog'lom to'qimalarda harakatchan shakllarning harakatsiz shakllarga nisbati 1:49 ni tashkil qiladi.

Mikrob turini identifikatsiya qilish imkoniyatining yo'qligi mikroskopik usulning kamchiligi hisoblanadi. Bakteriologik tekshirishlar esa, milkda bioplenka asosan grammusbat fakultativ anaerob kokklardan va tayoqchasimonlardan iboratligini aniqlashga imkon beradi (barcha izolyatlarning deyarli 1/4 *Str. sanguis*, 1/8 esa *Str. mitis* tashkil etadi). Kam miqdorda mikrokokklar, *St. epidermidis*, peptostreptokokklar bo'ladi. Grammusbat fakultativ anaerob tayoqchasimonlardan 35% ini quyidagi aktinomisetlar tashkil etadi: *A. israeli*, *A. naeslundii*, *A. viscosus*, *A. odontolyticus*, *Rothia dentocariosa*, *Arachnia propionica* (*Propionibacterium*).

Gingivitda mikroblarning umumiy soni sog'lom parodontga nisbatan 10-20 marotaba ko'p bo'ladi. Klinik belgilar yuzaga chiqmasdan oldin mikroskopiya orqali mikroflora tarkibining o'zgarishini aniqlash mumkin: bunda kokklar o'rnini tayoqchasimonlar

egallaydi va grammanfiy floraning ko'payishi kuzatiladi. Milk chetlarida joylashgan tish karashi bakteriologik tekshirilganda gingivit rivojlanmasdan oldingi davrda turli xildagi aktinomisetlarning ko'payishi aniqlanadi. Uzoq davom etgan gingivitlarda milk osti florasi grammanfiy tayoqchasimonlar: fuzobakteriyalar, bakteroidlar, gemofil tayoqchasi, kampilobakteriyalar sonining ortishi bilan xarakterlanadi va ular butun floraning deyarli 45% ini tashkil qiladi. Grammusbat fakultativ-anaerob tayoqchalar, asosan *Actinomyces naeslundii*, *A. viscosus*, *A. israelii* 25% holatda, grammusbat fakultativ-anaerob streptokokklar esa 27% holatda topiladi. Juda kam miqdorda propionbakteriyalar va eubakteriyalar ajratib olinadi.

Stomatit — og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanishi bo'lib, ba'zan birlamchi yuqumli kasallik sifatida, ba'zan ikkilamchi opportunistik jarayon sifatida rivojlanadi. Shunga mos holda stomatitlarni patogen mikroblar keltirib chiqaradigan *yuqumli* stomatitga va tabiatning ekzogen yoki endogen zararli omillarning birlamchi ta'sirida rezident flora keltirib chiqaradigan *opportunistik* stomatitga bo'lish mumkin.

Oldinlari yallig'lanish jarayonining joylashishiga ko'ra quyidagi atamalar ishlatilgan: «stomatit» (patologik jarayon og'iz bo'shlig'iga kirish qismida, lunjlarda bo'lganda), «glossit» (tilda), «gingivit» (milkda), «xeylit» (lablarda). Biroq ko'pincha shilliq qavatning bir necha joyi birdaniga yallig'lanadi, masalan, gingivostomatit. Hozirgi vaqtda bu atamalar qo'llanilmaydi, chunki biror kasallikda yoki uning turli bosqichlarida yallig'lanish har xil sohada yuzaga kelishi mumkin.

Opportunistik stomatitlar (ko'pincha adabiyotlarda "nomaxsus" degan atama qo'llaniladi) - bu birlamchi zararlovchi ekzogen yoki endogen omillar ta'sirida vujudga keladigan yallig'lanishlardir. Odatda bu yallig'lanish o'tkir yoki surunkali jarohatlar, fizik yoki kimyoviy omillar ta'siri oqibatida, yuqumli yoki somatik kasalliklar asorati sifatida, gormonal va moddalar almashinuvining buzilishi, organizmdagi turli xil distrofik jarayonlar natijasida organizm rezident mikroflorasi vakillarining faollashuvidan kelib chiqadi.

Yuza kataral stomatitlarda, odatda, grammusbat aerob kokklar va tayoqchalar topiladi. alterastiya va yarali-nekrotik jarayonlar bilan kechadigan chuqur stomatitlarda esa qat'iy anaerob grammanfiy flora (fuzobakteriyalar, bakteroidlar, spiralsimonlar) va shuningdek, peptostreptokokklar aniqlanadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida remissiya va qo'zish davrlarining almashinuvi bilan uzoq davom etuvchi **surunkali residivlanuvchi aftoz stomatitning** (SRAS) etiologiyasi haqidagi savol hozirgacha ochiq qolmoqda. U o'ziga xos yaralarning vujudga kelishi bilan xarakterlanadi. Birinchi nuqtai nazar SRAS ni ekzogan infektsion omillar: viruslar, streptokokklar, bakteriyalar L-shakllarining ta'siri bilan bog'lasa, boshqasi — organizm endogen omillari, xususan gormonal buzilishlar, organizm sensibilizastiyasi va autoimmun jarayonlar bilan bog'laydi.

Yetakchi o'rinni infektsion-allergik mexanizmlar egallaydi. Jarayon giperemiyalangan dog' ko'rinishida boshlanadi, so'ngra dog' eroziyalanadi va kulrang karash bilan qoplanadi. Ko'pincha aftalar til yuzasining yon taraflarida, lab va lunjning shilliq qavatlarida joylashadi. Ko'p mualliflar SRAS ni fibrinoz, nevrotik, glandulyar, chandiqli turlarga ajratadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining muhim ko'p uchraydigan kasalliklaridan biri — **Vensanning yarali-nekrotik gingivostomatiti** hisoblanadi. Stomatitning bu shaklini rivojlanishida mahalliy himoya omillari faolligining susayishi, og'iz bo'shlig'i gigienasiga ahamiyat bermaslik, stresslar, chekish katta rol o'ynaydi. Bu omillar natijasida rezident mikroflora tarkibidagi muvozanat buziladi va disbakterioz kelib chiqadi. Mavsumiylikka moyillik mavjud (kuzgi va bahorgi davrlar).

Yaralar og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining istalgan joyida, ko'pincha — milklarda, retromolyar sohada (pastki uchinchi molyarlar chiqishining qiyinlashishi bilan kechadi) uchraydi. Klinik belgilari: yaralar og'riqli, chetlari notekis, tubi kulrang karash bilan qoplangan, og'iz bo'shlig'i yomon hidli va regionar limfatik tugunlar kattalashgan bo'ladi. Patologik jarayon butun to'qimaga tarqalishi mumkin.

Eroziya va yaralardan tayyorlangan surtmalar mikroskopik tekshirilganda urchuqsimon tayoqchalar (fuzobakteriyalar) va egilgan shakllilar - spiroxetalar va anaerobspirillalar aniqlanadi. Shuning uchun ham bu kasallik, boshqa anaerob bakteriyalar – bakteroidlar, peptostreptokokklar ham aniqlansa-da, fuzospiroxetoz deb nomlanadi. Fuzospiroxetoz jarayoni murtak bezlarida kechganda Plaut-Vensan anginasi kelib chiqadi. Bu anginaning yarali va difteroid shakllari farqlanadi.

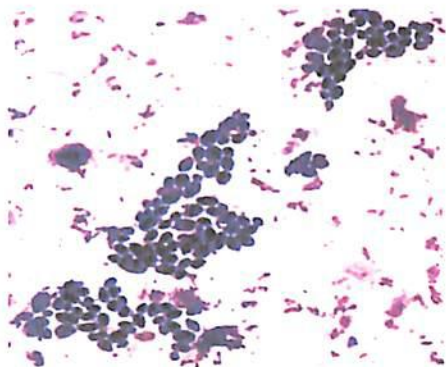
Yuz-jag' sohasi yumshoq to'qimasining tez rivojlanuvchi gangrenasi ko'pincha ozib ketgan bolalarda, asosan, virusli infeksiyalardan (qizamiq) so'ng, organizm reaktivligi juda susaygan hollarda uchraydi. Bu hollarda ham qat'iy anaeroblar, fuzobakteriyalar va spiralsimonlar aniqlanadi.

Noaniq etiologiyali yarali-nekrotik zararlanishlarga xavfli granulema, yoki letal granulema kiradi. Klinik belgisi tanglayda katta yaraning hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Jarayonga nafaqat yuz-jag' sohasining yumshoq va suyakli to'qimasi, balki burun sohasining to'qimalari ham qo'shiladi hamda jarohatning sekvestrasiyasi kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'i kasalliklarining 2 xili: **tishlarning kariesi** va **periodont kasalliklari** tish yuzasida karash hosil qiluvchi mikroorganizmlar bilan bog'liqdir. Tishlarning kariesi odatda *Str.mutans*, *Lactobacillus* larning miqdori bilan bog'liq bo'lib, so'lakdagi mikroblar sonini hisoblash kasallarda karies xavfini aniqlashda va profilaktika maqsadida monitoring uchun foydali bo'lishi mumkin. Mikroorganizmlarning ko'p miqdorda bo'lishi, periodont kasalliklarining turli ko'rinishlarida potentsial etiologik agent sifatida xarakterlanadi va karashning hosil bo'lishida maxsus mikroorganizmlarning ishtiroki isbotlanmagan. Ularning etiologiyasi ko'pincha murakkabdir, ya'ni autoxton mikroorganizmlar ham, hamda og'iz bo'shlig'ida mavjud bo'lgan har qanday mikroblar ham keltirib chiqarishi mumkin. Aynan tish karashida og'iz bo'shlig'i mikroorganizmlarining asosiy qismi joylashadi, tish karashi hajmining 70% ini mikroblar tashkil etadi.

1mg quruq massada 250 xilgacha mikroorganizmlar bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kandidozi. Oxirgi yillarda kandidoz bilan kasallanish ortib bormoqda. Bu asosan davolash amaliyotida antibiotiklardan va immunodepressantlardan – kortikosteroidlar va stitostatiklardan keng foydalanish bilan bog'liqdir. Kandidoz — disbiozning bir ko'rinishidir. *Candida* avlodi zamburug'lari og'iz bo'shlig'i, ovqat hazm qilish trakti, nafas yo'llari va qin shilliq qavatining tipik rezident mikrobi hisoblanadi, lekin me'yorda kam miqdorda bo'ladi (6-rasm). Antibakterial preparatlarni uzoq vaqt qo'llash natijasida me'yoriy mikroflora tarkibi buziladi. Bu jarayonda organizm makrofagal-granulositar himoya mexanizmlarining va T-sistema faolligining susayishi ham katta o'rin tutadi. Aynan shuning uchun ham kandidozli stomatit OITS ning birinchi belgilaridan bo'lishi mumkin.



6-rasm. Candida avlodi zamburug'larining aralash kulturasi (Gram bo'yicha bo'yalgan).

Kandidozning asosiy klinik shakllari quyidagilar hisoblanadi:

- o'tkir psevdomembranoz kandidoz (oppoq, suzmasimon karash bilan xarakterlanadi — «molochnista» (7-rasm):

- o'tkir atrofik kandidoz;
- surunkali giperplastik kandidoz;
- tilning surunkali atrofik kandidozi;
- teri-shilliq qavat (chuqur) kandidozi.



7-rasm. Pseudomembranoz kandidoz (Saryov V.N. bo'yicha)

Og'iz bo'shlig'i kandidozining klinik ko'rinishlari turlichadir – oxirgi yillarda kandidozli stomatitning ma'lum bo'lgan shakllari bilan bir qatorda kandida-assostirlangan parodontit, yara-eroziyal stomatit kabi ko'rinishlari ham uchramoqda. Bu shakllar ko'pincha organizm immuntanqislik holatlarida, OITS da kuzatiladi. Jarayon asoratlanganda mikozning generalizasiyasi kuzatiladi va kandida-sepsis rivojlanadi. Bu holat o'lim bilan tugashi mumkin.

Me'da-ichak kasalliklarida, asosan me'daning kislotaliligi pasayganda yoki axiliyada og'iz bo'shlig'i kandidozi kelib chiqadi. Qandli diabetda uglevodlar almashinuvining buzilishi ham kandidoz rivojlanishi uchun qulay sharoit hisoblanadi. Shilliq qavatlar kandidozi belgilersiz kechayotgan qandli diabetning birinchi simptomlaridan biri bo'lishi mumkin. Surunkali kandidoz holatlarida, asosan qaytalanuvchi kandidozlarda qandli diabet tashhisini inkor etish uchun qondagi glyukoza miqdorini tekshirish lozim.

Bundan tashqari xavfli o'smalarda, sil, endokrinopatiyalarda (qandli diabet, gipotireoz, gipoparatireoz, buyrak usti bezlarining gipo- yoki giperfunksiyasida), nurlanganda, spirtli ichimliklar va narkotiklar ta'sirida, kontrasteptivlar uzoq vaqt qo'llanilganda ham kandidoz vujudga kelishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'ining *Candida* avlodiga mansub zamburug'lar (*S. albicans*, *S. tropicalis*, *S. krusei*) bilan mahalliy zararlanishi molochnisa

deb, tarqalgan shakllari esa – kandidoz deb ataladi. Til, lunj, lablar, og‘iz burchaklari kandidalar bilan zararlanishi mumkin (8-rasm).



8-rasm. Kandidoz

Og‘iz bo‘shlig‘i kandidozi giperemiyalangan, quruq va og‘riqli shilliq qavatda oq rangli, engil ko‘chadigan karash hosil bo‘lishi va karash ko‘chirilganda shilliq qavat eroziyalanganligini aniqlash bilan xarakterlanadi (9-rasm).



9-rasm. Bolalarda kandidoz

Yana shuni ta’kidlash lozimki, *Candida* ko‘pincha turli bakterial infeksiyalarda (surunkali tonsillit, ichburug‘, bo‘g‘ma, va bo‘g‘ma qo‘zg‘atuvchisini tashuvchilik) mikroblar assosiasiyasida ham ishtirok etadi.

1-jadval.

OIV-infeksiyali bemorlar og'iz bo'shlig'i yuza mikozini keltirib
chiqaruvchi zamburug'lar

Candida turlari	Boshqa zamburug'lar
C.albicans	Saccharomyces cerevisiae
C.glabrata	Rhodotorula rubra
C.famata	Rhodotorula piliminae
C.kefyr	Fonsecaea pedrosi
C.krusei	Prototheca stagnura
C.rugosa	Trichosporon pullulans
C.tropicalis	
C. guiliermondii	

Bunday assosiasiyalarda *Candida* boshqa mikroblar patogenligini oshirib, yuqumli kasallikning asoratlanishiga olib keladi. Yuza mikozlar immuntanqislik mavjud odamlarda ko'p uchraydi, eng yuzaki mikoz – bu oral kandidozdir. 1-jadvalda mikoz qo'zg'atuvchilari haqida ma'lumotlar keltirilgan.

Oral kandidoz immun tizimning boshqa T-hujayralar nuqsonlarida ham uchraydi, lekin OIV da residivlanadi. Ko'p mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, OIV dagi kandidozning uchrash darajasi qondagi CD4 hujayralar miqdoriga bog'liqdir. CD4 hujayralar miqdori 500/mkl dan kam bo'lganda oral kandidozning uchrashi 62,1% ni, 200 /mkl dan kam bo'lganda 94,7% ni tashkil qilgan. Mualliflar og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining giperemiyalanishi, nuqtali qon quyilishlarning va eroziyalarning bo'lishi, shilliq qavatning karashlar bilan qoplanishini yozib o'tishgan. Kandidozning klinik shakllaridan eritematoz va

psevdomembranoz shakllari ko'p uchraydi. Bundan tashqari adabiyotlarda tilning zararlanish belgilari: shish, so'rg'ichlarning yo'qolishi, leykoplakiya va kandidozli glossitlar ham yoritilgan.

Kandidozning rivojlanishida og'izning shilliq qavati va uning mahalliy immuniteti katta ahamiyatga ega. Og'iz shilliq qavati tishlarning o'tkir qirralari, sifatsiz protezlar va tish koronkalari bilan uzoq vaqt jarohatlanishi oqibatida ham kandidoz vujudga kelishi mumkin. Surunkali jarohatlar natijasida og'iz bo'shlig'i shilliq qavati rezistentligi pasayadi va unga Candida larning kirishi osonlashadi va kasallik yuzaga keladi. Akril plastmassadan tayyorlangan protezlar og'iz shilliq qavati bilan uzoq kontaktda bo'lganda allergik reaksiyalar vujudga kelishi ham aniqlangan. Bundan tashqari, Candida avlodiga mansub zamburug'lar akril plastmassadan tayyorlangan olinuvchi protezlar ustida yaxshi o'sadi va protez ostida shilliq qavatning surunkali yallig'lanishini keltirib chiqaradi.

O'tkir atrofik kandidoz kuchli og'riq, achishish va og'izning qurishi kabi belgilar bilan xarakterlanadi. Shilliq qavat tiniq qizil rangga kiradi, lekin quruq bo'ladi. Til zararlanganda malina rangiga kiradi, yaltiroq, quruq bo'ladi, ipsimon so'rg'ichlari atrofiyalanadi. Karash bo'lmaydi yoki ba'zan chuqur buramalarda bo'lishi mumkin. U osilgan epiteliyning konglomerati hisoblanib, qiyinchilik bilan ko'chadi va ko'p miqdorda Candida zamburug'larini tutadi. Bu zamburug'lar faol kurtaklanish (misteliy, psevdomisteliy) davrida bo'ladi.

O'tkir atrofik kandidozni protezlar plastmassasiga bo'ladigan allergik reaksiyalardan farqlash lozim. Bu holatda protez olingandan so'ng shilliq qavatdagi o'zgarishlar dinamikasini klinik kuzatish va bakterioskopik tekshirishni o'tkazish muhim rol o'ynaydi.

Surunkali atrofik kandidozda ham protez taqib yurilganda, og'iz bo'shlig'ida qurish, achishish, og'riq bo'ladi. Protez atrofidagi shilliq qavat giperemiyalangan, shishli va og'riqli bo'ladi. Uzoq vaqt olinuvchi protezdan foydalanuvchi odamlarda surunkali atrofik kandidoz protez osti shilliq qavatining zararlanishi (giperemiya, eroziyalar, papillomatoz) bilan xarakterlanadi va unga mikotik yallig'lanish hamda kandidozli atrofik glossit (til malina rangida, yaltiroq, quruq, ipsimon so'rg'ichlari

atrofiyalangan) qo'shiladi. Oq-kulrang karash kam miqdorda faqat chuqur buramalarda va tilning yon tomonlarida bo'lib, qiyin ko'chadi. Mikroskop ostida karashda *Candida* zamburug'lari va sporalari topiladi. Bu triada (tanglay, til va og'iz burchaklarining yallig'lanishi) atrofik kandidozning xarakterli belgisi bo'lib, unga tashhis qo'yishda qiyinchilik tug'dirmaydi.

Laboratoriya tashhisotida quyidagi usullardan foydalaniladi:

1. **Mikroskopik** — patologik materialni (karash, organlar bo'laklari) mikroskop ostida (yorug'lik, lyuminesstent) tekshirish va psevdomiseliylarni topish;

2. **Bakteriologik** — materialni Saburo, tomatli yoki kartoshkali muhitga ekish va ajratilgan kulturani identifikasiyalash;

3. **Serologik** — kasal qon zardobidagi AT ni topish uchun kandidoz AG bilan AR va KBR qo'yish.

Kandidozlarda etiologik bilan bir qatorda patogenetik davolash ham o'tkazilishi lozim. Hozirgi vaqtda *Candida* larning 50% dan ko'p shtammlari nistatinga, 70-75% levoringa chidamlidir. Asosiy kandidozga qarshi preparatlar azol hosilalaridir - ketokonazol (nizoral), flukonazol (diflyukan, flyukostat), itrakonazol (orungal). Generalizastiyalangan jarayonlarda amfoteristin V va vorikonazol qo'llaniladi. Immuntanqisliklarda immunomodulyatorlar buyurilishi lozim.

II. Protezlashning og'iz bo'shlig'i mikroflorasiga ta'siri

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati holatini protez qo'yishdan oldin va protez qo'yilgandan keyin tekshirish shuni ko'rsatdiki, protezi yo'qlarga nisbatan protezdan foydalanayotganlar og'iz bo'shlig'i shilliq qavati mexanik omillar ta'siriga ko'p uchraydi. Bu esa, protez ostidagi keratinli qavatning qalinlashishiga olib keladi. Keratin hajmining oshishi, ya'ni keratizastiya Preti G., Bassi F., Jani R.M. va boshq.(1996) fikricha og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining adaptastiya ko'rinishidir. To'qimalarning bunday adaptastiyasi bo'lmasa, tish protezlaridan foydalanish qiyin bo'lardi. Olinuvchi protezlarga nisbatan adaptasiya jarayonida protez ostidagi shilliq qavat elektron mikroskopda tekshirilganda shu narsa

aniqlandiki (Zufarov S.A., 1980), plastinkali protezning shilliq qavatga mexanik ta'siri natijasida protez ostidagi epiteliy hujayralari funksional faolligi oshadi va ularning shoxlanish jarayoni tezlashadi. So'lakning fermentativ faolligiga, pH ko'rsatkichiga hamda mikroflorasiga protezlarning ta'sirini o'rganish bo'yicha juda ko'p tadqiqotlar o'tkazilgan (Alimov S.I., 1976; Borovskiy E.V., 2001; Irsaliev X.I., 2001). Shilliq qavatda yallig'lanish keltirib chiqaruvchi omillardan biri bu – og'iz bo'shlig'i gigienasining buzilishidir. Og'iz bo'shlig'ida tish protezlarining bo'lishi og'iz bo'shlig'i gigienasini sezilarli yomonlashtiradi (Mixaylov V.V., 1990; Temirbaev M.A., 1991; Kopeykin V.N., 1993).

Olinuvchi protezlarga nisbatan adaptasiya muammolari ko'rib chiqilganda aniqlandiki, plastmassalarning g'ovakligi va g'adir-budirligi protezni ifloslanishiga olib keladi va sezilarli darajada biologik adaptasiyani qiyinlashtiradi. Tish protezlari stomatitidan protezni ko'taraolmaslikni farqlash lozim. Protezni ko'taraolmaslikda faqat sub'ektiv sezgilar, masalan, achishish, og'izdagi yarani sezish, ta'm bilishning buzilishi va h.k. kuzatiladi.

Protezlarining zararli ta'siri shundaki, ularning kimyoviy moddalari oqsillar bilan birikib, antigenlar hosil qiladi va organizm sensibilizatsiyasini chaqiradi. Masalan, akril plastmassali protezlar glossitlar, stomatitlar, bronxial astma, ekzema kabi kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin.

N.L. Xabilov (2005) tomonidan qiziqarli ma'lumotlar olingan: og'iz bo'shlig'idagi har qanday aralashuvlar uning mikroflorasi va mahalliy himoya omillariga ta'sir qiladi. Bunda aniqlanishicha, sog'lom odamlarda bosma surtma mikroflorasining miqdoriy ko'rsatkichlari turlicha bo'lib, stafilokokklarning soni protezlashdan oldin $15,2 \pm 0,55$ KHQB/sm² ni tashkil etgan bo'lsa, protezlashdan 60 kundan so'ng $10,0 \pm 0,42$ KHQB/sm² ga teng bo'ldi. Mikroorganizmlardan eng ko'p uchragani streptokokklar bo'lib, bu boshqa adabiyotlardagi ma'lumotlarga mos keladi. Biroq avtorning ta'kidlashicha, tishning koronka qismi buzilgan bemorlarda bu ko'rsatkichlar o'zgaradi, bunda umumiy mikroblar soni sog'lom odamlarga nisbatan 3 marotaba ortadi,

lekin florada streptokoklarning dominantligi saqlanib qoladi. 2-jadvalda og'iz bo'shlig'idagi mikroorganizmlarning protezlashdan oldingi va protezlashdan keyingi miqdori keltirilgan (Rustambekov U.U., 2007).

2-jadval.

Akril plastmassali protezlardan foydalanuvchi odamlar og'iz bo'shlig'i lokal mikroflorasi holati lg $M \pm KHQB / \text{sm}^2$

Mikroblar	1 sm^2 yuzadagi mikroblar miqdori				
	Me'yor	Protezda n oldin	Protezdan foydalanish vaqti		
			14 kundan so'ng	30 kundan so'ng	60 kundan so'ng
Streptokokk	12,1 $\pm$ 0,58	17,3 $\pm$ 0,68	7,0 $\pm$ 0,22	9,0 $\pm$ 0,34	6,0 $\pm$ 0,23
Stafilokokk	5,1 $\pm$ 0,14	15,2 $\pm$ 0,58	8,0 $\pm$ 0,23	12,0 $\pm$ 0,47	10,0 $\pm$ 0,42
Difteroid	5,0 $\pm$ 0,15	2,1 $\pm$ 0,06	3,2 $\pm$ 0,15	3,4 $\pm$ 0,14	2,0 $\pm$ 0,06
Esherixiy	-	7,0 $\pm$ 0,27	2,0 $\pm$ 0,10	-	-
Laktobakteriya	5,0 $\pm$ 0,13	3,0 $\pm$ 0,15	12,0 $\pm$ 0,47	8,0 $\pm$ 0,23	7,0 $\pm$ 0,22
Kandida	4,0 $\pm$ 0,12	2,10 $\pm$ 0,06	10,0 $\pm$ 0,40	8,0 $\pm$ 0,33	16,0 $\pm$ 0,48

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, sog'lom odamlar og'iz bo'shlig'i shilliq qavati mikroflorasida bir necha xil mikroblargina uchraydi, ulardan eng ko'p uchraydigani streptokokklar bo'lib, eng kam - zamburug'lardir. Biroq og'iz bo'shlig'ida, protez qo'yishni talab qiluvchi, patologik o'zgarishlar vujudga kelishi bilan barcha guruhdagi mikroblar soni ortadi. Kandida avlodi zamburug'lari aksincha kamayadi, lekin bu biotopga xos bo'lmagan mikroblar - esherixiyalar o'sishi kuzatiladi.

Pasientlarda protez qo'yilgandan 14 kun o'tgach ijobiy natijalar olinadi, ya'ni barcha mikroorganizmlar miqdori kamayadi. Ammo bu fonda laktobakteriyalar va Kandida zamburug'lari soni ortadi.

Protezdan foydalanishning keyingi davrlarida (60 kundan so'ng) ijobiy natijalar saqlanadi, lekin stafilokokklar va zamburug'lar miqdori

me'yordan 2-4 marta oshadi. Shu holat protez stomatitini keltirib chiqarishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'ining lokal mikroflorasi bilan bir qatorda ushbu bemorlarda so'lak mikroflorasi ham tekshirilgan (3-jadval). Sog'lom odamlarda anaerob mikroblar miqdor jihatdan aeroblardan ustunlik qiladi. Biroq og'iz bo'shlig'ida patologik jarayonlar (karies, parodontit va h.k.) boshlanganda so'lak mikroflorasi miqdor va sifat jihatdan mutlaqo o'zgaradi.

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, protezlashga murojaat qilgan bemorlar og'iz bo'shlig'ida anaeroblar (laktobakteriyalar 3 martaga kamaygan) miqdori kamaygan, bu kislotalilikning neytral tomonga siljishidan bo'lishi mumkin.

3-jadval

Akril plastmassali protezlardan foydalanuvchi odamlar so'lak mikroflorasi holati lg M $\pm$ KHQB/ml.

Mikroblar	1 ml so'lakdagi mikroblar miqdori		
	Me'yor	Protezdan oldin	14 kundan so'ng
Anaeroblar umumiy miqdori	7,6 $\pm$ 0,28	4,2 $\pm$ 0,14	5,1 $\pm$ 0,22
Laktobakteriya	5,9 $\pm$ 0,21	1,9 $\pm$ 0,06	3,3 $\pm$ 0,14
Peptostreptokokk	6,0 $\pm$ 0,24	2,3 $\pm$ 0,05	4,5 $\pm$ 0,21
Aeroblar umumiy miqdori	6,3 $\pm$ 0,25	8,9 $\pm$ 0,28	8,1 $\pm$ 0,24
Difteroid	5,5 $\pm$ 0,14	1,4 $\pm$ 0,06	1,9 $\pm$ 0,05
Tillarang stafilokokk	-	2,1 $\pm$ 0,06	1,1 $\pm$ 0,04
Epidermal stafilokokk	3,1 $\pm$ 0,13	2,5 $\pm$ 0,10	2,1 $\pm$ 0,07
A guruhi streptokokklari	-	1,7 $\pm$ 0,06	2,3 $\pm$ 0,07
D guruhi streptokokklari	4,3 $\pm$ 0,21	3,9 $\pm$ 0,15	3,1 $\pm$ 0,12
LP esherixiy	-	2,5 $\pm$ 0,08	1,3 $\pm$ 0,03
LN esherixiy	-	3,3 $\pm$ 0,11	2,1 $\pm$ 0,05
Kandida zamburug'i	1,3 $\pm$ 0,04	3,5 $\pm$ 0,16	2,5 $\pm$ 0,11

Tillarang stafilokokklar, patogen streptokokklar va esherixiyalar aniqlanadi. Bu mikroblar patogenlik omillariga ega mikroblardir.

Qiziqarli tomoni shundaki, protezlashning erta davrlarida (14- kun) so'lak mikroflorasi yaxshilanadi.

Protezlarda uchraydigan mikroflora nafaqat og'iz bo'shlig'iga, balki butun organizmga ta'sir qiladi. Mahalliy ta'siri bakterial toksinlar ishlab chiqilishiga asoslangan, bu toksinlar shilliq qavat yallig'lanishini yuzaga keltiradi yoki yallig'lanish oldindan bo'lsa, uni kuchaytiradi (Balakliet N.I., 1991; Gavrilov E.I., 2001). Shuning uchun, protezlarni qo'llash muddatini uzaytirish va stomatologik kasalliklarning oldini olish uchun olinuvchi protezlarni tozalab turish zarurdir (Sherbakov A.S., 2001; Trebuzov V.N., 2002).

Og'iz bo'shlig'i gigienasining yomonlashishi bilan so'lakdagi immunoglobulinlar konsentrasiyasi ortadi, mahalliy immun reaksiyalarning susayishi stomatologik patologiyalarning asosiy sabablaridan biri hisoblanadi (Zemskaya E.A., 1982; Bulgakova A.I., 2001).

III. Yuqumli kasalliklar va ularni og'iz bo'shlig'ida namoyon bo'lishi

Chaqaolqlarda **gonokokkli stomatit** kam uchraydi: asosan bu zararlangan tug'ruq yo'llaridan bola tug'ilayotganda uning og'iz bo'shlig'iga gonokokklarning tushishidan kelib chiqadi. K.A.Karishev (2009) ma'lumotlariga ko'ra, bu kasallik kattalarga nisbatan bolalarda ko'p uchraydi, lekin jarayon diagnostikadagi kamchiliklar tufayli aniqlanmay qoladi. Shu bilan birgalikda kasallikning sub'ektiv belgilersiz kechishi, bemorlarni o'zini o'zi davolashi kabi holatlar tufayli bemorlar shifokorlar nazoratidan chetda qolmoqda.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining zararlanishi gomoseksualist erkaklarda va orogenital jinsiy aloqada bo'lganlarda qayd etiladi. B.M.Pashkov (1963) fikricha 2 ta yuqish yo'li mavjud. Bevosita va tez-tez uchraydigan yuqish yo'li – bu gonokokklarning og'iz bo'shlig'iga ekzogen yuqishi hisoblanadi (autoinokulyatsiya). 2-yo'l limfo- va gematogen yo'ldir. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati so'zagi symptomsiz kechadi. Kam hollarda tomoqda og'riq kuzatilib, tana harorati oshadi. Gonokokkli stomatitning birinchi belgilari: og'iz bo'shlig'i shilliq qavati giperemiyasi, shish, eroziyalar va shilliq-yiringli ajralmalardir. Davolanilmasa lunj, til, va

milklarda eroziyalar va yaralar soni oshadi. Yaralar odatda kichik o'lchamda, yuzaki, chetlari notekis, kam og'riqli, sariq-kulrang ajrilmali bo'lib, bu ajralmadan gonokokklarni topish mumkin.

Gonokokkli stomatit tilda yara hosil bo'lishi bilan ham boshlanadi (Lachner I. va hammual., 1987).

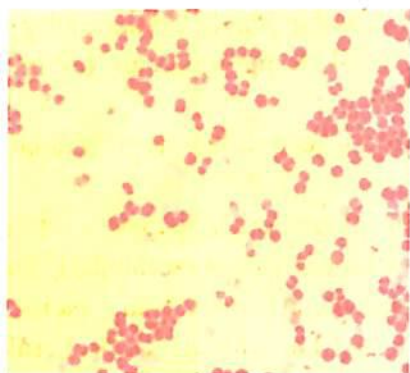
Kasallikning tarqalgan bosqichining xarakterli belgisi – tilning markaziy papillyar atrofiyasi hisoblanadi (Escobar V. va hammual., 1984).

Undan qirma olib tekshirilganda ko'p miqdorda Neisseria gonorrhoeae topiladi (10-rasm). Shuni yoddan chiqarmaslik kerakki, bunday klinik belgilar leykoplakiyada hamda kandidozda ham uchraydi (biroq so'zakda atrofiya o'chog'i yuzasi silliq va bir xil bo'lib, oqish parda bilan qoplanmagan bo'ladi) (11-rasm).

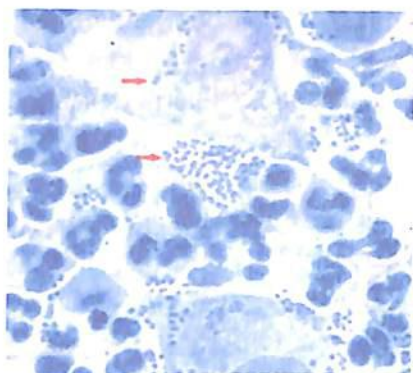
Tilning zararlanishi doimo membranozli-yara xarakteriga ega bo'ladi. Umuman, boshida tilning ventral ustki qismi, keyinchalik esa hamma tomoni shikastlanishi mumkin. Shilliq qavat och qizil va shishgan ko'rinishda bo'lib, eksudatli papula paydo bo'ladi, kasallik zo'rayganida shikastlangan joylardan sariq-yiringli ajrilmalar ajraladi va bu ajrilmalarda gonokokklar aniqlanadi. Har qanday tashqi ta'sirlar (masterastiya, mayda jarohatlar) eroziya va yoriqlarni yuzaga keltiradi, ular esa tezda yaraga aylanib, qonaydi va sariq-kulrang karash bilan qoplanadi. Tilning orqa ustki qismidagi ko'p sonli eroziyalar va yaralar o'tkir allergik glossitni eslatadi.

Escobar V. hammualliflari bilan (1984), gonokokk bilan shikastlangan o'choqlar, ko'pincha ikkilamchi infeksiya hisobiga og'irlashishini va maxsus davolash usullari qo'llanilmasa, uzoq vaqtgacha saqlanib qolishini ko'rsatib berdi. Qo'llaniladigan mahalliy antiseptiklar ikkilamchi infeksiya bilan kurashishga yordam beradi, ammo yaralarning epitelizasiyasiga deyarli yordam bermaydi.

Skarlatina – isitmalash, intoksikastiya, o'tkir tonzillit va ko'p mayda toshmalar bilan ta'riflanadigan o'tkir yuqumli kasallik. Skarlatina qo'zg'atuvchilari - toksigen streptokokklarning A guruhiga mansub, ya'ni ekzotoksin (sin. – Dik toksini, skarlatinali toksin) ishlab chiqaruvchi mikroorganizmlardir (12-rasm).



a)

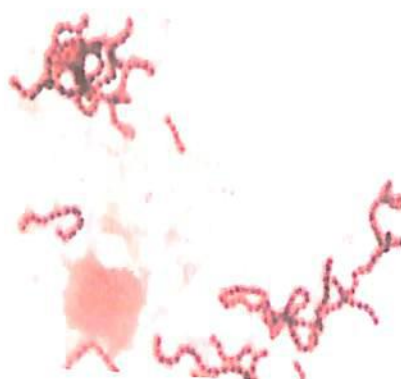


b)

10-rasm. Gonokokklarning sof kulturasi (Gram bo'yicha bo'yalgan) (a), yiringdan olingan surtmadagi gonokokklar (metilen ko'ki bilan bo'yalgan) (b).



11 - rasm. Gonokokkli stomatit.



12-rasm. Qon surtmasidagi streptokokklar (Gram usulida bo'yalgan).

Infeksiya manbai - ko'pincha skarlatina bilan, kam hollarda esa angina bilan og'rigan bemorlar va streptokokklar toksigen shtammlarini tashuvchilardir (sog'lom yoki streptokokkli kasalliklardan keyingi rekonvalessentlar). Streptokokklarning asosiy yuqish yo'li havo-tomchi yo'li hisoblanadi. Maishiy aloqa yo'li (bog'lov ashyolari, kasalning buyumlari va maishiy buyumlar) va oziq-ovqat mahsulotlari orqali kasallanish ikkilamchi ahamiyatga ega. Kirish darvozalari bo'lib, og'iz-halqum shilliq qavati yoki jarohat (kuygan joy) yuzasi, ayrim hollarda o'pkalar xizmat qiladi. V.D.Sizerling (1978) ma'lumotlari bo'yicha, streptokokkli infeksiyaning birinchi o'chog'i 97% hollarda og'iz-halqumda, 2% hollarda terida va 1% holatda o'pkada bo'ladi.

Patogenezi. Dikning eritrogen toksiniga qarshi immuniteti bo'lmagan odamlarning A guruh streptokokklari toksigen shtammlari bilan kasallanishi natijasida streptokokkozlariga xos mahalliy va umumiy belgilar rivojlanadi. Bu belgilar makroorganizmning qo'zg'atuvchi antigenlari va hayot faoliyati mahsulotlari bilan ta'sirlashishi hisobiga yuzaga keladi. Streptokokklarning qobig'ida joylashgan lipoteyxoeva kislotasi ularni limfoid hujayralarga birikishini ta'minlaydi, M-oqsili fagositlar faoliyatni susaytiradi. Mikroorganizmning kapsulasi esa makroorganizm biologik suyuqliklaridagi proteolitik fermentlarga qarshi chidamliligini ta'minlaydi. Mahalliy ta'siri, kirish darvozalari hisoblanadigan to'qimalarda yallig'lanish reaksiyasi bilan tavsiflansa, umumiy esa makroorganizm markaziy nerv, yurak-tomir va boshqa tizimlarning toksik shikastlanishi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Skarlatinali toshma, streptotoksikozning klinik belgisi hisoblanadi. U morfologik, teri usti qavatlarning yallig'lanishi, mayda qon tomirlarning keskin kengayishi va keyinchalik epiteliyning nekrozi bilan xarakterlanadi.

Skarlatinada yashirin davr 1 kundan 12 kungacha (ko'pincha 1-3 kun) davom etadi. Kasallik o'tkir boshlanadi. Bemorda qaltirash, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, yutishda og'riq paydo bo'ladi, ishtaha buziladi va bir necha soat ichida tana harorati ko'tariladi (38-39⁰S). Keyinchalik intoksikasiya belgilari (umumiy holsizlik, bosh og'rig'i kuchayadi, ishtaha yo'qoladi, bolalarda ko'ngil aynish va qayt qilish

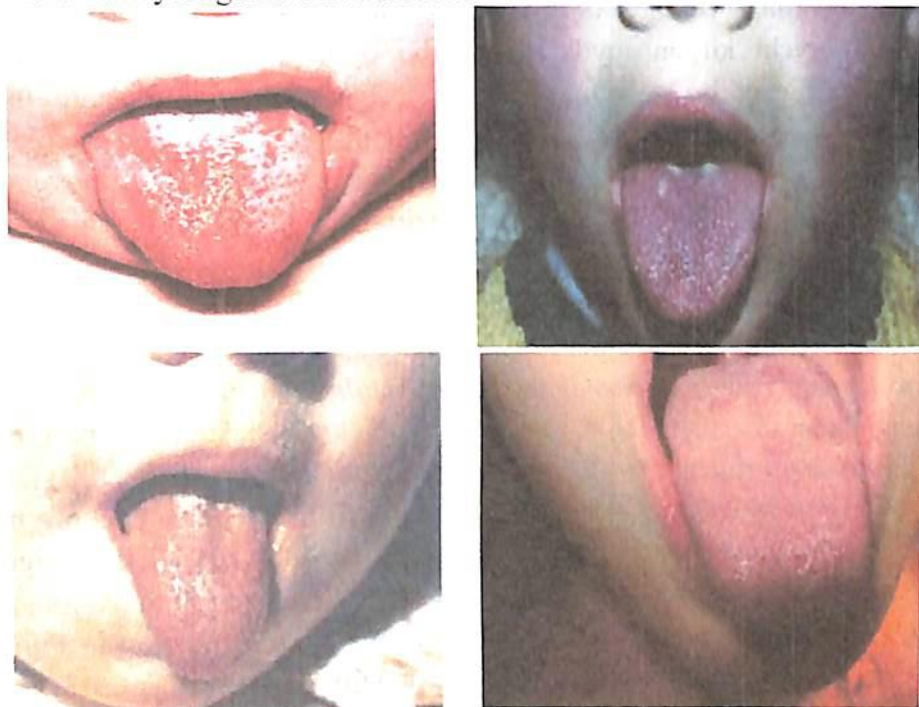
qo'shiladi) va o'tkir tonzillit simptomlari (yutishda tomoqdagi og'riq, og'iz-halqum shilliq qavati giperemiyasi, jag' osti limfa tugunlarining kattalashishi va og'riqliligi) kuchayib boradi. Shu bilan bir vaqtda, yumshoq tanglay limfoid hujayralari shishadi (13-rasm). Ular 1-1,5 mm diametrdagi och-qizil rangdagi bo'rtmachalar ko'rinishini oladi.



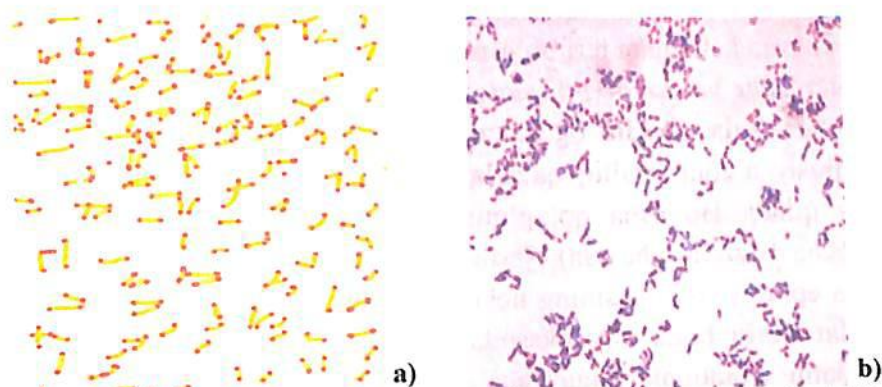
13-rasm. Skarlatinada to'q qizil til.

Kasallik boshlanganidan 6-12 soat o'tgach bemor terisida ekzantema paydo bo'ladi. Boshlanishida u bo'yin, tananing yuqori qismi, oyoqlarning proksimal bo'limlarida yaqqolroq bo'lib, burun-lab uchburchagi sohasida kuzatilmaydi. Giperemiya fonida toshma ko'pgina qo'shilib ketgan nuqtali elementlardan tashkil topgan bo'ladi. Skarlatinaning doimiy belgisi o'tkir tonzillit hisoblanadi. Qadimdan "anginasiz skarlatina bo'lmaydi" degan tushuncha mavjud, ushbu hikmatli gapda tonzillit skarlatinada doimiy sindrom ekanligi ta'kidlanadi. Tonzillit og'iz-halqum va bodomcha bezlarining giperemiyasi va shishi bilan ta'riflanadi. Ko'pgina hollarda tonzillit kataral, kam hollarda yiringli bo'ladi. Kasallik og'ir kechganida bodomcha bezlarning shikastlanishi nekrotik o'zgarishlar bilan birga kechadi. Bu bemorlarda nekrotik jarayon atrofdagi to'qimalarga ham tarqaladi. Bunda yumshoq tanglay bilan to'qimalarning och-qizil giperemiyasi kuzatiladi va shuning uchun ham u "lovullab yonuvchi halqum" deb ataladi. Kasallikning 3-4- kunida til uchi karashdan tozalanadi va til to'q-qizil rangli, donador ko'rinishiga ega bo'ladi (14-rasm). Uning bunday ko'rinishi 7-10 kun davomida saqlanib qoladi.

Asoratlari. Skarlatinaning streptokokkli sepsis, adenoflegmona va mastoidit kabi og'ir asoratlari etiotrop vosita sifatida benzilpenisillin qo'llanila boshlangandan so'ng amaliyotda uchramayapti. Hozirda faqat asoratlardan otit va sinusit uchrab turibdi. Kasallikdan so'ng poststreptokokkli kasalliklar - infeksiyon-allergik (toksik) miokardit va nefritlar ham yuzaga kelishi mumkin.



14-rasm. Skarlatina.



15-rasm. Bo'g'ma qo'zg'atuvchisining sof kulturasi: Neysser bo'yicha bo'yalgan (a); Lyoffler bo'yicha bo'yalgan (b).

Skarlatinani ekzantema bilan kechuvchi boshqa kasalliklardan farqlash lozim, bularga qizilcha, soxta silning skarlatinasimon shakli, organizmning dori yoki boshqa yot tabiatli antigenlarga (gaptenlar) qarshi allergik reaksiyasi kiradi.

Bo'g'ma (yunoncha diphtheria, diphtheria – teri, parda) – qo'zg'atuvchi kirgan joyda (ko'pincha og'iz-halqum va nafas olish yo'llarining shilliq qavatlari) maxsus toksin ta'siri natijasida fibrinoz yallig'lanish, parda hosil bo'lishi bilan birga rivojlanadigan va yallig'lanish o'chog'i kattaligiga mos keladigan intoksikasiya, yurak-tomir, asab va siydik chiqarish tizimlarining shikastlanishi bilan kechadigan yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Bo'g'ma qo'zg'atuvchisi - toksigen bo'g'ma korinebakteriyalari (*Corynebacterium diphtheriae*) chetlari kengaygan tayoqchalar hisoblanadi (15-rasm). Toksigen korinebakteriyalar bo'g'ma ekzotoksinini sintez qiluvchi tox+ genga ega bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya qo'zg'atuvchisining manbai: bo'g'ma bilan kasallangan bemor va bo'g'ma korinebakteriyalarining toksigen shtammini tashuvchilar hisoblanadi. Asosiy yuqish yo'li – havo-tomchi yo'l bo'lib, qo'zg'atuvchining ajralishi og'iz-halqum va burun yallig'lanish kasalliklari, jumladan, o'tkir virusli respirator infeksiyalari bor odamlarda kuchayadi. Juda kam hollarda, infeksiya alimentar yo'l bilan yuqishi mumkin. Iqlimi issiq regionlarda maishiy-aloqa yo'li orqali yuzaga keladigan teri bo'g'masi kuzatiladi.

Patogenez va patologik anatomiyasi. Bo'g'ma qo'zg'atuvchisining kirish darvozalari bo'lib og'iz-halqum, burun, hiqildoq, kam hollarda ko'z, jinsiy a'zolar shilliq qavatlari va terining jarohatlangan sohalari xizmat qiladi. Bo'g'ma qo'zg'atuvchisining kirish joyida (ko'pincha bodomcha bezlari sohasida) fibrinoz yallig'lanish yuzaga kelib, uning asosida epiteliy to'qimasining nekrozi va mayda tomirlar parezi yotadi, bu holat fibrin bilan boy ekssudatni ter bilan chiqishiga olib keladi. Ekssudatni tromboplastinga boy nekrotik sohalar bilan ta'sirlashuvi natijasida fibrinozli pardalar hosil bo'ladi. Qon bilan namiqqan,

nekrozga uchragan to'qimalar, bo'g'ma qo'zg'atuvchilarining avj olib o'sishiga xizmat qiluvchi oziq muhit hisoblanib, ekzotoksin hosil bo'lishi va uni frakstiyalarga bo'linishi natijasida patologik jarayon zo'rayadi. Yallig'lanish o'chog'idan ekzotoksin qonga tushadi va qon orqali har xil a'zo va to'qimalarga boradi. Bo'g'maning og'ir zaharli shakllarida infeksiyon-toksik shok va disseminirlangan tomir ichi ivish sindromi (DVS-sindrom) rivojlanib, bu ko'pincha erta o'linga sabab bo'ladi. Ushbu holatlarda, nafas yo'llarining obstruksiya natijasidagi asfiksiya va zotiljam ham o'lim sababchilari bo'lishi mumkin.

Immuniteti. Bo'g'maga qarshi tug'ma immunitet onadan homilaga yo'ldosh orqali o'tgan bo'g'ma antitoksinlari bilan bog'liq. Uning davomiyligi bir necha haftadan bir necha oylargacha davom etadi.

Bo'g'madan tuzalgandan so'ng yuzaga keladigan immunitet uzoq vaqt davom etmaydi. Masalan, emlanmagan, bo'g'ma bilan kasallanib tuzalgan bolalar (6-9 oydan so'ng) qonidagi bo'g'ma antitoksinining miqdori ko'pincha himoya qila olish darajasigacha yetmaydi (0,03 XB/ml).

Klinik ko'rinishi. Yashirin davri bir necha soatdan 12 kungacha, ko'pincha 2-7 kunni tashkil qiladi. Prodromal davri qisqa bo'ladi, kasallik boshlanishidan 5-7 kun oldin 1-2 kun davomida isitmalash, tomoqda og'riq, bodomcha bezlari giperemiyasi kuzatiladi. Ko'pincha (15-20% gacha holatlarda) bo'g'madan oldin o'tkir respirator virusli infeksiyalar yuzaga keladi.

Kasallikning eng ko'p uchraydigan klinik shakli og'iz-halqum bo'g'masi bo'lib, u bo'g'ma bilan kasallangan 95-97% kattalar va emlangan bolalarda hamda 60-65% emlanmagan bolalarda qayd qilinadi.

Davolanishda bo'g'maga qarshi zardob olmagan, emlanmagan bolalarning bir qismida jarayon zo'rayadi, bunda engil klinik shakl og'ir shaklga (zo'rayib boradigan yoki residivli kechuvchi) o'tadi (16-rasm).



16-rasm. Og'iz-halqum bo'g'masi.

Bo'g'ma kechishining xususiyatlari bemorning yoshiga bog'liq. Yoshi kichik bolalar va 30 yoshdan oshgan kattalarda bo'g'ma og'ir kechadi.



17 - rasm. Halqum bo'g'masi.

Emlangan bolalarda bo'g'maning tavsifi. Emlangan bolalarda bo'g'maning hamma klinik shakllari ichida, og'iz-halqum

bo'g'masining mahalliy (chegaralangan) shakli ko'proq uchraydi (taxminan 90%), jarayonning og'irlashishi va tarqalishi kuzatilmaydi, asoratlarsiz, o'z-o'zidan tuzalib ketishi aniqlangan. Emlangan bolalarda bo'g'maning tomoqdagi pardasi qonamasdan engil olinadi va buyum oynachalari orasida qisman eziladi. Emlangan bolalarda, emlanmagan bolalarga qaraganda, ko'proq og'iz-halqum bo'g'masining klinik belgilari aniq namoyon bo'lmaydigan shakli kuzatiladi (17-rasm). Asfiksiya va zotiljam hiqildoq bo'g'masi asoratlari hisoblanadi.

Bakteriologik tekshiruvlar og'iz-halqum, burun shillig'i surtmalari va boshqa joyda joylashgan o'choqlar ajralmasidan bo'g'ma korinebakteriyalari kulturasini ajratib olish, geldagi presipitasiya reaksiyasi yordamida qo'zg'atuvchining toksigen xossalarini o'rganish va biovarlarini (gravis, mitis, intermedius, biflantis) aniqlash uchun uning biokimyoviy xossalarini o'rganishni o'z ichiga oladi (18-rasm).



18-rasm. *C. diptheriae gravis* (chapda), *mitis* (o'ngda) koloniyalari

Patologik materialni olish uchun steril quruq tamponlar ishlatiladi, har xil joylarda joylashgan o'choqlari uchun alohida tamponlardan foydalaniladi. Halqumdan shilliqni ertalab och qoringa yoki ovqatlangandan keyin 2 soatdan kam bo'lmagan vaqt ichida, chayish va mahalliy davolash usullarini qo'llashdan oldin olish lozim. Namunani tanglay bodomcha bezlaridan, tanglaydan, hiqildoqning orqa ustki qismidan ko'z bilan nazorat qilib turib, tamponni aylanma harakatlantirib, shpatel yordamida til bosilib turib olinadi. Tampon til, lunj va tishlarga tegib ketmasligi shart. Bo'g'ma

pardasi borligida material zararlangan va sog'lom to'qimalar chegarasidan olinadi. Har bir tampon alohida steril probirkaga solinadi va u zich yopiladi. Bir odamdan olingan ashyoli probirkalar birga bog'lanadi, tamg'alanadi va ashyo olinganidan 2 soat o'tmasdan bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.

Bo'g'ma korinebakteriyalari toksigenligini tasdiqlovchi musbat javob 48-72 soatdan so'ng, manfiy javob 48 soatdan keyin beriladi. 95-98% bemorlarda bo'g'ma tashhisi bakteriologik usul bilan tasdiqlanadi.

Differenstial tashhisi. Mahalliy og'iz-halqum bo'g'masini ko'pincha streptokokk va stafilokokkli etiologiyali lakunar va follikulyar aniginalardan farqlash lozim bo'ladi.

Angina o'tkir boshlanishi, 1-3 kunli prodromal davri va to'liqinsimon kechishi bilan ta'riflanadi. Streptokokkli anginada tana harorati ko'pincha yuqori, stafilokokkli anginada esa me'yorda yoki subfebril bo'lib, keyinchalik ko'tariladi. Harorat reaksiyasi mahalliy jarayonning kechish muddatiga mos keladi. Og'iz-halqumning chegaralangan bo'g'masiga nisbatan intoksikasiya (ayniqsa, streptokokkli anginada) jadalroq kechadi, uning simptomlari xilma-xilroq bo'ladi. Masalan, anginada kuchli bosh og'rig'i, qaltirash, ko'pincha qayt qilish, alahlash, hayajonlanish, och qizil rangli lunj, ko'z yaltirashi va lablarning qurishi kuzatiladi. Yutganda og'riq, regionar limfa tugunlarining qattiqligi va og'riqliligi anginada kuchliroq namoyon bo'ladi. Ko'pincha, ayniqsa, angina qaytalanganda, limfa tugunining reaksiyasi bodomcha bezlardagi jarayonlarga nisbatan kuchliroq kechadi. Bo'g'madan farqli ravishda, bodomcha bezlarining har xil qismlaridagi infiltrasiya, shish va giperemiya bir xil namoyon bo'lmaydi, ularning usti va qoplagan pardasi notekis bo'ladi, bir xil bo'lmaydi. Follikulyar anginada follikulalarning yiringli erishi (mikroabsesslar) kuzatilib, ularning yorilishi natijasida bodomcha bezlari ustiga yiring ajraladi, yangi mikroabsesslarni hosil bo'lishi tana haroratini oshishi bilan birga kechadi. Lakunar anginadagi parda nuqtali, yo'l-yo'l bo'lib, ular bir-birlari bilan qo'shib, har xil kattalikdagi va shakldagi orolchalar paydo qiladi; parda lakuna yo'nalishda joylashgan, detrit va yiringdan tashkil topgan, yumshoq, engil olinadigan va buyum oynachalari orasida eziladigan bo'ladi. Parda bodomcha bezlari yuzasi

bo'ylab tarqalganda ularning qalinligi bir xil bo'lmay, lakunalar ustida qalinroq bo'ladi. Bunday parda konsistensiyasi, rangi, qalinligi bo'yicha har xil, ustki qismi notekis bo'ladi, zich qismlaridan olishda qon ketish kuzatiladi, ular buyum oynachalari orasida ezilmaydi. Lakunar-follikulyar anginada bodomcha bezlari yallig'lanish reaksiyalarining ikkala turi birga uchraydi. O'tkir respirator virusli infeksiyalar fonida rivojlanuvchi stafilokokkli anginada, soxta pardali karash shakllanishi mumkin, u usti tekis, yaxlit, asosan yumshoq bo'lib, ba'zan bodomcha bezlari chegarasidan ham kengroqqa tarqaladi.

Keng tarqalgan og'iz-halqum bo'g'masini Simanovskiy-Plaut-Vensen anginasi, og'iz-halqum shilliq qavatlarining kuyishi va stomatitlardan farqlash lozim. Simanovskiy-Plaut-Vensen anginasida tana harorati ko'pincha subfebril bo'ladi, intoksikasiya va yutishdagi og'riq yaqqol namoyon bo'lmaydi, bodomcha bezlarining yuqori qutbida va tanglayda o'yilgansimon yara joylashgan bo'lib, yumshoq suzmasimon massa bilan qoplangan bo'ladi.

Og'iz-halqum shilliq qavati kuyganda nekrotik karash asosan lablar, til, tanglay, tilcha va hiqildoq orqa ustki qismida joylashadi. Bodomcha bezlari sohasida nekrozlar kam bo'ladi yoki bo'lmaydi.

Stomatit bo'g'madan farqli o'laroq uzoq davom etuvchi isitmalash, so'lak oqishi, kuchli og'riq, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, shu jumladan bodomcha bezlarida ko'pgina aftoz elementlar borligi bilan tavsiflanadi. Aftoz elementlar yumaloq tekis nekrotik pilakchalar ko'rinishida bo'lib, atrofi giperemiyali halqa bilan o'ralgan bo'ladi. Og'ir hollarda bu pilakchalar kengayib, katta sohada nekroz kuzatiladi.

Listerioz (sinonimlari: listerellez, Yo'lbars daryosi kasalligi, nevreliyo, chaqaloqlar granulematozi) – zoonoz guruhga mansub yuqumli kasallik. Kasallik odamda o'tkir sepsis shaklida (markaziy nerv tizimi, bodomcha bezlari, limfatik tugunlar, jigar, taloq shikastlanadi) yoki surunkali shaklda (yaqqol klinik belgilersiz) kechadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi – *Listeria monocytogenes* kalta (0,5-0,6 mkm), grammusbat, aerob, harakatchan tayoqchalar yoki kokkobakteriyalar bo'lib, silliq koloniyalar ko'rinishida o'sadi. Kapsula va spora hosil qilmaydi (19-rasm).



19 - rasm. Listeriya sof kulturasidan olingan surtma (Gram bo'yicha bo'yalgan)

Listeriyalar hayvonlar uchun patogenlik xossalariga ega: 1) quyon yoki dengiz cho'chqachalari ko'z kon'yunktival xaltachasiga yuborilgandan 3-5 kun o'tgach, keratokon'yunktivit chaqiradi (Antoni reaksiyasi); 2) vena ichi yoki qorin bo'shlig'iga yuborilganda generalizasiyalashgan listerioz chaqiradi, bunda quyonlarda monositoz va sichqonlar jigarida o'choqli nekroz kuzatiladi.

Epidemiologiyasi. Listerioz dunyoning hamma davlatlarida uchraydi. JSST (1993 y.) ma'lumotlariga ko'ra 1990 yil listeriozli 1167 holat aniqlangan, ularning barchasida qo'zg'atuvchi ajratib olinib, tasdiqlangan. O'lganlar ichida 147 tasi chaqaloqlar bo'lgan. Listeriozda o'lim darajasi 5% dan 33% gacha o'zgarib turadi. Infeksiyaning tabiatdagi manbai bo'lib, kemiruvchilarning ko'pgina turlari, asosan sichqonsimonlar hisoblanadi. Shuningdek, listeriyalarni uy hayvonlaridan (quyon, cho'chqa, ot, sigir, tovuq, o'rdaklar) ham ajratib olishga muvaffaq bo'lingan. Listeriyalar ko'pincha, har xil ozuqalarda (achitilgan xashak, pichan, don), odam najasi (1-5%) hamda har xil mahsulotlarda topilgan. Listeriyalarning keng tarqalganligiga qaramay, kasallanish uncha yuqori emas (yilda 1 mln. aholiga 2-3 holat). Asosan yoz faslida, ko'pincha shahar aholisi kasallanadi. Asosiy yuqish yo'li alimantar yo'l bo'lib, ko'pincha bakteriyalar bilan ifloslangan mahsulotlar iste'mol qilinganda yuqadi. Listerioz bilan kasallangan onadan homilaga o'tishi tasdiqlangan. Odamning bemor hayvonlar bilan muloqotida yuqish ehtimoli kamdir.

Patogenezi. Infeksiya darvozasi oshqozon-ichak yo'li shilliq qavati hisoblanadi.



20-rasm. Og'iz bo'shlig'i listeriozi.

Qo'zg'atuvchi bodomcha bezlari orqali ham kirishi mumkinligini tonzillitning rivojlanishi va regionar limfa tugunlarining zararlanishi isbotlaydi (20-rasm).

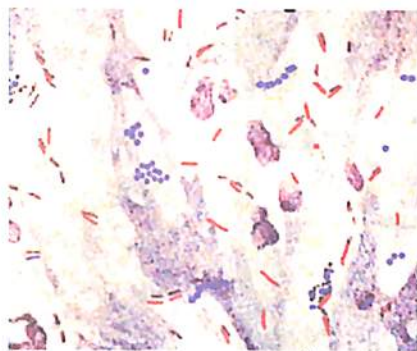
Listerioz bilan ko'pincha bir yoshgacha bo'lgan bolalar va 55 yoshdan katta odamlar kasallanadi. Kasallikni yuzaga kelishiga immun tizimni susaytiruvchi holatlar (uzoq vaqt kortikosteroid, immunodepressantlar qabul qilish, o'sma, qandli diabet, OIV-kasalligi va boshqa kasalliklar bilan kasallanish) ahamiyatga egadir. Qo'zg'atuvchi qonga tushganida o'tkir isitmalash holati yuzaga keladi. Keyinchalik qo'zg'atuvchi retikuloendotelial tizim a'zolariga (jigar, taloq, limfa tugunlari) va asab tizimiga borib joylashadi. Asab tizimi shikastlanganda meningit va meningoenstefalit rivojlanadi. Listeriyalar uzoq vaqt buyrakda saqlanib qoladi. Buyraklarida listeriyalar saqlanib qolgan ayol homilador bo'lganda, homilani ona qornida zararlanish ehtimoli juda kattadir.

Simptomlari va kechishi. Yashirin davri 2-4 hafta davom etadi. Kechishi bo'yicha o'tkir, o'tkir osti va surunkali shakllari tavofut qilinadi. O'tkir shakli to'satdan boshlanadi, qaltirash bilan tana harorati oshadi, umumiy intoksikasiya simptomlari (bosh og'rig'i, uyqusizlik, mushaklarda og'riqlar, serjahlilik, ishtaha yo'qolishi) yuzaga keladi. Kasallik ko'pincha ekzantema bilan kechadi (keng dog'li yoki eritematoz toshma katta bo'g'imlar sohasida ko'proq, ayrim hollarda,

yuzda kapalak shakli ko'rinishida hosil bo'ladi). Bezli shakllarida, sanab o'tilgan simptomlardan tashqari, limfa tugunlarining (jag' osti, bo'yin, qo'ltiq osti, mezenterial) kattalashishi va og'rishi kuzatiladi. Listeriozning asab tizimi bilan bog'liq shakllarida meningial simptomlar yuzaga keladi (ushbu shakli listerioz tashhisi bakteriologik tasdiqlangan 75% bolalarda kuzatiladi). Kering, Brudzinskiy simptomlari, ensa mushaklari rigidligi kuzatiladi. Orqa miya suyuqligi bosim bilan chiqadi, oqsillarning qisman ko'payishi va stitoz aniqlanadi. Glyukoza va xloridlar miqdori o'zgarmaydi. Enstefalit simptomlari kuzatilishi mumkin. Ayrim hollarda, listeriozning klinik ko'rinishida o'tkir gastroenterit, o'tkir pielit, o'tkir endokardit simptomlari birinchi o'ringa chiqadi. Listeriozning o'tkir shakllarida ko'pincha jigar va taloq kattalashadi. Haroratning ko'tarilishi 3 kundan 2 haftagacha davom etadi va o'zgarib turadi.

Tashhisi va differentsial tashhisi. Klinik belgilar bo'yicha tashhis qo'yish juda mushkul. Tashhis laborator tekshirish usullari yordamida tasdiqlanishi lozim. Bakteriologik usul bilan qon, halqum yuvindilari, orqa miya suyuqligi, homila atrofi suvi, yo'ldosh, o'lik tug'ilgan chaqaloqlar va o'lganlarning a'zolari tekshiriladi.

Silda og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar. Og'iz bo'shlig'ining sil bilan zararlanishi – mikobakteriyalarning endogen, limfo- va gematogen yo'llar bilan tarqalishidan kelib chiqadi (21-rasm). Eng ko'p uchraydigan sil shakli - bu teri sili (volchanka) va yarali sil hisoblanadi. Kam hollarda, yakka holdagi sil bo'rtmalari ("sovuq absesslar") - shilliq qavatdagi kollikvativ silning bir ko'rinishi va juda kam hollarda – indurativ eritema va birlamchi sil yarasi kuzatiladi.



21-rasm. Balgʻamdan tayyorlangan surtmadagi *M. tuberculosis* (Nil-Nilsen boʻyicha boʻyalgan).

Birlamchi sil yarasi 2-3 yoshli bolalarda mikobakteriyalarning kichik jarohatlar va kariozli tishlar orqali kirishi natijasida yuzaga keladi. Zararlanishlar asosan til yoki milklarda joylashgan boʻlib, katta boʻlmagan infiltrat va sirtqi limfadenopatiya bilan birgalikda oʻziga xos birlamchi sil kompleksini tashkil qiladi. Keyinchalik yara chuqurlashadi, limfa tugunlari yumshaydi va yiringlaydi.

Hiqildoq va ogʻiz boʻshligʻi sili bronxlar, traxeya, yuqori nafas olish yoʻllari kasalliklari guruhiga mansubdir. Hiqildoq va ogʻiz boʻshligʻi sili oʻpka va koʻkrak ichi limfa tugunlari sillarining birlamchi va ikkilamchi shakllarining asorati sifatida uchraydi.

Ogʻiz boʻshligʻining birlamchi silida sil mikobakteriyalari oldin sil bilan zararlanmagan va sil mikobakteriyalariga orttirilgan immuniteti boʻlmagan bemorlarning shilliq qavati orqali kirishi mumkin. Bunda sil boʻrtmachasi ogʻiz boʻshligʻi limfoid toʻqimasida yuzaga kelib, limfa tugunlariga drenaj hosil qiladi (oshqozon-ichak yoʻlida hosil boʻladiganga oʻxshash).

Ikkilamchi silda ogʻiz boʻshligʻining zararlanishlari koʻpincha faol surunkali oʻpka sili bor bemorlarda uchraydi, bunda mikobakteriyalar koʻp miqdorda balgʻam bilan ajraladi va ogʻiz boʻshligʻining shilliq qavatiga kiradi. Baʼzan ogʻiz boʻshligʻi sili - oʻpkadagi simptomsiz, faol surunkali disseminirlangan silning birinchi belgisi boʻlishi mumkin (22-rasm).



22 - rasm. Og'iz bo'shlig'i sili.

Og'iz bo'shlig'i silining asosiy morfologik shakllari infiltrat va yara hisoblanadi. Infiltrat chegaralangan bo'lib, ayrim hollarda o'smalar (tuberkulomalar) xarakteriga ega yoki tarqalgan bo'lishi mumkin. Infiltrat zich, yumshoq, usti silliq yoki donador bo'lishi mumkin. Infiltrat rangi o'tkir shakllarida och qizil, ekssudativ shakllarida kulrang bo'ladi. Yaralar shilliq qavatlar burmalarida yashiringan kichik yoriqlar ko'rinishida yoki keng yaralar holatida bo'lib, miliar kulrang-sariq tugunli toshmachalar va shish bilan birga kuzatiladi. Yaraning ostki qismi qonab turadigan, mayda, donador granulyasiyali bo'ladi. Yara chetlari notekis, ko'pincha yumshoq, ammo ba'zan zichlashgan bo'lishi ham mumkin. Bitayotganida yaralar o'rnida chandiqlar hosil bo'ladi.

Miliar-yarali sil. Sil mikobakteriyalarini infeksiyaning ochiq o'choqlaridan (ko'pincha, og'ir rivojlanuvchi jarayon kechayotgan o'pkalardan) qayta kirishi natijasida og'iz shilliq qavatida ikkilamchi sil - *miliar-yarali sil* rivojlanadi. Boshlanishida uncha katta bo'lmagan, odatda, birinchi davrlarda og'riqsiz, keyinchalik juda og'riqli yara hosil bo'ladi, u kengayib borib, ayrim hollarda katta o'lchamlargacha etadi (1,5x2,0 sm). Odatda, yara uncha chuqur bo'lmaydi, o'yilgan ko'rinishda, yumshoq, chetlari notekis, ichiga o'girilgan ko'rinishida bo'ladi. Uning tagi va chetlari sariq-kulrang karash bilan qoplangan bo'rtmachalar hisobiga donador granulasi bo'ladi. Atrofidagi to'qimalar shishadi. Tildagi sil yaralari tilning uch qismi, yon bo'limlari, orqa qismi, o'rta chizig'i bo'ylab va uning asosida joylashgan bo'lishi

mumkin. Regionar limfatik tugunlar boshida sezilmaydi, keyinchalik paypaslaganda kattalashgan, elastik zich, og'riqli ekanligi aniqlanadi. Lab va lunj shilliq qavati sili, kam hollarda alohida bo'lib, ko'pincha yuqori nafas olish yo'llari yoki og'iz boshqa a'zolarining silli zararlanishlari bilan birga uchraydi. Zararlanish shakli ko'pincha yarali bo'ladi. Yara boshlanishida yoriqlar ko'rinishida bo'lib, labning (ayniqsa, og'iz burchagida) tashqi va ichki ustki qism burmalari chizig'ida joylashadi.

Lab va lunjlar shilliq qavatlaridagi infiltrativ va yarali jarayonlar nisbatan chegaralangan, atrofi reaktiv ko'rinishlarsiz, kam og'riqli, sersuv granulali, bitishga moyilligi, produktiv jarayon xarakterini saqlab qoladigan ko'rinishda bo'lishi mumkin. O'tkir, asosan ekssudativ fazada, sezilarli og'riq, ikkala lablarning shishi, miliar tugunli toshmachalar bilan birga kuzatiladi.

Milk sili alohida holda kam uchraydi. Milkning sil bilan zararlangan to'qimasi avval shishadi, juda yumshoq, og'riqli, giperemiyalangan va qonab turuvchi bo'lib qoladi. Keyinchalik jarayon zo'rayganda, yaqqol ifodalangan granulyastiyali sil yarasi hosil bo'ladi. Qattiq va yumshoq tanglayni sil bilan zararlanishlari har xil bo'lishi mumkin, ya'ni ustki, biroz infiltrastiyali chegaralangan yoriqsimon yaralar ko'rinishidan, ayniqsa yumshoq tanglayda, keng, bo'rtmachali papillomatoz infiltratli o'ziga xos notekis yaralar ko'rinishigacha bo'lishi mumkin. Boshlang'ich shakllarida shilliq qavat chegarali giperemiyalangan ko'rinishda bo'lib, markazida epiteliy butunligi buzilmagan holda sariq-oq kichik dog' aniqlanadi. Hiqildoq silining o'tkir, ko'pincha ekssudativ zararlanishlarida, yumshoq tanglay bodomcha bezlari odatda, giperemiyalangan, infiltrasiyalangan va boshida, miliar tugunchalar bilan qoplangan bo'lib, ko'p o'tmay ularning o'rnida yarachalar paydo bo'ladi.

Differenstial tashhis biopsiya materialini gistologik usul yordamida tekshirish orqali amalga oshiriladi. Material yaralarning chuqur qavatlaridan olinadi. Bu usul gigant Pirogov-Langxans va epitelioid hujayralar tutuvchi kazeinli granulemalarni identifikatsiya qilish uchun o'tkaziladi.

Zahmda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'zgarishlar. Zahm qo'zg'atuvchisi – oqish treponemani (spiroxetalar) tushishiga nisbatan organizm reaksiyasi murakkab va xilma-xildir (23-rasm).



a)



b)

23 - rasm. Qattiq shankrdan tayyorlangan surtmadagi *T. pallidum* (a), qorong'i maydonda (b)

Sifilitik infeksiya kechishida, yashirin (3-4 hafta), birlamchi (6-8 hafta), ikkilamchi (o'rtacha 2-3 yil) va uchlamchi kabi, ketma-ket bir-biri bilan almashinuvchi davrlar farqlanadi.

Ayrim hollardagina, zahm davrlarsiz, ya'ni muayyan qonunga muvofiq bo'lmagan holda kechishi mumkin. Ko'p odamlarda infeksiya tushgandan so'ng kasallik uzoq vaqt simptomlarsiz kechadi. Shu sababli, kasallik ancha kech serologik reaksiyalar musbat natija bergandagina (yashirin seromusbat zahm bosqichi) yoki asab tizimi yoki ichki a'zolar zahmi bosqichida aniqlanadi. Og'iz shilliq qavatining zararlanishi kasallikning birlamchi davrida ko'p uchraydi (1,5-10%). Qattiq shankr lablar qizil hoshiyasi yoki og'iz shilliq qavatining har qanday qismida hosil bo'lishi mumkin, lekin, ko'pincha lablar, til, bodomcha bezlarida joylashgan bo'ladi.

Yuqori va ko'proq pastki lablar shankri yara yoki eroziyalar ko'rinishida bo'lib, tagi ko'pincha bo'rtgan va qoramtir holatda bo'ladi. Shankr og'iz chetlarida, asosan terining mayda burmalarida joylashishi mumkin, u shakli bo'yicha yoriqni eslatadi, biroq qattiq shankr bor burma cho'zib ko'rilganida uning ovalsimon shaklda ekanligi aniqlanadi. Qattiq shankr og'iz chetlarida joylashganida masterastiyani eslatadi, asosida zichlashish yo'qligi bilan farqlanadi. Lablardagi shankr, ko'pincha impetiginozli, travmatik, gerpetik eroziyani, yaqqol infiltratda esa – epitelomani eslatadi. Kam hollarda lablar qizil hoshiyasida gipertrofik qattiq shankr uchraydi. U yarim sharsimon, zich elastik, ayrim hollarda, qo'ziqorin shaklida teri sathidan ko'tarilib turuvchi, diametri 2-3 sm tuzilma ko'rinishiga ega bo'ladi. Gipertrofik shankr yuzasi odatda yaltiroq, silliq, kam ajralmali bo'lib, sub'ektiv tuyg'ular kam namoyon bo'ladi.

Til shankri yaltiroq yoriqsimon eroziya yoki og'riqli yaralar ko'rinishida bo'ladi.

Milk shankri yarim oy ko'rinishida bitta yoki bir necha (ko'pincha ikki) tishlar bo'ynida joylashgan bo'lib, tashhisi katta qiyinchiliklar tug'diradi. Milk qattiq shankrining yara shakli oddiy yarachalarga juda o'xshash bo'lib, birlamchi sifilomaga xos belgilarga ega bo'lmaydi.

Bodomcha bezlari shankri tashhisi juda qiyin hisoblanadi, u uch shakldan biriga ega bo'lishi mumkin: eroziv, yarali va anginasimon (amigdalit-shankr). Bodomcha bezlari eroziv shankri qizil yoki oq-sarg'ish rangdagi, 2-10 mm o'lchamdagi eroziya bo'lib, yumaloq shaklda, asosi zichlashgan, tagi silliq va ajralmasining kamligi bilan ta'riflanadi (24-rasm). Eroziya atrofidagi bodomcha bezlari odatiy rangda, lekin qattiqlashgan bo'ladi. Shankrga jag' osti va bo'yin limfa tugunlarining bir tomonlama zararlanishi va maxsus skleradenit xos.



24-rasm. Zahmning ko'rinishlari.

Unga bir bodomcha bezining kattalashishi va qattiqlashishi hamda unda eroziya yoki yaralarning yo'qligi ham xosdir. Bodomcha bezini shpatel yordamida paypaslaganda uning tarangligi seziladi. Kattalashgan, giperemiyalangan bodomcha bezi halqum oraliqini to'sadi va ovoz o'zgarishiga olib kelishi mumkin. Ayrim hollarda yutishda og'riq, umumiy holsizlik, oddiy anginadek tana haroratining oshishi kuzatilishi mumkin bo'lib, zahm tashhisini qiyinlashtiradi. Amigdalit-shankrga jag' osti va bo'yinning maxsus limfadeniti hamda bir tomonlamalik xosdir.

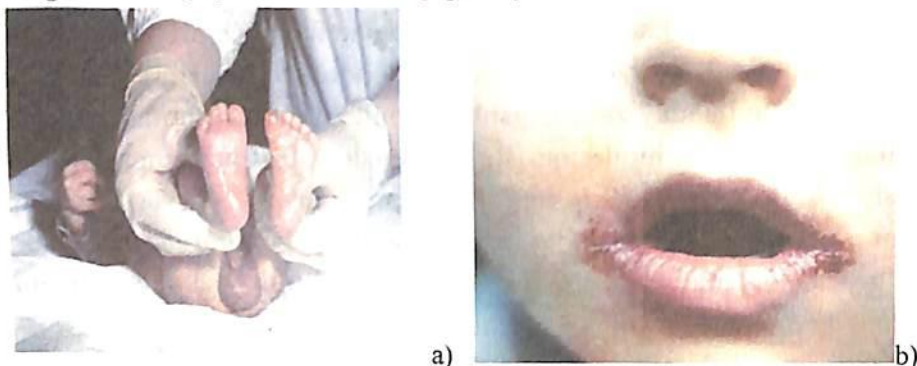
Zahm birlamchi davrining ikkinchi diagnostik belgisi regionar adenit hisoblanadi. Odatda, kasallikning 3-haftasi oxiri, 4-haftasi boshlarida yaqin joylashgan limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi. Shankr og'iz bo'shlig'ida joylashganida, ko'pincha regionar (jag' osti) limfa tugunlari bir tomondan kattalashgan, ko'proq og'riqsiz, harakatchan va ularning ustidagi teri o'zgarmagan bo'ladi.

Og'iz va hiqildoq shilliq qavatlarining zararlanishi ko'pincha ikkilamchi zahmda kuzatiladi, shu bilan birga ikkilamchi restidivli zahmda shilliq qavatlardagi toshmalar kasallikning yagona klinik belgisi bo'lishi mumkin. Ikkilamchi zahm belgilari bo'lgan deyarli 50% bemorlar og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida rozeolez yoki papulez sifilidlar ko'rinishidagi shikastlanishlar kuzatiladi. Og'iz shilliq qavatida pustulez toshmalar kamdan kam hollarda yuzaga keladi. Zahm papulalarining og'izda, ko'pincha, joylashadigan joyi bodomcha bezlari hisoblanadi, shuning uchun bunday zararlanishlar papulez sifilitik angina deb ataladi. Ikkilamchi zahmda, hiqildoqni shikastlanishi kuzatilishi mumkin, uning asosiy simptomlari bo'lib uzoq davom etadigan, deyarli og'riqsiz, afoniyagacha etadigan, umumiy shamollash belgilarisiz kechadigan xirillash hisoblanadi. Ko'pgina bemorlarda hiqildoq shikastlanishining kataral, kam hollarda papulez shakli kuzatiladi.

Turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, uchlamchi faol zahmda shilliq qavatlarning shikastlanishi 18-38% bemorlarda kuzatiladi. Shilliq qavatlarda gümma va diffuz gümmozli infiltratlar bo'rtmacha elementlarga qaraganda ko'proq rivojlanadi. Shilliq qavatlar sifilidlari tiniquroq rangi, yaqqol shishganligi (shilliq osti to'qimalarda ko'p miqdorda tomirlarni borligi bilan bog'liq) bilan farqlanadi. Bunda og'iz shilliq qavati uchlamchi zahm klinik belgisining namoyon bo'ladigan yagona joyi bo'lishi mumkin. Gümmozli sifilid og'iz shilliq qavatining har qanday qismida joylashgan bo'lishi mumkin. Ko'pincha gümmlar yumshoq va qattiq tanglay hamda tilda hosil bo'ladi. Odatda, gümma yagona bo'ladi. Boshida og'riqsiz tugun hosil bo'ladi, u tobora kattalashib borib, keyin yoriladi. Yorilmagan gümma konsistenziyasi qattiq, yuzasi silliq, aniq chegaralangan, tugun tepasidagi shilliq qavat o'rtacha yallig'langan, rangi turg'un-qizil bo'ladi. Gümmoz o'zagi ajralib chiqqanidan so'ng og'riqli yara hosil bo'ladi, u kratersimon shaklga, chetlari zich, tagi granulyasiyalar bilan qoplangan bo'ladi. Yara bitganidan keyin nursimon (yulduzsimon) chandiqlar qoladi. Bu jarayon 3-4 oy davom etadi.

Kichik yoshdagi bolalar tug'ma zahmi (1 yoshdan 4 yoshgacha). Maserasiya hisobiga og'iz chetlarida, piokokk va achitqisimon

zamburug'lar ta'sirida eroziv papulalar hosil bo'lishi mumkin (25-rasm). Bu papulalardan farqli o'laroq, sifilitik papulalar chetlarida to'g'-qizil rangdagi infiltrat gardishi ko'rinadi, shikastlanish og'iz chetlaridan shilliq qavatlarga o'tadi. Sifilitik papulalarda oddiy masterastiyaga xos bo'lgan shox qavatning shokilasi bo'lmaydi. Tug'ma zahm papulalari orttirilgan zahm papulalaridan farq qilmaydi.



25-rasm. Bolalardagi tug'ma (a) va orttirilgan zahm (b).

Papulez elementlar ko'pincha til, bodomcha bezlari, lab va milk shilliq qavatlari aniqatlanadi. Ayrim hollarda, hiqildoq shilliq qavati shikastlanadi, xirillagan tovush, afoniya yuzaga keladi. Hamma limfa tugunlarining yaqqol namoyon bo'lmagan kattalashishi qayd qilinadi. Sifilitik papulalarda oqish treponemalar oson topiladi.

Zahmning zamonaviy serologik tashhisida ("Zahm serologik tashhisini mukammallashtirish") quyidagi usullar qo'llaniladi: kardiolipinli antigen bilan presipitasiya mikroreaksiyasi; immunoferment analiz (IFA); passiv gemagglutinasiya reaksiyasi (RPGA); immunoflyuoresstenasiya reaksiyasi (RIF); oqish treponemalarni immobilizatsiya qilish reaksiyasi (RIT). Birlamchi tekshirishda, tanlab oluvchi (skrining) mikroprestipitasiya reaksiyasi (RMP) yoki uning modifikatsiyasi miqdoriy va sifatiy variantlarida qo'yiladi, agarda natija musbat bo'lsa, maxsus tasdiqlovchi treponema testlaridan biri (RPGA, IFA, RSK, RIF, RIT) o'tkaziladi.

IV. Virusli infeksiyalar

Surunkali virusli gepatit B. Ma'lumki, virusli gepatitlar dunyoda eng ko'p tarqalgan kasalliklar hisoblanadi. JSST oxirgi ma'lumotlariga ko'ra, erda yashovchi har uchinchi inson, ya'ni 2 mlrd. atrofida odamlar gepatit bilan kasallangan va ularning ko'pchiligini bolalar tashkil qiladi. Gepatit B virusining sxematik tuzilishi 26-rasmda ko'rsatilgan.



26-rasm. Gepatit B virusining sxematik tuzilishi.

Og'iz bo'shlig'i – mikroorganizmlarning qulay yashash muhiti hisoblanib, undagi mikroflora o'z-o'zini nazorat qiluvchi tizim sifatida qabul qilinadi. Bu tizimda turlar va populyasiyalar o'zaro ta'sirlashadi, ular faoliyatiga har xil destabillovchi omillar (shu jumladan, endogen) ta'sir etib, o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Shubhasiz, ushbu viruslar gepatositlarga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir ko'rsatishidan tashqari, odam organizmiga shu jumladan, og'iz bo'shlig'i holatiga ham ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun ham surunkali virusli gepatit B bilan og'rikan bolalar og'iz bo'shlig'i mikroflorasi miqdoriy va sifatiy tarkibi hamda mahalliy himoya omillari ko'rsatkichlari o'rganildi. Tekshiruvlar natijasida, me'yoriy va bemorlardagi ko'rsatkichlar solishtirilganda, ushbu bemorlar og'iz bo'shlig'i mikroekologiyasida keskin farqlar borligi aniqlandi.

4-jadval

Surunkali B virusli hepatit bilan og'riq bolalar og'iz bo'shlig'i mikroflorasining davolanishdan oldingi va keyingi ko'rsatkichlari (lg M±m KHQB/ml)

Mikroblar guruhi	1 ml so'lakdagi mikroblar miqdori			
	Me'yor	Surunkali virusli hepatit V bilan og'riq bemorlar		
		Davolashdan oldin	An'anaviy davolashdan keyin	Maxsus davolashdan keyin
Anaeroblar um.soni	5,80±0,40	3,55±0,30	4,30±0,30	5,45±0,30
Laktobakteriyalar	4,75±0,30	2,10±0,10	2,60±0,20	3,15±0,20
Peptostreptokokklar	3,90±0,30	3,70±0,20	3,00±0,20	3,60±0,30
Aeroblar um.soni	5,55±0,40	7,40±0,50	6,00±0,50	6,10±0,40
St. aureus	0	2,40±0,20	1,15±0,10	0
St. epidermidis	4,40±0,30	3,70±0,30	3,00±0,20	2,60±0,20
Str. salivarius	4,70±0,40	3,20±0,20	3,15±0,20	3,60±0,30
Str. mutans	2,40±0,20	4,25±0,40	4,00±0,30	2,15±0,10
Str. mitis	2,80±0,20	3,70±0,40	3,60±0,30	2,10±0,10
LP escherichia	1,40±0,10	2,70±0,20	1,70±0,10	1,60±0,10
LN escherichia	0	2,25±0,20	1,25±0,10	1,00±0,10
Proteus	1,45±0,10	3,45±0,30	2,45±0,20	2,00±0,10
Klebsiella	1,00±0,10	2,10±0,10	1,10±0,10	1,00±0,10
Candida	2,15±0,10	5,70±0,50	5,00±0,40	4,60±0,40

4-jadvalda keltirilgan natijalardan ko'rinib turibdiki, tekshirilgan bemor bolalar og'iz bo'shlig'i mikroflorasining ham anaerob, ham fakultativ guruh mikroblari ko'rsatkichlarida yaqqol o'zgarishlar mavjud.

Anaerob guruh vakillari miqdorining ishonchli kamayishi qayd etilgan, ayniqsa bu laktobakteriyalarda yaqqol namoyon bo'lgan, ularning miqdori lg 2,10±0,10 KHQB/ml ni tashkil qilgan, bu ko'rsatkich me'yorga nisbatan 2 marotaba kamdir. Shu bilan birgalikda, fakultativ mikroorganizmlar miqdorida ham ishonchli o'zgarishlar aniqlangan.

Surunkali gepatit B kasalligi bilan kasallangan bolalar og'iz bo'shlig'ida grammusbat mikroorganizmlar kolonizastiyasining oshish tendensiyasi kuzatiladi, bunda stafilokokklar dominantlikka ega bo'lib, streptokokk shtamlari ikkinchi darajaga tushib qoladi.

Grammusbat kokklar florasi vakillaridan *Str. salivarius* miqdorining kamayib ketganligi, shu bilan bir qatorda *Str. mutans* va *Str. mitis* lar miqdori oshganligi kuzatilgan. Lekin eng asosiysi, bir qancha agressiv fermentlar to'plamiga ega bo'lgan tillarang stafilokokk shtammining ko'payib ketishidir, aynan shu bakteriya og'iz bo'shlig'ining monitoring holatini belgilaydi. Grammanfiy bakteriyalardan esa, esherixiy va protey avlodi vakillari miqdorining ishonarli ko'payishi qayd etilgan.

Surunkali virusli gepatit B bilan og'rigan bemor bolalar og'iz bo'shlig'i mikroblarining kolonizastion rezistentligi o'rganilganda: og'iz bo'shlig'ida achitqisimon zamburug'larning uchrash darajasi va kolonizastiyasining oshganligi e'tiborga molikdir (5-jadval). Olingan natijalarning o'ziga xosligi shundaki, surunkali virusli gepatit V bilan kasallanish jarayoni og'iz bo'shlig'ining hamma o'rganilayotgan anatomik biotoplariga ta'sir qilgan, buni shilliq qavat mikroorganizmlari uchrash chastotasining 3-5 marotabaga, kolonizastion zichligining biotopga qarab 2-3 martaga oshganligidan bilish mumkin.

5- jadval

Surunkali virusli gepatit B bilan og'rigan bolalar og'iz bo'shlig'ida mikroblar kolonizastion rezistentligining tavsifi ($M \pm m$ KHB/sm²)

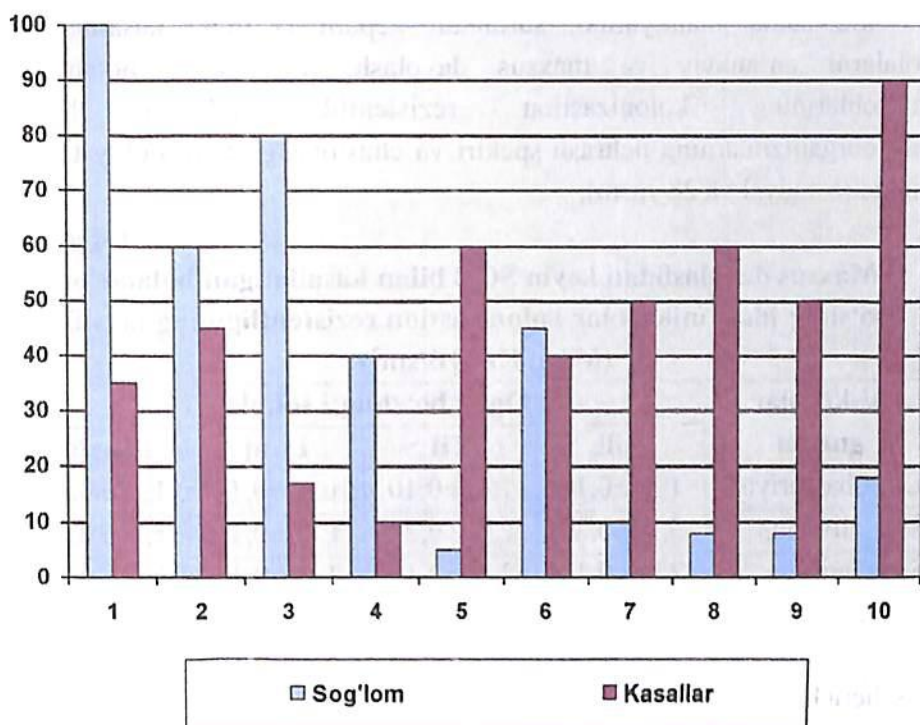
Mikroblar guruhi	Og'iz bo'shlig'i sohalari			
	milk	til	lunj	tanglay
Laktobakteriyalar	1,10±0,10	0,75±0,10	0	0
<i>Str. salivarius</i>	2,10±0,10	1,25±0,10	0,75±0,10	0
<i>Str. mutans</i>	2,40±0,10	2,70±0,10	2,10±0,10	1,60±0,10
<i>Str. mitis</i>	2,10±0,10	1,25±0,10	1,40±0,10	1,10±0,10
<i>Staphylococcus</i>	4,40±0,30	3,70±0,20	2,95±0,10	2,15±0,10
<i>Escherichia</i>	3,11±0,20	3,10±0,20	2,20±0,10	1,10±0,10
<i>Klebsiella</i>	2,10±0,10	1,90±0,10	1,40±0,10	1,55±0,10
<i>Candida</i>	4,70±0,40	3,85±0,30	3,55±0,30	3,15±0,20

Kasal bolalar og'iz bo'shlig'idagi achitqisimon zamburug'lar kolonizastiyasini o'rganib, shuni aytish mumkinki, ushbu zamburug'lar kolonizastion zichligi bemorlar og'iz bo'shlig'ida bir necha yuz marotabaga oshib ketgan. Til va milklar shilliq qavatida zamburug'lar kolonizastiyasi tanglay va lunjga nisbatan yuqoriligi qayd etildi. Zamburug'larning sog'lom bolalar mikrobiostenoziga xos bo'lmagan turlari uchrashi aniqlangan. Zamburug'lar turgacha identifikasiya qilinganda, ko'proq *C.albicans*, *C.pseudotuberculosis*, kam hollarda *C.crucei*, *C.tropicalis* turlari uchrashi aniqlandi.

Surunkali virusli gepatit B bilan kasallangan ushbu bolalarda og'iz bo'shlig'ida uchraydigan mikroblarning uchrash darajasi va spektri ham o'rganilgan. Ushbu tekshirishlar natijalari 27-rasmda berilgan.

Natijalardan ko'rinib turibdiki, uchrash chastotasiga ko'ra *Kandida* avlodi zamburug'lari (90%), protey (60%), tillarang stafilokokklar (60%) yuqori o'rinlarni egallaydi. Shuni aytish lozimki, ushbu bemorlar og'iz bo'shlig'i mikroflorasida streptokokklar dominantlik xususiyatini yo'qotgan, bu esa mikroorganizmlarning o'zaro antogonistik ta'siriga bog'liqdir.

Keyingi tekshirishlar surunkali virusli gepatit B bilan kasallangan va an'anaviy davolash usuli qo'llangan kasal bolalar guruhida o'tkazilgan. Olingan mikrobiologik tekshirishlar 4-jadvalda ko'rsatib o'tilgan. An'anaviy davolash usuli aerob mikroblarga ham, fakultativ guruhi mikroblariga ham yaxshi ta'sir etgan. Lekin shuni aytish kerakki, grammanfiy flora tegishli bo'lgan natijalargina ishonarlidir.



1 – Streptokokkus salivaris	6 – Stafilokokkus epidermidis
2 – Streptokokkus mutans	7 – Esherixiy
3 – Streptokokkus mitis	8 – Protey
4 – Laktobakteriya	9 - Klebsiella
5 – Tillarang stafilokokk	10 –Kandida

27- rasm. Sog'lom va surunkali virusli gepatit B bilan kasallangan bolalarning og'iz bo'shlig'ida uchraydigan mikroblarning uchrash spektri va darajasi.

An'anaviy davolash usuli bilan bir qatorda, elyudril, parodium, elgidium, viferon kabi dori preparatlarini qo'llab, maxsus davolash kurslari o'tkazilgan, maxsus davolashdan so'ng o'tkazilgan tekshiruvlar natijalari ham 4-jadvalda ko'rsatilgan. Jadvaldagi natijalarga ko'ra, og'iz bo'shlig'i mikroflorasida ijobiy o'zgarishlar kuzatilgan, lekin buni zamburug'larga nisbatan aytib bo'lmaydi, chunki qo'llangan preparatlar kuchsiz antifungistid ta'sirga egadir.

Shu narsa ahamiyatliki, surunkali gepatit B bilan kasallangan bolalarni an'anaviy va maxsus davolash, ular og'iz bo'shlig'i mikroblarining kolonizastion rezistentlik holatiga ham, mikroorganizmlarning uchrash spektri va chastotasiga ham ijobiy ta'sir qilgan (6-jadval va 28-rasm).

6-jadval

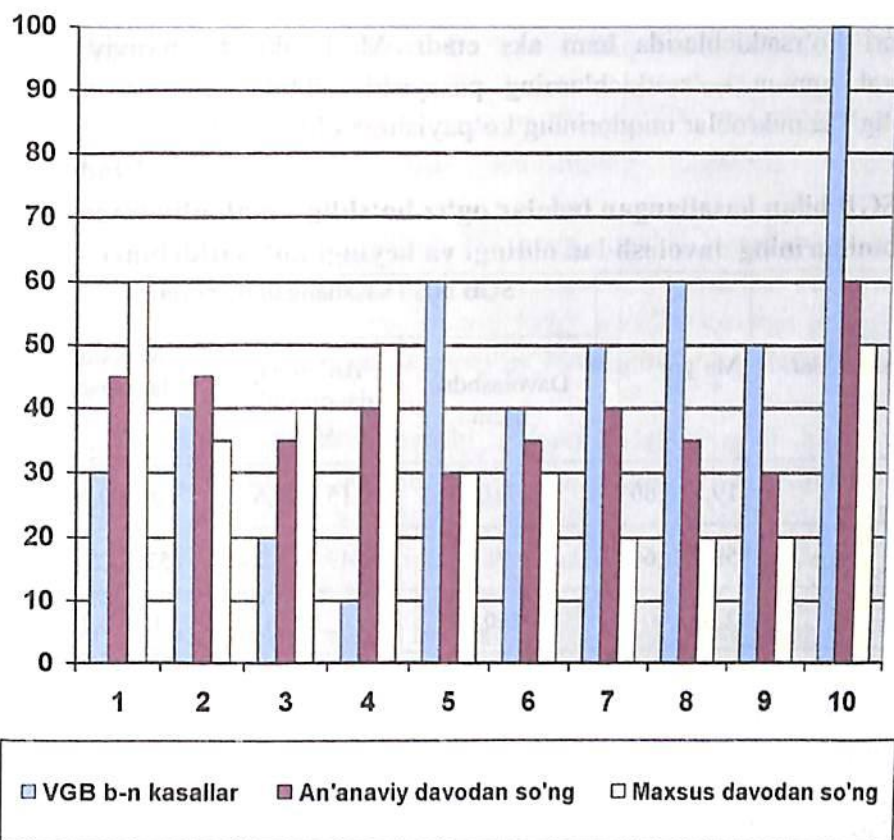
Maxsus davolashdan keyin SGB bilan kasallangan bolalar og'iz bo'shlig'idagi mikroblar kolonizastion rezistentligining tavsifi
($M \pm m$ KHQB/sm²)

Mikroblar guruhi	Og'iz bo'shlig'i sohalari			
	Milk	Til	Lunj	Tanglay
Laktobakteriya	1,70±0,10	1,40±0,10	1,10±0,10	1,10±0,10
Str. salivarius	3,20±0,20	2,40±0,20	1,25±0,10	1,20±0,10
Str. mutans	2,25±0,10	2,20±0,10	2,10±0,10	1,40±0,10
Str. mitis	3,10±0,20	2,25±0,10	2,40±0,10	2,10±0,10
Staphylococcus	3,70±0,20	2,70±0,10	2,25±0,10	2,10±0,10
Escherichia	2,20±0,10	2,10±0,10	1,70±0,10	1,40±0,10
Klebsiella	1,10±0,10	1,40±0,10	1,55±0,10	2,10±0,10
Candida	3,70±0,30	2,40±0,10	2,25±0,10	3,10±0,20

Surunkali gepatit B bilan kasallangan bolalarda og'iz bo'shlig'ining mahalliy himoya omillari holati ham o'rganib chiqilgan. Bunda asosan lizostim titri, fagositoz ko'rsatkichi, sekretor immunoglobulin A darajasi o'rganilgan.

Olingan ma'lumotlar 7-jadvalda ko'rsatilgan. Natijalardan ko'rinib turibdiki, SGV bilan kasallangan bolalar og'iz bo'shlig'ida barcha o'rganilgan ko'rsatkichlar bo'yicha immuntanqislik holati mavjud. Bunda lizostim titri $13,70 \pm 0,50$ mg %, fagositoz ko'rsatkichi $42,9 \pm 1,4\%$, sekretor immunoglobulin A titri $1,20 \pm 0,11$ g/l ga teng bo'lgan.

Ushbu natijalarga asoslanib, barcha o'rganilgan ko'rsatkichlar ichida ko'proq o'zgarish fagositoz ko'rsatkichida ekanligini ko'rish mumkin.



1 – Streptokokkus salivaris	6 – Stafilokokkus epidermidis
2 – Streptokokkus mutans	7 – Esherixiy
3 – Streptokokkus mitis	8 - Protey
4 – Laktobakteriya	9 - Klebsiella
5 – Tillarang stafilokokk	10 –Kandida

28-rasm. SGB bilan ogʻrigan bolalar ogʻiz boʻshligʻidagi mikroblarning uchrash darajasi va spektri (davolanishdan oldingi va davolashdan keyingi) koʻrsatkichlari

Gepatit viruslari boshqa patogen viruslar singari immuntanqislik holatini keltirib chiqaradi, bu faqat umumiy immun tizim koʻrsatkichlarida emas, balki ogʻiz boʻshligʻining mahalliy himoya

omillari ko'rsatkichlarida ham aks etadi. Ma'lumki, hujayraviy va gumoral immun ko'rsatkichlarning pasayishi ushbu bemorlar og'iz bo'shlig'ida mikroblar miqdorining ko'payishiga olib keladi.

7-jadval

SGB bilan kasallangan bolalar og'iz bo'shlig'i mahalliy himoya omillarining davolashdan oldingi va keyingi ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	Me'yor	SGB bilan kasallangan bemorlarda		
		Davolashdan oldin	An'anaviy davolashdan so'ng	Maxsus davolashdan so'ng
Lizostim titri, mg/%	19,8±0,60	13,7±0,50	15,8±0,6	17,0±0,50
Fagositoz ko'rsatkichi, %	59,1±1,60	42,9±1,4	49,1±1,2	53,2±2,1
s Ig A darajasi, g/l	2,0±0,30	1,2±0,11	1,3±0,1	1,2±0,1

Ushbu kasal bolalarda an'anaviy davolash bilan bir qatorda maxsus davolash preparatlari: elyudril, parodium, elgidium, viferon preparatlari qo'llanilib, davolangandan so'ng og'iz bo'shlig'i mahalliy himoya omillari yana tekshiruvdan o'tkazilgan.

Ushbu tekshiruvlar natijasi ham 7-jadvalda berilgan. Har ikki holatda ham barcha o'rganilgan natijalar bo'yicha ijobiy tomonga siljish kuzatilgan. Lekin, SGB bilan kasallangan bolalarga maxsus yordam ko'rsatilgandan so'ng ko'rsatkichlar an'anaviy davolashga nisbatan ishonarli o'zgargan, ammo sekretor immunoglobulin A darajasi etarlicha oshmagan.

SGB bilan kasallangan bolalarning og'iz bo'shlig'ida o'tkazilgan mikrobiologik va immunologik tekshiruvlarning o'tkazilishi quyidagi xulosalar chiqarishga imkon yaratdi:

1. Birinchidan, o'tkazilgan tekshiruvlarga asoslanib shuni aytish mumkinki, SGB bilan kasallangan bolalarning og'iz bo'shlig'i mikroflorasida disbiotik o'zgarishlar mavjud.
2. Ikkinchidan, makroorganizmning umumiy rezistentligining kamayishi, kasal bolalar og'iz bo'shlig'ining mahalliy himoya omillari

holatiga salbiy ta'sir qiladi, bu esa shilliq pardaning kolonizatsion rezistentligining pasayishiga olib keladi. Buning natijasida mikroblar sonining ortishi kuzatiladi. Bunda shilliq pardada kolonizatsiyalangan mikroblar populyatsiyasi tish karashining bakterial tarkibining kengayishiga olib keladi.

3. Uchinchidan, ushbu bolalarda elyudril, parodium, elgidium va viferon preparatlarini qo'llab o'tkazilgan maxsus stomatologik davolash mikrobiologik va immunologik ko'rsatkichlarga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Umuman olganda umumiy kasallikning monitoringi sezilarli darajada yaxshilandi.

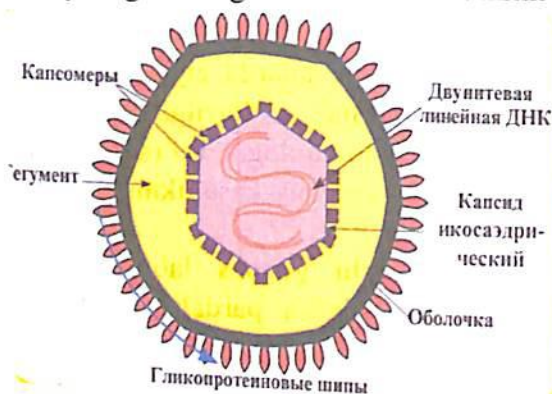
Surunkali restidivlanuvchi herpes labning qizil hoshiyasida, tanglay, ko'z, jinsiy a'zolar shilliq pardalarida, lab terisida, burun qanotlarida yakka holda yoki zich to'plam holda joylashuvchi toshmalar - mayda pufakchalar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Odatda ushbu toshmalar achishib turadi. Keyinchalik pufakchalar birlashib, eroziv (yarali) yuza hosil qiladi. Bu zararlangan soha ovqatlananda yoki boshqa ta'sirlovchilar ta'sirida og'rib turadi. Bemor herpes virusli infeksiya bilan kasallangandan so'ng bir umr tashuvchi bo'lib qoladi.

O'tkir gerpetik stomatit - bu virusli kasallik bo'lib, u kattalarda ham, bolalarda ham uchraydi. Oxirgi yillarda o'tkir gerpetik stomatitga og'iz bo'shlig'i birlamchi gerpetik infeksiyasining ko'rinishi sifatida qaralmoqda (29-rasm).

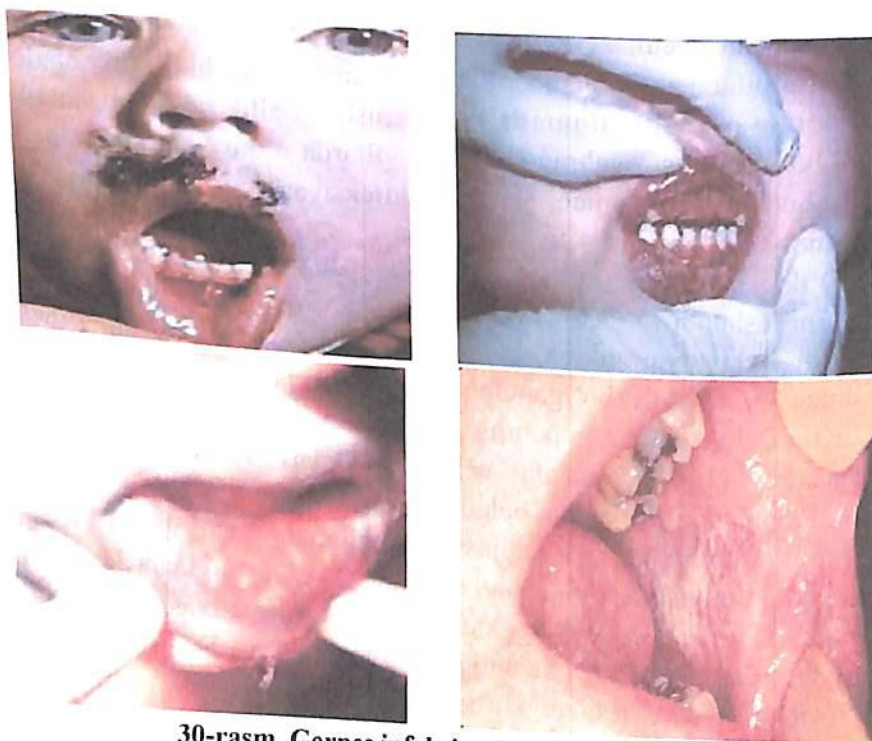
O'tkir gerpetik stomatitda zararlanishning dastlabki elementlari aftalarni eslatadi. Kasallik oddiy herpes virusi bilan kasallanmagan odamlar uchun yuqumli hisoblanadi. Stomatit bilan, asosan (70%) 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalar va o'smirlar kasallanadi.

Klinik ko'rinishi ko'pchilik bemorlarning og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida 5-10 ta mayda nekroz sohalari hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Zararlanish belgilari ko'pincha labda, tilda, tanglayda uchraydi, qo'shilib ketishi natijasida to'plamlar hosil qiladi. Kasallik umumiy darmonsizlik, tana haroratining $37-37,5^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi, regionar limfa tugunlarining kattalashishi, gipersalivatsiyaga shikoyat bilan boshlanadi. Og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasi, ayniqsa milk chegarasi shishgan va qizargan bo'ladi. Unda bir vaqtning o'zida seroz suyuqlik bilan to'lgan pufakcha hosil bo'ladi. Pufakcha tez yoriladi va fibrinoz parda bilan qoplangan eroziyaga aylanib ketadi. Aftaning

shakllanish jarayoni 4-5 kun davom etadi. Bunda bemor ovqatlanish vaqtida og'riq, achishish va qichishishga shikoyat qiladi. Agar og'iz bo'shlig'i etarli parvarish qilinmasa, kataral o'zgarishlar (shish, giperemiya) yarali yallig'lanishga o'tib ketishi mumkin (30-rasm).



29-rasm. Gerpes virusining tuzilish sxemasi



30-rasm. Gerpes infeksiyasining ko'rinishlari.

**O'tkir gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalar va kattalar
so'lak mikroflorasi holati $M \pm KHQB/ml$**

Mikrob guruhlari	1ml so'lakdagi mikroblar miqdori		
	Kattalarda me'yor	Bolalarda me'yor	Kasal bolalarda
Anaeroblar um.soni	$7,6 \pm 0,41$	$5,7 \pm 0,15$	$4,6 \pm 0,15$
Laktobakteriya	$5,9 \pm 0,14$	$4,6 \pm 0,14$	$3,3 \pm 0,11$
Peptostreptokokk	$6,0 \pm 0,39$	$3,8 \pm 0,11$	$4,6 \pm 0,16$
Aeroblar um.soni	$6,3 \pm 0,41$	$5,3 \pm 0,17$	$7,1 \pm 0,41$
Tillarang stafilokokk	-	-	$2,3 \pm 0,11$
Epidermal stafilokokk	$3,1 \pm 0,30$	$4,1 \pm 0,14$	$3,3 \pm 0,15$
A gur. streptokokklari	-	-	$1,1 \pm 0,05$
D gur. streptokokklari	$4,3 \pm 0,19$	$5,1 \pm 0,15$	$3,5 \pm 0,13$
LP esherixiy	-	$2,3 \pm 0,17$	$5,5 \pm 0,31$
LN esherixiy	-	-	$4,3 \pm 0,22$
Kandida zamburug'lari	$1,3 \pm 0,25$	$2,1 \pm 0,18$	$3,3 \pm 0,21$

O'tkir gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalar va kattalar so'lak mikroflorasi tekshirilganda, bolalarda ham kattalarda aniqlangan mikroorganizmlar topilgan, faqatgina kattalardan farqli ravishda bolalarda laktozamusbat esherixiyalar ham uchragan (8-jadval).

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, o'tkir gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalar og'iz bo'shlig'i mikroflorasida disbiotik o'zgarishlar mavjud bo'lib, disbioz ko'rsatkichlari anaerob florada, ayniqsa laktobakteriyalar sonida yaqqol namoyon bo'lgan, ya'ni laktobakteriyalarning miqdori me'yorga nisbatan ishonarli kamaygan, unga qarama-qarshi ravishda peptostreptokokklar miqdori oshgan.

Balki bu og'iz bo'shlig'ining kompensator moslashuv jarayonlariga bog'liqdir. Miqdoriy siljish fakultativ florada ko'rsatkichlarida ham kuzatildi. Aeroblardan laktozamusbat esherixiyalar va Kandida avlodi zamburug'lari umumiy miqdori me'yorga nisbatan deyarli 2 marta oshgan.

Shuni hisobga olish kerakki, gerpetik stomatit bilan kasallangan bolalar so'lagida sog'lom bolalarda uchramagan mikroorganizmlar aniqlangan.

Bunda tillarang stafilokokk, laktozamanfiy esherixiy va A guruhi streptokokklarining aniqlanishi nazarda tutilmoqda. Ushbu shtammlar tibbiy yordam ko'rsatish paytida e'tiborga olish zarur bo'lgan va agressivlik xususiyati balandroq bo'lgan shtammlardir.

To'g'ri parvarish qilinganda va davolashning 8-10-kunlarida tuzalish davri boshlanadi. Agar eroziv elementlar miqdori kamaymasdan ko'paysa, bemorning umumiy ahvoli yomonlashib, holsizlik, bosh og'rig'i, adinamiya, tana haroratining 39-40°C gacha ko'tarilishi kuzatilsa, ya'ni kasallik rivojlanishining qayd etilishi organizm reaktivligi va immunitetining susayganligidan dalolat beradi. Organizm reaktivligi bir qancha omillarga: sovuq qotish, gripp, yuqumli kasalliklar, qon kasalliklari, onkologik kasalliklarga bog'liqdir. Agar o'tkir gerpetik stomatitda kerakli davolash chora-tadbirlari o'tkazilmasa, qaytalanib turuvchi shaklga o'tib ketishi mumkin, bunda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida tez-tez aftalar va pufakchalar toshib turadi.

Engil residiv (3 yilda 1-2 marta), tez-tez qaytalanish (1 yilda 1-2 marta), juda ko'p qaytalanish (1 yilda 3-4 marta) va doimiy ravishda qaytalanuvchi shakllari farqlanadi.

O'rab oluvchi temiratki - teriga vezikulyoz toshmalarining toshishi va nerv tolalarining zararlanishi tufayli og'riq sindromi bilan xarakterlanuvchi virusli kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchisi Varicella zoster hisoblanadi.

Gerpes haqidagi birinchi ma'lumotlar eramizdan ancha oldin aniqlangan. Gerpes nomi grekcha "herpete" so'zidan olingan bo'lib, "o'rmalash" degan ma'noni bildiradi. Ushbu ma'no kasallik rivojlanishini klinik tasviri bilan bog'liq, bunda pufakchalar nerv oxirlari yo'li bo'yicha bir chiziq bo'ylab tarqaladi, "o'rmalaydi". Kasallik keng tarqalgan. Ko'pincha o'rta va katta yoshdagi odamlarda, kam hollarda bolalarda uchraydi. Sovuq qotish, shamollash, stress holatlari, og'ir kechuvchi somatik kasalliklar, operatsiya va jarohatlar kasallikka olib keluvchi omillar hisoblanadi. Kasallikning yashirin davri o'rtacha 1 haftani tashkil etadi.

Klinik manzarasi. Kasallik kuchsiz qichishish, achishish, keyinchalik toshmalar toshishi bilan boshlanadi. Umumiy belgilardan holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Terida to'p-to'p bo'lib joylashgan, tiniq seroz suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar hosil bo'ladi. Toshmalar o'chog'i

atrofidagi teri qoplamasi giperemiyalangan bo'ladi, keyinchalik vaqt o'tishi bilan pufakchalar ichidagi suyuqlik xiralashadi. 5-7 kundan so'ng pufakcha yoriladi yoki ko'chib tushadi. Ular o'rnida sariq yoki och jigarrang po'stloq hosil bo'ladi. Bu po'stloq 2-3 hafta saqlanadi. Ko'pchilik hollarda pufakchalar epidermisda (terining eng yuza qavatida) joylashadi. Shuning uchun ham po'stloq tushib ketgandan keyin toshmalar o'rnida giperpigmentastiya qoladi va asta - sekin teri rangi me'yoriy ko'rinishga keladi. Lekin ba'zan, kasallikning notipik kechishi va ikkilamchi infeksiyaning qo'shilishi natijasida jarayon terining chuqurroq qavatlarigacha o'tadi. Bunday hollarda chandiq hosil bo'ladi.

O'rab oluvchi temiratki ko'pincha simillovchi og'riq bilan kechadi. Bunga sabab virusning nerv hujayrasiga tropizmidir. Virus nerv tugunlarida yashaydi va sezuvchi nerv tolalari bo'ylab tarqaladi (31-rasm). Toshmalarning nerv tolalari bo'ylab toshishi ham shu bilan bog'liqdir. Og'riq sindromi uzoq vaqtgacha, ya'ni bir necha hafta, hatto bir necha oygacha davom etadi.

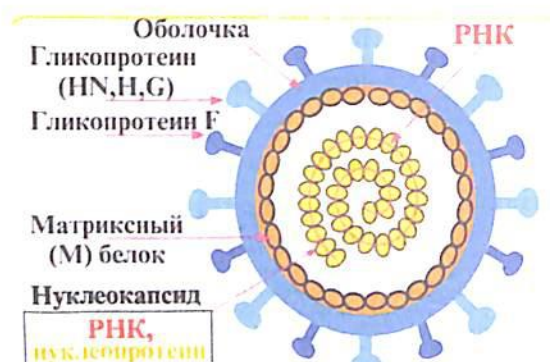
31-rasm. O'rab oluvchi temiratki

Gerpesli infeksiyaning ko'zda uchrashi xavflidir. Ko'zda joylashganda virus uch shoxli nervning nazostiliar shoxchasi bo'ylab tarqalishi va ko'z shox pardasini zararlashi mumkin. O'rab oluvchi temiratkinining asoratlariga yana yuzning bir tomonlama falajligi va eshituv organlarining zararlanishi kiradi. Kuchsiz bemorlarda va kasallikning og'ir shakllarida meningit va ensefalit kabi asoratlar berishi ham mumkin.

Qizamiq (lot. Morbilli) – yuqori darajadagi moyillikka (kontagiozlik 100% gacha) ega bo'lgan o'tkir virusli kasallik bo'lib, yuqori harorat (40,5°C gacha), og'iz bo'shlig'i va yuqori nafas yo'llari shilliq pardasining yallig'lanishi, kon'yuktivit va terida dog'li-papulez toshmalar, umumiy intoksikasiya bilan xarakterlanadi. Virus tashqi muhitda chidamsiz, odam organizmidan tashqarida turli xil kimyoviy va fizik omillar (nurlanish, qaynatish, dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan ishlov berish) natijasida tezda nobud bo'ladi (32-rasm).

Infeksiya havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Bemor yo'talgan va aksirgan vaqtida virus so'lak bilan tashqi muhitga ko'p miqdorda ajraladi.

Infeksiya manbai – kasal odam. Bemor atrofdagilar uchun kasallikning yashirin davrining oxirgi 2 kuni va toshma toshishining 4-kunigacha yuqumli hisoblanadi. 5-kundan so'ng kasallik yuqmaydi.



32-rasm. Qizamiq virusining tuzilishi.

Qizamiq bilan asosan 2-5 yoshli bolalar va bolaligida ushbu kasallik bilan kasallanmagan kattalar kasallanadi. Chaqaloqlarda onasidan o'tgan immunoglobulinlar bo'ladi (agar onasi avval shu kasallik bilan kasallangan bo'lsa). Ushbu immunitet chaqaloqlar hayotining dastlabki 3- oyigacha saqlanadi. Kasal onadan homilaga virus transplasentar yo'l bilan o'tgan hollarda chaqaloqlar tug'ma qizamiq bilan tug'ilishi mumkin. Kasallikdan so'ng turg'un immunitet hosil bo'ladi va qizamiq bilan qayta kasallanish kuzatilmaydi. Immun tizim patologiyasi bo'lgan odamlarda qizamiq qaytalagan holatlar ham aniqlangan. Qizamiq qish-bahor oylarida (dekabr-may) ko'p uchraydi va har 2-4 yilda kasallanishning ko'tarilishi kuzatiladi. Odam organizmiga virus yuqori nafas yo'llari shilliq pardasi orqali kiradi va keyinchalik qon orqali (birlamchi virusemiya) virus retukuloendotelial tizimga (limfa tuguniga) tushadi va barcha turdagi oq qon tanachalarini zararlaydi. Yashirin davrning 3-kunidan limfa tugunlarida, murtakda va taloqda stitoplazmatik kiritmalar tutgan Warthin-Finkeldey yirik, ko'p yadroli hujayralarini aniqlash mumkin. Virus limfa tugunlarida ko'paygach yana qonga tushadi va takror (ikkilamchi) virusemiya rivojlanadi. Bu vaqtda kasallikning klinik belgilari yuzaga chiqa boshlaydi. Qizamiq virusi immun tizim faoliyatini pasaytiradi (bevosita T-limfositlarni zararlash orqali bo'lishi mumkin) va immunitet susayishi natijasida a'zolarida, asosan, nafas olish a'zolarida og'ir ikkilamchi, bakterial asoratlar rivojlanadi. Virus A vitamini gipovitaminozini ham chaqirishi mumkin.

Qizamiqda mikroskopik ko'rinish: nafas yo'llari shilliq qavatida shish, nekroz o'chog'i, epiteliyda metaplaziya zonalari, shilliq osti qavatida limfogistiotitar infiltratsiya bo'ladi. Retikuloendotelial tizimda - Warthin-Finkeldey hujayralari uchraydi. Teri - dermaning so'rg'ichli qatlamida shish ko'rinishidagi o'zgarishlar, perivaskulyar limfogistiotitar infiltratsiyali qon quyilishlar, kasallikning 2-kunida epidermisda nekroz fokuslari paydo bo'ladi, lunjning ichki yuzasi shilliq qavatida Belskiy - Filatov - Koplik dog'lari kuzatiladi (33-rasm).

Yashirin davri 8-14 kun (kam hollarda 17 kungacha). O'tkir davrida - haroratning 38-40°C gacha ko'tarilishi, quruq yo'tal, burun bitishi, yorug'likdan qo'rqish, aksirish, ovozning bo'g'ilishi, bosh og'rig'i, qovoqning shishishi, kon'yuktivaning qizarishi, halqum giperemiyasi va qattiq va yumshoq tanglayda qizil dog'lar - qizamiq enantemasi kuzatiladi.

Qizamiq toshmasi (ekzantema) - kasallikning 4-5-kunida paydo bo'lib, dastlab yuzga, bo'yinga, quloq orqasiga, keyingi kuni tanaga, 3-kunida esa toshmalar qo'l va oyoqning yoziladigan yuzalariga toshadi. Toshmalar mayda papula holida bo'lib, keyinchalik qo'shilib ketishi mumkin (bu uning qizilchadan farqlaydigan belgisi bo'lib, qizilchada bu toshmalar qo'shilib ketmaydi).

Toshmaning yo'qolishi 4-kundan boshlanadi. Bunda harorat me'yorlashadi, toshma to'q rangga kirib, pigmentastiyalanadi va ko'chishi boshlanadi (toshma qanday ketma-ketlikda toshgan bo'lsa, shu ketma-ketlikda qaytadi). Pigmentastiya 1-1,5 hafta davomida saqlanib turadi.

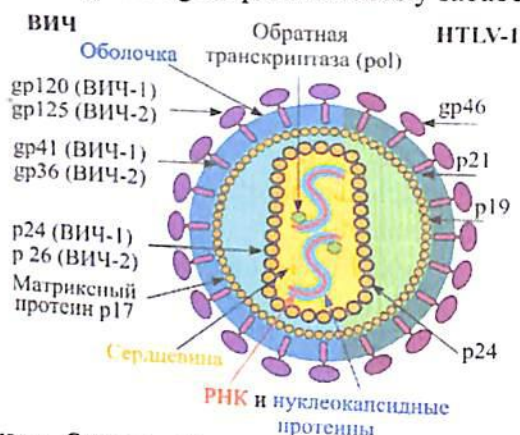


33-rasm. Qizamiqda Belskiy - Filatov - Koplik dog'lari

Asoratlari: laringit, nafas siqishi (hiqildoqning torayishi), traxeobronxit, birlamchi qizamiq zotiljami, ikkilamchi bakterial zotiljam, qizamiq enstefaliti, gepatit, limfadenit, mezenterial limfadenit.

OITS. OIV – infeksiya odam immuntanqisligi virusi keltirib chiqaradigan, immun tizim va asab tizimida zararlanish va og'ir yuqumli infeksiyalar (parazitar) yoki xavfli o'smalar hamda enstefalopatiya belgilari bilan kechadigan kasallikdir. OITS (orttirilgan immun tanqislik sindromi) OIV-infeksiyasining og'irgi bosqichi hisoblanadi.

Epidemiologiyasi. Kasallikning birdan bir infeksiya manbai - ushbu virus (34-rasm) bilan kasallangan odamdirdir. Kasallikning klinik belgisi kuzatilmagan shaxslar, ya'ni virus tashuvchilar bir muncha xavfli bo'lib, aholi o'rtasida OIV infeksiyasining tarqalishida asosiy sababchi hisoblanadi.



34-rasm. Odamdagi immuntanqisligi virusi tuzilishi

Stomatolog huzurida kasallikning yuqishi quyidagi hollarda sodir bo'lishi mumkin:

- dezinfeksiyalanmagan, qon yoki boshqa biologik suyuqliklar bilan zararlangan tibbiy asboblarda ishlatilganda (turli xil apparatlar, disklar, zondlar, ninalar, shpristlar, kesuvchi-sanchuvchi asboblarda va h.k.);
- og'iz bo'shlig'ida jarohat va yaralar bo'lganda;
- tibbiy xodimlar terisi qon bilan ifloslanganda yoki qon ko'zga tushganda.

Infeksiya havo-tomchi yo'li orqali yuqmaydi. Immun tanqislik virusi qonda yuqori konstantriastiyada saqlanadi. Keyingi o'rinlarda biologik suyuqliklar - sperma, vaginal va stervikal ajralmalar, so'lak turadi.

Og'iz bo'shlig'idagi o'sma kasalliklari. Kaposhi sarkomasi qon tomirlar o'smasi bo'lib, ko'pincha Afrika mamlakatlari aholisida uchraydi. Bu o'sma OIV-infeksiyasi bilan birga uchramaganda biroz xavfsizdir. OITS da Kaposhi sarkomasi yosh odamlarda ham yuzaga kelishi mumkin. Bunda qizil rangdagi (tezda qo'ng'ir rangga o'tadi) dog'lar toshishi avvaliga boldirdan boshlanadi va so'ngra tezlik bilan tarqalib ketadi. OITS da kuzatiladigan Kaposhi sarkomasi odatdagi Kaposhi sarkomasidan o'zining xavflilik darajasining yuqoriligi va teri, shilliq qavatlar va ichki a'zolarga disseminastiyasi bilan farq qiladi. Kaposhi sarkomasiga xos bo'lgan qo'ng'ir tUSDagi dog'lar, yashaydigan mamlakatidan qat'iy nazar, OIV bilan kasallangan insonlarning 30% ida uchraydi (35-rasm). Terida dastlab yakka-yakka holda, keyinchalik to'p-to'p pushti, qizil, binafsha tUSDagi dog'simon, papulasimon hosilalar paydo bo'ladi.



35-rasm. OITS da Kaposhi sarkomasi

Og'iz bo'shlig'ida Kaposhi sarkomasi ko'pincha tanglayda joylashadi, rivojlanishning erta bosqichida ko'k, qizil, qora yassi dog' ko'rinishida bo'ladi. Keyingi bosqichlarda zararlanish o'choqlari qorayadi, yuzasi teri sathidan ko'tariladi, bo'laklarga bo'linib boradi va nihoyat, yara hosil bo'ladi. Bu belgilar og'iz bo'shlig'i sarkomasiga xos belgilardir. G'adir-budir hosilalarning hosil bo'lishi va yara nuqsonlari tufayli qattiq va yumshoq tanglayning butun yuzasi o'zgarishi, deformastiyalanishi mumkin. Bu jarayonga milkning shilliq qavati ham qo'shilishi mumkin. Kaposhi sarkomasining etiologik omili hozirgacha noma'lum. OITS bilan kasallangan bemorlarda odatda tilda joylashadigan va yoshlarda uchraydigan yassi hujayrali o'sma rivojlanishi mumkin. Immunodepressantlar bilan davolash tadbirlari

o'smalarni, shuningdek og'iz bo'shlig'i karstinomasining malignizastiyaga uchrash hollarini kamaytiradi.

OIV bilan zararlangan odamlarda oddiy herpes virusi keltirib chiqargan stomatit belgilari tez-tez uchrab turadi. Herpes virusi bilan birlamchi zararlanish bolalarda, o'smirlarda, kam hollarda yoshlarda sodir bo'ladi. Infeksiya latent xususiyatga ega bo'lgani uchun qaytalanishga (restidivlanishga) moyillik bo'ladi. Namoyon bo'lganda esa umumiy (isitma, yutinganda og'riq, limfatik tugunlarning kattalashishi) va mahalliy belgilar yuzaga chiqadi. O'tkir gerpetik toshmalar yuz-jag' sohasining turli qismlarida joylashishi mumkin. Eng ko'p uchraydigan joyi - lablar, milk, qattiq tanglay. Dastlab unchalik katta o'lchamga ega bo'lmagan pufakchalar paydo bo'ladi, so'ngra ular qo'shilib kattalashadi (36-rasm). Pufakchalar ostidagi to'qima butunligi buzilganda yaralar vujudga keladi. Og'iz bo'shlig'ida pufakchalar juda tez yoriladi va odatda bir zumda eroziyaga aylanadi. Lablarning qizil hoshiyasida pufakchalar quriydi, quruq po'stloq hosil qiladi.



36-rasm. OIV da og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kandidozi

Qaytalanuvchi gerpetik stomatit ko'pincha labning qizil hoshiyasida joylashadi, ba'zan atrofidagi teri sohalari ham qo'shilib ketishi mumkin. Pufakchalar tez kattalashib, birlashadi va ikkilamchi infeksiya qo'shiladi. Pufakchalar yiringlaydi, natijada to'q sariq rangdagi po'stloq hosil bo'ladi, ular olib tashlanganda o'rni eroziya yoki yara ko'rinadi. Qattiq tanglay va milkdagi zararlanish belgilari mayda pufakchalar ko'rinishida bo'lib, ular tez yoriladi va shilliq qavatning yarali zararlanishiga olib keladi. Klinik belgilar shamollash, stress, respirator infeksiyalar qo'shilganda kuchayadi.

O'tkir uchli kondilomalar. Joylashishiga ko'ra kasallanish belgilari turlicha: o'tkir uchli yoki yassi yuzali bo'rtmalar ko'rinishda bo'lishi mumkin.

Milkda yoki qattiq tanglayda joylashganda o'tkir uchli ko'rinishda bo'ladi. Yonoqda va lablarda joylashganda klinik ko'rinish fokal epitelial giperplaziya belgilarini eslatadi, ya'ni: yumaloq, yuzasi biroz ko'tarilgan va diametri 5mm atrofida buladi.

Tukli til leykoplakiyasi. Jarohatlanish o'chog'i tilda joylashadi, lekin o'lchami va tashqi ko'rinishi turlicha bo'ladi (37-rasm). Tilning yon, orqa, ustki yuzalarida aniqlanadi yoki butun tilni qoplab oladi.



37-rasm. OIV da tukli til leykoplakiyasi.

Shilliq qavat oqimtir tusni oladi, lekin giperkeratoz kuzatilmaydi. Palpasiyada zichlashish sezilmaydi, bu esa kasallikning ushbu shaklini yumshoq leykoplakiya deb nomlanishiga sabab bo'ladi. Jarohat o'chog'i tilning chap va o'ng taraflarida, ya'ni bilateral yoki bir tomonlama joylashishi mumkin. Mahalliy yoki tarqalgan jarohatlarda shilliq qavat o'zgaradi, buramalar yoki bo'rtmalar ko'rinishida ko'tariladi, bu esa tashqi ko'rinishidan sochlarni (tuklarni) eslatadi. Shuning uchun ham tukli leykoplakiya nomi berilgan. Diskomfortdan boshqa sub'ektiv belgilar kuzatilmaydi.

Gistologik, virusologik, shuningdek serologik tekshirishlar natijasida yumshoq tukli leykoplakiyaning sababchisi Epshteyn-Barr virusi ekanligi aniqlangan.

- parodontda ochiq kyuretaj va loskutli jarrohlik amaliyotlarining o'tkazilishi;

- immun tizimida o'zgarish bo'lgan bemorlarda stomatologik davolashlar o'tkazilganda (qon kasalliklari, qandli diabet va h.k.);

Parodontitda antibiotiklarni mahalliy qo'llash parodontopatogen mikroblar eliminastiyasi uchun etarli bo'lmaydi, shuning uchun bunday hollarda antibiotiklar vena ichiga, mushak orasiga yoki ichish uchun tavsiya etiladi.

Og'iz bo'shlig'i kandidozining davosi. Zamburug'larga qarshi preparat - nistatin 10 kun mobaynida ovqatdan so'ng 1000000 TB dan kuniga 4-6 mahal ichishga buyuriladi. Sutkalik doza 4000000 TBdan kam bo'lmasligi kerak. Tabletkalar maydalab, til ostiga qo'yib, so'riladi, chunki ular oshqozon-ichak tizimida yomon so'riladi. Karamel shaklidagi dekanin preparati 1-2 karameldan kuniga 6-8 mahal (har 3-4 soatda) so'rilganda zamburug'larga qarshi samarali ta'sir etadi. 1ta karamel 0,00015 g dekanin saqlaydi. Bir- ikkita karamel til ostiga yoki lunjga joylashtiriladi va preparat og'iz shilliq qavati bilan ko'proq kontaktda bo'lishi uchun to'liq eriguncha, yutish harakatlarisiz ushlab turiladi. Amfogluyukamin kuniga 2 mahal 200000 TBdan ovqatdan so'ng ichishga tavsiya etiladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kandidozining og'ir o'tadigan shakllarida amfoteristin V har bir kg tana og'irligiga 250 TBdan (davolash kursi uchun 2 000 000 TB gacha) va mahalliy ko'llash uchun maz ko'rinishida buyuriladi. Preparat yaxshi rezorbtiv ta'sir ko'rsatadi.

Diflyukan preparatining zamburug'larga qarshi ta'siri yaqqolroq namoyon bo'ladi. U kapsula ko'rinishida 50-100 mgdan (kasallikning og'irlik darajasiga qarab) sutkasiga 1 marta tayinlanadi. Diflyukaning organizmda yarim parchalanish davri uzoq davom etadi.

Og'izning qurishini kamaytirish va zamburug'li floraga ta'sir etish uchun 2-3% li kaliy yodid eritmasi kuniga 1 osh qoshiqdan 2-3 mahal ovqatdan keyin tayinlanadi. Yod fungistatik ta'sirni namoyon qiladi. Bundan tashqari yod so'lak ajralishini kuchaytiradi. Kandidoz bilan kasallanganlar yuqori kaloriyali mahsulotlar bilan ovqatlanishlari lozim

Shunday qilib, OIV infeksiyasida kasallikning dastlabki, ya'ni immuntanqislik rivojlanguncha bo'lgan davrida og'iz bo'shlig'ida restidivlanuvchi (qaytalanuvchi) kandidoz va herpes paydo bo'ladi - bu kasallikning ilk ko'rinishidir. Ularning og'iz shilliq qavatidagi (yonoq, qattiq va yumshoq tanglay, milk, til, shuningdek lablar) og'ir ko'rinishlari immuntanqislik rivojlanishi bilan ortib boradi va OITS bosqichida eroziv-yarali ko'rinishda namoyon bo'ladi. Aynan shuning uchun ham, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida qaytalanuvchi patologiyaga ega odamlar OIV infeksiyasiga tekshirilishlari lozimdir.

Shunday qilib, stomatolog-vrach yoki assistent-stomatolog ish vaqtida va tish texnigi tish qoplamalari hamda protezlar uchun qolip olayotganda bemordan havo-tomchi yoki kontakt yo'li orqali kasallikni yuqtirib olishi mumkin. Chunki qabulga kelgan bemor infeksiya tashuvchisi yoki yuqumli kasallikning yashirin davrida (kontagioz bosqichida) yoki rivojlanish davrida yurgan bo'lishi mumkin. Yana, shuningdek, asboblari yaxshi dezinfeksiya qilinmaganda parenteral infeksiyalar tarqalishi mumkin. O'z navbatida shifokorning o'zi ham kasallik manbai bo'lishi mumkin. Shuning uchun buni doim yodda saqlash va zarur hollarda ehtiyot choralarini ko'rish lozim.

V. Antibakterial va antivirus terapiya

Parodontitni davolashda uning patogenezini haqidagi zamonaviy qarashlarni hisobga olish zarur. Ma'lumki, konservativ terapiya o'z ichiga quyidagi 2 komponentni, albatta, olishi shart:

1 - anaerob bakteriyalarga nisbatan samarali makrolidlar va azalidlar (eritromistin, oleandomistin, azitromistin, medikamistin), linkomistin va klindamistin, levomistetin va tetrastiklinlar, imidazol hosilalari (metronidazol, aminitrozol, tinidazol) kabi antibakterial preparatlar;

2 - to'qimalar regeneratsiyasini ta'minlovchi va metabolik korrektor (gradeks, dalachoy, kalendula preparatlari va boshq.) hisoblanuvchi immunomodulyatorlar.

Parodontitda antimikrob kimyoviy terapiya o'tkazilishiga ko'rsatmalar:

- surunkali generalizatsiyalashgan parodontitning xuruji;

- parodontda ochiq kyuretaj va loskutli jarrohlik amaliyotlarining o'tkazilishi;

- immun tizimida o'zgarish bo'lgan bemorlarda stomatologik davolashlar o'tkazilganda (qon kasalliklari, qandli diabet va h.k.);

Parodontitda antibiotiklarni mahalliy qo'llash parodontopatogen mikroblar eliminastiyasi uchun etarli bo'lmaydi, shuning uchun bunday hollarda antibiotiklar vena ichiga, mushak orasiga yoki ichish uchun tavsiya etiladi.

Og'iz bo'shlig'i kandidozining davosi. Zamburug'larga qarshi preparat - nistatin 10 kun mobaynida ovqatdan so'ng 1000000 TB dan kuniga 4-6 mahal ichishga buyuriladi. Sutkalik doza 4000000 TBdan kam bo'lmasligi kerak. Tabletkalar maydalab, til ostiga qo'yib, so'riladi, chunki ular oshqozon-ichak tizimida yomon so'riladi. Karamel shaklidagi dekaamin preparati 1-2 karameldan kuniga 6-8 mahal (har 3-4 soatda) so'rilganda zamburug'larga qarshi samarali ta'sir etadi. Ita karamel 0,00015 g dekaamin saqlaydi. Bir- ikkita karamel til ostiga yoki lunjga joylashtiriladi va preparat og'iz shilliq qavati bilan ko'proq kontaktda bo'lishi uchun to'liq eriguncha, yutish harakatlarisiz ushlab turiladi. Amfogyukamin kuniga 2 mahal 200000 TBdan ovqatdan so'ng ichishga tavsiya etiladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kandidozining og'ir o'tadigan shakllarida amfoteristin V har bir kg tana og'irligiga 250 TBdan (davolash kursi uchun 2 000 000 TB gacha) va mahalliy ko'llash uchun maz ko'rinishida buyuriladi. Preparat yaxshi rezorbtiv ta'sir ko'rsatadi.

Diflyukan preparatining zamburug'larga qarshi ta'siri yaqqolroq namoyon bo'ladi. U kapsula ko'rinishida 50-100 mgdan (kasallikning og'irlik darajasiga qarab) sutkasiga 1 marta tayinlanadi. Diflyukanning organizmda yarim parchalanish davri uzoq davom etadi.

Og'izning qurishini kamaytirish va zamburug'li floraga ta'sir etish uchun 2-3% li kaliy yodid eritmasi kuniga 1 osh qoshiqdan 2-3 mahal ovqatdan keyin tayinlanadi. Yod fungistatik ta'sirni namoyon qiladi. Bundan tashqari yod so'lak ajralishini kuchaytiradi. Kandidoz bilan kasallanganlar yuqori kaloriyali mahsulotlar bilan ovqatlanishlari lozim

(tez hazm bo'luvchi uglevodlar miqdorini kamaytirgan holda). Ichish uchun PP, C, va B (B₁, B₂, B₆) guruhi vitaminlari tavsiya etiladi.

Mahalliy davo. Applikasiya qilish va og'iz shilliq qavatiga surish uchun 0,5 % li dekamin mazi, amfoteristin B mazi (30 000 TB/g), klotrimazol (kanesten) ning 1% li mazi va 1% li eritmasi qo'llaniladi.

Og'izning shilliq qavati va lablar anilin bo'yoqlarining eritmalari: birinchi navbatda binafsha (genstian binafshaning 1-2% li eritmasi, 2% li metilen ko'ki, fukorstin eritmasi) rangli bo'yoq bilan ishlov beriladi. Og'iz bo'shlig'i ishqoriylikini oshirib, zamburug'larga ta'sir ko'rsatuvchi vositalar ham samaralidir. Bu maqsadda "Siteal", natriy gidrokarbonatning 2% li eritmasi, 2% li bor kislotasi eritmasi bilan chayish qo'llaniladi. Kamida 1stakan eritma 1 marta chayish uchun ishlatiladi va bu jarayon kuniga 5-6 marta takrorlanadi.

Gonokokkli stomatitni davolash stasionar sharoitda olib boriladi. 1 sutkada 10 (ME) XB dozadagi benzilpenistillin vena ichiga kamida 3 kun yuboriladi. Keyinchalik davolash ambulator sharoitda ampisillin bilan (kuniga 2 g dan 7-10 kun) davom ettiriladi. Shuningdek ampisillinni dastlabki 3 kunda kuniga 3,5 g dan 1g probenestid bilan birga, so'ngra o'zini 0,5 g dan 7 kun qabul qilish ham samarali ta'sir ko'rsatadi. Ekstragenital so'zakning hamma shakllarida ftorxinolon guruhi preparatlari yaxshi natija beradi. Kasallikning o'tkir osti bosqichida antibiotikoterapiya davrida monovaksinalar, pirogenal in'eksiyalari tavsiya etiladi.

Bo'g'maning davosi. Bo'g'ma bilan kasallanganlar va unga shubha qilinganlar maxsus infekstion bo'limlar yoki bokslarga gospitalizastiya qilinadi. Asosiy davolash chora-tadbiri - otlar (bo'g'ma anatoksini bilan giperimmunizastiya qilingan) qonidan olingan bo'g'maga qarshi zardobni yuborish: uning dozasi kasallikning og'ir-yengilligiga bog'liqdir. Zardob birinchi marta yuborilganda bo'lib-bo'lib yuboriladi: dastlab teri ichiga 0,1ml suyultirilgan (1:100) zardob yuboriladi, ya'ni sezgirlikka sinama qo'yiladi. 30 daqiqadan so'ng manfiy reakstiya kuzatilsa, teri ostiga desensibilizasiya maqsadida 0,1ml suyultirilmagan zardob yuboriladi, yana 30 daqiqadan so'ng hech qanday nojo'ya ta'sir kuzatilmasa, mushak orasiga dastlabki terapevtik dozaning qolgan qismi yuboriladi. Agar teri ichi sinamasi musbat bo'lsa, "Zardobni qo'llash yo'riqnomasi"ga muvofiq zardob sxema bo'yicha bo'lib-bo'lib

yuboriladi. Mahalliy va tarqalgan shaklli og'iz-halqum bo'g'masida bo'g'ma pardasi kichraymasa, zardob 24 soatdan keyin takror yuboriladi. Og'iz halqumning toksik bo'g'masida zardob intoksikasiya, og'iz halqum shilliq qavatidagi shish, parda va regionar limfa tugunlarining kattalashishi kabi belgilarning kamayishiga qarab har 12 soatda yuboriladi. Bo'g'maning toksik shaklida difteriyaga qarshi zardob bilan bir vaqtda nomaxsus dezintoksikatsion terapiya o'tkaziladi. Hiqildoq bo'g'masida namlangan kislorod bilan ingalyasiya qilish buyuriladi. Hiqildoq bo'g'masi og'iz halqumning toksik difteriyasi bilan birga kuzatilganda glyukokortikoid gormonlar tavsiya qilinadi. Asfiksiyaning rivojlanishi jarrohlik aralashuvini talab qiladi. Hiqildoq bo'g'masida keng ta'sir doirasiga ega antibiotiklarni qo'llab, so'ngra traxeobronxeal tarmoqqa doimiy drenaj qo'yish ahamiyatga egadir. Yurak glikozidlarini va kaliy preparatlarini vena ichiga yuborish yurak ritmiga ta'sir qilishi tufayli mumkin emas. Antikoagulyant sifatida heparin ishlatiladi. Prednizalon, voltaren yoki indometastin, riboksin, kurantil, vitamin C, V₆ va kokarboksilaza, insulinli 10-20% li glyukoza eritmasi tavsiya etiladi. Poliradikulonevritni davolash maqsadida striktnin nitrat, V₁, V₆ vitaminlari parenteral, prozerin va (yoki) galantamin buyuriladi. Tuzalish davrida fizioterapiya, massaj, DJT qo'shiladi.

Gerpetik infeksiyaning davosi og'riq qoldiruvchi vositalar (lidokain, artikainli gellar og'iz shilliq pardasiga mahalliy, ichishga – ketanlar (ketorolak)) va virusga qarshi preparatlarni (astiklovir yoki zaviraks ichish yoki maz ko'rinishida mahalliy) o'z ichiga oladi. Organizmning chidamlilik qobiliyatini oshirish uchun vitamin C, askorutin tavsiya etiladi. Restidivlarni oldini oluvchi vositalar - interferon (1mldan mushak orasiga 5 ta in'eksiya har 3 kunda), levamizon, bortfton va alpirazin 0,1g dan kuniga 3 mahal buyuriladi hamda herpesga qarshi vakstina yuboriladi. Vakstinasiya faqat remissiya davrida o'tkaziladi. Yuqori kaloriyalı parhez, ko'p suyuqlik ichish tavsiya etiladi.

Mahalliy davo: og'iz bo'shlig'ini remissiya davrida sanasiya qilish, xuruj davrida antiseptik vositalar bilan chayish.

Barcha preparatlar shifokor-stomatolog tavsiyasiga ko'ra qon tahlilini nazorat qilgan holda (davolashdan oldin, davo vaqtida va davolashdan so'ng) olib borilishi lozim.

Qizamiqning davosi. Simptomatik davolanadi, agar zotiljam yoki boshqa bakterial asoratlar rivojlanganda antibiotiklar buyuriladi, og'ir

hollarda kortikosteroidlar g'o'llaniladi. Profilaktika uchun va davolash maqsadida A vitamini katta dozalarda qo'llanilishi mumkin.

7.2. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini kasalliklari tasnifi.

Bolalar yoshida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida uchraydigan kasalliklarni ma'lum turlarga va guruhlariga bo'lishda, ya'ni tasnif qilish jarayonida ularni keltirib chiqaruvchi sabablarga tayanib ish tutish maqsadga muvofiqdir. Shu bilan birgalikda bolalar organizmiga bir paytning o'zida bir qadar ta'sirlar (travma, infeksiya, allergiya, organ va sistemalaridagi bir qadar o'zgarishlar va boshq.) ta'sir ko'rsatayotganini ham hisobga olmoq zarur. Kasallik turlarini yuqoridagilarni hisobga olgan holda aniqlash davolovchi shifokorga to'g'ri yo'llanma bergan holda, kasallik rivojlanishini to'g'ri aniqlash va davo tadbirlarini muvaffaqiyatli olib borish imkoniyatini yaratadi.

Yuqorida bayon qilingan fikrlarni hisobga olgan holda Moskva tibbiyot stomatologiya universiteti bolalar stomatologiyasi kafedrasini xodimlari tomonidan ishlab chiqilgan tasnifdan foydalanishni tavsiya etamiz:

1. Travma natijasida yuzaga keladigan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining jarohatlari.
2. Infeksiya (mikroblar, zamburug'lar, viruslar) ta'sirida yuzaga keladigan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini kasalliklari.
3. Alohida (spetsifik) infeksiya ta'siri natijasida yuzaga keladigan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining kasalliklari.
4. Organizmning o'ta sezuvchanlik (allergiya) xususiyatlari bilan bog'liq bo'lgan o'zgarishlar.
5. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi dori - darmonlarning qabul qilinishi bilan bog'liq bo'lgan jarohatli o'zgarishlar.
6. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining organizmning ba'zi bir a'zolari yoki sistemalaridagi kasalliklari bilan bog'liq bo'lgan o'zgarishlari.
7. Tish sohasida yuzaga keladigan kasalliklar.
8. Lablar sohasida yuzaga keladigan kasalliklar.

7.3. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini kasalliklarida paydo bo'ladigan shikastlanish alomatlari

Og'iz bo'shlig'i kasalliklarida shilliq qavatning birlamchi va ikkilamchi shikastlanish alomatlari kuzatiladi.

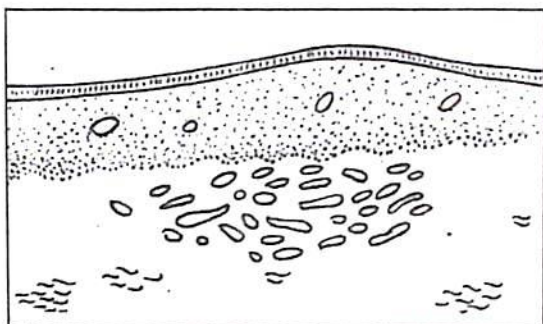
7.3.1. Jarohatlanishning birlamchi belgilari

**Dog`** (pyatno - macula) - shilliq pardada yuzaga keladigan rangli o`zgarish. (14-rasm). Shilliq parda rangining ma`lum bir sathda o`zgarishi natijasida sodir bo`ladigan dog`lar ikki xil bo`ladi: 1) yallig`lanish dori; 2) yallig`lanishga aloqasi bo`lmagan dog` - pigmentli dog`lar. Yallig`lanish jarayoni natijasida yuzaga keladigan, diametri 1,5 sm gacha bo`ladigan kizg`ish dog`lar - rozeola, kattaroq bo`lsa eritema nomi bilan yuritiladi. Pigmentli dog`lar to`qimada melanin pigmenti to`planishidan, vismut yoki qo`rg`oshin preparatlarining organizmga tushishidan hosil bo`ladi.

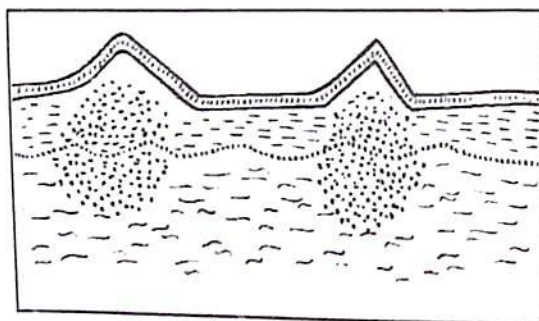
Tuguncha (uzelok - nodulus) - yallig`lanish jarohatining shilliq qavatdagi bo`shliqsiz bo`rtmasi. (15-rasm). Tuguncha burtmasining diametri 0,1-0,5 mm bo`lib, okish rangli tovlanyab turuvchi xususiyatga ega. Ularning bir nechitasi kushilib, blyashka (tangacha) hosil qilishi mumkin.

Tugun (uzel-nodus) - o`lchamlari bilan tugunchaga nisbatan yirikroq bo`lib, shilliq osti qavat himoya hujayralarining yig`ilishidan (infiltrat) hosil bo`ladi. (16-rasm). Shilliq qavat sathidan ancha bo`rtib chiqib, paypaslaganda shilliq qavatning qattiqlashganligini ko`rsatadi va shilliq parda rangini bir qadar o`zgartirishi mumkin.

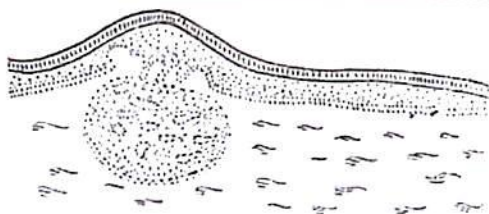
**Bo`rtma** - do`mboqcha (bugorok - tuberculum) - shilliq pardaning barcha qavatlarini qamrab oluvchi infiltrat bo`lib, dumaloq shaklga egadir. Diametrinint o`lchamlari 0,2 mm dan kattaroq bo`lib, yara hosil qiladi. (17-rasm).



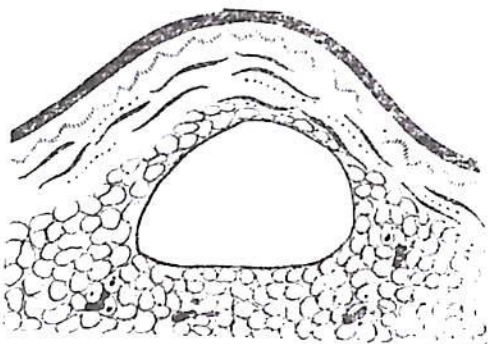
14-rasm. Dog`-shilliq
pardaning rangi
o`zgargan kichik sathi.



15-rasm. Tuguncha-
shilliq parda sathidan
bo`rtib chiqib turuvchi,
zichlashgan infiltratli
kichik chegaralangan
soha.

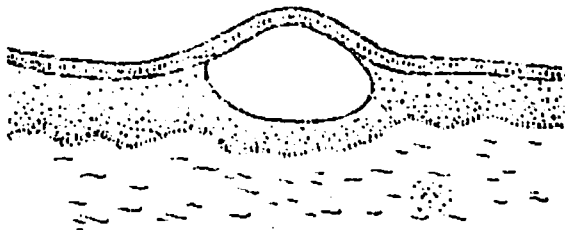


16-Rasm. Tugun- shilliq
pardaning dumaloq
shaklli infiltratli
bo`rtmasi.

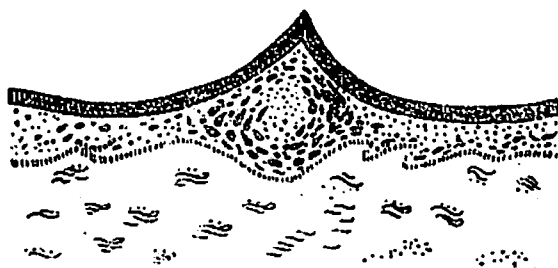


17-Rasm. Pufakcha-
shilliq pardaning ichi
kovak, suyuqliqli
bo`rtmasi.

Pufakcha (пузырек - vesicula) - ichki qismi bo'shliqdan iborat bo'lib, diametrning o'lchamlari 0,5 mm gacha bo'ladi. Pufakcha shilliq pardaning epiteliy qavatlarida orasida suyuqlik (ekssudat) yig'ilishidan hosil bo'ladi. (18-rasm).



18-rasm. Yiringli pufakcha- bo'shlig'i yiringli ekssudat bilan to'lib turuvchi do'ngcha.



19-rasm. Pufak-shilliq parda sathida vujudga kelgan ichi kovak suyuqlikli bo'rtma.

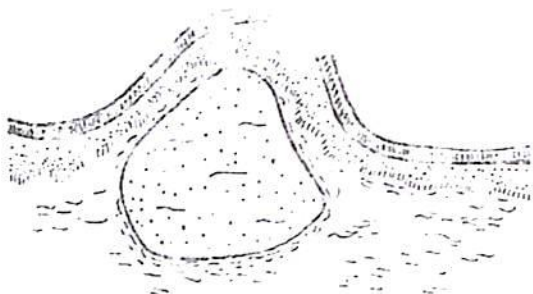
Yiringli pufakcha (гноинчик - pustula) bo'shlig'i yiring bilan to'lgan bo'lib, yuz sohasi terisida, lablarning qizil hoshiyasida kuzatiladi. O'lchamlari tariq kattaligida bo'ladi. (19-rasm).

Pufak (пузыр-bulla)-pufakchalardan o'lchamlarining kattaligi bilan farq qiladi. Ichki bo'shlig'i seroz yoki qon aralashgan suyuqlik (ekssudat) bilan to'lgan bo'ladi. Pufaklar epiteliy qatlamining ostki qismida (subepitelialnyy) va uning oraliq qavatlarida (intraepitelialnyy) hosil bo'lishi mumkin.

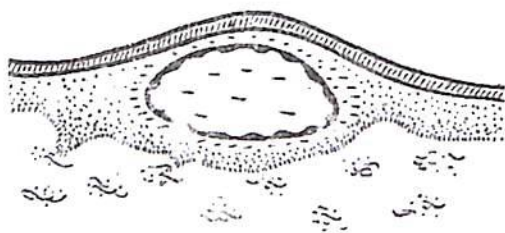
Kista (киста-cysta) - devorining ichki yuzasi epiteliy hujayralari, tashqi tomoni qo'shuvchi to'qima bilan o'ralgan ichi bo'shliqdan iboratdir. (20-rasm).

Shilliq parda shishi (волдырь - urtica) - hajmi anchagina katta bo'lgan hususiy qavatning suyuqlik (ekssudat) bilan to'yinishi asosida

vujudga keladigan belgi bo'lib, bu sohada shilliq parda kizarishi yoki okish tusga kirishi mumkin. (21-rasm).



**20-rasm. Kista-
chegaralangan, dumaloq
bo'shliqli element.**



**21-rasm. Shilliq parda
shishi.**

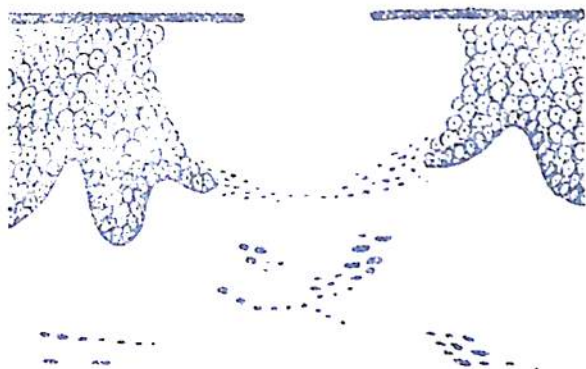
7.3.2. Jarohatlanishning ikkilamchi belgilari

Shilinish (eroziya - erosia) - epiteliy qatlamining birlamchi belgisi (pufakcha yorilishi natijasida) yoki tashqi ta'sir natijasida yengil shikastlanishi. (22-rasm).

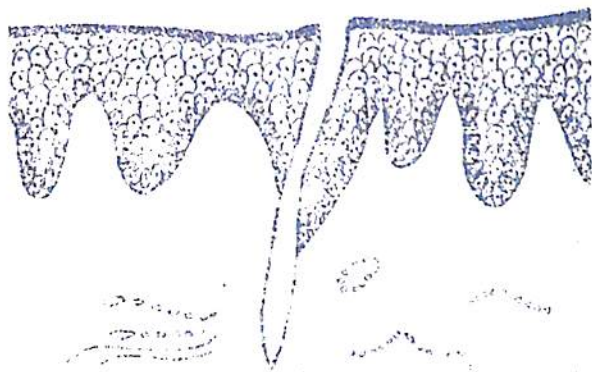


**22-rasm. Eroziya-shilliq
parda epiteliy qavatining
chegaralangan yemirilishi.**

Yara (yazva - ulcus) - og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi barcha qavatlarining shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan, devorlarga va tub sathga ega bo'lgan belgi. (23-rasm).



23-rasm. Shilliq parda yarasi.

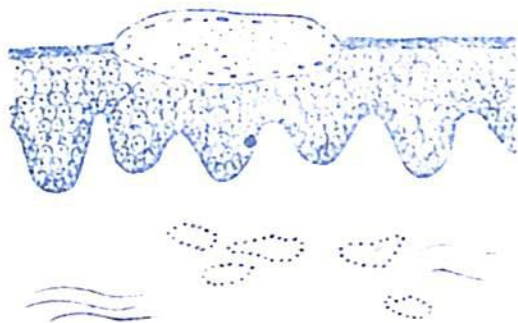


24-rasm. Shilliq pardani hosil qiluvchi to'qima qavatlarining ajralishi tufayli sodir bo'ladigan yoriq.

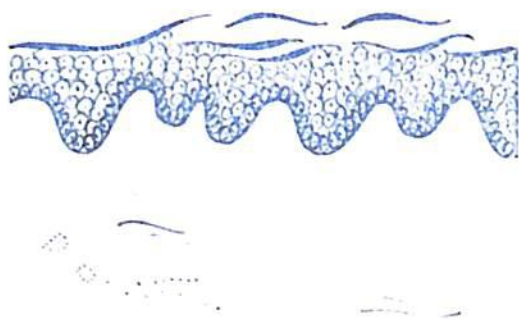
Yaracha (afta - aphta) - shilinishning fibrinoz parda bilan qoplangan holdagi ko'rinishi. Atrofi doimo kizgish xalka bilan o'ralgan bo'ladi.

Yoriq (treshina-rhagas) - shilliq parda barcha qavatlarining ajralishi natijasida kuzatiladi. Bunga to'qimalar elastiklik (kayishkoklik) xususiyatining yo'qolishi sabab bo'ladi. (24-rasm).

Tangachalar - muguzlanish (cheshuyka-sguama) epiteliyning zo`r berib muguzlanishi natijasida hosil bo`ladigan belgilar. Ular shilliq qavat yuzasida ko`tarilib turuvchi orolchalar shaklida namoyon bo`ladi Bunga sabab, yallig`lanish jarayonida muguzlanayotgan epiteliy hujayralarining o`z vaqtida tushib ketmasligidir. (25-rasm).



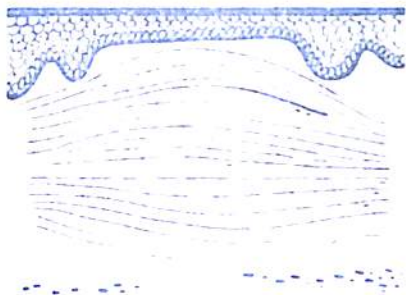
25-rasm. Muguzli tangachalar.



26-rasm. Qatqaloq shakldagi po'stloq.

Qatqaloq - po'stloq (korka - crusta) - pufakchalar, pufaklar, shilinish va yaralarning ko`pchib, ularniyag tarkibidagi suyuqlikning shimilib ketishi natijasida yuzaga keladigan belgi. (26-rasm).

Chandiq (rubets-cicatrix) - shilliq pardaning yallig`lanish jarayonida surilib ketgan hususiy qavatining kollagen tolali qo`shuvchi to`qima bilan almashinuvidan hosil bo`lgan belgi. (27-rasm).



27-rasm. Shilliq parda chandig'i.

7.4. Mexanik travmalar natijasida yuzaga keladigan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining jarohatlari

Bolalarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatning mexanik ta'sirlardan jarohatlanishi, ko'pgina hollarda shikastlangan tishlarning o'tkir qirralari va ular og'ziga solib o'ynaydigan predmetlar ta'sirida kuzatiladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bu xil jarohatlanish vaqtidan oldin yoki tug'ma o'sib chiqqan, ayniqsa pastki jag' markaziy kurak tishlarining mexanik ta'sirida yuzaga kelishi mumkin. Bunday hollarda jarohat-yara tilning ostki yuzasida paydo bo'ladi. (34-rasm) Til ostki yuzasining jarohatlanishi bola ona ko'ragini so'rayotgan paytlarda aniqlanadi. Bunday hollarda shilliq qavat jarohatini bartaraf etish uchun o'sib chiqqan tishlar olib tashlanadi.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarning uzoq muddat uzun so'rg'ich so'rishi natijasida qattiq tanglayning yumshoq tanglayga o'tish chegarasida shilinishlar (eroziya) vujudga kelishi mumkin. Bu xil shilinishlar yaxshi o'sayotgan, sog'lom bolalarda tezda o'tib ketadi. Ba'zi bir hollarda bolalar o'zlarini noxush his qilishlari, injiqlanib ona ko'ragini so'rmay qo'yishlari mumkin. Og'iz bo'shlig'ining shilliq qavati ko'zdan kechirilganda (ayniqsa, tanglay sohasida) shilinish yoki yara hosil bo'lganining guvohi bo'lamiz. Bu belgilar yuzasi ko'pchigan fibrinli karash bilan qoplangan va atrofi qizg'ish hoshiya bilan o'ralgan bo'lsa, Bu hol ikkilamchi infeksiya ta'sirida yallig'lanish jarayonining boshlanganligidan darak beradi. Bunday vaziyatlarda shifokor muolajasi og'iz bo'shlig'ini, jarohat yuzasini shifobaxsh o'simliklardan (shalfey, romashka, kalendula, achchiq damlangan choy va boshq.) tayyorlangan

damlamalar bilan (rezina ballonchalar yordamida) tez-tez yuvib turishdan iborat bo'ladi. Yuvilgan jarohat yuzasini shilliq parda hujayra va to'qimalarining tiklanishiga yordam beruvchi malhamlar (na'matak moyi, oblepixa moyi, vinilin, salkoseril, jalanxoe yog'i) bilan moylash maqsadga muvofiq hisoblanadi.

7.4.1. Bednar yarasi

Ba'zi bir hollarda organizmi kuchsizlangan bolalarda shilinish va yaralar yumshoq va qattiq tanglayning tutashgan chiziqlarida ponasimon suyakning (os sphenoidalis) tanglay o'siqlari proyeksiyasida simmetriya ravishda yuzaga kelishi mumkin. Bunga sun'iy ravishda ovqatlantirilayotgan bolalarga beradigan so'rg'ichning uzunligi va qo'polligi, ba'zi bir hollarda ona ko'kraging dag'alligi ham sabab bo'ladi. Bu xil turdagi shilinish va yaralarni *Bednar aftasi* deb yuritiladi. Tanglay shilliq pardasidagi bunday jarohatlar to'qima oziqlanishi jarayonining buzilishi, yomonlashuvi oqibatida vujudga kelgani uchun anchagina uzoq (3-4 hafta) vaqt davom etadi. Ana shunday holat ko'pincha bola umumiy ahvoning o'zgarishiga, injiqlanishiga, tana haroratining ko'tarilishiga, uyqusining buzilishiga va ovqatlanishdan bosh tortishiga sabab bo'ladi. Bola behol bo'lib darmonsizlanadi. Ko'krak yoki so'rg'ichni so'rishdan tezda to'xtab chinqirib yig'lay boshlaydi. Jarohatning uzoq cho'zilishida ikkilamchi infeksiya vujudga keltirgan yallig'lanish jarayoni alohida o'rin tutadi.

Shularni nazarda tutgan holda, davolash chora-tadbirlari avvalambor keltirib chiqaruvchi sabablarni yo'qotishdan boshlanadi. Uzun so'rg'ichlar qisqartirilib, yumshoq va nozikroqlari tanlanadi. Ona ko'krak- so'rg'ichi emizishdan oldin yog'lab yumshatilishi shart.

Ikkilamchi infeksiyaga qarshi kurashish bilan bir qatorda, yuqorida bayon qilingan o'simlik moylari va malhamlar bilan yara atrofidagi to'qimaning tiklanishiga e'tibor beriladi. Bulardan tashqari kasallikning asosiy noxush belgisi bo'lib hisoblangan og'riqqa qarshi muolajalar o'tkazilishi lozim.

Og'riqsizlantirish maqsadida, ayniqsa bolani ovqatlantirishdan oldin jarohat va uning atrofiga o'simlik moylariga yoki vazelin yog'iga

aralashtirilgan anestezin surtish yaxshi natijalar beradi. Yallig'lanish jarayonining susayishini tezlashtirish uchun uyqudan oldin kuniga 3-4 marta jarohat va uning atrofi antiseptik eritmalar yoki dorivor o'simliklar damlamasi bilan yuvilib, unga oblepixa moyi, na'matak moyi, vanilin kabi malhamlar surtish zarur. Bolaning shaxsiy gigiyenasi va u o'ynaydigan predmetlar - o'yinchoqlarni toza tutish, so'rg'ichlarni qaynoq suvda yoki rangsiz KMnO_4 eritmasida chayish, ona ko'kragi gigiyenasiga amal qilish tuzalish jarayonini tezlashtiradigan omillardan hisoblanadi.

Bolaga shifokor maslahatisiz mustaqil davo - tadbirlarini qo'llash noxush oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Maktab yoshidagi bolalardagi noxush qiliqlar: lab, lunjlarni tishlar orasiga olib so'rish, tilni tishlar orasiga olib o'ynash, tishlash, qalam, ruchkani og'ziga solish natijasida og'iz shilliq pardasining turli sohalarida surunkali travma ta'sirida jarohatlar yuzaga keladi. Bunday hollarga bolalarda hali asab sistemasining turg'unlashmanligi sabab bo'ladi. Oqibatda kelib chiqadigan jarohatlar shilinish yoki yara belgilari ko'rinishiga ega bo'ladi. Bu xildagi yaralar chegarasi notekis, atrofi qizargan, paypasla6 tekshirilganda asosi qattiq va og'riqli bo'ladi. Surunkali yallig'lanish jarayonida shilliq parda xususiy qavatida himoya hujayralar yig'ilib, infiltrat hosil qiladi va ko'pgina hollarda chandiqli jarohatlar paydo bo'ladi. Davolash tadbiri tishlarning o'tkir qirralarini charxlab silliqlash, yallig'lanish jarayonini susaytirish, jarohatni og'riqsizlantirish, ikkilamchi infeksiyaga va eng asosiysi noxush qiliqlarga qarshi kurashishdan iboratdir. Chandiq hosil bo'lgan hollarda ortodontik himoya plastinkalar taqib yurish buyuriladi. Ba'zi bir hollarda nevropatologdan maslahat olish lozim.

7.5. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining kimyoviy jarohatlanishi

Ko'pgina hollarda og'iz shilliq pardasining bunday jarohatlanishi bolalarning og'rigan tishini noto'g'ri davolash va kamdan - kam hollarda uy sharoitida uy - ro'zg'or uchun ishlatiladigan kislota yoki ishqoriy moddalarni noto'g'ri saqlash oqibatida kelib chiqishi mumkin. Jarohat chuqurligi bunday vaziyatlarda kimyoviy moddaning konsentratsiyasi, ta'sirning uzoq - qisqaligi va ko'rsatilgan birinchi yordamning to'g'ri-

noto'g'riligiga qarab har xil bo'lishi mumkin. Kimyoviy ta'sirlar birinchi daqiqalarda to'g'ri aniqlansa, zudlik bilan aks ta'sir etuvchi moddalar (antidot) eritmasi bilan jarohatni yuvish, davolashni to'g'ri boshlash bolani noxush hollardan halos qilishning asosiy yo'li bo'lib hisoblanadi. Kislotasi yoki ishqor ta'sirida birinchi daqiqalarda shilliq pardaning qizarishi asosiy o'rin tutadi. Bir necha soat vaqt o'tgandan keyin to'qima hujayralari o'ladi (nekroz) va fibrinoz ekssudat bilan to'yinib qalinlashadi. Hosil bo'lgan qalin parda (plyonka) 7-8-kunlardan boshlab, tirik to'qimadan ajralib tusha boshlaydi. Jarohat o'rnida ta'sir kuchiga qarab har xil kattalikdagi va chuqurlikdagi yara yoki eroziya hosil bo'ladi. Jarohat fibrinli karash bilan qoplanib, atrofidagi sog'lom to'qimaning tiklanishi natijasida asta - sekinlik bilan bita boshlaydi. Kimyoviy ta'sir natijasida dastlab lablar (ko'proq pastki lab), keyin til, yutqin jarohatlanadi.(35-rasm)

Kislotasi ta'siridan jarohatlanganda birinchi bo'lib shilliq pardani sust ishqor eritmasi (bir stakan suvga bir choy qoshiq ovqatga ishlatiladigan soda solinadi) bilan obdon yuviladi. Ishqorli jarohatlar esa sust kislotasi (1-3% uksus) eritmasi bilan yuviladi. Mabodo kerakli kimyoviy eritmalar bo'lmasa, unda ikkala holda ham sovuq suvdan foydalanish zarur. Kislotasi hamda ishqor moddalar suvda yaxshi erishi natijasida yaxshi yuviladi va ularning ta'sir kuchi susayadi.

Kimyoviy jarohatlar og'riqli tishni davolashda dori - darmon sifatida ishlatiladigan: fenol, formalin, antiformin, spirt, efir va boshqalarni ehtiyotsizlik bilan ishlatish oqibatida shilliq pardaga tushishi natijasida ham kelib chiqishi mumkin.

Kimyoviy jarohatlar ko'paygan sari bemorning umumiy ahvoli ham og'irlashadi, kuchli og'riq turadi, tana harorati ko'tariladi ($37-39^{\circ}\text{S}$), kuchli zaharlanish belgilari yuzaga keladi. Uyqu buziladi, bemor bezovtalanadi va ovqatdan bosh tortadi.

Davo chora-tadbirlari birinchi yordamdan tashqari og'iz shilliq pardasini og'riqsizlantirish, antiseptik eritmalar bilan jarohatni ohistalik bilan yuvish, ichish uchun organizm sezgiriligini susaytiruvchi dorilar, antibiotiklar qabul qilishdan iborat. Bunday paytda umumiy zaharlanish belgilarining oldini olish uchun bolaga ko'proq suyuqlik ichirish lozim.

Agar kimyoviy ta'sir natijasida yutqin, nafas yo'llarining boshlanish qismi jarohatlangan bo'lsa, bola shifoxonaga yotqizilib, quloq-burun-tomoq mutaxassislari nazoratida davolanadi.

O'zlashtirish darajasini anshlash uchun savollar

1. Qanday sharoitlarda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi jarohatlanadi?
2. Bola tug'ilganidan keyingi birinchi oylarda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida yuzaga keladigan mexanik jarohatlyar qanday yuz beradi?
3. Bednar yarasining o'ziga xos xususiyatlari nimalardan iborat?
4. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi qanday sharoitlarda sirotga uchrashi mumkin?
5. Travmatik jarohatlarni umumiy davolash nimalarni o'z ichiga oladi?
6. Kimyoviy jarohatlanishda birinchi yordam nimadan iborat?

7.6. Infeksiya sababli og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida yuzaga keladigan o'zgarishlar

Keyingi paytlarda bolalar orasida lablarning qizil hoshiyasida, unga birlashib turuvchi teri sathida va og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida surunkali tarzda kechadigan ekzematoz xeylit (lablarning yallig'lanishi), o'tkir gerpetik stomatit va ekssudatli eritema xastaliklarining ikkilamchi streptokokkli, strepto-stafilokokkli mikroblar bilan ifloslanishi natijasida yiringli belgilar vujudga kelish hollari ko'p uchramoqda. Bayon qilingan xastaliklarning klinik kechishida birinchi o'rinda o'tkir yiringli jarayonli belgilar kuzatiladi. Lablarda va unga birlashib turgan teri sathida qalin yiringli (asal rangida), sarg'ish po'stloqlar hosil bo'ladi. Po'stloqlar ajratilganda o'rinda yiringli jarohatlar paydo bo'ladi.(38,40-rasmlar)

Yiring bilan qoplangan ikkilamchi belgilar lablar va til shilliq pardasida ham aniqlanadi. Shilliq parda yiringli jarohatlari yuza qavatda hosil bo'lishiga qaramay og'riqli, yuzasi yumshoq va oson ajraladigan g'ovak fibrinli karash bilan qoplanib turadi. Oldingi tishlar atrofidagi milklarda o'tkir kataral yallig'lanish belgilari paydo bo'ladi. Jag' osti

limfa tugunlari kattalashib, paypaslaganda og'riq seziladi, ayrim hollarda yiringli yallig'lanish jarayonlari vujudga kelishi mumkin.

Bolalarning tana harorati ko'tariladi va umumiy zaharlanish belgilari paydo bo'ladi. Bunday xastalikka uchragan bemorlarni davolashda jarayonni vujudga keltirgan asosiy kasalliklar e'tiborga olinmog'i lozim.

Mahalliy davo tadbirlarini amalga oshirish chog'ida lablardagi, ularning atrof terisi sathidagi yiringli po'stloqlar ilitilgan o'simlik moyiga aralashtirilgan anesteziya bilan yog'lanadi va yumshatiladi. Yumshagan po'stloqlar 1 % li iliq vodorod peroksidiga ho'llangan steril salftoklar yordamida ohista jarohatdan ajratib olinadi. Og'iz shilliq pardasi mahalliy og'riqsizlantirilgandan so'ng, 0,5-1% li vodorod peroksidi, so'ngra kaliy permanganatning 1:10000 nisbatdagi eritmasi, 0,1-0,25% li xloramin eritmasi yoki oqsillarni parchalovchi fermentlar (tripsin, ximotripsin) eritmali bilan tozalanadi. Ekzemali xeylit yoki boshqa allergik xastaliklar bilan og'rigan bolalarning lab, teri jarohatlariga, og'iz shilliq pardasiga neomitsinli, dibomitsinli, eritromitsinli, polimiksini, sintomitsinli antibiotikli emulsiyalar va malhamlar (maz) surtish mumkin. Dori moddalariga nisbatan o'ta sezgir va ekzemali xeylit xastaligiga uchragan bolalardagi yiringli jarohatlarga esa antibiotikli malhamlar, albatta ularga glyukokortikoid gormonli malhamlar (dermozolon, oksikord) ni aralashtirib surtiladi.

Uy sharoitida shilliq parda, teri jarohatlariga antiseptik tozalash (obrabotka)dan keyin buyurilgan malkam dorilar har 1 soat vaqt oralig'ida (kechasi ham) surtiladi.

Bayon qilingan xastalikka uchragan bemorlarga umumiy davo tadbirlarini qo'llash ularning sog'ayishini tezlashtiradi. Ana shu maqsadda xasta bolalarga ichish uchun sulfanilamidli tabletkalar, kalsiy glyukonati, sezgirlikni pasaytiruvchi dorilar (tavegil, suprastin) yoshga mos ravishdagi miqdorlarda buyuriladi. Ana shu davr mobaynida bolalarni cho'miltirmaslik lozim. Kiyimlari tez-tez almashtirilib, qo'llariga toza latta qopchalar kiygiziladi, bu esa yiringli jarohatlarga tegsa ham kasallikning tananing sog' qismlariga ko'chishi ehtimolining oldini oladi. Qo'llarga kiygizilgan qo'lqopchalarni har 1-2 soat vaqt

mobaynida yuvilib, dazmollab, almashtirib turish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

7.6.1. Difteriya.

O'tkir yuqumli kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchisi Leffler tayoqchasi hisoblanadi. Kasallikning asosiy yuqish yo'li tomchi yo'li bo'lib, inkubatsiya davri 3 kundan 10 kungacha. Ko'proq 1 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Mazkur kasallik asosan tomoq, nafas yo'li (xiqildoq), og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi va ba'zan burun bo'shlig'i shilliq pardasini ham shikastlaydi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining birlamchi shikastlanishi juda kam hollarda (0,4%), odatda boshqa og'ir xastaliklarga chalingan (qizamiq, ko'k yo'tal, dizenteriya, o'pka sili, zotiljam) bolalar o'rtasida aniqlangan.

Kasallikning klinik kechishi. Difteriya xastaligi o'tkir, tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanib (38°S), bola umumiy ahvolidan buzilishi kuzatiladi. Bolalar tomoqdagi og'riqqa shikoyat qilishadi. Og'iz shilliq pardasi ko'rigida murtaqlar, tilchani, yutqin parda shilliq pardasining qizarishi, shishi aniqlanadi. 1-2 sutkalar mobaynida karashlar nozik, to'rsimon, o'rgimchak to'riga o'xshash, chegaralari aniq to'lqinsimon bo'lib ko'rinadi. Karash shilliq pardaga mahkam yopishganligi tufayli paxta tamponlar bilan surtib olib tashlashning iloji bo'lmaydi. Kuch ishlatilgan tarzda shilliq pardaning qonashiga olib keladi. Karash parda fibrinoz yallig'lanish hosilasi hisoblanadi va mahalliy to'qimaning infeksiyaga qarshi, uning toksiniga qarshi himoya reaksiyasidir. Fibrinli karash tomirlardan sizib chiqqan fibrin tolalari, qovjiragan epiteliy, leykotsitlar va ba'zan qo'zg'atuvchi Leffler tayoqchalaridan iboratdir. Kasallikning rivojlanishi bilan fibrinli karashlar qalinlashib shilliq parda sathida kengayib tarqala boshlaydi, rangi to'q kulrang yoki sarg'ish kulrang tus oladi. Karashlarga qon aralashsa, jigarrang zang tusiga kiradi. Karash pardalar tozalangan joyda tezda yangisi paydo bo'la boshlaydi. Og'iz bo'shlig'ida bu karashlar milklar chetida, til yuzasida va boshqa sohalarda paydo bo'la boshlaydi. Og'izda shirinlikning achigan hidi paydo bo'ladi.

Difteriya uchun bo'yin sohasidagi limfa tugunlarning yallig'lanishi, yumshoq to'qima shishi o'ziga xos xususiyat bo'lib, to'qima shishi o'mrov suyagigacha yetib borish hollari kuzatilgan. Maxsus faol emlangan bolalarda klinik manzara bir muncha o'zgarib kechadi. Halqum parda difteriyasi kataral yoki lakunar angina sifatida kechib, karashlar yumshoq, oson ajraluvchi, tarqalishga moyilligi bo'lmaydi.

Difteriya kasalligi follikulyar, lakunar, flegmonoz anginalar bilan, shu bilan birgalikda skarlatinadagi nekrotik angina, Simanovskiy-Venson anginasi bilan, yuqumli mononukleoz va qon kasalliklaridagi nekrotik jarayonlar bilan, kandidamikozlar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

7.6.2. Qizamiq.

Kasallik qo'zgatuvchisi filtrlanuvchi virus hisoblanib, asosan havo-tomchi yo'l orqali-o'rab turgan havo orqali katta masofalarga tarqalish xususiyatiga egadir. Inkubatsiya davri 7-14 kun, emlanganlarda 21-28 kun. Qizamiq bilan asosan 6 oylikdan 4 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanishadi. Lekin qizamiq katta yoshdagi odamlarda ham uchraydi.

Kasallikning klinik belgilari og'iz bo'shlig'ida xastalikning prodromal (latent) davridayoq paydo bo'la boshlaydi. Shuning uchun stomatolog shifokorlar bu kasallikka birinchi bo'lib tashxis qo'yishi va kerakli davolanish muassasasiga yuborishi mumkin.

Klinik manzarasi. Terida toshmalar paydo bo'lishidan 1-2 kun ilgari yumshoq va qattiq tanglay shilliq pardasida qizg'ish to'g'nag'ich boshidan kattaroq dog'lar – qizamiq enantemasini aniqlash mumkin. Og'ir hollarda bu enantemalar gemorragik tus olishi qayd qilingan. 1-2 kundan so'ng mazkur enantemalar qo'shilib ketib umumiy giperemiya fonini yuzaga keltiradi.

Enantemalar bilan bir vaqtda ba'zan ulardan ham ertaroq molyar tishlar atrofida, lunj shilliq qavatida Filatov dog'lari yuzaga keladi. Bu dog'lar shilliq parda sathidan ko'tarilib turuvchi, atrofi giperemiyalangan markazi och havorang shilliq pardaga nisbatan qattiqrok noto'g'ri shakldagi diametri 1-2 mm li tuzilmalardan iborat

bo'ladi. Soni bir necha o'nta – yigirmatadan, yuz va undan ortiq bo'lishi mumkin. Ular guruh– guruh bo'lib joylashib hech qachon qo'shilib ketishmaydi. Filatov dog'lari 2-3 kun turib keyin yo'qolib ketadigan elementdir.

Zaharlanish alomatlari kuchayib, bemor umumiy ahvoli og'irlashgan hollarda yarali stomatitlar vujudga keladi va jag' suyaklari osteomiyeliti sodir bo'lishi mumkin. Bu xil asoratlari asosan og'iz bo'shlig'i sanatsiya qilinmagan bemorlarda yuzaga kelishi mumkin.

Qizamiq kasalligida og'iz shilliq pardasidagi o'zgarishlarni kandidomikozlar, o'tkir gerpetik stomatit kabi xastaliklar bilan qiyosiy tashxis qilinadi. Bemorlar bolalar yuqumli kasalliklar bo'limida davolanadi.

7.6.3. Skarlatina.

Ko'pchilik olimlar fikriga ko'ra kasallikni chaqiruvchi bo'lib gemolitik streptokokklar hisoblanadi. Kasallikning yuqishi asosan havo tomchi va kontakt yo'li orqali amalga oshadi. Inkubatsiya davri o'rtacha 3-7 kun bo'lib, 2 yoshdan 6-7 yoshgacha bo'lgan bolalar asosan kasallanishadi.

Klinik manzarasi. Kasallik o'tkir boshlanib tana harorati 39-40⁰S gacha ko'tariladi. Ko'ngil aynib, bosh og'riydi, bola qusishi mumkin. Bir necha soat o'tgach tomoqda yutinish paytida kuchli og'riq paydo bo'ladi. Og'iz shilliq pardasidagi o'zgarishlar tana haroratining o'zgarishi bilan bir vaqtda boshlanadi. Murtaqlar shilliq pardasi, yumshoq tanglay keskin qizarib, atrof shilliq pardasidan ajralib turadi. Kasallikning ikkinchi sutkasida qizargan shilliq pardada nuqtali enantemalar paydo bo'lib shilliq qavat silliqqligini buzadi. Keyinchalik toshmalar lunj, milk shilliq qavatiga tarqalib 3-4 kunda terida toshmalar paydo bo'ladi. Murtaqlar anginasini kataral, lakunar yoki nekrotik holatda kechishi mumkin. Og'iz shilliq pardasidagi keyingi o'zgarishlar asosan til sathida yuz beradi. Birinchi kunlarda til sathi kulrang karash bilan qoplanadi, og'ir kechgan holatlarda karash jigarrang tus olib, uni shilliq pardadan ajratish mumkin bo'ladi. 2-3 kundan boshlab til uchi va yon sathlari epiteliy deskvamatsiyasi (qovjirab tushishi) natijasida karashdan tozalana boshlaydi.

Karashdan tozalangan til sathi to'q qizil-malina rangiga kiradi («malina til»), zamburug'simon so'rg'ichlar shishib o'lchamlari kattalashadi. Bir necha kundan so'ng til sathi karashlardan batamom tozalanadi, ipsimon so'rg'ichlar atrofiyalanib til silliqlashib «laklangan» holga kelib qoladi va ovqat qabuli paytida og'riq sezgisi kuchayadi. Vaqt o'tishi bilan ipsimon so'rg'ichlar tiklana boshlaydi va til o'zining odatdagi ko'rinishiga qaytadi. Lablar shishib, to'q pushti, malina yoki olcha rangiga kiradi. Ba'zan kasallikning 4-5 kunida lablarda yoriqlar va shilinishlar paydo bo'ladi. Birinchi kundan regional limfa tugunlari kattalashadi va paypaslaganda og'riqli bo'ladi.

Skarlatinada og'iz shilliq pardasida sodir bo'ladigan o'zgarishlarni difteriyadagi, qizamiqdagi, qon kasalliklaridagi va har xil anginalardagi o'zgarishlar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Skarlatina bilan og'rigan bemorlar bolalar yuqumli kasalliklari bo'limida yotqizilib davolanadi.

7.6.4. Suv chechagi.

Mazkur kasallikni filtrlanuvchi viruslar chaqiradi, havo-tomchi yo'li bilan yuqib, inkubatsiya davri 10-20 kungacha cho'zilishi mumkin. Yoshi 6 oygacha bo'lgan bolalar bu xastalik bilan og'rimaydi. 6 oydan 10 yoshgacha bo'lgan bolalar guruhida mazkur kasallik ancha keng tarqalgan.

Klinik manzarasi. Kasallik keskin boshlanib tana harorati 37-38⁰S ga ko'tarilib terida toshmalar paydo bo'ladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida nuqtali dog'lar va pufakchalar yuzaga keladi va ular yorilishi oqibatida eroziyalar paydo bo'ladi. Bu eroziyalar juda og'riqli bo'ladi, sarg'imtir tusli karashlar bilan qoplanadi va bir necha kundan so'ng chandiqsiz bitib ketadi. Teridagi toshmalar lablarda pufakcha shaklida atrof terida, badan terisida oldin qizg'ish, och qizil rangdagi tugunchalar sifatida yuzaga kelib bir necha soat ichida pufakchalarga aylanadi. Pufakchalar oval, dumalok shaklda bo'lib o'lchamlari 1-2 mm dan 5 mm gacha bo'ladi. Pufakchalar taranglashgan, yaltiroq bo'lib atrofi qizil hoshiya bilan o'ralgan, ekssudati tiniq. 2-3 kundan so'ng ular qurib, jigarrang po'stloqchalarga aylanadi va 2-3 haftadan so'ng iz qoldirmay

to'kilib ketadi. Toshmalar toshishi bir necha kun davom etishi munosabati bilan terida va shilliq pardalarda yolg'on polimorfizm kuzatiladi.

7.6.5. Yuqumli mononukleoz (Filatov kasalligi).

Ko'pchilik kasallik qo'zgatuvchisi virus deb hisoblanadi. Inkubatsiya davri 5 kundan 15 kungacha davom etadi.

Klinik manzarasi. Kasallik o'tkir boshlanib tana harorati ko'tariladi, umumiy zaharlanish belgilari paydo bo'ladi. Jag' osti, bo'yin, quloq oldi limfa tugunlarining kattalashuvi, halqum sohasida lakunar, follikulyar anginalarning yuzaga kelishi kasallikning birinchi belgilari bo'lib hisoblanadi. Keyingi va asosiy klinik belgi bo'lib jigar va taloqning kattalashuvi (gepato-splenomegaliya) hisoblanadi.

Ko'pchilik bolalar og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida tarqalgan kataral yallig'lanish va qon quyilish belgilari kuzatiladi. Ba'zilarida shilliq parda eroziyasi, aftaga o'xshash yaralar ham sodir bo'ladi. Shilliq pardadagi o'zgarishlar sekin kechuvchi yarali-nekrotik jarayonga aylanadi.

Tashxis. Umumiy qon analizidagi o'zgarishlar asosida ko'yiladi. Leykotsitlar soni $20 \cdot 10^9 - 25 \cdot 10^9/l$ ni monotsitlar va limfotsitlar oq qon tanachalarining 60-70% ni tashkil qiladi. Qonda atipik bazofil mononuklearlar paydo bo'lishi va trombositlar sonining kamayishi ($40 \cdot 10^9/l$ gacha) yuqumli mononukleozlar uchun xarakterlidir.

Yuqumli mononukleoz difteriya va boshqa har xil anginalar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

O'tkir yuqumli xastaliklarda davo choralari. O'tkir yuqumli kasalliklarda asosiy davo choralarini infeksiyist-pediatr olib boradi. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida sodir bo'ladigan yallig'lanish jarayonlari va ular asorati bilan stomatologlar kurashadi. Mahalliy davo choralarining asosiy maqsadi og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi va ikkilamchi infeksiya hurujini olishga qaratilgan bo'lishi lozim. Buning uchun og'iz shilliq pardasi mahalliy og'riqsizlantirilib (anestezinning yog'li eritmasi, novokain eritmasi, piromekain eritmasi yordamida), $KMnO_4$ ning 1:6000 li eritmasi, vodorod peroksidining 1% li eritmasi yordamida

antiseptik yuviladi. Yarali shikastlanishlarda 0,25% li xloramin, 0,02% li furatsilin eritmasi yordamida ishlov beriladi. Yaralar yuzasini karashlardan tozalash uchun uning yuzasiga proteolitik fermentlardan: tripsin, ximotripsin yoki ximopsinning fiziologik suyuqlikdagi eritmasidan foydalanish mumkin.

Tishlar orasi va tish-milk cho'ntagi o'tmas ninali shpirtsdan foydalanib yaxshilab yuviladi. Tish karashlari va toshlari tozalanadi. Ichish uchun albatta sezgirlikni pasaytiruvchi dori-darmonlar buyuriladi (5-10% li glukonat kalsiy 1 choy qoshiqdan, kuniga 3 marta, dimedrol, diazolin, tavegil va boshqalar bolaning yoshiga qarab). Ko'proq suyuqlik (choy, kompot, mineral suv) ichish, suyuq, yumshoq ovqatlar istemol qilish buyuriladi. Ovqatlar tez hazm bo'ladigan va yuqori kalloriyali bo'lishi shart.

7.6.6. O'tkir gerpetik stomatit.

Bu kasallik 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalar og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi xastaliklarining 70-80 foizini tashkil qiladi. Kasallik qo'zg'atuvchisi oddiy herpes (toshma) virusi hisoblanadi. Bu virus aholi orasida keng tarqalgan viruslardan hisoblanadi. Kasallik tarqatuvchi manbaa bo'lib, xastalikka uchragan bolalar yoki kishilar hisoblanadi. Kattalarda kasallikning yengil, qaytalanuvchi turlari qayd qilinadi. Og'iz shilliq pardasi bu xil virus ta'sirida yallig'lanishining yosh bolalarda og'ir kechishiga (1-3 yoshgacha), homila paytida yoki ko'krak suti orqali ona organizmidan bolaga o'tgan sust (tayyor antitela shaklidagi) immunitetning yo'qolishi, bu yoshda organizm himoya vositalarining to'liq shakllanmaganligi, bolaning tez-tez kasallanishi natijasida organizmning kuchsizlanishi, tez-tez shamollashlar sabab bo'ladi. Kasallik havo-tomchi (vozdušno-kapelnýy) yo'li orqali, xastalikka uchragan bolaning o'yinchoqlaridan, idish-tovoqlaridan foydalanilganda yuqadi. O'tkir gerpetik stomatit kasalligining yashirin davri virus organizmga yuqqanidan keyin 3 kundan 6 kungacha davom etishi mumkin.

Xastalik klinik kechishiga qarab, uch xil shaklda qayd etiladi: 1) yengil shakl; 2) o'rtacha og'irlashgan shakl; 3) og'ir kechuvchi shakl.

Kasallikning har bir shaklida to'rtta rivojlanish bosqichi kuzatiladi: 1) prodromal-kataral yallig'lanish bosqichi; 2) toshmalar paydo bo'lish bosqichi; 3) klinik belgilarning kuchayish bosqichi (razgar); 4) tuzalish bosqichi.

O'tkir gerpetik stomatitning yengil shakli prodromal bosqichning kuchsiz namoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu bosqich ko'pgina hollarda ota-onalar uchun sezilmagan holda o'tishi mumkin. Toshmalar eroziya shilinish shaklida namoyon bo'ladi. Bunda yuzaga kelgan birinchi belgi - pufakchalar tezda yoriladi va klinik ko'rinishni aniqlashga ulgurilmaydi. Pufakchalar og'iz bo'shlig'i epiteliy qavatining orasida hosil bo'ladi va ustki po'stloq devori juda yupqa bo'lganligidan tezda yoriladi. og'iz shilliq pardasiga toshmalar toshishi bir necha soatdan 1-2 sutkagacha bo'lgan davr mobaynida aniqlanadi, og'iz shilliq pardasi ko'zdan kechirilyotganda oldingi bir necha tishlar atrofidagi milk so'rg'ichlarining qizarib, shishganligini ko'rish mumkin. Bu yengil kataral yallig'lanish belgisidir. Bolalar bunday hollarda ovqatlanish, so'rg'ich so'rish paytidagi og'riqdan shikoyat qiladilar. Tana harorati subfebril, bolaning umumiy ahvolidan o'zgarish sezilmaydn.

Xastalikning o'rtacha og'irlashgan va og'irlashgan shakllari bolaning umumiy ahvolidan o'zgarish paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Tana harorati 38-40° S gacha ko'tariladi, umumiy zaharlanish belgilari paydo bo'ladi, bolaning ishtaxasi yomonlashadi, u ovqat yeyishdan bosh tortadi. Prodromal bosqich 1-4 kun mobaynida davom etadi. Bu bosqich davomida milk shilliq pardasi qizaradi, shishinqiraydi, paypaslab ko'rilganda jag' osti limfa tugunlarining kattalashgani aniqlanadi. Keyingi bosqichda og'iz shilliq pardasining ko'proq oldingi qismida: tanglayda, milklarda, lunj, lablar sohasida, yuqori, pastki lablarning qizil hoshiyasida va ayniqsa yuz sathining atrofidagi teri qismida toshmalar paydo bo'ladi.

Lablarning qizil hoshiyasi va yuzning teri qismida pufakchalarni aniqlash mumkin. Pufakchalar ichidagi suyuq ekssudat tiniq seroz yoki qon aralashgan holda bo'lib, keyinchalik ularning ko'rishi natijasida o'rnida oqish-rangsiz yoki to'q qizil po'stloq hosil bo'ladi. Toshmalar kasallikning o'rtacha og'ir shaklida 2-3 kun, og'ir shaklida

esa 4-5 kun mobaynida paydo bo'lib turadi. Ba'zi bir hollarda uzoqroq davom etishi ham mumkin.

Xastalikning og'ir shaklida hosil bo'lgan pufakchalar tezda yorilib, bir-biri bilan qo'shilishi natijasida og'iz shilliq pardasiniig lab, lunj, til, tanglay, ba'zi bir hollarda yutqin sohalarida katta yuzaga ega bo'lgan jarohatlar yuzaga keladi.(37-rasm) Bunday hollarda milk sathining kuchli kataral yallig'lanishi kuzatiladi. Milklarda kuchli qizarish, shish paydo bo'ladi va eroziya (shilinish) aniqlanib, shilliq pardaning butunligi buziladi. Milk cho'ntaklaridan quyqasimov suyuqlik sizib chiqadi. Bolalarning umumiy ahvoli butun toshmalar toshish bosqichi davomida og'irlashadi. Ular ovqat, suvdan butkul bosh tortadilar. Bu holat organizmning umumiy zaharlanishini kuchaytiradi. Tana harorati ko'tarilib, bolaning uyqusi buziladi. Ba'zan og'ir hollarda ich ketishi, qusish yoki ich yurishmay qolishi mumkin. Xastalikning og'ir kechishiga, bolaning umumiy ahvolining bu qadar yomonlashuviga shilliq pardaga tushgan viruslarning tezda ko'payishi, ular ishlab chiqargan zaharli moddalarning qonga o'tishi va markaziy asab sistemasining tegishli markazlarini qo'zg'atishi sabab bo'ladi. Viruslar va mikroblar ta'sirida bola organizmining immunologik himoya vositalari zaiflanadi. Xastalik paytida bola organizmi suvsizlanadi, og'iz bo'shlig'ining me'yordagi gigiyena holati buziladi. O'tkir gerpetik stomatit xastaligi o'zining klinik belgilari va kechishi bilan bir qator xastaliklarga o'xshab ketadi. Shuning uchun kasallikni to'g'ri aniqlash maqsadida uni ekssudatli eritema va medikamentoz stomatit kabi xastaliklardan farqli (differensial) tashxis qilinadi.

O'tkir gerpetik stomatitni davolash. Kasallikning dastlabki prodremal bosqichida, ya'ni shilliq pardada birinchi toshma belgilari paydo bo'lgunga qadar, maxsus viruslarga qarshi preparatlar mahalliy tarzda shilliq pardaga surtiladi. Bunday malham (maz) dorilar qatoriga 0,5-1% li tebrofen, 0,5 li oksalin, 0,25% li alpizarin, atsiklovir, atsiklostad va boshqalar kiradi.

Stomatologik poliklinikalarda o'tkir gerpetik stomatitlarni davolashda dori-darmonlarni ishlatish quyidagicha amalga oshiriladi:

1. Jarohatlangan shilliq qavat sathiga 2-3 minut vaqt mobaynida 5-

10% li anestezinning biror o'simlik moyidagi emulsiyasi surtiladi.

2. Jarohat yuzasi 0,5-1% li etoniy eritmasi yoki natriy mefaminat eritmasi bilan ohista yuviladi.

3. Yumshok paxta turunda yoki shpritslar yordamida yuqorida ko'rsatilgan antiseptik eritmalar yoki lizotsim eritmasi bilan tish-milk cho'ntaklariga ishlov beriladi.

4. Jarohatlangan shilliq qavat yuzasi 0,01% li kaliy permanganat (och pushti rangli) eritmasi bilan ballonchalar yordamida chayiladi.

5. Jarohatlangan yuza 3-4 minut vaqt mobaynida proteolitik (oqsil parchalovchi) fermentlar - ximotripsin, ximopsinlarning eritmasi (1 mg - 1 ml erituvchi) shimdirilgan tamponlar bilan namlanadi.

6. Mabodo tish milklarining chetlarida shilinish (eroziya) jarohatlari bo'lsa, milk-cho'ntaklariga neomitsin yoki ta'sir doirasi keng bo'lgan antibiotikli malhamlar kiritiladi.

7. Kasallikning dastlabki kunlarida jarohatlangan shilliq qavat yuzasiga yuqorida ko'rsatilgan virusga qarshi, kechikib murojaat qilinganida esa karotolin, vinilin, solkoseril, na'matak, chakanda moyi, aekol kabi malhamlar surtiladi. Ularni surtishdan oldin jarohatlarni ultrafiolet, geliy neon lazer nurlari bilan nurlantirish maqsadga muvofiq bo'lib, ular jarohatlarning bitishini anchagina tezlashtiradi. Uy sharoitida xastalikning birinchi kunlarida 5-6 marta, jarohatlarning bitish davrida esa kuniga 3-4 marta quyidagicha muolaja o'tkazish maqsadga muvofiqdir:

1) Jarohatlangan shilliq qavat yuzasiga 5-10% li anestezinning moyli eritmasini 2-3 minutga surtish;

2) Jarohatlangan yuzani 0,5-1% li vodorod peroksidi yoki kuchsiz kaliy permanganat eritmasi bilan yuvish.

To'qimalarning tiklanish davrida shalfey, romashka, zveroboy, kalendulz damlamalari bilan og'iz chayiladi. Kasallikning dastlabki kunlarida bu muolaja jarohatlangan yuzaga virusga qarshi ta'sir ko'rsatadigan hamda to'qimani tiklashda yordam beradigan (keratoplastik) malhamlar surtish bilan tugallanadi. Xastalikka chalingan bolalarning umumiy ahvolini yaxshilash maqsadida ichish uchun:

1) 0,025 g bonafton preparati (kuniga 3-4 marta-dan, 3-4 kun mobaynida);

2) tana haroratini pasaytirish maqsadida bir yoshgacha bo'lgan bolalarga 1 osh qoshig'ida 1 % li, 2 yoshgacha bo'lgan bolalarga 2% li, 5 yoshlilarga 5% li salitsilat natriy eritmasi kuniga uch mahal ichiriladi;

3) organizmining sezgirligini pasaytirish uchun antigistamin preparatlaridan (suprastin, dimedrol, diprazin va boshqalar) bolaning yoshiga moc miqdorlarda ichish uchun buyuriladi.

Xastalikka uchragan bolalarni davolash jarayonida parhez muolajasi ham muhim ahamiyat kasb etadi. Bolalar ovqati suyuq va iliq holda bo'lishi kerak: ularga tuzi pastroq go'shtli sho'rva, kefir (qatiq), tvorog, suzma, shakar solingan tuxum oqi kabi mahsulotlarni berish maqsadga muvofiqdir. Ovqatlanishdan oldin og'iz bo'shlig'i shilliq qavatiga og'riqsizlantiruvchi malhamlar surtish ancha yordam beradi. Ich yurishi buzilganida (qabziyat) moyli klizmalar buyuriladi. O'tkir gerpetik stomatitning o'rtacha og'ir va og'ir shakllarida bolalar kasalxonalarga yotqizilib davolanadi.

7.6.7. Surunkali qaytalovchi gerpetik stomatit

Xastalikning bu turi bolalarda katta yoshdagi kishilarga nisbatal kamroq uchraydi. Ba'zi bir hollarda bolalar orasida herpes virusning organizmda saqlanib qolish hollari ham qayd etiladi. Tez-tez shamollashlar, yuqumli kasalliklar va boshqa organizmni zaiflashtiruvchi omillar bunday bolalarda gerpetik stomatit xastaligining qaytalanishiga sabab bo'ladi.

Bunday hollarda bolaning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmaydi. Ba'zan bola umumiy ahvolining yomonlashuviga gripp, o'pka yallig'lanishi (pnevmoniya) kabi kasalliklarning qo'shilishi sabab bo'lishi mumkin.

Xastalikning bunday qaytalanuvchi turida pufakchali toshmalar asosan lablarning qizil hoshiyasi, tanglay shilliq pardasida, milkning alveolyar qismi kamdan kam hollarda til shilliq pardasida yallig'lanadi. Pufakchalarning tezda yorilishi natijasida shilliq pardalarda biz ko'pincha yuzasi och kul rang karash bilan qoplangan eroziya-shilinish

belgilarini ko'ramiz. Ularning o'lchamlari 0,2-0,4 mm bo'lib, atrofi qizil hoshiya bilan o'ralgan bo'ladi. O'zaro qo'shilish hollari kamdan-kam kuzatiladi.(39-rasm)

Qayd qilingan eroziya-shilinishlar natijasida hosil bo'lgan jarohatlar tezda (3-5 kunda) sog'lom epiteliy bilan qoplanib bitadi. Ikkilamchi infeksiya ta'siridagina jarohatlarning bitishi ancha sekinlashishi mumkin. Ba'zan bu xastalik uchlamchi (troynichnary) nerv tarmog'i bo'ylab og'riq paydo bo'lishi bilan kechnshi mumkin. Surunkali qaytalovchi gerpetik stomatitda davolash chora-tadbirlari aynan o'tkir gerpetik stomatitdagidek amalga oshiriladi.

7.6.8. Gerpangina (herpangina, virusli angina)

Bu xastalikning chaqiruvchisi Koksaki (Esno) virusi hisoblanadi va u barcha yoshdagi bolalarda qayd qilinishi mumkin.

Kasallik tanglay murtaklarining kataral yallig'lanishi bilan boshlanadi. Bunday hollarda murtaklar kattalashib qizaradi. Xastalikning virus yuqqandan keyingi 2-4-kunlarida murtaklar shilliq qavatida, yumshoq tanglayda va uning yon pardalarida (dujka) 1-2 tadan, ba'zan ko'proq eroziya-shilinish belgilari qizargan shilliq parda sathida paydo bo'ladi Belgilar paydo bo'lganda ovqat yutish paytida og'riq seziladi. Jarohatlangan shilliq parda sog'lom epiteliy bilan qoplanib, uning tiklanishi ancha sekinlik bilan (ayniqsa surunkali tonzillit xastaligiga chalingan bolalarda) boradi.

Davolash chora-tadbirlari mahalliy tarzda (simptomatik) o'tkaziladi. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasini saqlash, ikkilamchi infeksiyaga qarshi kurashish, og'riqsizlantirish kabi chora-tadbirlarni to'g'ri amalga oshirish maqsadga muvofiq hisoblanadi Jarohatlangan shilliq pardaga, yallig'lanishga qarshi dori-darmonlar shilliq pardaning tiklanishini ta'minlovchi (kerato-plastik) malhamlar, ingalipt, oksikort, kameton kabi dori moddalarni purkash ancha qulay va foydalidir.

7.6.9. Kandidoz xastaligi

Kandidoz - og'iz bo'shlig'ida eng ko'p uchraydigan zamburug'li infeksiya (Candidiasis oris) bo'lib, molochnitsa xastaligini chaqiruvchi

zamburug'lardir (*Candida albicans*). Bu xil zamburug'lar asosan tez-tez kasallanib turuvchi, organizmi quvvatsizlangan yoki tez-tez shamollashlar natijasida antibiotik dori-darmonlarni ko'plab qabul qilgan yosh bolalarda xastalik chaqiradi va o'zining patogenlik xususiyatlarini namoyon qiladi.(46-rasm)

Kasallik hech bir belgisiz boshlanib, ona ko'kragini suruvchi yosh go'dak o'zini behol his qiladi, ko'krakni yaxshi emmaydi, uyqusi buzilib, bezovtalanadi. Xastalik bolaning umumiy ahvoli va mikroba kuchiga qarab, yengil yoki og'ir shaklda kechishi mumkin. Uning yengil kechuvchi shaklida bola og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasida yakkam-dukkam oqish, yayaltiroq, yengil ko'chadigan dog'li belgilarni kuzatish mumkin. Bunday hollarda og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasida qizarish (giperemiya) bslgisi kuzatilmaydi.

Xastalik og'ir shaklda kechganda shilliq parda qizarib, zamburug'lar ko'payishi natijasida shilliq parda sathidan ko'tarilib turuvchi oq, ipir-ipir irigan sutga o'xshash karash paydo bo'ladi.(42-rasm) Bunday hollarda antiseptik muolaja (obrabotka) paytida karashlarni shilliq qavat sathidan to'la-to'kis ajratish mushqullashadi. Bunga sabab, zamburug'rlar ishlab chiqqan mayin ipsimon mitsellalarning epiteliy ostki qavatlariga o'sib kirishidir. Ba'zan kasallikning uzoq vaqt davom etadigan og'ir shakllarida mitsellalar shilliq parda epiteliysi ostidagi qo'shuvchi to'qimaga ham o'sib kirishi mumkin. Xastalikning ana shunday shaklida karashlarni obdon tozalashga urinmaslik lozim. Aks holda jarohatlangan qon tomirlar orqali zamburug'lar organizmda keng tarqalishi (disseminatsiya) va xastalikning ichki organlarda keng tarqalgan (generalizatsiya) vitseral ko'rinishi shakllanishi mumkin. Bunday hol og'ir oqibatlariga, ko'pchilik hollarda o'limga sabab bo'ladi.

Xastalikning yuzaga kelishida og'iz bo'shlig'ida mikroblar va zamburug'lar o'rtasida simbioz me'yoring buzilishi ham muhim shart-sharoitlarni vujudga keltiradi. Bu xil fiziologik antogonizmning mikroblarning kamayishi hisobiga buzilishi og'iz bo'shlig'ida kislotali sharoitning paydo bo'lishiga olib keladi, bu zamburug'rlarning ko'payib ketib, patogenlashishiga sabab bo'ladi. Xastalikni davolashda ana shu

shart-sharoitlarni hisobga olish maqsadga muvofiqdir. Davo chora-tadbirlarining asosiy yo'nalishi zamburug'rlarning o'sish jarayonini to'xtatish, og'iz bo'shlig'i gigiyenasini yaxshilash, jarayonga ikkilamchi infeksiyaning qo'shilishiga yo'l qo'ymaslik va og'iz bo'shlig'ida ishqoriy muhitni vujudga keltirishdan iborat.

Bemor stomatologiya poliklinikasiga murojaat qilganda shifokor uning og'iz bo'shlig'i shilliq pardasini muolaja paytida 0,5-1% li vodorod peroksidiga ho'llangan paxta bolishchalar yordamida yaxshilab artib, uni karashlardan, oq yaltiroq dorlardan ohistalik bilan tozalamog'i lozim. Ana shundan so'ng, jarohatlangan shilliq parda yuzasiga nistatinli, dekaminli, kanestenli malhamlar (bular zamburug'rlarning o'sishini to'xtatadi) surtishi lozim.

Bolaga qarovchi ona uy sharoitida shifokor bergan ko'rsatmalarni aniq amalga oshirishi kerak. Ertalablari ona bolaning og'iz bo'shlig'ini, shilliq qavat yuzalarini 0,5% li vodorod peroksidi (1 qoshiq 3% li vodorod peroksidi eritmasini yarim stakan suvda eritiladi) eritmasi bilan yuvmog'i va karashlardan tozalamog'i zarur. Har gal bolani ko'krak berib ovqatlan-tirgandan so'ng, uni 10-15 minut mobaynida boshini yuqoriga qilib, tanasini vertikal holatda tutishi lozim. Bunda bola emish paytida yutgan havo me'daning yuqori qismida yig'ilib, uning tashqariga chiqishi yengillashadi. Shundan so'ng, bolani stol yoki karavot chetiga yonboshlatib yotqizib, boshini pastga qaratilgan holda og'iz bo'shlig'i rezina ballonchalar yordamida 1-2% - li natriy gidrokarbonat (ovqatga ishlatiladigan soda) eritmasi bilan yuviladi. Shundan keyin og'iz shilliq pardasini tetraborat natriyning glitserindagi aralashmasi (yangi tug'ilganlar uchun-5% li, 3 oylik bolalar uchun-10% li, 1 yoshgacha-15% li, bir yoshdan katta bolalar uchun-20% li) surtiladi. Yoki bo'lmasa kanestin malhamini surtish ham maqsadga muvofiq hisoblanadi. Hastalilning og'ir shaklida og'iz bo'shlig'ida shilliq parda sathidagi oq karashlar qalinlashib, uni tozalash qiyinchilik tug'dirgan hollarda bolalarga qo'shimcha ravishda ichirish uchun nistatin yoki levorin preparatlari (sutkasiga bolanipg 1 kg tana massasi og'irligiga 50000 TB hisobida) buyuriladi. Bu bir sutkalik miqlordagi preparatni

bolaga 5-6 marotaba bo`lib ichirish yaxshi natijalar beradi. Ko`rsatilgan muolaja 7-10 kun mobaynida tartibli ravishda olib borilmog`i lozim.

Kandidoz kasalligining qaytalanish havfini bartaraf etish uchun uy sharoitida shilliq pardada karashlar yo`qolgandan keyin ham bir hafta davomida muolajalar yuqoridagi tartibda davom ettirilishi maqsadga muvofiqdir.

O`zlashtirish darajasini aniqlash uchun savollar

1. Yosh bolalarda og`iz bo`shlig`i shilliq pardasining xastaliklarini chaqiruvchi infeksiya turlarini sanab bering

2 Strepto-stafilokokk mikroblari chaqirishi mumkin bo`lgan kasalliklarning klinik belgilarini va chora-tadbirlarini gapirib bering.

3. Gerpes virusi og`iz bo`shlig`ining shilliq qavatida qanday xastaliklarni keltirib chiqaradi?

4. Gerpes virusi chaqiradigan xastaliklarda shilliq pardada yuzaga keladigan belgilarni sanab bering.

5. O`tkir gerpetik stomatitning 3 yoshgacha bo`lgan bolalarda ko`proq uchrashiga sabab nima?

6. O`tkir gerpetik stomatitda yuz beradigan klinik belgilarni, davo chora-tadbirlarini gapirib bering.

7. O`tkir gerpetik stomatit hastaligining bolalar orasida tarqalishining oldini olish chora-tadbirlari qanday amalga oshirilmog`i lozim?

8. Yosh bolalar o`rtasida kandidoz kasalligini keltirib chiqaruvchi shart-sharoitlar nimalardan iborat?

9. Yosh bolalarda kechadigan kandidoz xastaligining klinik belgilari va davo-choralari haqida gapirib bering.

7.7. Og`iz bo`shlig`i shilliq pardasida bakteriyalar yuzaga keltiradigan allergik o`zgarishlar.

7.7.1. Surunkali qaytalanuvchi yarali (aftoz) stomatit

Xastalik ko`pincha katta yoshdagi bog`cha, boshlang`ich maktab yoshidagi bolalar va o`smirlar o`rtasida uchraydi. Bolalarning yoshi

ulg'aygan sari kasallikning ko'proq uchrashi qayd qilingan. Kasallik tarixini aniqlash uchun berilgan so'roqlar va surishtirishlar kasallangan bolalarda ko'p hollarda otit, rinit, tonzillit, me'da-ichak spsteması kasalliklaridan: ichburug', dispepsiya, gijjali invaziya, gepatit, xolangit kabi bir qadar surunkali kechadigan xastaliklar mavjudligini yoki ular shu kasalliklar bilan yoshlikda og'rganliklarini ko'rsatadi.

Xastalik asosida bakterial allergiya yotganligini teriga kiritilgan antigenlar (kojnaya proba), leykotsitoliz reaksiyasi, gistamin sinovlari yordamida laboratoriya usulida aniqlash mumkin.

Kasallikning klinik belgilari boshlanish davrida bolalarda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida kichik yara paydo bo'lishidan oldin shu joyda kuyish va og'riq aniqlanadi. Ba'zi bolalarda yuqoridagi belgilar bilan bir qatorda shilliq pardaning qizarishi, to'qimaning qattiqlashuvi kabi belgilarni ko'rish mumkin.

Shifokorga murojaat qilinganda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasidagi bolani bezovta qilayotgan nuqtalarda 1-2 yoki bir necha dona shilinish - eroziya (o'lchamlari 2-5 mm li, qizil hoshiya bilan o'ralgan) belgilarini kuzatish mumkin. Kattaroq yoshdagi bolalarning umumiy ahvolidagi o'zgarish sezilmaydi. Kichik bog'cha yoshidagi bolalarda tana harorati subfebril darajagacha ko'tarilishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida sodir bo'ladigan shilinish (eroziya), yara to'qimaning har-xil chuqurlikdagi nekrozi tufayli yuzaga keladi. Ko'p hollarda shilliq pardaning faqat epiteliy qavati shikastlanish, ba'zi bir hollarda parda qavati xususiy to'qimasi ham yallig'lanish jarayoniga qo'shiladi. Oqiborida hosil bo'lgan eroziya, yaralar 5-7 kun mobaynida xususiy qavatining Xastalikka uchragan ayrim bolalarda shilliq parda chuqurlashadi, ularning tubi chuqur nekrozi tufayli yaralar ancha chuqurlashadi, ularning devorlari qattiqlashadi (infiltratsiya) va sog'lom shilliq parda sathidan anchagina ko'tarilib turadi. Bu xil yaralar 2-3 haftada bitib, o'zidan keyin chandiqlik qoldiradi. Yallig'lannsh jarayonida yuzaga kelgan shilinish va yarachalar og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining hamma joylarida, ayniqsa ko'proq lunj, lab, uning o'tish burmalarida, tilning yon sathlarida va kamroq hollarda til ostki yuzasida joylashadi.

bolaga 5-6 marotaba bo`lib ichirish yaxshi natijalar beradi. Ko`rsatilgan muolaja 7-10 kun mobaynida tartibli ravishda olib borilmog`i lozim.

Kandidoz kasalligining qaytalanish havfini bartaraf etish uchun uy sharoitida shilliq pardada karashlar yo`qolgandan keyin ham bir hafta davomida muolajalar yuqoridagi tartibda davom ettirilishi maqsadga muvofiqdir.

O`zlashtirish darajasini aniqlash uchun savollar

1. Yosh bolalarda og`iz bo`shlig`i shilliq pardasining xastaliklarini chaqiruvchi infeksiya turlarini sanab bering

2 Strepto-stafilokokk mikroblari chaqirishi mumkin bo`lgan kasalliklarning klinik belgilarini va chora-tadbirlarini gapirib bering.

3. Gerpes virusi og`iz bo`shlig`ining shilliq qavatida qanday xastaliklarni keltirib chiqaradi?

4. Gerpes virusi chaqiradigan xastaliklarda shilliq pardada yuzaga keladigan belgilarni sanab bering.

5. O`tkir gerpetik stomatitning 3 yoshgacha bo`lgan bolalarda ko`proq uchrashiga sabab nima?

6. O`tkir gerpetik stomatitda yuz beradigan klinik belgilarni, davo chora-tadbirlarini gapirib bering.

7. O`tkir gerpetik stomatit hastaligining bolalar orasida tarqalishining oldini olish chora-tadbirlari qanday amalga oshirilmog`i lozim?

8. Yosh bolalar o`rtasida kandidoz kasalligini keltirib chiqaruvchi shart-sharoitlar nimalardan iborat?

9. Yosh bolalarda kechadigan kandidoz xastaligining klinik belgilari va davo-choralari haqida gapirib bering.

7.7. Og`iz bo`shlig`i shilliq pardasida bakteriyalar yuzaga keltiradigan allergik o`zgarishlar.

7.7.1. Surunkali qaytalanuvchi yarali (aftoz) stomatit

Xastalik ko`pincha katta yoshdagi bog`cha, boshlang`ich maktab yoshidagi bolalar va o`smirlar o`rtasida uchraydi. Bolalarning yoshi

ulg'aygan sari kasallikning ko'proq uchrashi qayd qilingan. Kasallik tarixini aniqlash uchun berilgan so'roqlar va surishtirishlar kasallangan bolalarda ko'p hollarda otit, rinit, tonsillit, me'da-ichak spsternasi kasalliklaridan: ichburug', dispepsiya, gijjali invaziya, gepatit, xolangit kabi bir qadar surunkali kechadigan xastaliklar mavjudligini yoki ular shu kasalliklar bilan yoshlikda og'rganliklarini ko'rsatadi.

Xastalik asosida bakterial allergiya yotganligini teriga kiritilgan antigenlar (kojnaya proba), leykotsitoliz reaksiyasi, gistamin sinovlari yordamida laboratoriya usulida aniqlash mumkin.

Kasallikning klinik belgilari boshlanish davrida bolalarda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida kichik yara paydo bo'lishidan oldin shu joyda kuyish va og'riq aniqlanadi. Ba'zi bolalarda yuqoridagi belgilar bilan bir qatorda shilliq pardaning qizarishi, to'qimaning qattiqlashuvi kabi belgilarni ko'rish mumkin.

Shifokorga murojaat qilinganda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasidagi bolani bezovta qilayotgan nuqtalarda 1-2 yoki bir necha dona shilinish - eroziya (o'lchamlari 2-5 mm li, qizil hoshiya bilan o'ralgan) belgilarini kuzatish mumkin. Kattaroq yoshdagi bolalarning umumiy ahvolidagi o'zgarish sezilmaydi. Kichik bog'cha yoshidagi bolalarda tana harorati subfebril darajagacha ko'tarilishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida sodir bo'ladigan shilinish (eroziya), yara to'qimaning har-xil chuqurlikdagi nekrozi tufayli yuzaga keladi. Ko'p hollarda shilliq pardaning faqat epiteliy qavati shikastlansa, ba'zi bir hollarda pardaning xususiy to'qimasi ham yallig'lanish jarayoniga qo'shiladi. Oqibatda hosil bo'lgan eroziya, yaralar 5-7 kun mobaynida bitishi mumkin. Xastalikka uchragan ayrim bolalarda shilliq parda xususiy qavatining chuqur nekrozi tufayli yaralar ancha chuqurlashadi, ularning tubi, devorlari qattiqlashadi (infiltratsiya) va sog'lom shilliq parda sathidan anchagina ko'tarilib turadi. Bu xil yaralar 2-3 haftada bitib, o'zidan keyin chandiq qoldiradi. Yallig'lannsh jarayonida yuzaga kelgan shilinish va yarachalar og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining hamma joylarida, ayniqsa ko'proq lunj, lab, uning o'tish burmalarida, tilning yon sathlarida va kamroq hollarda til ostki yuzasida joylashadi.

Surunkali kechadigan qaytalovchi yarali stomatitni jarohatlanish natijasida yuzaga keladigan eroziya, yaralardan, qaytalovchi surunkali gerpetik stomatitdan ajrata bilish kerak.

Surunkali kechadigan yarali stomatit davosi mahalliy - simptomatik va umumiy xastalikni keltirib chiqaruvchi sabablarni aniqlash va ularga qarshi kurash chora-tadbirlaridan iboratdir. Xastalikning qaytalanish davrida poliklinikaga murojaat qilinganda shifokor og'iz bo'shlig'i shilliq pardasini mahalliy tarzda og'riqsizlantirishi, antiseptik ishlov berishi, proteolitik fermentlar bilan yuvishi va shikastlangan to'qimaning tiklanishini ta'minlovchi - keratoplastik preparatlar surtishi lozim. Bemorga uy sharoitida og'iz bo'shlig'ini shifobaxsh o'tlar (mavrak, moychechak, qizilnoycha va boshqalardan tayyorlangan damlamalar bilan tez-tez chayib turish tavsiya etiladi. Ovqatlanishdan oldin mahalliy og'riqsizlantiruvchi dori-darmonlar surtish, ovqatdan keyin og'iz chayilib, keratoplastik malhamlar surtish maqsadga muvofiqdir. Xastalangan bolaga organizm sezgirligini pasaytiruvchi (glyukonat kalsiy ning 5-10% li eritmasi choy qoshig'ida uch maxal, diazolin, suprastin, tavegil) preparatlardan yoshiga mos ravishda kuniga uch maxal qabul qilish buyuriladi.

Qaytalanishlar orasidagi davrda organizmda mavjud bo'lgan surunkali quloq-tomoq-burun xastaliklarini va og'iz bo'shlig'idagi kasallangan tishlarni davolash-sanatsiya qilish muhim ahamiyat kasb etadi. Xastalikning qaytalanish jarayonining oldini olish maqsadida pediatr va allergologlarga murojaat qilinib, bakterial allergenlari bilan davolanish yoki gistoglobulin preparatini qabul qilish (har 6-10 in'eksiyadan keyin 3 kun dam beriladi, 0,5-2 g preparat yoshiga mos miqdorda) tavsiya etiladi. Bunday davolash kursi har 6 oyda, keyinchalik yiliga 1 marta takrorlanadi.

7.7.2. Ko'p belgili eksudatli eritema

Surunkali qaytalovchi bu xastalik infeksiyon-allergik tabiatga ega bo'lib, qaytalanish davrida giperergik (kuchli sezgirlik) ko'rinishdagi organizm reaksiyasini namoyon qiladi. Shu xil tabiatga ega bo'lgan kasalliklar singari xastalikka uchragan bolalarning kasallik tarixida bir

qator a'zo va sistemalarda yashirin kechadigan, ko'p hollarda og'iz-burun-tomoq kasalliklariga moyil shart sharoitlar mavjudligi qayd qilinadi. Ko'p belgili ekssudatli eritema bilan maktab yoshidagi bolalar va o'smirlar kasallanadi. Kasallikni yuzaga keltiruvchi sabablardan biri - bola organizmida doimo saqlanib turadigan infeksiya o'chog'ining uzoq vaqt mobaynida organizm sezgirligini oshirishi va organizm kuchsizlangan paytda mikroblar va ularning toksini kuchli sezgirlik reaksiyasini keltirib chiqarishidadir. Bunday paytlarda kasallik o'tkir boshlanib, tana harorati 40°C gacha ko'tariladi va kuchli zaharlanish belgilari paydo bo'ladi. Xastalikning tez-tez qaytalanib turadigan shaklida organizmning umumiy reaksiyasi birmuncha pastroq bo'ladi.

Kasallik og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasida, lablarning qizil hoshiyasida va teri qismida, yuz terisida har xil morfologik belgilarning paydo bo'lishi bilan boshlanadi.(44-rasm) Markaziy teri-tanosil kasalliklari institutining ma'lumotlariga qaraganda, 25-60% hollarda bu xastalikda belgilar og'iz bo'shlig'i shilliq pardasini jarohatlaydi. Ko'p belgili ekssudatli eritema kasalligi organizm umumiy sezgirligining oshishi natijasida yuzaga kelib, teri, og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasini, ba'zi bir og'ir kechuvchi shakllarida esa ko'z va tanosil a'zolar shilliq pardalarini ham jarohatlaydi. Kasallik davrida og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasidagi kuyish va kuchli og'riq sezgisi tufayli bemorlarning ovqatlanishi, gapirishi qiyinlashadi. Og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda, shilliq pardada yirik ыqizil dog'lar (eritema), guruh-guruh bo'lib joylashgan uchli bo'rtmalar (papula), bir qancha mayda pufakchalar va shilinish belgilarini ko'rish mumkin Og'iz shilliq pardasining qizarib shishish hollari kuzatiladi Bu belgilar ko'pincha lab, lunj, dahlizning o'tuvchi burmalari, til usti va osti shilliq qavatlari sathida kuzatiladi. Pufakchalar tezda yorilib, shilingan shilliq parda sathi fibrinli yengil karashlar bilan qoplanadi va oqish-sariq rangda bo'ladi. Ba'zi bir hollarda jarohat atrofida yorilgan pufaklar po'stloq qismining qoldiqlarini uchratish mumkin. Qisqich yordamida bu po'stloq qoldiqlarini ajratmoqchi bo'lsak, ular uziladi va Nikolskiy belgisining manfiyligini tasdiqlaydi.

Toshmalar toshish davri odatda 5-8 kun davom etadi. Xastalikning keyingi kunlarida ikkilamchi belgilar paydo bo'lib, polimorfizm hodisasi belgilarining yanada rang-barangligini kuzatish mumkin. Bu xastalikda lablar, ayniqsa pastki lab ko'proq jarohatlanishi qayd etiladi. Pufaklar yorilib, labning qizil hoshiyasida qalin po'stloqlar hosil bo'ladi. Ikkilamchi infeksiya ta'sirida shilinish va yaralar paydo bo'lishi mumkin.

Toshmalar ko'pipcha qo'lning kaft qismida, barmoqlar, bilak va kurakda aniqlanadi.

Yuz terisida dumaloq, ko'kish-qizg'ish dog'lar paydo bo'ladi. Yuzaga kelgan bu dog'larning o'rta qismida paypaslaganda qattiqlashgan infiltrat yoki pufakcha borligining guvohi bo'lamiz. Ba'zan yuz terisi sathida to'q qizil hoshiya bilan o'ralgan pufaklar paydo bo'lishi mumkin.(44-rasm)

Kasallik 2-4 hafta mobaynida og'ir klinik belgilar bilan kechadi. Jarohatlar xastalikning asoratsiz kechgan hollarida iz qoldirmaydi.

Ko'p belgili ekssudatli eritemani o'tkir gerpetik va medikamentoz stomatit bilan solishtirib, farqlab ajratib olinadi.

7.7.3. Stivens-jonson sindromi

Bu xastalik birinchi marta uning bolalarda kechish jarayonini aniqlab, klinik belgilarini yozishgan amerikalik pediatriklar nomi bilan yuritiladi. Bugungi kunda bolalar stomatologiyasi sohasida ish olib boruvchi ilm ahli Stivens-Jonson sindromi va boshqa shunga o'xshash (Fissenje-Randyu, Reyter, Baeder dermatostomatiti) sindromlarni ko'p belgili ekssudatli eritema xastaligining og'ir klinik shakllari deb hisoblashadi va bu holatni organizmning tashqi muhitdan organizmga kirgan zararli agentlarga qarshi ko'rsatish kuchli giperergik reaksiyasi sifatida qabul qilishadi.

Xastalik tana haroratining keskin ko'tarilishi (39° - 40° S) bilan boshlanadi. So'ng harorat sekin-asta pasayib, 3-4 hafta mobaynida subfebril holatda saqlanadi. Xastalikning o'ziga xos klinik belgilaridan: og'iz bo'shlig'i, ko'z, jinsiy a'zolar shilliq pardasi va tana terisida bir paytning o'zida toshma belgilarining yuzaga kelishi diqqatga sazovordir.

Og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasi, lablar, til shishadi va shilliq pardalar sathida pufaklar, pufakchalar, shilinish-eroziya, yuza sathli yaralar paydo bo'ladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasidagi jarohatlar tufayli hatto suyuq ovqatlarni iste'mol qilish ham qiyinlashadi. Ovqat paytida kuchli og'riq paydo bo'ladi. (45-rasm) Lablarning qizil hoshiyasida qalin po'stloqli yiringli yaralar hosil bo'ladi. Ko'zning shilliq pardasi (kon'yunktiva)da pufakchalar va shilinish-eroziyalar vujudga keladi. Qovoqlar shishib, ularning teri yuzasida pufakchalar va po'stloqli jarohatlar qayd etiladi. Og'ir kechadigan hollarda keratit va panofalmit oqibatida ko'zning ko'rmay qolish hollari ham yuz berishi mumkin. Jinsiy a'zolarning shilliq pardasida shish paydo bo'ladi va o'xshash belgilar yuzaga keladi. Xastalik paytida burun shilliq pardasining jarohatlanishi natijasida burunning tez-tez qonash hollari kuzatilishi mumkin. Ba'zi bir hollarda hiqildoq va traxeia shilliq qavatlari jarohatlanganda traxeotomiya qilinadi. Xazm sistemasi a'zolari faoliyati izdan chiqadi. Ba'zan gepatit, bronxit, plevrit kabi yo'ldosh kasalliklar xurujini kuzatish mumkin.

Terida qizarishlar va to'q qizil rangli, tanga shaklidagi shishlar, yirik, diametri 3-4 sm bo'lgan pufaklar aniqlanadi. Bunday hollarda Nikolskiy simptomi musbat bo'ladi. Xastalik markaziy asab sistemasini jarohatlashi oqibatida o'lim bilan tugash hollari ham qayd etilgan.

7.7.4. Surunkali, qaytalanuvchi bakterial-allergik xastaliklar davosi

Bunday xastaliklarni davolashda asosiy e'tiborni xurujni to'xtatish, yara-chaqalarning tezda bitishiga qaratish bilan bir qatorda kasallikning asosiy sababini topish, allergiya o'chog'i bo'lib xizmat qiluvchi, organizmning sezgirlikni oshiruvchi sabablarni yo'qotish lozim. Organizmning umumiy quvvatini oshirish va sezgirlikni pasaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar juda muhim hisoblanadi. Ko'p belgili ekssudatli eritema, Stivens-Jonson sindromi bilan og'rikan bemor bolalarni kasalxonalariga yotqizib, pediatr, okulist, dermatologlar bilan birgalikda davolash ishlarini amalga oshirmoq zarur. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi jarohatlarini davolashni avvalo uni og'riqsizlantirishdan

boshlamoq lozim. Og'riqsizlantirishning chaplash usulini (applikatsiya) amalga oshirishda 0,5-2% li novokain eritmasidan, anestezinli suspenziyalardan foydalanish mumkin.

Jarohatga ikkilamchi infeksiyaning ta'sirini pasaytirish va yo'qotish uchun shilliq pardasiga 1% li iliq vodorod peroksidi eritmasi bilan ishlov berish va uni karashlardan tozalash kerak. Og'iz bo'shlig'ini tez-tez shifobaxsh o'simlik (moychechak, mavrak, qizil-poycha, achchiq choy) damlamalari, tarkibida antiseptik va og'riqsizlantiruvchi moddalar bo'lgan eritmalar (geksametilentetramin - 5 g, novokain- 2 g, distillangan suv-200 ml) bilan chayish yoki unga ishlov berish zarur hisoblanadi. Og'iz bo'shlig'i antiseptik va shifobaxsh eritmalar bilan yuvib tozalangach, shilliq parda sathiga vitaminli yoki shifobaxsh xususiyatga ega bo'lgan (chakanda, na'matak) moylar surtiladi.

Jarohatlangan, ko'pchigan po'stloqli yaralar bilan qoplangan lablarning qizil hoshiyasiga tarkibida anestezin bo'lgan moyli preparatlarni toza salfetkalarga shimdirib, 1-3 minutga qo'yish mumkin. Bunda iliq moy ta'sirida po'stloqlar yumshaydi, anestezin ta'sirida esa og'riqsizlanadi. Shundan keyin lablar sathiga antiseptiklar bilan ishlov berib, ko'pchigan po'stloqlardan tozalanadi va jarohatning bitishi hamda yallig'lanish jarayonining susayishini tezlashtirish maqsadida lablarning qizil hoshiyasiga tarkibida glyukokortikoid (florokort, flutsinar, lorinden) tuguvchi malhamlar, kremlar surtiladi. Bunday muolajalar kuniga 4-5 marotaba amalga oshiriladi. Xastalikning og'ir klinik shakllarida bemor bolalar organizmiga yuqori miqdorlarda vitamin preparatlari yuboriladi, tomirlarga oqsilli eritmalar, poliglyukin, tarkibida kalsiy tuzi saqllovchi eritmalar, yurak faoliyatini yaxshilovchi dori-darmonlar qo'yiladi.

Og'ir klinik belgilar bilan kechadigan surunkali allergik xastaliklarda bemorga ichish uchun glyukokortikoidli preparatlar buyuriladi (bir sutka mobaynide 2 kg tana og'irligiga 1 mg prednizolon yoki 0,1 mg deksametazon hisobida). Bu preparatlar bolalar ahvolidan tezda yaxshilanishiga olib keladi. Shifokorlar bunday bemorlarni diqqat bilan kuzatib borishlari va ularning exvoli yaxshilanib borgan sari gormonli dori darmonlar miqdorini pasaytirib toshmalar, belgilar yo'qolishi bilan gormonli muolajani to'xtatishlari zarur.

Organizmning yuqori darajada sezgirliğini pasaytirish maqsadida bemor tomiriga 30% li tiosulfat natriy eritmasidan kuniga 5-10 ml miqdorda yuborish maqsadga muvofiqdir. Muolaja uzluksiz 10 kun mobaynida olib berilishi lozim. Bunday hollarda bemorning umumiy ahvoli ancha tez yengillashadi.

Yuqorida qayd qilingan davolaish muolajalari keyinchalik bola tuzalib ketgandan keyin kasallikni qaytalanishining oldini ololmaydi. Shuni inobatga olib, bemor kasalxonadan sog'ayib chiqqandan so'ng allergik xastalnkning asl sababini aniqlash maqsadida uni chuqur tekshirmoq lozim. Bola organizmida yashirin kechayotgan infeksiya o'choqlarini topishga harakat qilmoq zarur. Bu maqsadda bola quloq-tomoq-burun shifokori, jarroh-stomatolog va boshqa soha shifokorlari ko'magidan va laboratoriya tekshiruvidan o'tishi maqsadga muvofiqdir.

Yuqorida qayd qilingan tadbirlar bilan bir qatorda bola organizmining sezgirlik darajasini pasaytiruvchi (giposensibilizatsiya) davo choralarini ham o'tkazmoq lozim. Bunday tadbirlar (giposensibilizatsiya) allergologik kabinetlarda allergolog-shifokorlar nazorati ostida amalga oshirilmog'i darkor. Ana shunday tadbirlar amalga oshirilganda xastalikning qayta xuruji bir qadar keskinlikni yo'qotadi. Ba'zan esa umumiy, maxsus bo'lmagan sezgirlikni pasaytiruvchi dori-darmonlar bu xurujni bartaraf etishi mumkin. Ana shunday nospetsifik sezgirliknn pasaytiruvchilar qatoriga gistoglobulin preparati misol bo'la oladi. Teri ostiga 0,5-2 ml miqdorda har uch kun mobaynida 8-10 marta muolaja (in'eksiya) o'tkaziladi. Bunday muolaja kursini har yarim yilda bir marta o'tkazish lozim. Surunkali qaytalovchi aftoz stomatitlarda yilda bir marta, ko'p alomatli ekssudatli eritemada esa yilda ikki marta (bahor va kuz fasllarida) bu xildagi muolaja tadbirlarini o'tkazish ancha yaxshi natijalar beradi.

7.8. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining dori-darmonlar qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan allergik o'zgarishlari

Ko'pincha dori-darmonlar (antibiotiklar, sulfanilamidlar, amidopirin, og'ir metall tuzlari, novokain, yod, fenol va boshqalar) bola organizmida har xil noxush (allergik) holatlarni yuzaga keltirishi mumkin. Jumladan,

og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida ham bir talay noxush belgilar kuzatilishi e'tiborga loyiqdir. Bu xildagi yallig'lanish jarohatlarining mexanizmari har xil bo'lib, qabul qilingan dori-darmonlarning kimyoviy strukturasiga bog'liqdir. Streptomitsin asab tolasini jarohatlaydi, levomitsetin jigar hujayralariga nisbatan zaharli ta'sir o'tkazadi, amidopirin guruhi qon yaratuvchi a'zolariga ta'sir qilib, ularning ishini susaytiradi va hokazo. Ana shu a'zolarida kelib chiqqan jarohatlanish oqibatida og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida kataral miliar yallig'lanishlari ham qayd etiladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida aniqlanadigan yana bir xil o'zgarishlar mexanizmi bola organizmining yuqorida qayd qilingan va boshqa dori-darmonlarga nisbatan sezgirligining oshishi natijasida kuzatiladi. Yuqori sezgirlikni organizmda ilgari qabul qilingan dorivorlar, mavjud bo'lgan mikroblar, viruslar yoki ba'zi bir ovqat mahsulotlari ham keltirib chiqarishi mumkin. Ana shunday sharoitda qo'shimcha dori-darmonlar qo'llash allergik reaksiyalarni chaqirishi mumkin. Aksariyat hollarda bular antibiotiklar bo'lib, ular organizmda oqsil molekulalari bilan birikishib, kuchli antigenga aylanishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida bunday vaziyatlarda kuchli jarohatli o'zgarishlar yuz beradi.

Xastalikning klinik kechishi. Shilliq pardada kuchli qizarish va shishish natijasida pufaklar paydo bo'ladi. Pufaklarning yorilishi oqibatida karashli eroziyalar aniqlanadi. Og'iz bo'shlig'ining bunday jarohatli belgilar bilan qoplanishi ko'p belgili ekssudatli eritemaga o'xshab ketadi. Ko'pincha yumshoq va qattiq tanglay, til osti sathi shilliq pardasida jarohatlar kuzatiladi. Til shishib, hajmi kattalashadi, epiteliy qavati deskvalgatsiyaga (qovjirab to'kilishi) uchrab, til ustki sathi silliqlashadi, yaltirab qoladi va har xil ta'sirlarga nisbatan uning sezgirligi oshadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasidagi o'zgarishlar bilan bir vaqtda, tananing teri sathida har xil toshmalar, teri qichishishi, mushaklarda og'riq, bo'g'imlar og'rig'i, ich buzilishi va og'ir allergik holatlarda anafilaktik shok yuzaga kelishi mumkin.

Medikamentoz stomatitni ko'p belgili ekssudatli eritemadan va o'tkir gerpetik stomatitdan farqlay olish (differensial diagnostika) zarur. Dori-darmonlar yuzaga keltiradigan o'zgarishlarda ko'p belgili ekssudatli eritemadan farqli o'laroq, papulyoz va eritematoz belgilarning sustligi,

**4-jadval Bolalarda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining
yallig'lanish jarayoni bilan kechuvchi xastaliklarning farqli tashxisi**

Tashxis ko'rsatki chlari	O'tkir gerpetik stomatit	Ko'p belgili ekssudatli eritema	Dori-darmonlardan yuzaga keladigan stomatit
Bolalar yoshi	Asosan 1-3 yashar bolalarda	Maktab yoshidagi, o'smir, kam hollarda yuqori maktab yoshidagi bolalarda	Bola yoshi ulg'aygan sari xastalik ko'payib boradi
Hayot tarixi	Asoratsiz	Quloq-tomoq-burun a'zolarida, hazm sistemasi a'zolarida surunkali xastaliklar bor	Tlgari ham dori darmonga bo'lgan sezgirlik alomatleri qayd qilingan
Prodromal davri (bosqichi)	1-4 kungacha, harorat 37-40°S gacha kuzatiladi. Umumiy zaxarlanish belgilari paydo bo'ladi.	Bosh va mushaklarda, bo'g'imlarda og'riq, harorat 38°S gacha	Juda qisqa
Asosiy toshma belgilari	Yuz, lablarda pufakchalar og'iz shilliq pardasida dumaloq, bir-biri bilan qo'shilayotgan shilinish-eroziyalar mavjud	Keskin qizarish va dog'li eritemalar, keng ko'lamli, notekis chegarali shilinish-eroziyalar aniqlanadi	Seroz(kataral) yallig'lanish, notekis chegarali eroziyalar va gohida pufakchalar mavjud
Ko'p belgilik	Soxta	Aslida belgilar ko'p bo'ladi	Bir xil, ba'zan ko'p belgilar paydo bo'ladi
Ko'pincha zararlana digan sohalar	Hamma sohada o'tkir milk yallig'lanish. Og'iz atrofi terida pufakchalar, eroziya po'stloqlar.	Qo'l kafti, bilak, boldir terisida ko'kimtir-jigarrang eritemalar markazida papula yoki pufakcha tutadi	Yuz va tana terisida rang-barang toshmalar; kam hollarda yakkam-dukkam yoki ko'p sonli pufakchalarning paydo bo'lishi
Toshmali davrning davomlili gi	Engil shaklida 1-2 kun, o'rta og'ir shaklida 2-4 kun, og'ir shaklida 5 kungacha	5-7 kun, ba'zan 11-13 kungacha	Allergen kiritish to'xtashi bilan yangi belgilar yuzaga kelmaydi.

jarohatlangan shilliq parda va lablarning qizil hoshiyasida, yuz terisida qonash belgilari yo'qligi tufayli ko'pchigan qon aralash qalin po'stoqlar aniqlanmaydi. Xastalikni keltirib chiqargan dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtatish, bola umumiy ahvolining yaxshilannishiga olib keladi.

O'tkir gerpetik stomatit uchun lablarning qizil hoshiyasida, atrof terida kichik pufkchalarning paydo bo'lishi hamda milklarning kataral yallig'lanishi muhim xol bo'lib hisoblanadi. (4-jadvalga karang).

Xastalikning davosi. Davo chora-tadbirlari umumiy va mahalliy bo'lib, dastlab allergik xastalikka sabab bo'lgan dorivor moddani aniqlashga va uni organizmga kiritishni to'xtatishga qaratilmog'i lozim. Bolaning asosiy xastaligidan kelib chiqadigan umumiy ahvoli antibiotik yoki sulfanilamid dori-darmonlarini qabul qilishni taqozo qilgan hollarda pediatri-shifokorlar bilan bamaslahat qo'shimcha tarzda organizmning sezgirlik kuchini pasaytiruvchi (desensibilizatorlar) preparatlar va vitaminlar buyurish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Bunday sharoitda, albatta bola organizmining sezgirlik xususiyati biologik reaksiyalar yordamida tekshirilmog'i lozim. Mahalliy davo chora-tadbirlari jarohatlangan yuzani og'riqsizlantirishdan, antiseptik ishlov berib, karashlardan tozalashdan, ikkilamchi infeksiya ta'sirini yo'qotishdan va jarohatlarning bitishini kuchaytiruvchi malhamlar, surgilar surtishdan iboratdir. Uzoq vaqt mobaynida antibiotikli preparatlar qabul qilinganda og'iz bo'shlig'ini zamburug'larga ta'sir ko'rsatuvchi sodali eritmalar bilan chayish va 10-15% li tetraborat natriyning glitserinli eritmalarini shilliq parda sathiga surtish kabi muolajalar yaxshi natijalar beradi.

O'lashtirish darajasini aniqlash uchun savollar.

1. Surunkali qaytalanuvchi yarali (aftoz) stomatitni surunkali takrorlanuvchi travmatik jarohat (eroziya) dan qanday ajratiladi?
2. Surunkali yarali stomatit qaytalanishining oldini olish va mahalliy belgilarini yo'qotish borasidagi davo tadbirlari haqida gapirib bering.
3. Ko'p belgili eksudatli eritema xastaligining klinik belgilari va davolash tadbirlari haqida so'zlab bering.
4. Bu xastalik qaytalanishining oldini olish uchun nima qilmoq zarur?
5. Talab qilingan dori-darmonlarning noxush asoratlari og'iz bo'shlig'i shilliq, pardasida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?

7.9. Lab kasalliklari.

Turli-tuman tashqi muhit omillari (biologik, kimyoviy, mexanik) ta'sirida yoki organizmning umumiy kasalliklari natijasida lablarda, ayniqsa ularning qizil hoshiyasida yallig'lanish jarayonlari qayd etiladi. Bu xil xastaliklar orasida ko'proq uchraydiganlari ekzemali hamda yuqumli (mikrobli va zamburug'li) xeylitdir.

7.9.1. Ekzemali yoki atopik xeylit

Bu xastalik allergik tabiatga ega bo'li6, surunkali ravishda kechadi. Ko'pgina bolalarda hayot ining birinchi oylaridayoq ovqat mahsulotlariga nisbatan sezgirlik, ekssudativ diatez sifatida uning o'rtacha og'irlikdagi va og'ir shakllari ko'rinishida yuzaga keladi. Lablarning qizil hoshiyasi va uning atrof terisidagi jarohatlar bolalarda 3-5 yoshdan boshlab aniqlanadi. Bunday xastalikka uchragan bolaning yuz sohasini ko'zdan kechirilganda, lablarning qizil hoshiyasida va ularning atrof teri sathida infiltratli shish paydo bo'lganini, lablar yuzasi ko'pdan ko'p kundalang, taram-taram burmalar va yoriqchalar bilan qoplanganligini ko'ramiz.(53-rasm) Lab burchaklarida ular quyosh nuri kabi taralgan bo'ladi va po'stloqchalar bilan qoplanadi. 2,5-4,0 marta kattalashtirib ko'rsatadigan biologik lupa ostida jarohatlangan yuzaga nazar solsak, u yerda juda kichik o'lchamli (1 mm) yaltirab turuvchi nozik pufakchalarni ko'rishimiz mumkin. Ko'pincha lablar va uning atrof terisida yuzaga kelgan yoriqlarning mavjudligi va pufakchalarning yorilishi natijasida yuzaga kelgan mayda jarohatlar ikkilamchi infeksiya (mikroblar) uchun ochiq darvoza hisoblanadi. Buning oqibatida bolalar ekzemaning yiringli yaraga aylangan asoratidan azoblanib, shifokorlarga murojaat qilishadi. Ikkilamchi infeksiya ta'sirida (ayniqsa yiring hosil qiluvchi kokklar) lablarda shishinqirash kuchayadi, qizarish belgilari, pufakchalar ichida butana tusli ekssudat paydo bo'ladi.

Ekzemali xeylit uzokqmuddat davomida surunkali ravishda kechadi. Keyinchalik balog'at yoshidagina organizmda jinsiy gormonlarning faol ijobiy rol o'ynashi natijasida xastalik ko'pgina hollarda chekinadi.

Xastalik davosi. Davo chora-tadbirlari umumiy va mahalliy tarzda olib boriladi. Umumiy davo tadbirlaridan parhez muhim ahamiyat kasb etadi. Bemor bola 2-3 hafta mobaynida allergiya chaqirishi mumkin bo'lgan ovqatlarni iste'mol qilishni to'xtatishi lozim Unga qora non, grechihali bo'tqa, yog'sizlantirilgan suzma (tvorog), sabzavotli, go'shtsiz sho'rva, olma va karam (xomligicha) buyuriladi.

Bemorning onasi yoki qarovchisi parhez taomlar kundaligini tutishi va yangi-yangi berilgan ovqat bilan teri yuzasida paydo bo'lgan o'zgarishlarni yozib bormog'i lozim. Parhez saqlash bilan bir qatorda bemorlarga ichish uchun vitaminlardan: A, B₁, B₂, B₆, folat kislotasi, kalsiy pantotenati bolaning yoshiga mos miqdorda buyuriladi. Vitamin dori-darmonlarini qabul qilish 1 oydan 3 oygacha davom etadi. Xastalik (atopik xeylit) umumiy kasalliklarning (atopik dermatit, bolalar endogen (ichki) ekzemi, keng tarqalgan neyrodermit) mahalliy ko'rinishi ekanligini, uning xazm sistemasi a'zolarining xastaliklari, tish, yuz-jag' kasalliklari bilan birgalikda kechishini nazarda tutgan holda, organizmni xastaliklardan xalos etmoq maqsadga muvofiqdir. Xastalikning mahalliy davosi sifatida yiringli jarayonlar bo'lmagan taqdirda lablardagi jarohatlar yuzasiga glyukokortikoid dorilardan: ftorokort, flutsinar, lorinden va boshqalar dastlabki 3 kun mobaynida kuniga 6 marotaba, keyingi kunlarda 5, 4, 3, 2, 1 marta surtiladi. Shundan so'ng ularni surtish to'xtatilib, ular kosmetik krem, rangsiz pomada bilan almashtiriladi. Keyingi malhamlar jarohatlangan to'qimalarda moddalar almashinuvini yaxshilaydi va ularning tiklanish xususiyatini oshiradi.

Ba'zan bolalarda ekzemali xeylitga o'xshagan klinik jarayon barcha va maktab yoshidagi bolalarning zararli odatlari: qalam va ruchkalarni og'izga solib so'rishi oqibatida tarkibida nitrotsellyuloza bo'lgan buyok moddalarining organizmga singishi va sovuq shabadali kunlarda lablarni tez-tez yalash natijasida ham kuzatilishi mumkin. Bunday hollarda yaxshi natijalarga erishish uchun zararli odatlarni yo'qotish zarur. Ota-onalar bunga albatta e'tibor bilan qarashlari lozim. Lablar va atrof teri yuzasini o'z holiga keltirish maqsadida kosmetik kremlar yoki glitserindan foydalaniladi.

7.9.2. Yuqumli xeylit

Xastalik ko'pincha lablarning tutashgan burchaklarida jarohatlar paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Streptokokklar chaqirgan bunday shilinish-eroeiyalar sarg'imir po'stoqchalar bilan qoplangan bo'ladi. Yiringli bunday belgilar lablarning teri yuzasida ham uchrashi mumkin. Bunday hollarda jag' osti limfa tugunlarining yallig'lanib kattalashuvi va paypaslaganda og'rishi muhim ahamiyat kasb etadi.(54-rasm)

Zamburug'lar chaqirgan xeylitlarda jarohat - eroziyalarni qoplab turgan po'stoqchalar oqish, rangpar, yupqarok va nam (xo'l) bo'ladi. Yuqorida bayon qilingan jarohatlar og'iz burchaklarida, ya'ni lablarning eng harakatchan sohasida joylashganligi sababli, ko'pgina shikastlanishlar natijasida ularning tiklanishi juda sekin kechadi. Shu bilan birgalikda bu soha so'lak bilan mudom namlanib turadi. Jarohatlarning sekin bitishiga tishlar qatori jipslashuvining buzilishi (patologicheskiy prikus), yuz, asab tolasining falaji va boshqa og'iz sohasining me'yordagi arxitektonikasini buzuvchi noxush sabablar ham o'z ta'sirini ko'rsatadi. Organizmda A va V guruh vitaminlarining yetishmasligi tiklanish jarayonining juda sust ketishini ta'minlaydi.

Yuqumli xeylitda lablarning qizil hoshiyasi butunlay jarohatlanib, unda kundalang taralgan yoriqlar (ayniqsa hoshiyaning o'rta qismida) paydo bo'lishi mumkin. Yoriqlarning asosini hosil qiluvchi to'qimada infiltratli shishlar hosil bo'ladi. Lablar qurishib, po'st tashlay boshlaydi. Yoriqlar qayta paydo bo'lib, surunkali tus ham oladi.

Xastalik davosi. Davo chora-tadbirlari kasallik jarohatlarini keltirib chiqaruvchi infeksiya (mikrob yoki zamburug') turini aniqlashdan boshlanadi. Strepto-stafilokokklar ta'sirida yuzaga kelgan angulyar xeylit va yoriqlar hosil bo'lganda, 2% li neomitsinli, eritromitsinli (1 trammida 10000 TB saklagan), 5-10% li sintomitsinli emulsiya va malhamlar surtish tavsiya qilinadi. Shifobaxsh malhamlarni surtishdan oldin jarohatli yuzalar antiseptiklar, iliq 1 % li vodorod peroksidi yordamida ishlanib, karash va po'stoqlardan tozalanadi. Malhamlar kuniga 6-8 martadan, og'ir hollarda esa har soatda surtiladi.

Zamburug'li xeylitda lablarga nistatinli, 1% li dekaninli malhamlar va 15-20% li natriy tetraboratning glitserinli eritmasini surtish yaxshi natijalar beradi.

O'tkir yallig'lanish jarayoni bartaraf etilgandan so'ng, chuqur shishli infiltratlarning so'rilishini ta'minlash uchun lablarga 10-20% li naftalan yoki 2-3% li oltingugurtli malhamlarni surtish maqsadga muvofiqdir.

7.10. Til kasalliklari

Og'iz bo'shlig'ida uchraydigan kasalliklar tilni ham jarohatlaydi, ammo shunday xastaliklar mavjudki, ular faqat tilning shilliq pardasidagina o'z aksini topadi.

7.10.1. Deskvamativ glossit

Bu xastalikning kelib chiqish sabablari bugungi kunda aniqlanmagan. Olimlarning taxminiga qaraganda xastalik til shilliq pardasida joylashgan asab tolalari trofikasi (oziqlanishi)ning buzilishi, bolalarda gijjali invaziya, ekosudatli diatez va xazm sistemasi kasalliklari mavjudligi bilan bog'liq. Ko'pgina hollarda bolalar sog'lom bo'lishadi. Xastalik bolalar tug'ilgandan so'ng birinchi oylar va yillarda aniqlanadi.

Xastalikning klinik kechishi. Tilning ustki (spinka) va yon sathlari yuzasida oq sarg'ish yoki och kulrang dog'lar epiteliy qavatining ko'pchishi, uning yuza qavatining to'kilishi natijasida paydo bo'ladi. Natijada yupqalashgan shilliq qavat qizarinquirab turadi. Qizil dog'lar atrofida epiteliy ko'pchigan va to'kilish arafasida bo'ladi. Deskvamatsiya o'choqchalari bir necha nuqtada joylashgan bo'lishi mumkin. Ular dumaloq, ovalsimon, yarim halqa shaklida bo'lib, bir biri bilan qo'shilib, til yuzasida o'ziga xos geografik relefni hosil qiladi. (51-rasm) Bunday o'zgarishga uchragan tilda epiteliy qavati tez to'kilishi va 2-3 kun mobaynida tezda qaytadan tiklanishi mumkin. Bunday o'zgarishlar oqibatida til relefi tez-tez o'zgarib turadi. Bolaning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Ovkatlanish paytida sezilar-sezilmas darajada yengil achishishlar kuzatiladi. Bu xastalikni organizmda vitamin tanqisligi natijasida xazm sistemasi kasalliklari, nerv va endokrin bezlar sistemasi buzilishlari bilan bog'liq bo'lgan til shilliq qavatidagi o'zgarishlardan farqlay olish lozim. Bayon qilingan kasalliklarda til yuzasida yirik deskvamativ o'zgarishlarga uchragan tasmalar, dog'lar

hosil bo'ladiki, ular o'rning asl holiga kelib tiklanishi uchun haftalab kerak bo'ladi. Bunday hollarda til shilliq pardasi sekinlik bilan tiklanib, asosiy xastalikning tuzalishiga bog'liq bo'ladi.

Xastalik davosi. Maxsus dori-darmonlar bilan davolashning xojati yo'q. Bolalarga shilliq qavat trofikasini yaxshilash maqsadida kalsiy pantotenati 0,03-01 g miqdorda kuniga 3 marta bir oy davomida ichish uchun buyuriladi. Shilliq parda sathiga 10% li anestezinli o'simlik moylarini surtish xastalikni bartaraf etishda ijobiy natijalar beradi. Ota-onalarga bunday o'zgarishlarning asoratsizligini tushuntirish bilan kifoyalanmoq kerak.

7.10.2. Rombsimon glossit

Bolalarda xastalikning bu turi juda kam hollarda, onda-sonda uchraydi. Bolaning umumiy ahvolidan hech qanday o'zgarish sezilmaydi, og'iz bo'shlig'i, tilning shilliq pardasi ko'zdan kechirilganda uning o'rtasidan o'tuvchi chiziq bo'ylab orqa qismida ipsimon so'rg'ichlar atrofiyasi natijasida atrof to'qimalardan ajralib turuvchi romb shaklidagi silliq maydonchani ko'ramiz. Bu nisbatan silliq rombsimon maydoncha to'q qizil rangi bilan ajralib turadi.

Maxsus davo choralari o'tkazilmaydi. Bunday bemorlarda ichki a'zolar faoliyati tekshirilib, xastalikning asl sababini aniqlash maqsadga muvofiq hisoblanadi.

7.10.3. Burmali til

Juda kam uchraydigan tilning bu xil anomal rivojlanishi asosan Daun xastaligi bilan tug'ilgan yosh bolalarda aniqlanadi. Pubertat oldi va pubertat davrlarda til asosan mushak qavatining o'sishi hisobiga kattalashadi. Natijada shilliq parda yuzasida buylamasiga va ko'ndalangiga joylashgan chuqur yo'llar hosil bo'ladi. (52-rasm) Bolalar biror-bir og'riqdan shikoyat qilishmaydi. Bunday holatlarda maxsus davo choralari qo'llanmaydi, faqat og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga muntazam rioya qilish bilan kifoyalaniladi.

7.10.4. Qora tukli til

Til shilliq pardasining bu xildagi o'zgarishi ipsimon so'rg'ichlar giperplaziyasi (ko'payishi), ularni qoplovchi ko'p qavatli epiteliyning kuchli shoxlanishi natijasida so'rg'ichlar qalinlashuvi va uzayishi hisobiga kuzatiladi. Bu xastalikda ipsimon so'rg'ichlar o'lchamlari 1 mm va undan oshiq bo'lishi mumkin. So'rg'ichlarning to'q sariq, qo'ng'ir-jigarrangdan tortib, qoramtir tushgacha o'zgarishi xususiy hol hisoblanadi.

Tilning bunday noxush o'zgarishi bolalar yoshida onda-sonda, odatda biron-bir kasallik natijasida antibiotiklar qabulidan keyin qayd etilishi extimoldan xoli emas. Til shilliq pardasidan surtib olib tayyorlangan preparatlarda har xil mikroorganizmlar, jumladan achituvchi zamburug'lar borligini ko'ramiz. Bu xastalikda bolalarning ishtaxasi pasayib, o'sgan so'rg'ichlar og'izda noxush sezgini paydo qilishi mumkin.

Xastalik davosi. So'rg'ichlarni shox moddasidan bartaraf etish maqsadida til shilliq pardasi 1-2% li rezorsin eritmasi shimdirilgan doka tamponlar bilan artib tozalanadi. Kattaroq (5 va undan katta) bolalarda bu maqsad uchun salitsil kislotasining 70° spirtidagi 1-2% li eritmasidan foydalanish mumkin. Til yuzasi kuniga 2 marotaba tish cho'tkasi bilan tozalanib, shilimshiq karashlardan tozalanadi. Shuningdek til shilliq pardasiga 10% li tetraborat kislotasining glitserinli eritmasini surtish achituvchi zamburug'lar asoratidan xalos etadi. Laboratoriya usulida tekshirilganda kandida sinfiga mansub zamburug'lar topilgan hollarda shilliq parda yuzasiga (karashlardan tozalanib) nistatinli surgi - malhamlar surtish tavsiya etiladi.

7.11. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida ichki a'zo va sistemalar xastaligi tufayli yuz beradigan o'zgarishlar

Ma'lumki, organizmda vitaminlar tanqisligi, bir qator ichki a'zo va sistemalar xastaligi tufayli moddalar almashinuvi jarayoni izdan chiqadi. Ayniqsa, vitaminlar yetishmovchiligida og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida ham anchagina noxush o'zgarishlar kuzatiladi.

7.11.1. A vitamini tanqisligi.

A vitamin tanqisligi natijasida shilliq parda epiteliy qavatida sezilarli o'zgarishlar yuzaga keladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi qizarib quruqlashadi, uzoq muddatli kataral gingivostomatit yallig'lanish jarayoni namoyon bo'ladi. Lablar quruqlashib, yuza sathida epiteliyning kuchli muguzlanishi oqibatida po'stloqchalar, yoriqchalar, og'iz burchaklarida yallig'lanish belgilari paydo bo'ladi. Yallig'lanish jarayoniga ikkilamchi infeksiya ta'siri qo'shilgan taqdirda shilinish - eroziya va yaralar hosil bo'lishi mumkin.

Bolalarda tana terisi quruqlashib, po'st tashlay boshlaydi. Ko'z kon'yunktiva qavati quruqlashadi va keratit yallig'lanishlar vujudga keladi.

Xastalik davosi. Tarkibida vitamin A saqlagan oziq moddalar (sariyog', baliq moyi, sabzi va boshqalar)ni iste'mol qilish lozim. Qo'shimcha ravishda kuniga 5-10 tomchidan vitamin A konsentratidan qabul qilinadi.

7.11.2. V guruh vitaminlar tanqisligi

Asosan hazm sistemasi a'zolarining xastaligi tufayli kelib chiqadi. Vitamin V₁ tanqisligi sababli og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi oqish tus oladi, ba'zi joylarda qizargan (giperemiya) dog'lar paydo bo'ladi. Til yuzasida karashlar hosil bo'ladi yoki epiteliy qavatining kuchli qovjirab to'kilishi natijasida tuksiz qizil rangli silliq sathlar yuzaga keladi va unda yoriqchalar paydo bo'ladi.

Vitamin B₁ (tiamin) organizmda uglevodlarning parchalanishida ishtirok etadi va u neyrotrop (asab sistemasiga ta'sir ko'rsatuvchi) xususiyatga egadir. Organizmga uglevodlarning ko'plab kiritilishi ham B₁ vitaminining sarfini oshirib, unga nisbatan bo'lgan extiyojni kuchaytiradi. Og'iz shilliq pardasida hosil bo'lgan jarohatli o'zgarishlar natijasida shilliq pardaning achishishi va tilda og'riq sezgisi paydo bo'lishi asab sistemasi mahalliy faoliyatining buzilishidan darak beradi. Og'iz bo'shlig'ining atrof terisida, burun-lab burmalarida, qoshlar usti terisida kuchli muguzlanish belgilari kuzatiladi. Og'iz burchaklarida RR vitamini tanqisligida terining ochiq yuzalarida yallig'lanish jarayoni,

shuningdek ich buzilishi aoratlari aniqlanadi. Vitaminlar balansini tiklash maqsadida V guruh vitaminlari kompleksidan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Bolalarga yoshiga qarab mos miqdorda B₁, B₂, B₆, folat kislota 10 mg dan oshirmaslik sharti bilan buyuriladi. Nikotinat kislota (RR) ovqatdan so'ng 10-15 mg miqdorda beriladi.

7.11.3. S vitamini tanqisligi.

Bu vitamin tanqisligiga milk shilliq, pardasi juda sezgir bo'ladi. Vitamin S, ya'ni askorbinat kislota singa xastaligiga qarshi ta'sir ko'rsatish xususiyatiga egadir. U organizmda oksidlanish-qaytarilish jarayonida ishtirok etadi, to'qimalar tiklanishiga bevosita ta'sir ko'rsatadi va qon tomirlar devorini mustahkamlaydi. Vitamin S yetishmaganda milklar shishinqirab qizaradi, o'zida suv yig'a boshlaydi, hajmi oshib, tishlarning toj qismini qoplashi mumkin. Milklar tez-tez qonab turadi. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining boshqa qismlarida qonashga moyillik bo'lgan kataral yallig'lanish jarayonlari yuzaga keladi.

Vitamin S tanqisligini bartaraf qilish maqsadida bolalarga sutkasiga 200-300 mg miqdorda uni 30- 50 mg rutin aralashmasi bilan ichish uchun buyuriladi.

7.11.4. Ichki sekretsia (endokrin) bezlari faoliyatining buzilishi bilan bog'liq o'zgarishlar

Bu xil xastaliklar bolalar organizmda ko'pgina hayotiy muhim faoliyatlar buzilishiga sabab bo'ladi va jumladan og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida ham bir qator o'zgarishlar paydo bo'lishiga olib keladi.

Qandli diabet bilan og'rikan bemor bolalar og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida milk yallig'lanadi, qonaydi, qizarib shishadi, shuningdek parodont yallig'lanishi belgilari kuzatiladi. Bulardan tashqari, shilliq pardaning quriqshab suvsizlanishi, achishish sezgisi, lunjlar, lablar va ayniqsa til shilliq pardasining keskin qizarishi qayd etiladi.

Miksedema (qalkonsimon bez gipofunksiyasi) xastaligida og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi oqarib, suv yig'ilishi belgilari paydo bo'ladi.

Lunj va til shilliq pardasining shishib, qalinlashuvi natijasida, ularda tishlarning botiq izlarini ko'rish mumkin.

Itsenko-Kushing xastaligi (gipotalamus-gipofiz sistemasi xastaligi) uzok vaqt davomida bolalarning kortikosteroid gormonlarini qabul qilishi bilan bog'liq bo'lib, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida nospetsifik yallig'lanish jarayonlarining sodir bo'lishi bilan kechadi. Bu xil o'zgarishlar to'qimalardagi mahalliy immunologik himoya vositalari faoliyatining susayishi bilan bog'liqdir. Ko'pgina hollarda bolalarning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lishiga qaramasdan, og'iz shilliq pardasida kandidoz xastaligi avj olishi mumkin. Shuningdek og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida kuchsiz og'riq sezgilari paydo bo'ladi. Yuqorida zikr etilgan ichki sekretiya bezlarining xastaliklari asosida sodir bo'ladigan kasalliklarni davolash maqsadida mahalliy davo tadbirlari qatorida pediatriklar bilan birgalikda asosiy sabablarga qarshi umumiy davo chora-tadbirlarining qo'llanilishi muhim ahamiyat kasb etadi va maqsadga muvofiq hisoblanadi.

7.11.5. Me'da, ichak, jigar kasalliklari

Bolalarda bunday xastaliklar mavjudligi oqibatida og'iz bo'shlig'ida, tilda karashlar paydo bo'ladi, surunkali milk yallig'lanishi, shilliq pardalarda suvli shishlar yuzaga kelishi mumkin. Organizm sezgirligining oshishi natijasida, og'iz shilliq pardasida surunkali tarzda kechuvchi yarali (aftoz) stomatit xastaligi kelib chiqishi kuzatilgan.

Jigar to'qimasining surunkali yallig'lanishi oqibatida trombopeniya (qonda trombotsitlarning keskin kamayishi) kuzatiladi va natijada og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida qontalash va qon oqish belgilari paydo bo'ladi.

Buyrak xastaliklarida og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kataral yallig'lanish jarayoniga uchraydi. Qizarib shishinqiragan shilliq pardaning tez-tez qonashi va ikkilamchi mikroblar natijasida nospetsifik infeksion stomatitlar aniqlanadi. Oqibatda og'ir kechuvchi surunkali buyrak xastaligi - uremiya (siydikning qonga o'tishi) kelib chiqadi. Uremiyada og'iz bo'shlig'i pardasi oqish tusga kiradi, uning namlanishi buziladi, so'lak quyuqlashadi, tilda qalin karashlar hosil bo'ladi va

og'izdan ammiak hidi anqiydi. Ko'pchilik hollarda to'qima nekrozlari yuzaga keladi.

Yurak-qon tomir kasalliklarida og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining holati sistemada yuz bergan xastalik darajasiga, ya'ni qon aylanishining qay darajada buzilganligiga bog'liqdir.

Ma'lumki, qon aylanish me'yori buzilganda to'qimalarda kislorodga nisbatan tanqislik (gipoksiya) seziladi. Bu tanqislik kuchliroq bo'lsa, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi, lablarning qizil hoshiyasi ko'kimtir tus oladi. Katta qon aylanish doirasida qon dimlanishi aniqlansa, shilliq pardalarda shishinqirash, to'qimada suv yig'ilishi kabi noxush belgilar paydo bo'ladi.

Qon aylanishining II-III darajali buzilishlari bolalarda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida to'qimalar oziqlanishining (trofika) keskin yomonlashuviga, natijada og'ir nekrotik jarohatlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Bunday hollarda har qanday yengil mexanik ta'sir natijasida shilliq pardada tez kattalashuvchi va chuqurlashib, muskul qavatgacha, hatto suyak to'qimasigacha yetib boradigan, uzoq vaqt mobaynida bitmaydigan yarali jarohatlar paydo bo'ladi. Yuzaga kelgan yaralar atrofida to'qima infiltratsiyasi va qizarish (giperemiya) belgilari sezilmaydi. Nekroz oqibatida o'lgan to'qima uzoq vaqt ajralib tushmasdan turadi. Bemorlarda og'riq sezgilari kuchsiz, limfa tugunlarida o'zgarishlar deyarli sezilmaydi. Jarohatli yaralar bitishi sust kechadi va organizm umumiy ahvolining yaxshilanishiga bog'liq bo'ladi.

Xastalik davosi. Bemor bolalarni umumiy davolash muassasalariga yetkizi6 davo chora-tadbirlarini amalga oshirish zarur. Stomatolog-shifokor og'iz bo'shlig'i sanatsiyasini o'tkazishi, o'tkir tish qirralarini silliqlashi, ikkilamchi mikroblar ta'siriga qarshi kurashmog'i lozim. Jarohatlar mikroflorasining turini aniqlab, shilliq pardaga kerakli antibiotik eritmaları bilan ishlov bermog'i, yaralarni nekrozga uchragan to'qima qoldiqlaridan holi qilish maqsadida proteolitik fermentlardan (tripsin, ximotripsin va boshqalar 1 ml suvda 1 mg eritib) foydalanmog'i lozim. Nekrozga uchragan to'qimalardan tozalangan yarali jarohatlar yuzasiga to'qimalarning tiklanish xususiyatini kuchaytiruvchi vitaminli

moylar: oblepixa, na'matak, kungaboqar yoki tozalangan paxta moyi kabi malhamlar surtiladi. Og'iz bo'shlig'i tez-tez antiseptiklar bilan chayilib turilishi maqsadga muvofiq hisoblanadi.

7.11.6. Qon kasalliklari

Organizmدا qizil qon tanachasi - eritrotsitlar rivojlanish jarayoni (eritropoez)ning buzilishi va boshqa tur qamqonlik kasalliklarida odatda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi och pushti rangini yo'qotib, oqish tusga kiradi. Ayniqsa, bu kamkonlik belgisi milk va til shilliq pardasida yaqqol namoyon bo'ladi. Og'iz bo'shlig'ida boshqa xil o'zgarishlar kuzatilmaydi. Oq qon tanchalarining rivojlanish sikli (leykopoez) buzilishi oqibatida o'tkir va surunkali leykoz xastaligi yuzaga keladi. Buning natijasida ko'pgina bolalarda kasallikning ayniqsa og'irlashgan davrida og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida bir qadar o'zgarishlar vujudga keladi.(47-rasm) Oq qon tanachalari giperplaziyasi (ko'payib ketishi) ko'proq kattalarga xos bo'ladi, ammo bunday xolni kattaroq yoshdagi bolalar va o'smirlarda ham uchratish mumkin.

Shilliq pardadagi o'zgarishlar milkning kataral yallig'lanishi, til, tanglay, xalkum pardasi va murtaklarda nekrotik jarayonlarning yuzaga kelishi bilan baholanadi. Shilliq pardalarda oqish, kimyoviy ta'sirdagidek dog'lar paydo bo'ladi va ular sekin kattalasha boshlaydi. Atrof to'qimalarda hech qanday o'zgarish belgilari ko'rinmaydi. Leykoz xastaligida yuz beradigan trombositopeniya (trombositlarning son jihatdan kamayishi) natijasida jarohatlarda qon quyilish belgilari paydo bo'ladi va ulardagi o'lgan to'qimalar qo'ng'ir-jigarrang tusga kiradi. Nekrozga uchragan (o'lgan) to'qimaning atrofdagi sog'lom shilliq pardadan ajralishi (ostorjeniyе) sust kechadi. Ular sog'lom to'qima sathiga nisbatan ko'tarilib, nekrotik tiqinlarni hosil qiladi. O'rab turgan epiteliy to'qimasi tiklanish jarayonida tiqinlar ostiga o'sib kiradi va tiqinlar ajralib tushgandan keyin ular o'rnida tez bitib ketadigan kichik jarohat yuzalari ko'rinadi.

To'qimalarning o'lish (nekroz) jarayonlari tomirlarda trombozlar hosil bo'lishi, infiltratlarning parchalanishi, to'qima trofikasi buzilishi oqibatlarining natijasidir. Yuqorida zikr etilgan xastaliklarda

glyukokortikoid preparatlarining uzoq muddat davomida qabul qilinishi va organizmdagi immunologik himoya vositalarining pasayishi kandidozli yallig'lanish jarayonlarni vujudga keltirishi mumkin.

O'tkir leykozlarining boshlanishi odatda o'tkir yuqumli xastaliklarga xos bo'lgan klinik belgilar bilan kuzatiladi. Oqibatda uzoq muddat mobaynida noma'lum bo'lib qoladi. Yuqumli xastaliklarday farqli o'laroq, og'iz bo'shlig'ida o'zgarishlarning aniqlanishi ko'pgina hollarda bemorlarni stomatolog-shifokorlarga murojaat qilishga majbur qiladi. Shuni hisobga olgan holda davo tadbirlari natija bermagan og'iz bo'shlig'i jarohatlari bilan to'qnashganda albatta bemor qonini laboratoriya usulida tekshirib ko'rish zarur. Tekshirish natijalari osonlik bilan bemorda qon kasalligi borligini ko'rsatadi.

Aplastik va gipoplastik anemiya (kamqonlik). Xastalik og'ir klinik belgilar bilan kechib, suyak kumigi(iligi)ning og'ir jarohatlanganligini ko'rsatadi. Bu bolalar umumiy ahvolining og'irlashuvi, og'iz bo'shlig'ida to'qimaning o'lishi bilan sodir bo'ladigan nekroz belgilarining mavjudligi, og'izdan qo'lansa hid tarqalishi, shilliq pardalarda qon quyilish belgilarining aniqlanishi, milk va burun qonashi belgilari bilan namoyon bo'ladi.(48-rasm)

Gemofiliya - qon ivishining buzilishi bilan og'rigan bemor bolalarning og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida odatda to'qimada qon quyilish belgilari bo'lmaydi, biroq milklarning tez-tez qonashi, olingan tishlarning chuqurchasi va pulpasi ochiq tishlarning kariyes kovaklaridan qon oqish hollari kuzatiladi.

Qon kasalliklariga davo qilish. Bolalarda qon yaratuvchi organlarning xastaliklari aniqlangan taqdirda, ularni gematologik (qon kasalliklari) bo'limlarga yotqizib, pediatri-gematolog shifokorlar bilan bamaslahat davolash chora-tadbirlarini qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Bunday hollarda stomatolog shifokorlarning asosiy vazifasi og'iz bo'shlig'i sanatsiyasini o'tkazish, o'tkir mexanik jarohatlarga sabab bo'luvchi tishlar va qo'yilgan plombalarning o'tkir qirralarini silliqlash, muntazam ravishda har kuni erinmasdan og'iz bo'shlig'i shilliq pardasini og'riqsizlantirib, antiseptiklar va proteolitik fermentlar

yordamida tozalashdan iborat. Shilliq parda to'qimasining tiklanishini ta'minlovchi shifobaxsh moylar, malhamlarni surtish yaxshi natijalar beradi.

Pediatr-gematolog shifokorlar asosiy kasallikka qarshi umumiy davolash ishlarini amalga oshirishlari lozim.

O'zlashtirish darajasini aniqlash uchun savollar:

1. Vitaminlar tanqisligi natijasida og'iz bo'shlig'i va lablarda qanday o'zgarishlar yuz beradi?

2. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida ichki sekretsia bezlarining xastaliklari bilan bog'liq holda ro'y beradigan o'zgarishlar haqida so'zlab bering.

3. Jigarning surunkali xastaliklarida og'iz bo'shlig'ida qanday belgilar kuzatiladi?

4. Og'iz bo'shlig'ida yurak-qon tomir yetishmovchiligi natijasida aniqlanadigan o'zgarishlar haqida so'zlab bering.

5. Uremiya bilan kechuvchi buyrak xastaligida og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida qanday belgilar mavjud bo'ladi?

6. Oq qon kasalliklarida og'iz bo'shlig'ida, qayd etiladigan o'zgarishlar haqida gapirib bering.

7. Umumiy sistema xastaliklarida og'iz bo'shlig'ida kuzatiladigan o'zgarishlarni davolashda qanday yo'l tutiladi?

7.11.7. Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS)

OITS- orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi bo'lib, odam immunitet tanqisligi virusi bilan chaqiriladigan infeksiyon kasalligi ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Etiologiya-odam immuniteti tanqisligi virusi infeksiyon kasallikni keltirib chiqaradi, bu OIV – infeksiyasi nomi bilan yuritilib, orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bunda organizmni shartli patogen mikroorganizmlarga umumiy moyilligini pasayishi kuzatiladi va onkologik kasalliklarga moyillikni oshishi bilan kechadi.

Immunitet tanqisligi virusi(OIV) retroviruslar guruhiga kirib, odam geniga o'rnamshib oladi. OIV T4 – limfotsitlarni zararlab, ularni nobud bo'lishiga olib keladi. Natijada hujayra immuniteti buziladi va virus bilan zararlangan organizm shartli-patogen mikrofloraga rezistentligini yo'qotadi va u nospetsifik infeksiyalar va o'smalarga ta'sirchan bo'lib qoladi, ya'ni OITS rivojlanadi.

Kasallik zaxarlanish manbai OIV bilan zararlangan odam yoki virus tashuvchi hisoblanadi. Kasallik kishidan aksariyat hollarda jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi. Ammo, goho u bemorlarga qon quyilganda, qondan tayyorlangan boshqa dorilar, shprints ignasi, stomatologik asboblari va ginekologik asboblari orqali yuqadi. Yana homilador ayoldan homilaga, tug'ish vaqtida qondan, tuqqanidan keyin esa uning sutidan o'tishi mumkin.

Bemorda bu virus umr bo'yi qoladi va shu davrda u infeksiya yuqtiruvchi hisoblanadi. Kasallik o'tkir va surunkali bo'ladi. O'tkir turida virus yuqqanidan keyin bir yoki bir necha haftadan so'ng klinik belgilari yuzaga chiqadi: tana harorati oshadi, bemor tunda ko'p terlaydi, terisiga toshmalar toshadi, boshi og'riydi, to'xtovsiz yo'taladi va limfa tugunlari kattalashadi.

Surunkali turida bemorga infeksiya yuqqanidan keyin qariyb 20% hollarda 5 yildan keyin, 50% 10 yildan keyin ham kasallik belgilari namoyon bo'lishi mumkin.

Klinika. OIV infeksiyasi kechishini to'rtta davrga bo'lish mumkin. OIV infeksiyasini o'tkir davri zaxarlanishidan bir yoki bir necha haftadan so'ng rivojlanishi mumkin. Bu davrda OIVga seropozitiv reaksiya manfiy bo'lib, u 6-12 haftadan so'ng kuzatiladi. Bu davrni klinik belgilari – isitmaning ko'tarilishi, limfadenopatiya, kechki terlashlar, bosh og'rig'i va yo'tal ko'rinishida namoyon bo'ladi.

I davri hech qanday simptomlar yoki persistirlangan tarqoq limfadenopatiya (PTL) ko'rinishida kechadi. Bunda chov sohasidan tashqarida joylashgan diametri 1 sm dan oshgan bir yoki bir necha limfa bezlari kattalashuvi kuzatiladi. Bunday holat 3 oy va undan oshiq davom etishi mumkin.

2 davri OITS bilan bog'langan kompleks deb atashadi. Uning uchun quyidagi belgi va simptomlar xos: tana vaznining kamayishi, ich buzilishi, holsizlik, uyqusizlik, ishtahaning yo'qolishi, hotiraning pasayishiga olib keluvchi nevrologik holatlar. Ushbu belgilar davri qaytalanib turadi. Bu davr teri va shilliq qavatdagi o'zgarishlar bilan kechadi: sochli leykoplakiya, o'rab oluvchi temiratki, surunkali qaytalanuvchi herpes.

3 davri oraliq davr nomi bilan yuritiladi. Bu davr kasallikni erta simptomlari namoyon bo'lgandan keyin hosil bo'ladi. Lekin kasallikni butun klinikasi namoyon bo'lmaydi. Og'iz bo'shlig'ida 3 davrida kandidoz, sochli leykoplakiya, o'tkir gerpetik stomatit yoki surunkali herpesni o'tkirlashuvi kuzatiladi. Alveolyar pnevmoniya, o'pka sili rivojlanishi mumkin.

4 davrida OITSni butun og'ir klinikasi namoyon bo'ladi. Bu shartli patogen infeksiya chaqirgan har xil yallig'lanish jarayonlarini rivojlanishi. Kaposhi sarkomasi kabi o'smalarni hosil bo'lishi bilan kechadi. O'smalarni hosil bo'lishi hujayra immunitet tanqisligi bilan bog'liq bo'ladi. OITS infeksiyalariga protozoily invaziyalar (pnevmonsistli pnevmoniya, toksoplazmoz) yoki virusli (tsitomegaliya) bakteriyali va zamburug'li invaziya xos. Shu davrda limfomaning og'ir shakllari, kaxeksiya va nevrologik o'zgarishlar (nevropatiya, hotiraning pasayishi, aql zaiflik) kuzatiladi.

Organizmni immunitet himoyasiga zararli ta'sir ko'rsatadigan OIV infeksiyasini kirganligini birinchi belgilari og'iz shilliq qavatidagi o'zgarishlar hisoblanadi.

OIV infeksiyasi bilan bg'liq bo'lgan og'iz shilliq qavati kasalliklariga kiradi:

- kandidozning klinik formalari;
- og'iz bo'shlig'i bakterial infeksiyalari;
- og'iz bo'shlig'i virusli infeksiyalari;
- paradontitning agressiv shakllari (VICH - paradontit);
- surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit;
- ideopatik trombotsitopenik purpura;
- kserostomiya bilan kechuvchi so'lak bezi asalliklari;

- eksfoliativ xeylit;
- deskvamativ glossit;
- sochli leykoplakiya;
- Kaposhi sarkomasi;
- yassi hujayrali rak.

Tug'ma OIV – infeksiyasining ko'p uchraydigan klinik belgilari bo'lib tana vaznining kamayishi, gepatosplenomegaliya, trombotsitopeniya, anemiya, gepatit, o'sishdan qolish, mikrotsefaliya, peshona qismi do'ngligi, burun qalinlashishi, qiyshiq ko'z, ko'z yorig'ining uzayishi, havo rang sklera, lixoradkaning tez qaytalanuvchi simptomlari, enantemalar, diareya, limfadenopatiyalar hisoblanadi.

Bolalarda kechuvchi OITS klinikasi kattalarnikidan farq qiladi:

1. Kaposhi sarkomasi, limfomalar kam uchraydi.
2. Gepatit V virusi bilan zararlanishi kam kuzatiladi.
3. Gipergammaglobulinemiya – ko'p kuzatiladi.
4. Limfopeniya – ko'p uchraydi.
5. Limfoidli interstitsial pnevmoniya.
6. Bakterial sepsis – o'limga olib boruvchi sabablardan biri hisoblanadi.
7. OIV – infeksiya boshlanishida o'tkir mononukleozga xos o'zgarishlar ko'p kuzatiladi.
8. OIV – infeksiya kechishida MNSning birlamchi zararlanganligini ko'rsatuvchi aniq psixonevrologik simptomatika kuzatiladi.

7.1.7.1. Kandidoz.

OIV infeksiyasi bilan zararlanganlardagi ko'p uchraydigan og'iz ichidagi ko'rinish hisoblanadi. Ko'proq o'tkir psevdomembranoz kandidoz uchraydi. OIV bilan zararlanganlarda kandidoz oylab davom etadi, shuning uchun o'tkir degan nom o'z kuchini yo'qotadi. Klinik ko'rinishlari oddiy kandidozga xos. Shilliq qavatda kulrang-oqish karash bo'lib, suzmali massani eslatadi. Karash shpatel bilan yengil olinadi, uning ostida qizargan shilliq qavat ko'rinadi. Asosan lunj, til, og'iz tubi, tanglay, milk shilliq qavatlarida joylashadi. Ko'rilganda kandidozni leykoplakiya, qizil yassi temiratkidagi xuddi shunday belgilar bilan

farqlay bilish kerak. O'tkir atrofik kandidoz og'iz shilliq qavatini allergiyadagi, S, V1, V2, V6 gipovitaminozidagi zararlanishlarini eslatadi. Zararlanish asosan tildagi giperemiya o'chog'i ko'rinishida uning o'rta chizig'i bo'ylab joylashadi; ipsimon so'rg'ichlar atrofiyalanadi.

Surunkali giperplastik kandidoz kam uchraydi, lunj, qattiq va yumshoq tanglay shilliq qavatini ikki tomonida joylashadi. Zararlanish og'iz chetlarida joylashganda ko'proq kandidozli xeylit va epiteliy giperplaziyasi ko'rinishidagi yoriqlar hosil bo'ladi, yoriqlar vaqt o'tishi bilan kattalashib, qattiq qobiqli yaralarga aylanadi. Og'riq hissi ko'p hollarda kuzatilmaydi yoki sezilmas darajada bo'ladi, achishish hissi kuzatiladi.

7.1.7.2. O'tkir yarali – nekrotik gingivostomatit.

Kasallik kutilmaganda boshlanadi, lekin tish tozalaganda milkdan qon ketishi bilan ham boshlanishi mumkin. Kasallik belgilari 3-4 haftada yo'qolishi mumkin, lekin ko'pincha qaytalaydi. Milk qizargan, shishgan. Milk qirg'oqlari, tishlararo milk so'rg'ichlari nekrozlangan, sariq kulrang karash bilan qoplangan, atrof to'qimalar bilan mustahkam birlashmagan. Kasallik rivojlanib boradi va ko'pincha milk yumshoq to'qimalarining yo'qotilishiga, suyak strukturalarining sekvestrlanishiga olib keladi.

Prodromal davrida holsizlik, subfebril tana harorati, bosh og'rig'i, og'iz bo'shlig'ida ko'plab nekrotik elementlar kuzatiladi. Intoksikatsiya belgilari o'sib borib, tana harorati ko'tariladi, regionar limfadenit belgilari yuzaga keladi. Og'riq kuchliligidan bolada ishtaxa yo'qoladi, gipersalivatsiya kuzatilib, og'izdan noxush hid keladi.

Davolash: simptomatik

1. Piromekain aerezoli bilan og'riqsizlantirilgch N_2O_2 , furatsillin va fermentlar bilan mexanik ishlov beriladi.
2. Yallig'lanishga qarshi malhamlar va keratoplastiklar qo'llaniladi
3. Dezinfeksiyalash maqsadida romazulon, shalfey eritmalari bilan chayish tavsiya etiladi.

7.1.7.3. Virusli infeksiyalar.

OIV bilan zararlanganlar uchun og'iz shilliq qavatini oddiy herpes bilan zararlanishi xos. Bunda qaytalanuvchi va qiyin kechuvchi gerpetik stomatit yuzaga keladi. Og'iz bo'shlig'ini zararlanishi bilan biralikda jinsiy a'zolarining shilliq qavatlarinnig zararlanishi kuzatiladi. Zararlanish atipik kechadi. Uzoq muddatli va og'riqli bo'ladi. Vezikulalar tilda, yumshoq tanglayda, og'iz tubida, lablarda paydo bo'ladi va tezda eroziyalarga, eroziyalar katta yaralarga(3-5 sm) aylanadi. Yaralar noto'g'ri shaklda, chetlari ko'tarilgan, kraterga o'xshash bo'ladi. Uning tubi to'q qizil rangda bo'lib, kulrang-oqish karash bilan qoplangan bo'ladi. Vaqtida davolanmasa, o'tkirlashadi, hajmlari kattalashadi. Bu esa virusli gerpetik infeksiyani visseral a'zolarga disseminatsiyasiga va klinik kechishini og'irlashuviga hamda o'limga olib keladi. OIV bilan zararlangan shilliq qavat o'rab oluvchi herpes va virusli so'gallar bilan zararlangan bo'ladi. Ular tugunli zararlanishlar ko'rinishida bo'lib, so'rg'ichlar shaklidagi do'ngliklarda joylashadi.

7.1.7.4. Sochli leykoplakiya

Sochli leykoplakiya OIV bilan zararlanishning seropozitiv davrida uchraydi, bu esa immunitet tanqisligiga va OIV infeksiyasiga shubxa tug'ilishiga sabab bo'ladi. Adabiyotlarning oxirgi ma'lumotlariga ko'ra 98% sochli leykoplakiya kasallarida OIV seropozitiv bo'ladi.

Sochli leykoplakiya kattaligi va joylashuvi bo'yicha 1 yoki 2 tomonli bo'lishi bilan farqlanadi. Klinik jihatdan sochli leykoplakiya vorsinkalar shaklida bo'ladi. Ular shilliq qavat yuzasidan sochlarni eslatuvchi vorsinkalar ko'rinishida ko'tarilib turadi. Vorsinkalar shilliq kavat yuzasiga zich fiksatsiyalangan va ularni qirib olish qiyin bo'ladi. Sochli leykoplakiya tilni yon yuzalarida, uning orqa qismlarida uchraydi.

7.1.7.5. Kaposhi sarkomasi

OITSni ko'proq uchraydigan kasalliklaridan hisoblanadi. O'sma limfatik tomirlardan hosil bo'ladi. OIV infeksiyasida 30% hollarda Kaposhi sarkomasi kelib chiqadi. Kaposhi sarkomasi ko'proq tanglayda, kamroq milk shilliq qavatida kuzatiladi. Ular ko'kimtir, qizil yoki qora

dog'lar ko'rinishida, boshlang'ich davrlarda yassi shaklida bo'ladi. Keyinchalik ular to'qlashib, hajmlari kattalashib, bo'lakchalarga bo'linib qoladi. Yaralanishlar ko'proq shilliq qavatlarida kuzatiladi. Og'iz bo'shlig'idagi yaralanishlar yaralanish davrigacha og'riqli bo'ladi. Milkda joylashgan Kaposhi sarkomasi epulisni eslatadi.

OIV infeksiyasi tashxisida laboratoriyada viruslar, maxsus antiteloni topilishiga yordam beradi. Ko'proq ELISA immunosorbent analiz va immunoblast yoki teskari immunoflyuorensiya reaksiyalari qo'llanadi. OIV infeksiyasini o'rganishda immunologik statusga ahamiyat beriladi. OIV bilan zararlanganlarda T xelperlar bilan T supressorlarning nisbati buziladi, monotsit va limfotsitlar sonining kamayishi, immunoglobulinlarning, ayniqsa A va G sonining ko'payishi kuzatiladi.

7.1.7.6. OIV bilan zararlanishning oldini olish.

OIV infeksiyasini oldini olishning samarali usullaridan biri sterilizatsiya va dezinfeksiya qoidalarining buzilmasligi. OIV tarqalishini oldini olish uchun infeksiyon agentlarni qon orqali yuqishi bartaraf etilishi kerak.

OIV infeksiyasi bilan kurashish yo'llari:

1. Qon va boshqa organizm suyuqliklari bilan ishlaganda xavfsizlik qoidalariga rioya qilish
2. In'eksiya va boshqa muolajalarda xavfsizlikka rioya qilish
3. Sterilizatsiya va dezinfeksiyani samarali olib borish

Stomatologik muolajalarning ko'pchiligi invaziv bo'lgani uchun stomatologlar OIV infeksiyasi bilan zararlanish xavfi bor. Shuning uchun stomatologlar, o'rta va kichik tibbiyot xodimlari ehtiyot choralarini ko'rishlari lozim. Qon va suyuqliklar bilan ifloslangan qo'llari sovuq suv bilan astoydil yuvilishi kerak. Bir marta ishlatidaigan asboblarni tashlab yuborish kerak.

Dezinfeksiya maqsadida 2% li glyuterol eritmasi, 30% li N_2O_2 eritmasi qo'llaniladi. Tozalangan instrumentlar 30 min. Davomida eritmada saqlanadi, qaynoq quruq havo bilan sterilizatsiya qilinishi kerak. Bormashina, nakonechnik va asboblari, xom ashyolar stoli gipoxlorid natriyning 4%li eritmali, xlorgeksidinlar bilan artiladi.

8 Bob. TISH KASALLIKLARIDA RENTGEN TASVIRINING TAHLILI

Kariyes xastaligida kariyes kovagi rentgen tasvirida dumaloq, oval yoki noto'g'ri shakldagi qattiq to'qimaning siyraklashgan yoki uning (toj qismining) chet sohalaridagi anatomik chegarasining buzilganligi kabi o'zgarishlar sifatida namoyon bo'ladi. Kovak chegaralari tekis bo'lmaydi. Bu hol ayniqsa tishlarning kontakt yuzalaridagi karioz kovaklarning rentgen tasvirida yaqqol ko'rinadi.

Odatda ko'z va asboblarni yordamida aniqlanishi mushkul bo'lgan yashirin kovaklarni tekshirish maqsadida (kariyes kovak plomba ostida, toj yoki ildizlar sohasida, kontakt yuzalarida bo'lsa), rentgen nuridan foydalaniladi. (55,56-rasmlar).



55-rasm. Kariyes kavagi 76 tishlarning bir-biriga qaragan distal va medial sathlarida joylashgan



56-rasm. 6 tishda kariyes kavagining namoyon bo'lishi. Shu tishning medial (oldingi) ildizi sohasida granulematoz periodontit.

Olingan rentgen tasviri kariyes jarayonining qay darajada chuqur kechayotganligini ko'rsatadi. Kariyes xastaligining dog'li davrini rentgen tasvirida odatda aniqlab bo'lmaydi. Yuza kariyes jarayoni tish qattiq to'qimasining chetida joylashgan taqdirda, jarohat zonasi aniqroq ko'rinadi. O'rta va chuqur kechuvchi kariyesda emal va dentin to'qimasida hosil bo'lgan yemirilish aniq va ravshan ko'rinadi. Plomba ostidagi ikkilamchi kariyes kovagi aniq ravshan (negativda qoraygan dog', pozitivda rangsiz oqish) bo'shliq sifatida aks etadi. Aynan shunga o'xshash tasvirni plomba ostiga ajratuvchi vosita sifatida qo'yilgan tagliklar ham hosil qiladi. Ular odatda rentgen nurini qaytarish xususiyatiga ega bo'lmaydi (kalnitsin, suvli dentin va x. k.) Lekin ikkilamchi kariyes hosil qilgan bo'shliqning chegaralari notekis, o'ydin chuqur bo'lishi patologik jarayondan darak beradi.

8.1. Pulpitlarda rentgen tasvirining tahlili

Surunkali kechadigan pulpa yallig'lanishida rentgen tasvirida periodont to'qimasida periodontit xastaligiga xos bo'lgan o'zgarishlarni ko'rish mumkin. Periodont to'qimasining notekisligi, bir muncha kengayganligi surunkali kechuvchi gipertrofik pulpit va surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit uchun xosdir. Biroq, ko'p ildizli tishlar (molyar) ildizlarining ajralish (bifurkatsiya) sohasidagi qattiq to'qima strukturasidagi buzilish (destruksiya), siyraklashish, yemirilish faqat granulyatsiyalanuvchi surunkali periodontitdan darak beradi.

Yuqorida zikr etilganlardan (pulpitga davo) bizga ma'lumki, pulpa yallig'lanishida davo usullari sut tishlari ildizlarining so'rilish yoki shakllanish holatini hisobga olgan holda tanlanadi. Ildizlarning u yoki bu holatini esa faqat rentgen tasviriga qarab aniqlanadi.

Tish pulpasida kechayotgan distrofik o'zgarishlar pulpa va ildiz bo'shlig'i devorlarida dentikllarning hosil bo'lishi bilan bog'liqdir. Rentgen tasvirida hosil bo'lgan dentikllar och rangli pulpa bo'shliqlarida qoramtir dumaloq donachalar shaklida aks etadi. (57- rasm). Ba'zan hosil bo'lgan qattiq strukturali dentikllar pulpa bo'shlig'ida joylashgan nerv tolalarini siqib, nevralfiyaga xos og'riqlarni paydo qiladi. Xastalikni to'g'ri aniqlashda bizga faqat rentgen tasvirigina yordam beradi.

Kamdan - kam hollarda rentgen tasvirida, ba'zan dentin to'qimasining ideopatik (favqulodda kuchli) so'rilish hollari ham uchraydi.

Bu tariqa dentin qatlamining so'rilishi (rezorbsiya), tish kovagining ichki qismidan boshlanishi ajablanarlidir. Gistologik tadqiqotlar tish pulpasida bunday paytda qo'shuvchi to'qima elementlarining ko'payganligini, unda qon tomirlarga boy bo'lgan granulyatsiyanuvchi to'qima hosil bo'lganligini va uning atrofini odontoblast hujayralari o'rab olganligini ko'rsatadi. So'rab - surishtirilganda ayrim hollarda xastalangan tish bir paytlar kuchli mexanik ta'sir ostida bo'lganligini aniqlash mumkin.

8.2. Periodontit xastaligida rentgen tasvirining tahlili

Ma'lumki, periodont to'qimasi yallig'lanishining ayniqsa surunkali kechadigan turlarida uni o'rab turgan atrof to'qimalar (alveolyar suyak to'sig'i, suyak pardasi, sement va dentin) ham jarohatlanadi. Bunday qattiq to'qimalarda sodir bo'ladigan o'zgarishlar panoram rentgen tasvirida yaqqol namoyon bo'ladi.

O'tkir cho'qqi periodont yallig'lanishida klinik belgilarning kuchli namoyon bo'lishiga qaramasdan rentgen tasvirida periodont to'qimasida deyarli o'zgarish kuzatilmaydi. Ayrim hollarda cho'qqi teshigi atrofida periodont tirqishining ozroq kengayganligi kuzatiladi.

Surunkali granulyatsiyanuvchi periodont yallig'lanishida uni o'rab turuvchi qattiq to'qimalar (tsement, dentin, alveola suyagi, g'ovak suyak) kuchli yemirilish jarayoniga uchraydi. Tish ildizining sathi o'zining silliqligini yo'qotib, unda o'ydim chuqurlar hosil bo'ladi va jimjimali shaklni oladi.

Rentgen tasvirida tish ildizning cho'qqi sohasida parodont to'qimasi (me'yordagi holati)ning buzilganligini, alveola kompakt suyagining yemirilishini ko'ramiz. Ildiz cho'qqisini o'rab turuvchi suyak to'qimasining notekis to'lqinsimon struktura buzilishi va yemirilishi oqibatida suyakning jarohatlangan zonada nur o'tkazish qobiliyati kuchayganligi kuzatiladi.

Granulyatsiyanuvchi periodontit uchun suyak to'qimasining notekis yemirilishi o'ziga xos xususiyatdir. Shu bilan birgalikda sement

va dentinning yemirilishi oqibatida ildiz relefining o'zgarishi, ayrim hollarda esa ildizning qisqarishi hollarini ko'rish mumkin. SHy bilan birgalikda bolalarda ko'pgina hollarda yiring yo'li ham tasvirdan o'rin opishi mumkin. Bundan tashqari ko'p ildizli sut tishlarida ildizlar orasidagi suyak to'qimasining yemirilib siyraklashuvi (osteoporoz) bolalar yoshida xususiy hol hisoblanadi.(60-rasm)

Surunkali granulematoz periodontit xastaligida ildiz cho'qqisida oddiy tish granulemasi yoki murakkab kistali granulema hosil bo'lishi xususiy xoldir. Tish ildizi sohasida bunday granulyatsiyalanuvchi to'qima hosil bo'lishi, atrof suyak to'qimasining tekis dumaloq shakldagi, chegaralari aniq ko'rinuvchi jarohatli yemirilishiga sabab bo'ladi.

Rentgen tasvirida tish ildizining cho'qqi qismida dumaloq yoki oval shaklidagi, chegarasi aniq ko'rinuvchi suyak to'qimasining yemirilgan o'chog'i paydo bo'lgani kuzatiladi. (58,59-rasmlar)



58-rasm. V surunkali periodontit. Tishlar ildizlari orasidagi suyak to'qimasining siyraklashuvi.(osteoporoz). Ortopantomogramma.

Bu xil suyak Jarohati sohasida suyak to'qimasining po'stloq (kortikal) plastinkasi yemirilgan bo'ladi. Negativ tasvirda bunday jarohat sohasi qoramtir, pozitiv tasvirda esa sog'lom to'qimadan oqish tusi bilan ajralib turadi.

Surunkali fibroz periodont yallig'lanishida periodont to'qimasida chandiqli fibroz qo'shuvchi to'qima vujudga keladi. Bunday hollarda

periodont tirqishi kengayib, ildiz choʻqqisida yoki butun ildiz sathi buylab sement toʻqimasining qalinlashuvi (gipersementoz) qayd etiladi.

Rentgen tasvirida periodont tirqishining kengayganligi ildiz choʻqqi qismida, ayniqsa ravshan koʻrinadi. Shu bilan bir qatorda ildiz choʻqqisining birmuncha qalinlashuvi va deformatsiyasini koʻrish mumkin.



59-rasm. IV-V tishlar surunkali periodontiti. Panoram rentgenogramma.



60-rasm. $\overline{4\ 5\ 6}$ tishlar kariyesi. $|4\ 5$ tishlarning ildizlari sohasida granulyomalar.



61-rasm. $\overline{1}$ fibrozli periodontit;
 $\overline{2}$ granulyatsiyalanuvchi periodontit.

III. QISM. STOMATOLOGIK KASALLIKLAR PROFILAKTIKASI.

1 bob. Tishlar kariyesi va paradont kasalliklari paydo bo'lish shart-sharoitlari.

1.1. Tish yuzasida hosil bo'ladigan karashlar va toshlar (cho'kmalar)

Inson hayot faoliyati davomida tishlarning yuzasida hosil bo'ladigan tuzilmalar-karashlar, toshlar yoki cho'kmalar tish qattiq to'qimalari va paradont to'qimalari kasalliklarini yuzaga kelishida muhim o'rin tutadi. Bugungi kunda adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlar va xususiy ma'lumotlarga tayanib N. G. Paxomov (1981) tish ustida hosil bo'lishi mumkin bo'lgan yot jinslar-karashlar, cho'kmalarning tasnifini tavsiya qiladi.

Tish karashlari va toshlari tasnifi:

I. Minerallashmagan tish yumshoq karashlari:

- a) pellikula
- b) tish usti karashi (blyashka)
- v) oq yumshoq karash
- g) ovqat qoldiqlari

II. Minerallashgan tish toshlari

- a) milk usti tish toshlari
- b) milk osti tish toshlari

1.1.2. Minerallashmagan tish karashlari.

Tish pellikulasi-inson hayot faoliyati davrida o'zlashtirgan tishning anatomik strukturasi hisoblanuvchi kutikula o'rnida paydo bo'lgan yumshoq karash hisoblanadi. Pellikula tishlar chiqqandan so'ng ular yuzasida so'lak tarkibiga kiruvchi glikoproteinlar hosilalarining emal yuzasiga adsorbsiyalanib o'tirib qolishidan hosil bo'ladi. Tishlar yaxshilab cho'tka pasta yordamida tozalanganda pellikulalar yemirilib tozalanadi. Pellikuladan holi qilingan tish yuzasi so'lak bilan uzviy

muloqotda bo'lib turishi natijasida pellikula o'zini juda qisqa vaqt ichida yana tiklaydi. Pellikula strukturasi tuzilma bo'lib tish yuzasiga juda yaxshi adgeziv yopishish xususiyatiga ega bo'lishi bilan bir qatorda o'z navbatida bakteriyalar uchun tanlab yopishib, koloniyalar hosil qilib ko'payishiga sabab bo'luvchi, qulay manbaa bo'lib hisoblanadi.

Tish emali yuza qavatida kechishi mumkin bo'lgan diffuziya jarayoni va o'tkazuvchanlik ko'p hollarda pellikula mavjudligi va uning xususiyatlariga bog'liqdir. Tishda paydo bo'lgan pellikula qobig'i bir tomondan ma'lum bir darajada emal strukturasi himoya qilsa, ikkinchi tomondan uning qalinlashib, ko'payib ketishi emaldagi diffuziya jarayonini me'yorda kechishiga halaqit beradi.

Tish blyashkasi-vaqt o'tishi va og'iz bo'shlig'i shaxsiy gigiyenasiga rioya qilmaslik natijasida pellikula ustida tish karashi-blyashka hosil bo'ladi. Bu karash zich tuzilma bo'lib, oqsil, polisaharid, lipid va bir qadar anorganik moddalar (kalsiy, fosfatlar, magniy, kaliy, natriy) dan hosil bo'lgan asosga kirib, koloniyalar hosil qilgan mikroorganizmlardan iboratdir.

Tish usti karashi-blyashka rangsiz, yumshoq cho'kma bo'lib, maxsus tarkibida yod saqlovchi eritmalar yoki fuksin, eritrozin kabi bo'yoqlar bilan yaxshi bo'yalib aniqlanadi. Tish usti karashi og'izni chayish, cho'tka, pasta yordamida tozalashdan keyin ham tish bo'yin sohalarida notekis, silliq bo'lmagan yuzani hosil kilib turadi. Aynan mana shu sohada mikroorganizmlarning faol hayot faoliyati kechadi. Bu faoliyat natijasida fermentlar ishtirokidagi, faol parchalanish, bijg'ish, kislotalar hosil bo'lish jarayoni kuzatiladi. Blyashka tozalanib emal yuzasi ochilganda ba'zan emal sathida xiralashgan demineralizatsiya sohalarini ko'rish mumkin.

Bugungi kunda tish usti karashlarini kariyes va parodont yallig'lanishi xastaliklarini kelib chiqishidagi o'rni va ahamiyati to'liq aniqlangan. Bu tuzilmalar asosan mikroorganizmlarning emal yuzasiga adsorbsiyasi natijasida yuzaga keladi va navbatma-navbat kokksimon floralar, keyin tayoqchasimon va ipsimon bakteriyalarni qavatma-qavat joylashuvidan iborat kompleksdir. Tish usti karashi (blyashka) asosan ko'payuvchi mikroorganizmlar, epitelotsitlar, leykotsitlar va

makrofaglardan tashkil topgan. Tish usti karashlari quruq qismining 70% ni bakteriyalar, 20% ni organik va anorganik moddalar tashkil qiladi.

Tish usti karashi oddiy struktura tuzilishiga ega bo'lganligidan uning tarkibiy qismiga uglevodli molekulalar qiyinchiliksiz singib kiradi. Yumshoq, uglevodga boy ovqatlar is'temol qilinganda tish usti karashlari juda tez o'sadi va qalinlashadi.

Tish usti karashlari asosan tishning milk usti sathida, fissuralarga kirish sohasida, kontakt yuzalarda tez vujudga keladi. Karashlarning 80-85% i suv bo'lib, mineral moddalarning asosini kalsiy , anorganik fosfatlar va ftoridlar tashkil qiladi. Kalsiy moddasi tish usti karashlarida bakteriyalar, hujayralardan tashqari oqsillar, fosfatlar bilan bog'langan holda bo'lib, anorganik ortofosfat yoki organik birikmalar hosil bo'lishida ishtirok etadi.

Tish usti karashida ftoridlarning oz miqdorda borligi aniqlangan. Ftoridlarning karashlarda yig'ilishida bakteriyalarning o'rni bor. Bakteriyalar ftor moddasini o'z hujayralarida yig'adi va ularning o'lishi yoki parchalanishi natijasida ajralib chiqqan ftor ionlari kalsiy bilan birikib ftoridlarni hosil qiladi. Tish usti karashlarining 25-30% ini suvli faza hosil qiladi va u hujayradan tashqarida bo'lib, bakteriyalar uchun "inkubatsiya muhitini" yaratadi. Tish usti yumshoq karashlari oq, yashil, jigarrang tusda bo'lishi aniqlangan.

Oq yumshoq tish karashi maxsus bo'yoqlar bilan bo'yalmasdan ham ko'zga tashlanadi. Yumshoq oq karashlar asosan og'iz bo'shlig'i shaxsiy gigiyenasiga amal qilinmaganda, so'zlash va chaynash a'zolari tinch turgan paytlarda hosil bo'ladi. Bu turdagi karash og'izda hid paydo bo'lishini, ta'm bilish sezgisini o'zgartirishni ta'minlab, tish toshi hosil bo'lishida kristallanish markaziga aylanishi mumkin. Yashil yumshoq tish karashi, ko'pchilik hollarda bolalar va o'smir yoshlar tishlarida hosil bo'ladi.

Bunday karashlar asosan frontal tishlarning lab yuzasida yupqa qatlam sifatida yuzaga keladi. Yashil yumshoq karashlarning hosil bo'lishi xlorofill saqlovchi xromogen mikroorganizmlarning hayoti faoliyati bilan bog'liqdir.

Yumshoq, jigarrang tish karashi asosan chekuvchilarda uchraydi. Uning rangini to'q yoki ochligi nikotin va ko'p, oz chekishga bog'liqdir. Bu xil karashlar tish cho'tka va pastasi yordamida qiyinchilik bilan tozalanadi.

Jigarrang tish karashlari chekmaydiganlar og'iz bo'shlig'ida misli amalgama plombalari mavjud insonlarda va bronzadan, latun, misdan yasaladigan mahsulotlar tayyorlovchi kishilarda ham uchraydi.

Bunday karashlar bolalarda sut tishlarida so'lak bilan ko'p miqdorda qaytarilmagan temir moddasining ajralib chiqib, og'iz bo'shlig'ida oqsillar parchalanishi natijasida ajralib chiqqan oltingugurt bilan birikishi natijasida hosil bo'lgan bo'yovchi moddalarni adsorbsiyasi tufayli vujudga keladi.

Ovqat goldiqlari. tishlar qatorida mavjud bo'lgan retensiya sohalarida tiqilib qoladi. Ular lablar, lunjlar, tilning harakati va og'iz chayish paytida oson ko'chib tushib ketadi. Yopishqoq uglevodli ovqatlar, shirinliklar qabulidan keyin ularning bir qismi tishlarning retensiya nuqtalarida o'rnamehib qolib, achish va chirish jarayonini ta'minlab turadi. Mikroorganizmlarga ovqat mahsuloti bo'lib ularning metabolizmini ta'minlaydi. Natijada tish usti karashlaridagi mikroorganizmlar hayot faoliyati faollashadi. Mikroorganizmlar uglevodli ovqatlarni biyog'itish yo'li bilan sut kislotasi hosil qiladi, bu esa o'z navbatida tish emaliga ta'sir qilib demineralizatsiya jarayonini boshlanishiga sabab bo'ladi.

1.1.3. Minerallashgan tish toshlari

Insonlarda og'iz bo'shlig'iga bo'lgan e'tibor sodir bo'ladigan kasalliklar, og'izdan taraladigan har xil hidlar, noxush holatlar bilan bog'liqdir. Bunday holatni biz tishlar yuzasida minerallashgan cho'kmalar-toshlar paydo bo'lganda kuzatamiz. Tish toshlari minerallashish natijasida qotgan yoki qotayotgan massa bo'lib, milkka nisbatan joylashuviga qarab: milk osti va milk usti turlarga bo'linadi.

Milk usti toshlari. Milk usti toshlari milk qirrasi ustida joylashgan bo'lib, oson aniqlanadi. Milk usti toshlari odatda oqish, oq-sariq, jigarrang tusda bo'lib, qattiq, tez ushaladigan, loysimon konsistensiyada

ham bo'ladi. Bu tuzilmalarning rangi ovqat pigmentlariga, chekuvchilarda tamakiga bog'liq bo'ladi.

Tish toshini alohida bir tishda, tishlar guruhida va butun tishlar qatorida kuzatish mumkin.

Ko'pchilik hollarda milk usti toshi ko'plab yuqori chaynov tishlar lunj sathida, quloq oldi so'lak bezining og'iz bo'shlig'iga ochilish sohasida, pastki frontal tishlarning til yuzasida, til osti, jag' osti so'lak bezlar ochiladigan sohada yig'iladi.

Bugunki kunda milk usti toshlarining so'lakdan hosil bo'lishi isbotlangan. So'lak tarkibidagi mineral tuzlar konsentratsiyasi oshishi natijasida, ular tish usti yumshoq karashlari ustiga cho'kib, uni to'yintiradi. Tish toshlari o'smirlik davrida paydo bo'la boshlaydi va yosh kattalashgan sari ko'payib boradi.

Milk usti toshlarining kimyoviy tarkibini 70-90% anorganik, 10-30% ini organik moddalar tashkil qiladi. Anorganik qismining asosini-kalsiy fosfat - 75.9%, kalsiy karbonat - 3.1% va magniy karbonatlar hosil qiladi. Anorganik elementlar o'z miqdori bo'yicha quyidagicha taqsimlangan: kalsiy - 39%, fosfor-19%, magniy - 0,8%. Bulardan tashqari tish toshlari o'z tarkibida natriy, rux, stronsiy, brom, mis, volfram, alyuminiy, oltin kabi mikroelementlar saqlaydi.

Tish toshlarining organik tarkibi protein-polisaxarid kompleksi, qovjirab tushgan epiteliy, leykotsitlar va mikroorganizmlardan iborat.

Milk osti tish toshlari. Milk osti tish toshlari milk marginal sohasi ostida joylashgan bo'ladi va ularni oddiy ko'zda ko'ra olmaymiz.

Aniqlashning asosiy usuli zondlash. Aniqlangan tish milk osti toshlari odatda qattiq, to'q jigarrang yoki qoramtir-yashil tusda bo'ladi. Milk osti toshi tish bo'yin qismini o'rab olishga harakat qiladi va notekis sath hosil qilib tishlarga qattiq yopishgan bo'ladi.

Kimyoviy va struktura tuzilishi jihatidan milk osti toshlari milk usti toshlariga juda ham o'xshashdir. Bular asosan milk suyuqligidan hosil bo'ladi.

Struktura tuzilishiga ko'ra tish toshlari-bu minerallashib ohaklashgan tish usti yumshoq karashidir. Tish usti yumshoq karashi (blyashka) o'zida so'lakka nisbatan 20 marta ortiqroq kalsiy ni

adsorbsiya qilishi mumkin. Tish toshlari tez-tez hosil bo'lib turuvchi kishilarda tish usti karashlarida 3 hissa ko'proq fosfor bo'lishi aniqlangan. Bu esa tish toshlarining u yoki bu miqdorda hosil bo'lishida fosfor elementining o'rni borligini ko'rsatadi.

Tish usti yumshoq karashlarining minerallashib ohaklashishi va toshga aylanish jarayoni asosida kalsiy ionlarining proteínopolisaxarid kompleksi bilan birikishi oqibatida fosfat kalsiy kristallarining blyashka ustiga cho'kib, mikroorganizmlariga to'yinishi va massasining oshishi yotadi.

Tish usti toshlarini hosil bo'lishida ovqatning qattiq yumshoqligi ham muhim o'rin tutadi. Qattiq ovqatlar chaynash tish toshlarini hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi. Yumshoq ovqat iste'moli uning hosil bo'lishini tezlashtiradi.

1.2. Og'iz bo'shlig'i suyuqligi (so'lak)

Og'iz bo'shlig'ida va uning atrofida anatomik jihatdan mustaqil a'zo bo'lib hisoblanadigan ekzokrin so'lak bezlari joylashgan bo'lib, ular og'iz bo'shlig'iga so'lak suyuqligini ishlab chiqaradi. Bu bezlardan eng yiriklari: quloq oldi bezlari, jag' osti bezlari, til osti bezi hisoblanadi. Bundan tashqari son-sanoqsiz mayda bezchalar og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining barcha sohalarida sochilgan holda joylashgandir.

Mazkur bezlar ishlab chiqqan suyuqlik sekreti-so'lak deb ataladi. So'lak og'iz bo'shlig'iga ajralib chiqqandan so'ng unda mavjud bo'lgan erkin chiqindilar bilan aralashib, aralashgan so'lak yoki «og'iz bo'shlig'i suyuqligi» nomini oladi.

Yuqorida ko'rsatilgan tartibda hosil bo'lgan aralashgan so'lak og'iz bo'shlig'i a'zolari: tishlar va og'iz shilliq pardasining fiziologik me'yordagi faoliyatini ta'minlaydi. Og'iz bo'shlig'i suyuqligining tarkibida so'lak bezlari sekretidan, tashqari epetiliy hujayralari, leykotsitlar, mikroorganizmlar, ovqat qoldiqlari mavjud bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'i suyuqligining tarkibi va xususiyatlari ko'pchilik hollarda so'lak bezlarining to'laqonli faoliyatini organizmning umumiy ahvoli so'lak ajralish tezligi, ovqat qoldiqlarining tarkibi va og'iz bo'shlig'ining gigiyenik holatlariga bog'liqdir.

Odatda bir kecha kunduz mobaynida 500 ml ga yaqin soʻlak ajraladi. Bundan taxminan 200 ml ovqatlanish paytida, qolgan qismi esa nisbiy tinchlik vaqtida ajralib chiqadi. Yosh oʻtishi bilan soʻlak ajrayshi susayadi, bu esa ogʻiz boʻshligʻida joylashgan toʻqimalarga salbiy taʼsir koʻrsatadi. Misol tariqasida, quyidagi holatlarni keltirish mumkin: ogʻiz qurishi, ovqat yutishning qiyinlashuvi, soʻlak quyilishi gaplashishga qiynalish va tish qattiq toʻqimalari xastaliklarining, ayniqsa kariyes kovaklari koʻpayib ketishi va h. k.

Bugungi kun ilmiy maʼlumotlariga asosan ogʻiz boʻshligʻida soʻlak yumshoq toʻqimalar va tishlar yuzasini 0.1 mm qalinlikda koʻmb turarkan. Maʼlumki soʻlak ogʻiz boʻshligʻida mavjud boʻlgan vaqtda undan ajralib chiqqan moddalar shilliq parda va tish toʻqimalariga choʻkadi, shu bilan bir vaqtda ular sathidagi keraksiz mahsulotlar soʻlakda erib yuvilib ketadi. Shu nuqtai nazardan koʻrsatilgan qalinlikdagi soʻlakning tish yumshoq karashlari ustidan suzib, oʻtish tezligi uning tarkibiy qismlarining karashlar bilan boʻladigan modda almashinuvi jarayoni jadalligini belgilaydi. Bu tezlik ogʻiz boʻshligʻining barcha joylarida har xil boʻlishi tishlarning kariyes bilan kasalanishi ham har xil boʻlishini taʼminlaydi.

Soʻlak oʻz tarkibida 0.58% quruq modda saqlaydi va bu anorganik hamda organik moddalardan iboratdir. Anorganik moddalardan eng asosiysi mineral komponentlar boʻlib, (kalsiy, fosfor, fluor va boshqa mikroelementlar) ular yordamida soʻlak va emal toʻqimasidagi dinamik barqarorlikdagi muloqot saqlanib turadi.

Tishlar chiqib boʻlganidan soʻng ogʻiz suyuqligi emal toʻqimasining "etilishini" va uning kimyoviy tarkibini oʻzgarishini taʼminlaydi. Shu bilan birgalikda soʻlak tish emali sathida pellicula hosil boʻlishida ishtirok etadi. Pelliculalar oʻz navbatida oz boʻlsa ham kislotalarning emalga taʼsir etishida toʻsiq boʻladi. Yillar davomida soʻlak tarkibidagi mineral tuzlarga toʻyingan emal toʻqimasi yosh oʻtishi bilan kariyes kasalligiga nisbatan turgʻun boʻlib qoladi.

Fiziologik sharoitlarda tish toʻqimalari va uning atrofini oʻrab turuvchi muhit oʻrtasida barqarorlik mavjud boʻladi. Odatda aralash soʻlak kalsiy fosfat birikmasiga juda toʻyingan boʻlib, ular bilan emal

to'qimasining to'yinishiga, yaxshi sharoit tug'dirib beradi. Og'iz bo'shlig'idagi so'lakning ba'zi bir sabablarga ko'ra RN ko'rsatkichi pasayib ketishi va kislotalik muhitni kuchayishi natijasida, ayniqsa uglevodli ovqatlar iste'mol qilinganda so'lak kalsiy elementiga to'yinmay qoladi (konsentratsiyasi pasayadi). Bunday muhit tish emali tarkibidan kalsiy moddasini so'lakka yuvilib chiqishiga olib keladi. Kislotali muhit iloji boricha so'lakning bufer sistemasi (bikarbonat, fosfat va oqsillar ishtirokida) yordamida fiziologik holatarda neytrallanib himoyalanaadi.

Oqsillar, uglevodlar, erkin aminokislotalar, fermentlar, vitaminlar va ayrim organik kislotalar so'lakning juda muhim tarkibiy qismini tashkil qiladi. Oksillardan katta ahamiyatli mutsindir. Mazkur oqsil erkin kalsiy ionlarini o'ziga biriktirib olish xususiyatiga egadir. 1 molekula mutsin oqsili o'ziga 130 kalsiy atomini biriktirishi mumkin ekan. Mutsin oqsilning yana bir hususiyati shuki, u tish yuzasiga adsorbsiyalanib erimaydigan organik plyonka hosil qiladi. Bu bilan bir tomondan tish va shilliq pardani shikastlanishlardan himoya qilsa, ikkichi tomondan so'lak tarkibidagi mineral moddalar ionlarini diffuz tarzda tish qattiq to'qimalariga erkin o'tib turishiga to'sqinlik qiladi.

Og'iz bo'shlig'idagi so'lakning bakteritsid ta'sir etuvchi hususiyati uning tarkibida leykinlar, lizotsim, opsoninlar va bakteriolizinlar mavjudligi bilan bog'liq.

Aralash so'lak tarkibida bakteriyalar ishlab chiqqan fermentlar, so'lak bezlari ajratgan fermentlardan tashqari leykotsitlar parchalanishidan hosil bo'lgan fermentlar ham mavjud bo'ladi. Shuni ta'kidlash joizki, OG'IZ bo'shlig'ida kechadigan fermentlar ishtirokidagi jarayon ko'pgina hollarda og'iz bo'shlig'idagi ovqat qoldiqlarining miqdori, turi va mikroorganizmlarga bog'liq bo'lib, bu jarayonning faolligi og'iz bo'shlig'i gigiyenasi past hollarda yuqori kechadi. Og'iz gigiyenasining pastligi mikroorgnizmlarning ayrim shtamlari tomonidan ko'plab miqdorda organik kislotalar ishlab chiqilishiga sabab bo'ldi. Organik kislotalar esa o'z navbatida so'lak tarkibiga kiruvchi amilaza fermentini va boshqa fermentlar faolligini buzadi.

Bulardan tashqari aralash so'lakning muhim bo'lgan fibrinolitik, qon plazmasini qotiruvchi xususiyatlari bilan birgalikda gumoral, barer, immunitetni quvvatlab turish va og'iz bo'shlig'ini mexanik, kimyoviy hamda biologik tozalash kabi xususiyatlari nihoyatda muhim ahamiyat kasb etadi.

So'lakning rang-barang xususiyatlari og'iz bo'shlig'ida muhitning barqarorligini ta'minlab turadi.

1.3. Stomatologik kasalliklar profilaktikasida fluor saqlovchi birikmalarning ahamiyati.

1931 yilda flyuoroz xastaligi kimyoviy fluor moddasining organizm talab darajasidan yuqori bo'lgandagina sodir bo'lishi olimlar tomonidan aniq, ravshan isbotlanishi, keyinchalik bu kimyoviy element kariyes, parodont xastaliklari bilan ham aloqador bo'libgina qolmay ularning kelib chiqishida ham o'z o'rni borligi ma'lum bo'ldi. Amerikalik olimlar tomonidan (Din 1931) xol-xol dog'li flyuoroz bilan xastalangan bemorlarda kariyes jarayoni juda kam uchrashini aniqlanishi, shu asosda kariyes ko'p uchraydigan aholi ichimlik suvida sun'iy ravishda fluor miqdorini oshirish kariyes tarqalishi va jadalligini pasaytirishi mumkin degan xulosaga olib keladi.

Tarkibida fluor miqdori 1 mg/l va undan yuqori bo'lgan suv manbaidan suv ichib kelgan aholi suv manbaida fluor miqdori 0.1-0.3 mg/l bo'lgan aholi o'rtasida kariyes tarqalish ko'rsatkichi solishtirilganda fluor ko'p saqlovchi suv iste'mol qilgan aholi guruhida 50% gacha kariyes kam uchrashi aniqlangan. Iste'mol qilinadigan suvi tarkibida 1 mg/l fluor bo'lgan aholi o'rtasida flyuoroz kasalligi uchramasligidan kelib chiqib, suvda fluor miqdorining me'yori 0.8-1.2 mg/l ga teng deb qabul qilingan.

Birinchi marta Amerikaning ikki shaharlarida ichimlik suvini qo'shimcha sun'iy ravishda fluorlash kichik sarf-harajatlar talab qilsada, shu shaharlar aholisining ovqatlanishiga hech qanday o'zgarishlar kiritilmagan holda kariyes jadalligi ko'rsatkichini 60-70% ga pasayganligini ko'rsatdi. Bunday katta yutuqdan so'ng, boshqa

shaharlarda ham ichimlik suvini qo'shimcha fluor moddasi bilan boyitish joriy qilindi.

Fluor elementi inson organizmiga asosan suv orqali kirib unga bo'lgan talabni qondirishida asosiy o'rin tutsada, tabiatda kishilar organizmiga fluor olib kiruvchi boshqa manbalar (oziq-ovqatlar, ko'katlar, dori-darmonlar, pestitsidlar) ham mavjud. Shu bilan bir qatorda superfosfat, fosfor kislotasi, alyuminiy, oyna, sulfat kislota, plastmassalar va uglevodlar ishlab chiqaruvchi korxonalarda ham havoga fluor birikmalari ajralib chiqadi va inson nafas yo'llari orqali organizmga tushadi.

Floridlarni organizmdagi metabolizmini (almashinuvini) o'rganish shuni ko'rsatadiki, mazkur moddalar tish va suyak to'qimasini hosil qiluvchi minerallarga juda yaqin turarkan. Fluor saqlovchi elementlar skelet tuzilmalarning organizmida suyuqliklar oqib, yuvib turuvchi sohalarida yig'iladi. Bunday sohalarga dentin emalning yuza qatlamlari misol bo'ladi. Dentin to'qimasi pulpa qon tomirlari bilan bevosita aloqador bo'lsa, emal to'qimasining yuzasi doimo so'lak bilan yuvilib turadi.

Qon va so'lak tarkibidagi fluor saqlovchi birikmalar konsentratsiyasining miqdori inson organizmiga tashqaridan, ayniqsa suv orqali tushayotgan fluor moddasining miqdori bilan bevosita bog'liqdir. Tish qattiq to'qimalarida fluor saqlovchi mineral tuzlar emalning homiladorlik va bola tug'ilgandan so'ng (1-3 doimiy tishlar shakllanishi davrlarida eng ko'p yig'ilishi aniqlangan. Bu davrlarda sut va doimiy tishlar emal to'qimasi jadal suratlar bilan mineral tuzlarga to'yina boshlaydi.

So'lak tarkibidagi fluoridlar konsentratsiyasi 1 mol/l yoki suv tarkibidagi fluorning 1/50 qismini tashkil qiladi.

Tish usti yumshoq karashlaridagi fluoridlar konsentratsiyasi so'lak tarkibidagidan 40-60 marta yuqoridir. Ammo ularning ma'lum bir qismigina erkin ionlar shaklida bo'lib, almashinuvda ishtirok etadi. Qolgan asosiy miqdori bog'langan holda mavjud bo'lib, almashinuv jarayonida ishtirok etmaydi.

Bugungi kunda fluor birikmalarining tish qattiq to'qimalariga ta'sir mexanizmi izlanishlar bergan ma'lumotlarga tayanadi.

Uzoq yillar mobaynida fluor saqlovchi birikmalarning profilaktik ta'siri emalda faqat fluorapatitlar hosil bo'lishi bilan tushuntirilardi. Bunda kalsiy fluoridning hosil bo'lishi va uning so'lakda erib emal yuzasidan yuvilib chiqishi salbiy holat deb baholanardi. Bugungi olingan ilmiy ma'lumotlar va tajribalar asosida tuzilgan konsepsiyaga binoan fluoridlarning kariyes barqarorlik ta'siri ularning tish to'qimalarida va so'lakda ko'plab yig'ilishi bilan bog'liq. Yig'ilgan fluorli birikmalar rN ko'rsatkichi pasayganda tish karashlari tarkibidan fluor elementini erkin fluor ioni sifatida ajratib chiqaradi. Bu esa emalda sodir bo'lishi mumkin bo'lgan demineralizatsiya jarayonini sekinlashtiradi yoki butunlay to'xtatadi.

Tish emali yuzasida fluor ionlarining doimiy muloqoti evaziga kalsiy fluorning mikrokristall globulalari hosil bo'lib, emalning kariyesga nisbatan turg'unligini ta'minlab turadi.

Organizmga fluor moddasining uzluksiz ravishda oz-oz miqdorda kirib turishi (tish pastasi tarkibida) emal qavatning fluor bilan taminlab uning kariyesga nisbatan turg'unlik muvozanatini saqlab turishga imkon yaratadi.

Olingan ma'lumotlarga ko'ra fluorid kalsiy mikrokristalllari emal yuzasida hosil bo'lgandan so'ng ular kalsiy fosfat va oqsil molekulasiga o'raladi (qoplanadi). Kalsiy fosfat hamda oqsil moddasi doimo so'lak tarkibida mavjud bo'ladi. Fosfat ionlari kalsiy fluorid kristalllarining faollik markazlariga adsorbsiyalanib fluoridrokksiapatit mineral birikmasini hosil qiladi. Bu hol kalsiy fluor birikmasining erishini bir muncha sekinlashtiradi.

Tish emalini o'rab turuvchi muhit pH ko'rsatkichining pasayishi (kislotali muhit ni hosil bo'lishi) kalsiy fluor birikmasining turg'unligiga sabab bo'ladi va fluor ionlarining kalsiy va fosfatlarga nisbatan sezgirliги oshadi. Kalsiy va fosfatlar esa kariyes jarayonida erkinlashuvi mumkin. Natijada kalsiy va fosfat ionlar fluor ioni bilan birikib fluorapatitlar hosil qilishadi. Bunday holat kariyes jarayonini rivojlanishini so'ndirishga qaratilgan bo'ladi. Kislotali muhit sharoitida

kalsiy fluor birikmasi faol ravishda erkin fluor ionlarini ajratib, apatitlar hosil bo'lishini ta'minlaydi va kariyesning oldini olishda asosiy vosita bo'lib hisoblanadi.

Izlanishlardan olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, emal kristallari to'riga mustahkam o'rnatilgan bo'lgan fluor kariyesga qarshi potentsial vosita bo'la olarkan. Lekin kariyes jarayonini, bevosita rivojlanish yoki sustlashish reaksiyalarida emal va so'lak chegarasidagi erkin fluor ionlarini qatnashar ekan.

Tish karashlarining suyuq fazasiga yoki tish emaliga adsorbsiyalanishi uchun fluor birikmalari erigan holda bo'lishi shart. Fluor birikmalarini tish karashi yoki emali tarkibiga kirib borishida fluoridlarning so'lak tarkibidagi va karash yoki emaldagi konsentratsiyalar farqi hisobiga sodir bo'ladigan diffuziya kuchi sabab bo'ladi. Ma'lumki, ionlar konsentratsiyasi darajasi qaysi muhitda past bo'lsa, shu muhitga konsentratsiyasi yuqori muhitdan ionlar diffuz yo'l bilan o'tadi.

Izlanishlar fluor birikmalari kariyes profilaktikasida muhim o'rin tutishini ko'rsatdi. Fluoridlar kariyes profilaktikasida o'zining ikki xil yo'nalishidagi ta'siri bilan o'rin tutadi:

a) birinchidan emalga-ta'siri. b) ikkinchidan tish karashlaridagi bakteriyalarga ta'siri bilan.

Tashqi muhitdan kiruvchi fluoridlarning tish emal qavatiga ta'siri ularning qaysi davrda (tish taraqqiyotining) organizmga tushishiga bog'liqdir.

Fluoridlarning me'yoriy darajada organizmga kirishi tishlarning chiqishigacha ro'y bersa, unda:

- 1) gidroksiapatitlar kristallarining hajmi oshadi,
- 2) gidroksiapatit gidroksil (OH) gruppasi fluor ioni bilan almashinib fluorapatit hosil bo'ladi.
- 3) emal tarkibida karbonatlar miqdori kamayadi,
- 4) emal to'qimasining qattiqligi oshadi,
- 5) tish fissuralarining chuqurligi kamayib, ular yassilashadi.

Mabodo fluoridlar talab darajasida tishlar chiqib bo'lgandan keyin emal atrofidagi muhitda bo'lsa, unda fluoridlar ta'siri ostida emal

demineralizatsiyasi susayadi va aksincha remineralizatsiya jarayonini kuchaytiradi. Shu tartibda emalning kariyesga nisbatan turg'unligi ancha oshadi.

Ftoridlarning ana shu xususiyatlari ularni mahalliy qo'llashdan ko'ra umumiy holda organizmga kiritilganda ko'proq samara berishini ko'rsatadi. Ftoridlar patogen mikroorganizmlar metabolizmini buzadi va natijada ularning kariyesogen ta'siri susayadi. Og'iz bo'shlig'ining normal mikroflorasiga ftoridlarning salbiy ta'siri aiiqlanmagan.

Ftor birikmalari so'lak va karashlarda glyukoza moddasining patogen mikroblar hujayrasiga tashib kirilishiga qarshilik ko'rsatadi, natijada hujayra tashqarisida hosil bo'ladigan polisaxaridlar sintezini buzadi va shu bilan tish karashi asosini hosil qiluvchi matritsalarning hosil bo'lishini buzadi. So'lak tarkibida ftoridlarning kichik konsentratsiyasi organik kislotalarni neytrallab, ularni hosil qiluvchi fermentlar faolligini pasaytiradi.

Sog'lom emal tarkibiga ftor elementini kiritish nihoyatda mushkul. Shuning uchun profilaktika maqsadida kariyesni erta boshlanish jarayonida tishlarni doimo yuvib turadigan so'lak tarkibini ftoridlarning kichik konsentratsiyasi bilan boyitib turish maqsadga muvofiqdir.

Ftoridlarning organizmga talab darajasidan ko'proq kirishi salbiy, toksik ta'sir ko'rsatadi. Ftoridning organizmga kirish miqdorining sutkalik talabini qondirish uchun kuniga bir kilogramm vaznga nisbatan 0.05-0.07 mg bo'lishi mumkin. Mabodo ftoridlar qabuli bir kunda organizmda 0.1 mg/kg dan oshgan taqdirda tishlar va suyaklar flyurozi kasalligi sodir bo'ladi. Amerika Fanlar Milliy Akademiyasi tavsiyasiga ko'ra bir kunda 1.5 mg dan-4 mg gacha ftorid qabul qilinishi organizm uchun me'yoriy talab hisoblanadi.

Ftor preparatlari bilan zaharlanishning asosiy belgilari bo'lib: ko'ngil aynishi, qusish, qorinda og'riq paydo bo'lishi hisoblanadi.

1.4. Tishlar emalining remineralizatsiyasi.

Tishlar emal qobig'i kariyesga nisbatan turg'unligini saqlab qolishi uchun unga doimo samarali ta'sir qiluvchi vositalar bilan ishlov berib turish talab qilinadi.

Emal kristallini hosil qiluvchi biologik apatitlar reshetkalarida bo'sh joylar yoki nuqsonlar-atomlar yetishmasligi, ustunlarning to'liq emasligi mavjud bo'ladi. Ba'zan kristall faqat ustunlardan iborat bo'lib, kristall resh-yotkalari bo'lm-asligi mumkin. Bu hol o'z navbatida emal qobig'ining o'tkazuvchaniligi oshganligidan darak beradi. Natijada organik kislotalar kristalllar o'qi bo'ylab singib kirish tezligi 500 angstrom/sek.ni hosil qiladi.

Kristallizatsiya jarayonini to'liq kechishida uning organik matriksi ham muhim o'rin tutadi. Matriks tarkibida kalsiy bog'lovchi oqsil molekulas-i mavjud bo'lib, u kristallanish markazini (nukleatsiya) tashkil qiladi va kristalllar o'sishini hamda fluor ionlarining atrof muhitdagi konsentratsiyasini nazorat qiladi.

Emal qobig'ining yuza qavati o'zining yuqori ohaklanganligi, mustahkamligi, zichligi, mikroelementlarga boyligi va kariyesga nisbatan turg'unligi bilan ostki chuqur qatlamlardan farq qiladi.

Organik kislotalarning bevosita ta'siri ostida sodir bo'ladigan dekalsinatsiya oqibatida emal gidroksiapatit kristalllarning shakli, o'lchamlari, joylashish joylari o'zgaradi.

Kariyes kasalligining boshlanishida patologik jarayon asosan emalning yuza qatlamlarida joylashadi va uniig fizik-kimyoviy xususiyatini o'zgartirishi oqibatida tish sathida oq dog'lar paydo bo'ladi.

Tish kariyesi kasalligida emal demineralizatsiyasining darajasi emalning kimyoviy tarkibi, kalsiy, fosfor, fluor komplekslarining neytral konsentratsiyasi va organik kislotalar konsentratsiyasiga bog'liqdir.

O'choqli demineralizatsiya jarayonining shakllanishida asosan dekalsinatsiya ko'proq muhim o'rin tutadi. Ion almashinuvi davrida vodorod ionlari ma'lum bir chegaragacha emal tomonidan yutilib turadi, bunda emal strukturasida o'zgarish bo'lmaydi. Ammo Sa/R koefitsiyenti ancha pasayadi. Bunday hol emal to'qimasining kislotalarga nisbatan bufer sistemasini o'ynashini ko'rsatadi.

Kariyes jarayoni kechishi davrida og'iz so'lagi tarkibida kalsiy miqdori sezilarli darajada kamayadi. Bu hol o'z navbatida kalsiy elementining emalga o'tishini sekinlashtiradi va shu bilan birgalikda

og'iz so'lagi va emal chegarasidagi minerallar almashinuvi dinamik muvozanatini demineralizatsiya jarayoni tomoniga suradi.

Kariyes oq dog'lik davrida remineralizatsiyaga beriluvchan bo'ladi. Bu davrda emalning organik matritsasi asosi hali to'liq erib ketmagan va u kristalizatsiya uchun nukleatsiya markazi rolini o'ynaydi.

O'choqli demineralizatsiyani muvaffaqiyatli davolash uchun emal kristallari to'ridagi yetishmovchilik nuqsonlarini to'ldiruvchi moddalar saqlovchi preparatlarning ishlatilishi emal turg'unligini kislotalarga nisbatan oshiradi, emal strukturasi kerakli mineral tuzlar bilan to'yinishi uning o'tkazuvchanlik xususiyatini pasaytiradi.

Remineralizatsiya bu emal to'qimasida mineral tuzlar yuvilib ketishi oqibatida vujudga kelgan shikastlanishni va emal zichligini qisman qayta tiklanishidir. Bunga emal tarkibiga, emal yuzasiga passiv yoki aktiv ta'sir etish yo'li bilan erishiladi.

Tishlar taraqqiyoti va mineralizatsiyasi davrida emal to'qimasining kimyoviy tarkibiga ta'sir qilib, uning turg'unligini oshirishga qaratilgan tadbir choralar kariyes profilaktikasida muhim o'rin tutadi. Tishlarning chiqish muddatlarini hisobga olgan holda remineralizatsiya davo tadbirlari bola 6 yoshga to'lganda boshlansa maqsadga muvofiqdir. Bu tadbir emal to'qimasining turg'unligini oshirishi uchun uni avvalombor kalsiy, fosfat moddalariga to'yintirish va undan keyin fluor preparatlari bilan ishlov berish emal to'qimasining zichligini oshirib, o'tkazuvchanligini pasaytirishga imkon beradi.

Tabiiy sharoitda kalsiy, fosfor, fluor elementlarining manbai bo'lib, og'izdagi so'lak suyuqligi hisoblanadi. Yetilgan emal qobig'i so'lak tarkibidagi juda past konsentratsiyali fluor ionlarini ham so'rib olish xususiyatiga egadir.

So'lak tarkibidagi mineral tuzlarning tarkibi, so'lak-emal munosabatlari kariyesni oq dog' bosqichida 50% hollarda qayta tiklash-remineralizatsiya qilish xususiyatiga ega. Shuning uchun qo'shimcha remineralizatsiya qilish vositalaridan imkoni boricha keng foydalanish kerak. Bu vositalar tarkibidagi kalsiy, fosfor, fluor elementlari faqat emaldagi mineral nuqsonlarni to'latib qo'ymay, emalning umumiy turg'unligini oshirishini ham ta'minlaydi.

Ko'pgina tekshiruvlar, izlanishlardan olingan ma'lumotlarga ko'ra, remineralizatsiya vositalari o'z tarkibiga har xil moddalarni olsa, (kalsiy, fosfor, floridlar, stronsiy va boshqalar) maqsadga muvofiq bo'lar ekan.

Bugungi kunda kariyesni oq dog' bosqichida to'xtatuvchi kuchli kariyesstatik ta'sirga ega bo'lgan moddalar bo'lib fluor, fosfor, kalsiy hisoblansa, kariyesga moyillikni oshiruvchilar bo'lib esa selen, kadmiy, magniy, qo'rg'oshin hisoblanadi.

Remineralizatsiya jarayonida fosfor saqlovchi preparatlarga muhim e'tibor beriladi. Chunki fosfatlar tish emalining ion-selektiv xususiyatlarini oshirib, uning adsorbsiya xususiyatini kuchaytiradi, bu esa fluor birikmalarini emalga singib kirishiga yo'l ochib beradi.

Taxminlarga ko'ra emalni 1 mm kalsiy birikmasi eritmasi bilan remineralizatsiya qilinsa, bu faqat kristalllar o'sishini ta'minlarkan. 3 mm li eritmasi bilan remineralizatsiya qilinsa, kristalllar o'sishidan tashqari nukleatsiya sohalari ham oshishi bilan bir qatorda kristalllar o'lchamini chegaralab, yuza qavatdagi ionlar o'tuvchi kanalchalarni o'tkazuvchanligini pasaytiradi va ostki qatlamlar mineralizatsiyasi pasayadi.

Remineralizatsiya muolajalarining samaradorligini kariyes oq dog'ining turg'unlashganligi yoki yo'qolganligi va kariyes jadalligini pasayishi kabi ko'rsatkichlar orqali aniqlanadi. Remineralizatsiyalovchi preparatlar ta'sirida fluorid kalsiy kristallarining jadal hosil bo'lishi va natijada shikastlangan sohada emal matritsasi bilan kuchli bog'langan juda nozik qatlam yuzaga keladi. Bu qatlam mineral tuzlar kristallaridan iborat bo'lib emal apatitlarini tarkibiga kiradi va shu yusinda uning turg'unligini oshiradi.

1.5. Stomatologik tekshirish ko'rsatkichlari.

Bugungi kunda og'iz bo'shlig'i tishlar va shilliq parda holatini tavsiflab beradigan qator ko'rsatkichlar mavjud.

Bu ko'rsatkichlarning ommaviy ko'riklar paytida hududlar, shaharlar, viloyat va mamlakat bo'yicha yig'ilgan ma'lumotlari faqat statistika uchun asos bo'lmasdan, balki stomatologik kasalliklarning tarqalish jadalligi ular aholi uchun tug'dirishi mumkin bo'lgan

noqulayliklar to'g'risida ham ma'lumot beradi. Bu ma'lumotlar asosida profilaktik tadbir-choralar, davolash tadbirlari ishlab chiqiladi. Joylarda stomatolog mutaxassislarga talab va ularning to'g'ri taqsimoti hal qilinadi. Qolaversa ko'rsatkichlar bergan statistik ma'lumotlarga asoslanib stomatologik yordamning ustuvor yo'nalishlari aniqlanadi.

Tishlar qatorini raqamlarda ifodalashning Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiya etgan formulasi

Sut tishlari uchun:

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Doimiy tishlar uchun:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Kariyes tarqalish ko'rsatgichi. Kariyes tarqalishi ko'rsatkichi-bu ma'lum bir guruh, hudud, viloyat, davlat va x.k. aholisi o'rtasida tishlarida kariyes mavjud kishilar sonini umumiy aholi soniga nisbatan foizlar miqdoridagi ifodalanishidir. Bu ko'rsatkichni aniqlash uchun stomatologik ko'rik o'tkazilib, kariyes mavjud tishlari bor kishilar sonini ko'rikdan o'tkazilganlarning umumiy soniga bo'linib 100 ga ko'paytiriladi.

Uni quyidagi formulada ifodalasa bo'ladi:

$$K T = \frac{\text{Kariyes mavjud kishilar soni}}{\text{ko'rikdan o'tganlar soni}} \times 100\%$$

Kariyes tarqalishini baholash yoki bu ko'rsatkichni har xil hududlarda olingan ma'lumotlarini bir-biriga solishtirish maqsadida 12 yoshli bolalar uchun quyidagi baholash mezonlari qabul qilingan:

Tarqalish darajasi:

Past darajada – 0 – 30%

O'rta darajada - 31 - 80%

Yuqori darajada – 81 – 100%

Stomatologiya amaliyotida kariyes tarqalishi ko'rsatkichidan tashqari yana uning jadallik ko'rsatkichi ham aniqlanadi.

Kariyes jadalligi ko'rsatkichi-o'rtacha bir kishi uchun va induvidual bir kishi uchun kariyes bilan zararlangan yoki uni asoratiga uchragan tishlar soni bilan ifodalanadi.

Kariyes jadalligini bir kishi uchun o'rtacha miqdorini topish uchun ko'rikdan o'tkazilgan kishilarning har birida kariyes yoki uni asoratlarini hisoblash lozim. Ular quyidagicha ifodalanadi:

a) Sut tishlari uchun kariyes jadalligi $kp(t)$

k-kariyes kavagi bor tishlar soni

p-plombalangan tishlar soni

kp shu ikki ko'rsatkich yig'indisidir.

b) $kp(p)$ - kariyes kovaklari (k) va plombalar (p) soni

v) Doimiy tishlar uchun kariyes jadalligi-KPO (t)- bu kariyes kavagi, plomba va oldirib tashlangan tishlar sonining yig'indisidan iborat; $(K+P+O.)$

g) KPO (p) - Doimiy tishlar uchun bir shaxsga tegishli tishlardagi kariyes kovaklari, plombalar va oldirilgan tishlar sonining yig'indisidan iborat. Olingan har bir tish uchun P ko'rsatkich 5 ga teng deb olingan.

Bunda bir tish har xil yuzasida bir nechta kariyes kovaklari yoki plombalar mavjudligini ham hisobga olinadi.

Kariyes jadalligining darajasi faqat bir kishi uchun emas, xalq orasida: hududlar, viloyat, shahar, korxonalar, maktablar va bog'cha bolalari o'rtasida ham aniqlanib, bir kishiga nisbatan o'rtacha ko'rsatkich topiladi.

Buning uchun aholi yoki maktab, bog'cha bolalari stomatologiya ko'rigidan o'tkazilib, har bir individual shaxs uchun KPO yoki kp ko'rsatkichlari aniqlanadi va KPO yoki kp ko'rsatkichlar yig'indisi ko'rikdan o'tgan kishilar soniga bulinadi:

$$K_{\text{ж}} = \frac{\sum KPO \text{ (yoki } \sum kp)}{\text{ko'rikdan o'tganlar soni}}$$

Yuqorida ko'rsatilgan ko'rsatkichlar aniqlanganda kariyesni boshlang'ich ko'rinishi-oq yoki qora dog'lar hisobga olinmaydi.

d) Kariyes jadalligi ko'rsatkichlarini populyatsiyalar o'rtasida baholash: Buning uchun ayrim hududlarda yashovchi kishilar (populyatsiya) o'rtasida KPO ning o'rtacha ko'rsatkichi topilib solishtiriladi.

Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti (JSST) ning tavsiyasiga ko'ra kariyes jadalligi ko'rsatgichining 5 xil darajasi farqlanadi:

№	Jadallik darajasi	Bolalar yoshi 12	Kattalar yoshi 35-44
1.	Juda past daraja	0-1,1	0,2-1,5
2.	Past daraja	1,2-2,6	1,6-6,2
3.	O'rta daraja	2,7-4,4	6,3-12,7
4.	Yuqori daraja	4,5-6,5	12,8-16,2
5.	Juda yuqori	6,6-va yuqori	16,3-va yuqori

Stomatologik yordamga muhtojlik ko'rsatkichi- bu aholi o'rtasida stomatologik yordamga muhtoj kishilarni foizlarda ifodalangan miqdoridir.

U quyidagi formula bilan aniqlanadi:

$$\text{SYOM} = \frac{\text{Sanatsiya qilinmaganlar soni}}{\text{Umumiy tekshirilganlar soni}} * 100 \%$$

Gingivit ko'rsatkichi (PMA). Stomatologiya amaliyotida milk shilliq pardasining yallig'lanish darajasini baholash va bu yallig'lanishning dinamik o'zgarishini kuzatib, solishtirib borish maqsadida popillyar-marginal-alveolyar ko'rsatkich P(RMA) keng ishlatiladi. Mazkur ko'rsatkichning har xil modifikatsiyada aniqlash yo'llari mavjudligiga qaramay Parma (1960) tomonidan tavsiya qilingan oddiy, oson bajariladigan usul qulay hisoblanadi.

Milkning yallig'lanish darajasini mazkur usulda aniqlash uchun milk shilliq pardasi Shiller-Pisarevlar taklif qilgan tarkibida yod va kaliy yodid saqlovchi eritma bilan bo'yaladi. Bu usul milk shilliq pardasi hujayralari tarkibidagi glikogen (kraxmal) moddasining yod moddasi

bilan birikish reaksiyasiga asoslangan. Yallig'lanish jarayonida milk shilliq pardasida glikogen moddasi oshadi.

Yod-glikogen reaksiyasi natijasida yallig'langan shilliq parda sohasi kungir jigarrang tus oladi.

PMA ko'rsatkichini baholash quyidagi kodlar mezonini bilan baholanadi (ballarda):

O-yallig'lanish yo'q

1 -yallig'lanish faqat milk so'rg'ichida (R)

2-marginal milk yallig'lanishi mavjud (M)

3-alveolyar milk yallig'lanishi mavjud (A)

RMA ko'rsatkichi quyidagi formula asosida hisoblanadi:

$$\text{PMA} = \frac{\text{Ballar yig'indisi}}{3 \times \text{tishlar soni}} \times 100\%$$

Bunda tishlar soni tishlar qatori mavjud bo'lgan hollarda yoshga nisbatan quyidagicha bo'ladi:

6 - 11 yosh - 24 tish

12 - 14 yosh - 28 tish

15 va yuqori - 30 tish

Mabodo tishlar qatorida ma'lum tishlar bo'lmasa unda ballar yig'indisi og'izda bor tishlar soniga bo'linadi.

Odatda sog'lom kishilarda PRMA ko'rsatkichi 0 ga tengdir. Tekshirish natijasida olingan ko'rsatkich raqami qancha katta bo'lsa, milk yallig'lanishi shuncha jadal suratda kechadi.

PMA ko'rsatkichini baholash mezonini:

PMA ko'rsatkichi umuman olganda og'iz bo'shlig'ida milk shilliq pardasining necha foizi yallig'langanligini ifodalaydi:

30% va undan kam

- gingivitning yengil darajasi

31 -60%

- o'rtacha og'irlikdagi darajasi

61% va yuqori

- gingivitning og'ir darajasi

Og'iz bo'shlig'i gigiyenasini baholash. Bugungi kunda og'iz bo'shlig'ining tozalik darajasi tish va parodont tizimining salomatlik

ko'rsatkichi ekanligi hech kimga sir emas. Shu bois og'iz bo'shlig'i a'zolari kasalliklari profilaktikasi nuqtai nazaridan og'iz bo'shlig'i gigenasini o'rganish va tozalik darajasini yaxshilash muhim ahamiyatga egadir. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasini baholash maqsadida qator tavsiyalar mavjud. Shulardan eng oddiy, qulay va ko'proq ma'lumot beradigan usullardan ba'zilarini ko'rib o'tamiz:

Fedorov-Volodkina (1971) usulida gigiyenik ko'rsatkichni aniqlash.

Mazkur ko'rsatkich 5-6 yoshdagi bolalar og'iz bo'shlig'igi gigiyenik holatini aniqlash uchun tavsiya qilinadi. Bu usulda gigiyenik ko'rsatkichni aniqlash uchun 43, 42, 41, 31, 32, 33 tishlarning vestibulyar yuzasi tekshiriladi. Tishlarning dahliz yuzasi maxsus eritmalar (Shiller-Pisarev, fuksin, eritrozin) yordamida bo'yaladi va mavjud bo'lgan tish yuzasi karashlari quyidagi kod va ballar yordamida baholanadi. Bunda 5 ballik sistemadan foydalaniladi:

1 bal-tish karashi mavjud emas-tish bo'yalmagan.

2 bal-tish sathining 1/4 qismi bo'yalgan.

3 bal-tish sathining 1/2 qismi bo'yalgan.

4 bal-tish sathining 3/4 qismi bo'yalgan.

5 bal-tish sathi tulik bo'yalgan yoki karash bilan koplangan.

Gigiyenik ko'rsatkich darajasini aniqlash uchun olingan ballar yig'indisi buyalgan tishlar soniga bo'linadi:

Ballar yig'indisi

OGI = _____

6 (bo'yalgan tishlar soni)

Baholash mezon:

№	Ko'rsatkich darajasi	Tozalik darajasi
1.	1,1-1,5	Yaxshi
2.	1,6-2,0	Qoniqarli
3.	2,1-2,5	Qoniqarsiz
4.	2,6-3,4	Yomon
5.	3,5-5,0	Juda yomon

Ma'lum guruh kishilar uchun o'rtacha OGI ni aniqlash uchun barcha tekshirilganlarning gigiyenik ko'rsatkichlari yig'indisini

tekshirilganlar soniga bo'lish kerak. Shunda mazkur guruh uchun og'iz bo'shlig'ining o'rtacha tozalik darajasi aniqlanadi.

Ommaviy epidemiologik ko'rik paytida, og'iz bo'shlig'i gigiyenik holatini, gigiyenik vositalar sifatini, samaradorligini, baholash va OG'IZ gigiyenasini tishlar va parodont kasalliklarini kelib chiqishidagi o'rnini belgilashda tish karashlarining miqdori va sifati to'g'risida ma'lumot beruvchi ob'ektiv ko'rsatkichlar juda zarurdir. Oxirgi paytlarda tish ustini qoplab turuvchi karashlarning tish va parodont kasalliklarini kelib chiqishida muhim rol o'ynashini e'tirof etgan holda, tish yumshoq karashlari va toshlarini matematik hisoblash yo'li bilan uning miqdori, strukturasi va sathini aniqlashning juda ko'p usullari taklif qilingan.

Taklif qilingan usullar yordamida olinadigan ko'rsatkichlardan quyidagilari tish ustida hosil bo'luvchi yumshoq va qattiq cho'kmalarni har taraflama baholashda e'tiborga loyiq deb hisoblanadi: a) tish usti karashlarining sathi to'g'risida ma'lumot beradigan; b) tish usti karashlarining qalinligi to'g'risida ma'lumot beradigan; v) tish usti karashlarining kimyoviy, fizik va mikrobiologik xususiyatlari to'g'risida ma'lumot beradigan. Bu ko'rsatkichlardan olingan ma'lumotlar asosan tish blyashkasining strukturasi va xususiyatlarini o'rganishga yo'naltirilgandir.

Bizga ma'lumki tish blyashkasi rangsiz karash bo'lib, uni maxsus bo'yoqlar bilan bo'yab aniqlanadi. Blyashkalar sathi bo'yalgan sathga teng bo'ladi. Tish yumshoq karashlari va toshlarini bo'yash uchun jigarrang bismark, asosli fuksin eritmasi, qizil eritrozin tabletkasi (chaynash uchun), lyugol eritmasidan keng foydalaniladi. Odatda Shiller-Pisarev eritmasidan keng foydalaniladi.

Grin-Vermilon ko'rsatkichi. Mazkur usul og'iz bo'shlig'i gigiyenik ko'rsatkichini tish karashlari sathini hisoblash yo'li bilan raqamlarda ifodalashdan iboratdir.

Grin-Vermilon (1964) ko'rsatkichi tish yumshoq karashi va toshlarini alohida-alohida baholash xususiyatiga ega.

Grin-Vermilon ko'rsatkichini aniqlash uchun tishlar qatoridan 6 ta tish yuzasi bo'yaladi:

16, 11, 26, 31 tishlarning dahliz yuzasi, 36, 46 tishlarning til yuzasi

Tish yumshoq karashlarini baholash mezonlari va kodlari.

Baholash 3 ballik sistemada olib boriladi:

0 - tish karashi aniqlanmasa

1 - yumshoq karash tish sathining 1/3 qismigacha tarqalgan

2 - yumshoq karash tish sathining 1/3 qismidan ko'proq'ini, lekin 2/3 qismidan ozrogini qoplagan

3 - yumshoq karash tish sathining 2/3 qismidan ko'proq'ini, yoki butun tish yuzasini qoplagan.

Tish toshlarini baholash mezonlari va kodlari:

O-tish toshlari aniqlanmaydi.

1-milk usti toshi tish sathiniing 1/3 qismigacha tarqalgan (qoplagan).

2-milk usti toshi tish sathining 1/3 qismidan ko'p, lekin 2/3 qismidan ozroq qismini qoplagan.

3-milk usti toshlari tish sathining 2/3 qismidan ko'proq'ini yoki butun tish yuzasini to'liq qoplagan. Shu bilan birgalikda milk osti toshlari tish bo'yni sathida ko'plab cho'kma hosil qilgan.

Ko'rsatkichni hisoblash uchun barcha bo'yalgan yuzalardan olingan ballar yig'indisi topilib bo'yalgan tishlar soniga bo'linadi. Bu quyidagi formula asosida topiladi:

$$\text{OGI} = \frac{\text{ballar yig'indisi}}{6(\text{bo'yalgan tishlar soni})}$$

Baholash mezonlari:

a) OGI qiymati:

0.0-1.2

1.3-3.0

3.1-6.0

Og'iz gigiyenasi darajasi:

-yaxshi

-qoniqarli

-yomon

b) yumshoq karashlar va toshlar ko'rsatkichi

0.0-0.6

-yaxshi

0.7-1.8

-qoniqarli

1.9-3.0

-yomon

OG'IZ bo'shlig'ining tozalik darajasi ko'rsatkichi og'iz bo'shlig'ining qanchalik tozaligi to'g'risidagina ma'lumot berib qolmasdan, undan biz profilaktik tadbir choralar, gigiyenik vositalarning samaradorligini aniqlashda, bir guruh gigiyenik vositalar samarasini ikkinchi guruh bilan taqqoslashda va shular asosida ma'lum bir ustuvor yo'nalish ishlab chiqishda ham foydalanamiz.

Yuqoridagi ishlarni amalga oshirishda og'iz bo'shlig'i gigiyenasining samaradorlik ko'rsatkichi juda yaxshi yordam beradi.

Og'iz bo'shlig'i gigiyenasining samaradorlik ko'rsatkichi.

Bu maqsadda tish karashlar miqdorini aniqlash uchun 6 ta tish bo'yaladi: 16, 26, 11, 31 tishlarning-dahliz yuzasi

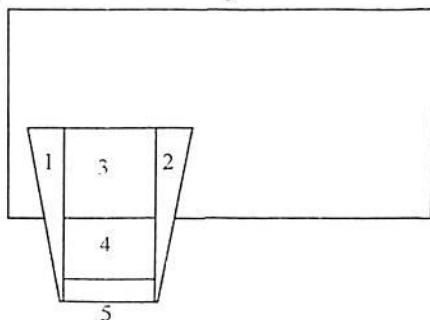
36, 46 tishlarning-til yuzasi

Mabodo tekshirilayotgan tishlardan birortasi bo'lmasa, uning yonidagi shu guruhga kiradigan boshqa tish bo'yalib o'rganiladi. Su'niy tishlar, tojlar mustahkamlangan protezlar ham tish o'rnida qabul qilinib, yuzalari bo'yalib o'rganiladi.

O'rganilayotgan tishlarning har birini bo'yaluvchi sathi shartli ravishda 5 segmentga bo'linadi.

62 - rasm:

- 1 -medial segment
- 2-distal segment
- 3-o'rta okklyuzion
- 4-markaziy
- 5-oraliq bo'yin oldi



Tish karashlarini baholash mezonlari va kodlari:

O-tish sathi bo'yalmagan

1 -bo'yalgan sath aniqlangan.

Ko'rsatkichni hisoblash uchun har bir tish uchun kodlar tish yuzasi sektorlar kodlari yig'indisini topish bilan aniqlanadi. Undan so'ng bo'yalgan tishlar kodlarining yig'indisi tishlar soniga bo'linadi. Quyidagi formula asosida hisoblanadi:

Baholash mezonlari:

Indeks qiymati:	Tozalik darajasi:
0	-a'lo
0.1-1.6	-yaxshi
0.7- 1.6	-qoniqarli
1.7 va yuqori	-qoniqarsiz

1.6. Stomatologik kasalliklar profilaktikasi usullari.

Bugungi kunda keng tarqalgan kariyes parodont kasalliklarini juda yuqori saviyada davolash bilan ularning jadal tarqalishini to'xtatib bo'lmazligi, har qanday yuqori saviyada olib borilgan davolash ishlari kasallik asoratlarga barham bersa ham, bu xastaliklar tarqalish ko'rsatkichini pasaytira olmaydi. Mazkur kasalliklar tarqalishini kamaytirishning birdan-bir yo'li kasallikni oldini olishga qaratilgan profilaktik tadbir choralar ekanligi bugun barchaga ma'lum.

Stomatologik kasalliklarni oldini olishga qaratilgan profilaktika usullari quyidagilardan iborat:

1. Aholi o'rtasida stomatologik sanitariya-maorifi ishlarini to'g'ri, samarali yo'lga qo'yish.
2. Aholini ratsional ovqatlanish qoidalariga o'rgatish
3. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasi qoidalarini o'rgatish
4. Ftor saqlovchi preparatlardan endogen usulda foydalanish
5. Mahalliy profilaktik vositalaridan foydalanish
6. Ikkilamchi profilaktikani yo'lga qo'yish, og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi.,

Aholi o'rtasida sanitariya-maorif ishlarini olib borish. Har qanday ommaviy profilaktika tadbir-choralar kompleksining asosiy

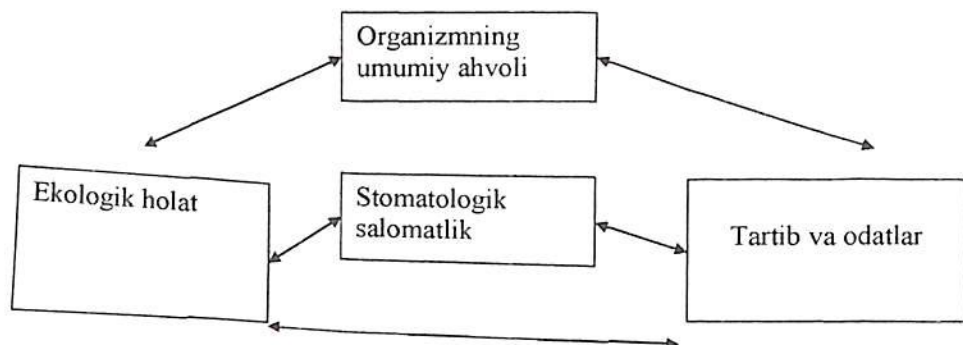
elementlaridan biri sanitariya-maorif ishlarini shu yo'nalishi bo'yicha ommalashtirishdir.

Stomatologik kasalliklar profilaktikasi dasturida sanitariya-maorif ishlari aholini og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilishga o'rgatish bilan bir vaqtda olib borilmog'i zarur.

Stomatologik sanitariya maorifi aholini salomatligini saqlashga da'vat qilib, unga qanday erishish mumkinligini bevosita va bilvosita, faol yoki passiv yo'llar bilan anglatishga qaratilgan. Omma fikriga og'iz bo'shlig'i gigiyenasi va boshqa profilaktik tadbirlarning qanday ijobiy tomonlari borligini yetkazish sanitariya maorifi vazifasiga kiradi. Stomatologiya maorifi-bu aholiga bilish imkoniyatlarini yaratib ularda o'zlarida o'z ishini baholash, kunlik tartib qoidalar va odatlarni berilgan ma'rifiy bilimlar asosida ishlab chiqib, o'zlariga singdirish va shu bilim, odatlarga tayanib, stomatologik kasalliklarga qarshi turish immunitetini hosil qilishdan iboratdir. Profilaktikaning bu usuli ommaviy bo'lib, aholining yoshi, jinsi, dini, tili va boshqalardan qat'iy nazar barcha qatlamlariga bir xil tegishlidir.

Stomatologik salomatlikni qay darajada saqlash har bir insonning o'z salomatligiga qanday darajada javobgarlik hissi borligiga bevosita bog'liqdir.

Stomatologik salomatlik inson organizmining umumiy ahvolidan uning tartibi va odatlari bilan bog'liq bo'lish bilan birgalikda atrof muhit ning ekologik holati bilan ham chambarchas bog'liqdir.



Aholiga stomatologik kasalliklar profilaktikasida eng muhim o'rinni og'iz bo'shlig'i gigenasiga muntazam rioya qilish ekanligini ishonchli ravishda anglatmoq zarur.

Stomatologiya maorifining usullari-bu bevosita aholiga ta'sir etuvchi, o'zaro muloqotni yuzaga keltiruvchi foal (aktiv) usullar-suhbat, ma'ruza, seminar, salomatlik darslari va boshqalar. Bu usullarning ijobiy tomoni shundaki, bunda ma'rifat tarqatuvchi eshituvchi bilan bevosita muloqotda bo'lib, jonli savol javoblar sodir bo'ladi.

Auditoriya bilan bevosita ma'rifatchining uchrashuviz olib boriladigan maorif usuli **passiv usul** bo'lib, bunda tibbiyot xodimining shaxsan ishtiroki talab qilinmaydi, bularga: radio, televedeniye, gazeta har xil plakatlar, tarqatma materiallar va boshqalar kiradi.

Stomatologiya maorifi ishtirokchilar soniga qarab, 3 xil shaklda bo'ladi:

1. ommaviy
2. guruhlar orasida
3. individual (yakkama-yakka)

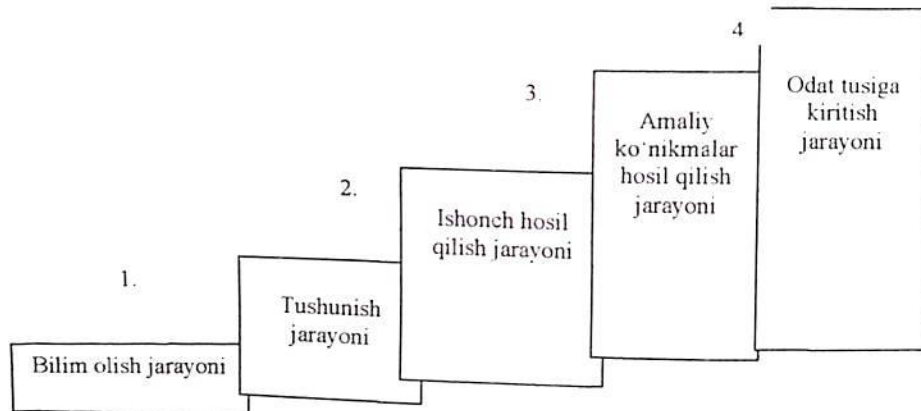
Stomatologiya sanitariya maorifining asosiy maqsadi aholiga, xalq ommasining ongiga inson salomatligining asosiy garovlaridan hisoblangan og'iz bo'shlig'ini to'g'ri parvarish qilish qoidalarini, stomatologik kasalliklarni oldini olishga qaratilgan tadbir choralarning mag'zini, ahamiyatini yetkazishdir. Bu ish ancha murakkab bo'lib, bosqichma-bosqich amalga oshiriladi.

Insonlarda ishonch hosil qilish, ularning odatiy, ba'zan noxush qiliqlaridan voz kechdirish, ongiga sanitariya madaniyatini olib kirish lozim bo'ladi. Bolalarda bu tadbirlar yoshligidan boshlab (1,5 -2 yosh) amalga oshirila boshlansa, maqsadga muvofiq bo'ladi. Buning uchun ota-onalar, tarbiyachilar shu sohada ma'lum bilim va tajribaga ega bo'lishlari lozim.

Yuqorida ko'rsatilgan jarayonlarning boshi bu nazariy tushunchalarga ega bo'lishi bilan boshlansa, keyingisi olingan nazariy tushunchalarni tushunib, mag'zini chaqish, keyin unga tula-to'kis ishonch hosil qilib, amaliy ko'nikmalarni kundalik odat tusiga kiritish bilan yakunlamog'i lozim. Stomatologiya maorifini omma ongiga to'liq tushunarli qilib yetkazishda psixologlar, pedagoglar, tarbiyachilar va

maxsus kurslarni o'tgan o'rta tibbiyot mutaxassisleri qatnashishlari zarur. Ular aholiga tishlarni muqim tozalashni odat tusiga kiritish stomatologik kasalliklarni oldini olishda asosiy omil ekanligini tushintira olish lozim.

Quyidagi sxemada ana shu jarayon bosqichlarda aks ettirilgan: 5



Shunga qaramasdan bu ishni amalga oshirishning asosiy yuki vrach stomatolog yelkasida bo'ladi. Chunki asosiy javobgarlik, ma'lumotlarni ishlab chiqish va boshqa mutahassislarni sanitariya maorifi ishlariga o'rgatish, o'qitish ular zimmasida bo'ladi. Har bir korxona, o'quv yurti, bog'chalarda bo'ladigan suhbatlar, darslar vrach stomatolog tomonidan ma'lum dastur asosida olib boriladi. Targ'ibot ishlarini dastavval pedagoglar, tarbiyachilar, tibbiyot xodimlarni jalb qilishdan boshlash maqsadga muvofiqdir. Bolalar jamoasida ishlaydigan bu xodimlar keyinchalik sanitariya maorif va profilaktika ishlarni olib borishda shifokor stomatologning asosiy yordamchilariga aylanadilar.

Targ'ibot ishlarining boshlanishida ota-onalar bilan uchrashib, ularga kasalliklarni oldini olish mumkinligi va uning ahamiyati juda kattaligini tushuntirish, tish va milk kasalliklarini oldini olishda, ayniqsa tishlarni pastalar yordamida muntazam yuvib turish qanchalik muhimligini uqtirish lozim. Ota-onalarga tishlarni to'g'ri tozalash usullari, tish tozalash vositalari to'g'risida so'zlab bermoq kerak.

Stomatologiya sanitariya maorifi asosiy stomatologik kasalliklar profilaktikasining muhim, boshlang'ich va aholi bilan muloqot qiladigan asosiy quroli bo'lib, uning vazifasida bolalarni jalb qilish juda muhim hisoblanadi. Shuning uchun bolalar bilan suxbatlar, maxsus o'quv darslarini rejalashtirishda bolalarni yoshiga qarab alohida guruhlariga bo'lish shart. Kichik yoshdagi bolalar bilan mashg'ulotlar o'yinlar shaklida o'tkazilsa, katta yoshdagi bolalar bilan jiddiy tarzda, kattalarcha muomala yo'li bilan o'tkazish lozim.

Stomatologiya sanitariya maorifi aholiga, uning ongiga o'z dasturidagi barcha elementlarni bir umrlik odat tusiga kiradigan qilib emlay olgan taqdirda u o'zining vazifasini bajargan bo'lib hisoblanadi.

1.7. Ratsional ovqatlanishning kariyes profilaktikasidagi o'rni.

Tishlar kariyesini va porodont to'qimalarni yallig'lanish jarayonini oldini olishda to'g'ri, muvofiqlashgan ovqatning muhim ahamiyat kasb etishi butunki kunda ilmiy asoslangan. Ovqat mahsulotlarining tish to'qimalariga ko'rsatadigan ta'sirini quyidagicha tasavvur qilish mumkin:

1-Tish to'qimalari (emal, dentin, sement) taraqqiyoti paytida qon oqimi orqali kelayotgan mineral tuzlar, oqsil moddalar tish to'qimalarini shakllantirishda va ohaklanishida ishtirok etib, ularning turg'unligini ta'minlaydi.

2-Tishlar chiqib bo'lgandan keyin, oziq moddalar so'lak tarkibida tishlar emalini muntazam xo'llash orqali kerakli miqdorda uni mineral tuzlarga to'yintirib turadi.

3-Ovqat iste'molidan keyin qolgan ovqat qoldiqlari, ayniqsa uglevodli ovqatlar tish yuzasiga yopishib qolib, bijg'ishi natijasida kariyesogen holatni yuzaga keltiradi.

Tishlar emal qobig'ining kariyesga nisbatan turg'unligini ta'minlovchi bosh omil bo'lib, homilador onalarning to'laqonli, sifatli miqdor jihatidan organizm talabiga mos, o'z tarkibida sutli mahsulotlar, mineral tuzlar, vitaminlar, mevalar, sabzavotlar saqllovchi muvofiqlashgan ovqatlanishni to'g'ri tashkil qilish hisoblanadi (5-jadval)

Shu yo'sinda ovqatlanishni bola tug'ilganidan so'ng kamida 1-1.5 yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida ham tashkillashtirish zarur. Chunki bu yoshda bolalarda doimiy tishlar kurtaklari shakllanayotgan bo'ladi. Yangi tug'ilgan bola uchun eng muvofiqlashgan to'yimli oziqa ona suti ekanligini esdan chiqarmaslik lozim. Har qanday su'niy oziqlantirish bolaning yuz-jag' sistemasi tizimining noto'g'ri shakllanishiga, tishlarning kariyesga nisbatan turg'un bo'lmashligiga olib keladi.

Iloji bo'lmagan taqdirda sun'iy ovqatlanishning kamchiliklarini qo'shimcha ravishda bolaga mevalar sharbati, sabzavotlar pyuresi va boshqa mineral moddalar saqllovchi oziqlar berish bilan muhofaza qilish kerak.

Bugungi kunda qo'lga kiritilgan ilmiy ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, og'iz bo'shlig'idagi ovqat qoldiqlari tishlar chiqqandan so'ng ularning hayot faoliyatida muhim mahalliy ta'sir ko'rsatuvchi kuch kisoblanadi.

Kundalik turmushimizda biz uglevodli ovqatlarni ko'proq tanovvul qilishga o'rganganmiz. Ayniqsa yosh bolalar ratsionida u salmoqli o'rin tutadi. Ana shu uglevodlarni ilmiy nuqtai nazardan ikki guruhga ajratish mumkin:

- 1) yengil fermentlanuvchi (parchalanuvi)-shakarlar, kraxmal,
- 2) shakar o'rnini bosuvchilar-sorbitol, mannitol, ksilitol, maltitol va boshqalar.

Shakarlar tarkibiga saxaroza, fruktoza, glyukoza, laktozalar kiradi. Kraxmal kartoshka, guruch va don mahsulotlaridan tayyorlangan oziqlar tarkibini tashkil etadi. Og'iz bo'shlig'ida amilaza fermenti kraxmal molekulasini parchalab, undan glyukoza hosil qiladi. Saxaroza, glyukoza va fruktozalar kuchli kariyesogen moddalar bo'lib hisoblanadi. Fruktoza yoki laktoza alohida qabul kilinsa, unda ularning kariyes chaqiruvchi xususiyati ancha pasayadi.

Tez parchalanuvchi uglevodlarni qabul qilish ko'payganda de- va re-mineralizatsiya o'rtasidagi muvozanat buzilishi oqibatida jarayon demineralizatsiya tomoniga suriladi va natijada kariyes jarayoni faollashadi, kariyes jadalligi oshadi. Buning sababi shuki, tish emali sathiga yopishib hayot kechirayotgan bakteriyalar tez parchalanuvchi

uglevodlarni o'ziga oziq sifatida qabul qilsa, ikkinchi tomondan ularni tish karashlari uchun asos sifatida ishlatishadi va oxir oqibatda ularning bijg'ishi natijasida sut kislotasi hosil bo'lib, emalning demineralizatsiyasiga olib keladi.

Izlanishlar shuni ko'rsatdiki, bugunki kunda aholi o'rtasida kariyes jarayonini faolligini oshiruvchi oziq moddalarning quyidagi salbiy xususiyatlari hisobga olinishi zarur:

- ovqat mahsulotlarda tez parchalanuvchi shakarlar mavjudligi
- tez-tez ovqatlanish odati
- og'iz bo'shlig'i-tishlar yuzasini tozalovchi qattiq mahsulotlarni iste'molini kamaytirish
- kariyes jarayonini neytrallovchi ovqat mahsulotlarini kam iste'mol qilish. Uglevodli ovqatlarni ko'p iste'mol qilishdan ko'ra uni oz bo'lsada tez-tez iste'mol qilish kariyes sodir bo'lishida muhim o'rin tutadi. Uglevodlarni boshqa oziq mahsulotlari bilan birga qabul qilinsa, ularning salbiy ta'siri ancha susayar ekan.

Shakarli mahsulotlar qabulidan so'ng OG'IZ bo'shlig'ida shakarning yuqori konsentratsiyali holati 20-40 min mobaynida saqlanib qoladi. Bundan tish karashlari tarkibidagi mikroorganizmlar foydalanib, ularni qabul qilish, bijg'itib kariyesogen ta'sir qiluvchi sut kislotasi ishlab chiqarishga ulgurishadi.

Tabiiyki, ovqat ratsionidan shakar saqlovchi mahsulotlarni chiqarib tashlab bo'lmaydi. Shu maqsadda bugungi kunda izlanishlar shakarning o'rini bosuvchi, mikroorganizmlar ttfmonidan parchalanmaydigan shirinlik mahsulotlar alternativini topishga qaratilgan. Finlyandiya, Shvetsiya, Angliya olimlarining olib borgan ishlari shuni ko'rsatdiki, shakarli mahsulotlar (sarbitol, manitol, maltitol, ksilitol va boshqalar) kariyesogen xususiyatga ega emas ekan.

Tabiiy shirinlik bo'lib hisoblangan, o'simliklar, mevalar (qulupnay), sabzavotlar (piyoz, sabzi) tarkibidan ajratib olingan ksilit shakar o'rini bosish bilan birgalikda bakteriyalarga yem bo'lmaydi.

O.G. Frolova, YE.I. Nikolayeva bo'yicha (1989)
homiladorlikning ikkinchi yarmida ona uchun tavsiya qilinadigan
muvofiglashgan sutkalik ovqat ratsioni tarkibi.

5 -Jadval

Oziq-ovqatlar	Miqdori, gr.	Oqsillar, gr.	Yog'lar, gr.	Uglevodlar, gr.	Energetik
Go'sht	120,0	16,2	9,12	-	147,6
Baliq	100,0	16,0	0,4	-	68,0
Tvorog	170,0	23,8	0,81	5,4	112,5
Kefir (ryajenka)	200,0	6,7	6,7	7,4	124,0
Sarivog'	15,0	0,06	11,77	0,075	110,1
Sut	250,0	9,0	10,5	13,5	186,0
Smetana	30,0	0,6	8,4	0,9	85,55
O'simlik moyi	25,0	-	23,2	-	193,0
Shakar	50,0	-	-	47,75	195,0
Oora non	100,0	7,0	1,0	45,0	223,0
Oq bug'doy	100,0	7,1	1,0	47,5	230,0
Un mahsulotlari (bulochka)	100,0	5,7	11,8	55,7	261,0
Tuxum	1 dona	9,2	5,4	0,47	100,5
Makaron, krupa va boshq.	60,0	7,44	1,5	40,0	208,0
Kartoshka	200,0	3,73	-	42,1	189,0
Sabzavotlar:					
Karam	100,0	1,2	-	14,0	62,0
Lavlagi	100,0	1,1	-	10,3	47,0
Sabzi	100,0	1,29	-	7,6	36,0
Pomidor	200,0	1,34	-	4,0	21,3
Piyoz	35,0	0,95	-	3,05	16,1
Meva, sharbatlar	200,0	1,2	-	46,0	193,4
Jami:		119,6	91,5	391,0	2969,6

Yuqorida zikr qilinganlarni inobatga olib aholi o'rtasida olib borilayotgan profilaktika ishlarini amalga oshirayotganda oziq mahsulotlar istemoli qoidalari, ratsional ovqatlanishning foydasi to'g'risida gap yuritilganda ba'zi oziq mahsulotlarning kariyesogen ta'sirini susaytirish uchun quyidagilarga e'tibor berib, ularni odat tusiga aylantirishni tavsiya qilish maqsadga muvofiqdir:

1. Shakarli mahsulotlar qabulini miqdor jihatdan kamaytirish.
2. Shakarli mahsulotlar qabulidan so'ng tishlarni ilik suvda chayish, iloji bo'lsa cho'tka, pasta yordamida tishlarni tozalash.

3. Shakarli mahsulotlarning qabuli orasidagi vaqtini uzaytirish.

4. Yengil parchalanuvchi shakarli moddalarni, mikroblar tasirida parchalanmaydigan shirin mahsulotlar

5. Uglevodli ovqatlar qabulidan keyin albatta tozalovchi oziqlar (xom sabzavotlar, qattiq mevalar) chaynash.

Tish-jag` tizimini chiniqtirish maqsadida quruq qattiq oziq-ovqatlar qabul qilinsa, suyak sistemasining o`shishi, yaxshilanishi va so`lak ko`p ajralishi taminlanadi. Chaynov mushaklari kuchayadi, tishlar periodont to`qimasi va pulpasining qon bilan taminlanishi yaxshilanadi, qolaversa qon tomir orqali keladigan oziq moddalar, mineral tuzlarining miqdori ko`payadi, bular esa o`z navbatida tish qattiq to`qimalarining mustahkamlanishiga, emalning kariyesga nisbatan turg`unligini oshishiga sabab bo`ladi. Bolalarga qattiq oziq mahsulotlarini, ayniqsa, shirin, yopishqoq, yumshoq ovqatlardan so`ng va ovqatlanishlar orasida berish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Yuqorida keltirilganlardan shunday xulosa qilish mumkinki, ovqatlanishni to`g`ri yo`lga qo`yish, uning ratsionalligini ta`minlash ovqat gigiyenasiga to`g`ri rioya qilib uni o`zlashtirib olish stomatologik kasallar, ayniqsa kariyes va parodont xastaliklarini oldini olishda muhim omil bo`lib hisoblanarkan.

1.8. Og`iz bo`shlig`i gigiyenasi qoidalari.

Bugungi kunda asosiy stomatologik kasalliklar profilaktikasida og`iz bo`shlig`i gigiyenasi eng asosiy, samarali tadbir ekanligi to`liq isbotlangan. Muntazam ravishda tishlarni tozalash, ularni tish yumshoq karashlaridan tozalab borish shu bilan birgalikda milklarni mexanik tarzda uqalashini (massajini) amalga oshirish emalning fiziologik tarzda me`yorida yetilishini ta`minlaydi. Og`iz bo`shlig`i gigiyenasi tish qattiq to`qimalari xususan emal qavatini parodont to`qimalarini fosatlar, kalsiy, mikroelementlar, ftor va vitaminlar bilan boyitib, ularni noxush tashqi muhit ta`sirlariga nisbatan turg`unligini oshiradi. Tish tozalash paytida milklarni muntazam mexanik massaji ularda qon aylanishini yaxshilaydi, shu bilan parodont to`qimasining oziqlanishini kuchaytiradi, modda almashinuvini jadallashtiradi. Bugungi kunda yer

shari aholisi o'rtasida kariyes kasalligini keng tarqalganligini inobatga olib, bu kasallikni bevosita chaqiruvchi asosiy sabablar og'iz bo'shlig'ida, tishlar yuzasida (karashlar, mikroblar, ovqat qoldiqlari) ekanligini nazarda tutsak, og'iz bo'shlig'i gigiyenasi, tishlarni muntazam tozalab turish kariyes kasalligini oldini olishda eng asosiy qurol ekanligi o'z-o'zidan namoyon bo'lishi sir bo'lmay qoladi.

Og'iz bo'shlig'ining shaxsiy gigiyenasi-tishlar yuzasidan, milklar sathidan yumshoq karashlarni, ovqat qoldiqlarini gigiyenik vositalar yordamida qirtishlab tozalashdan iborat bo'lgan mexanik va kimyoviy jarayondir. Bunday tadbirni har bir inson shaxsan o'zi kuniga ikki marotaba ertalab, nonushtadan so'ng va kechki uyku oldidan bajarishi maqsadga to'liq muvofiq hisoblanadi.

Og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga muntazam ravishda rioya qilish har bir shaxs ma'naviyatining asosiy elementlaridan hisoblangan shaxsiy sanitariya madaniyati saviyasini ham oshiradi. Sanitariya madaniyati qiyin ish, o'tirib turish, muomala, nutq, tarbiya madaniyatlari bilan bir qatorda shaxsni kamolotga komil inson sifatida yetishida, sog'lom avlod bo'lib vujudga kelishida muhim o'rin tutadi.

Og'iz bo'shlig'i shaxsiy gigiyenasi tadbirlarini samarali amalga oshirishda bugungi kunda juda ko'p gigiyena vositalari va predmetlaridan foydalaniladi.

Og'iz bo'shlig'i gigiyenasini amalga oshirishda zamonoviy vositalardan foydalanibgina kolmasdan uni qay usulda bajarishni ham hisobga olish joizdir. Bugunchi kunda tishlarni tish cho'tkasi va pastasi bilan qay yo'sinda tozalashning qator usullari mavjuddir. Shulardan ayrimlarini quyida keltiramiz.

Fones (Fones) usulida tishlarni tozalash. Bu usulda tish cho'tkasining tukli sathi bir-biriga tegib turgan tishlar qatorining o'ng burchiga pasta bilan birga qo'yiladi (bunda tish cho'tkasi tuklari tishlarning dahliz sathiga perpendikulyar joylashadi) va yopiq tishlar qatori bo'yicha tish cho'tkasini aylanma harakati bilan chap tomonga qarab tishlar tozalanadi. Keyin og'iz ochilib tishlarning ichki sathi ham shu yo'sinda kichik aylanma harakatlar bilan tozalanadi. Tishlarni

chaynov yuzalari alohida yana aylanma harakat ostida tozalanib, oxirida gorizontal yo'nalishda cho'tkalar harakati bilan tish tozalash tugatiladi. Bunday usulda tishlarni tozalash bolalar va katta yoshdagi kishilarga tavsiya qilinadi.

Leonard (Leonard) usuli. Bunda tish cho'tkasining tukli yuzasi tish sathiga perpendikulyar qo'yilib, cho'tka harakati vertikal ravishda faqat milklardan tishlarning kesuvchi kirrasi tomonga harakatlantiriladi. Yuqori jag'da yuqoridan pastga, pastki jag'larda pastdan yuqoriga qarab tish cho'tkasi harakatlantiriladi, tishlarning vestibulyar yuzasi tishlar qatorining yopiq holatida tozalanadi. Chaynov yuzalari ochiq holatda cho'tkani oldinga-orqaga yo'naltirish yo'li bilan tozalanadi. Bu usul "qizildan-oqqa"- "milkdan-tishga" deb ataladi.

Charter (Charters) usuli. Tish cho'tkasining tuklari tish yuzasiga qaratilgan holda 45° burchak ostiga qo'yiladi va ohistalik bilan cho'tka tuklari tishlar oralig'iga kiritilib vibratsiya harakati bilan tishlar tozalanadi. Bunda tish cho'tkasi tukchalaridan bir qismi milkning qirg'oq qismi ustida yotib milkni mexanik massaj qiladi.

G.N.Paxomov usuli (standart tozalash usuli). Yuqori va pastki tish qatorlarining har biri 6 segmentga shartli ravishda bo'linadi. Molyar tishlar segmenti, premolyarlar segmenti va frontal tishlar segmenti.

Tishlarni tozalash o'ng yuqori jag'ning chaynov guruhi tishlaridan boshlanadi va ketma-ket segmentlarga o'tib tozalanadi. Shu yo'sinda pastki jag' tishlari ham tozalanadi.

Molyar va premolyar tishlar segmenti tozalanayotganda tish cho'tkasining ishchi qismining tukchalari tishlar sathiga nisbatan 45° burchak ostida qo'yiladi, bunda tuklar yarmi milkni, yarmi esa tish bo'yin qismini qoplab turadi. Tish cho'tkasining harakati milkdan tishlarning kesuvchi qirrasiga tomon harakatlantiriladi. Cho'tka harakati supurgi harakatiga monand bo'lishi kerak. Shunda cho'tka milkdan harakatini tish chaynov qirrasi tomon davom ettirib yumshoq karashlarni tozalash bilan birgalikda milklar massajini ham amalga

oshiradi. Tishlarning chaynov yuzasi tish cho'tkasini gorizontol (oldinga-orqaga) harakati bilan tozalanadi. Bunday holda tish cho'tkasi tukchalari fissuralar va tishlar oralig'iga yaxshi botib kiradi. Frontal guruh tishlar segmenti qoziq va kurak tishlarning vestibulyar yuzasi ham yuqorida ko'rsatilgan chaynov tishlar sathi kabi tozalanadi. Mazkur tishlarning oral sathini tozalash uchun tish cho'tkasi vertikal holda tishlar sathiga perpendikulyar qilib qo'yiladi, bunda tish cho'tkasining tuklari tish sathi va milklar sathiga o'tkir burchak ostida yo'naladi. Barcha segmentlarda tishlar yuzasi aylanma harakat qilib tozalanadi.

1.9. Og'iz bo'shligi shaxsiy gigiyenasi vositalari.

Bugungi kun talablaridan kelib chiqib og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilmoqlik, uning muntazamligini ta'minlamoqlik, stomatologik kasalliklar nuqtai nazaridan shaxsiy profilaktik, odatiy tadbirlarni amalga oshirish uchun qator gigiyenik vositalardan foydalanishga to'g'ri keladi. Mazkur vositalar asosiy va yordamchi vositalarga bo'linadi:

Asosiy vositalar:

1. Tish cho'tkalari
2. Tish pastalari
- Z. Tish poroshoklari

Yordamchi vositalar:

1. Tish kovlagichlar (tozaligichlar)
2. Flosslar (maxsus iplar)
- Z. Chaynov rezinalari (saqichlar)
4. Tish eleksirlari

1.9.1. Tish cho'tkalari

Tish cho'tkalari tishlar va milklar yuzasidan yumshoq karashlarni tozalab tashlovchi asosiy qurol bo'lib xizmat qiladi. Cho'tkalar o'zlarining shakllari, bosh qismining o'lchamlari, tuklarning joylashuvi, qalinligi, uzunligi va sifati bilan bir-biridan farq qiladi. Tish cho'tkalarida ishlovchi qismi (boshi) va ushlash uchun dastagi mavjuddir.

Tish cho'tkalari tuklarining sifatiga qarab:

1.sun'iy

2.tabiiy bo'ladi.

Sun'iy tish cho'tkalarining tuklari neylon, setron, perlon, dederlon, poliuretan va boshqalardan ishlangan . Tabii cho'tkalarining tuklari ot yoli, cho'chka tukidan iborat bo'ladi.

Sun'iy tolali cho'tkalarining tabiiy tolali tish cho'tkalaridan anchagina afzalliklari bor. Tabiiy cho'tkalar tuklari o'rtasida naysimon kanali bo'lib, doimo mikroorganizmlar bilan to'lib turadi va ularni toza tutishning iloji bo'lmaydi. Vaqt o'tishi bilan ular mo'rtlashib sinish ehtimoli borligi va ularga xohlagancha qattqlik berib bo'lmasligi kabi kamchiliklari mavjuddir. Sun'iy tolali tish cho'tkalarining tuklari silliq, kovaksiz, oxiri yumaloqlashgan, emal va shilliq qavatni shikastlantirmaydi. Tozalash va qirtishlash borasida aytib o'tilgan ikki xil tish cho'tkalarining samaradorligi bir xildir.

Foydalaniladigan tish cho'tkalarining samaradorligi ularning individual tanloviga, qattqligining mosligiga, tuklar sathiga, tuklarni o'tkazilish shakliga va tuklarni kanchalik darajada zichligiga bog'liqdir.

Sun'iy tolali tish cho'tkalari tuklarining qattqlik darajasi bo'yicha beshga bo'linadi:

-juda qattiq

-qattiq

-o'rtacha qattqlikda

-yumshoq

-juda yumshoq

Bemorlarga tish cho'tkalarini tavsiya qilishdan oldin ularning og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi va parodont to'qimasi ko'rikdan o'tkazilishi zarur. Aholi o'rtasida ko'proq o'rtacha qattqlikdagi tish cho'tkalari ishlatiladi.

Tish cho'tkasi individual foydalanish asbobi bo'lib, uni har bir shaxs o'zi asrab tutish yo'lini bilmog'i zarur. Yangi tish cho'tkasini ishlatishdan oldin yaxshilab yuvib, ishchi qismi (tuklari)ga sovun surtib stakanga bosh qismini yuqoriga qilgan holda bir kechaga qoldirish

lozim. Foydalanish oldidan sovunlangan tish cho'tkasini oqar suvda yaxshilab yuvib, tish pastasi surtib ishlatiladi.

Bolalar yoshiga qarab tish cho'tkalarini tavsiya qilish jadvali.

6- jadval

Bolaning yoshi	Cho'tka ishchi qismining o'lchami (sm)	Cho'tka tuklarining qattqlik darajasi
5 yoshgacha	2,0	Yumshoq va juda yumshoq
6-7 yoshgacha	2,5	Yumshoq va juda yumshoq
8-10 yoshgacha	2,5 – 3,0	Yumshoq va qattiqroq
11 va katta yosh	3,0	Qattiqroq, qattiq va juda qattiq

Mikrobiologik tekshirishlar shuni ko'rsatdiki har qanday tish cho'tkasining tuklarida ko'plab mikroorganizmlar mavjud bo'lar ekan. Shuni inobatga olib tish cho'tkalarini foydalanilgandan so'ng uzoq vaqt mobaynida maxsus g'illoflarda saqlash maqsadga muvofiq emasdir. Yorug'lik va havo yetishmovchiligi bunday holda saqlangan tish cho'tkalarida mikroorganizmlarning tez ko'payishini ta'minlaydi. Bunday hol patogen mikrofloraning ko'payib faolligini oshiradi.

Tish cho'tkalari o'z elastikligini yo'qotib, tozalash darajasi pasaygan taqdirda almashtirilishi lozim. Sun'iy tukli cho'tkalar uchun bu muddat 1-2 oyni tashkil etsa, tabiiy tukli tish cho'tkalari uchun bu 3-4 oydir.

Qattiq va juda qattiq tukli tish cho'tkalarini faqat parodont to'qimasi sog'lom bo'lgan kishilargagina tavsiya etiladi. Shunda ham bordiyu tish cho'tkasidan noto'g'ri foydalanilsa, milkar shikastlanishi va tishlarning siyqalanish hollari vujudga kelishi mumkin.

Yumshoq va o'rtacha qattqlikdagi tish cho'tkalari tukchalarining egiluvchanligi hisobiga tishlar oralig'i, fissuralarga va milk osti sohalariga yaxshi kirib borishi natijasida yaxshi tozalash xususiyatiga ega bo'ladi

Tish cho'tkasining ishchi qismi o'lchamlari tishlarni qay darajada tozalay olish samarasini belgilaydi. Qiyin tozalanuvchi sohalarga ham yetib borib, tishlarning barcha sathini tozalaydi. Bugungi kunda (bolalar

va kattalar uchun) kichik o'lchamli bosh qismiga ega bo'lgan tish cho'tkalaridan foydalanish tavsiya etiladi. Bunday tish cho'tkalarni og'iz bo'shlig'ida har tomonlama harakatlantirish qulaydir. Tish cho'tkalarining o'lchamlari bolalar uchun 18-25 mm, katta yoshdagi kishilar uchun-30 mm gacha bo'lishi kerak. Bunday cho'tkalarda ishchi qismining tuklari 3-4 qator bo'lib, tutam-tutam bo'lib joylashgan.

Zamonaviy tish cho'tkalarining ko'pchiligi ishchi qismidagi tukchalarning har xil o'lchamliligi bilan farq qiladi. Bunda uzun tukchalar ishchi qismning periferik - chetki sohasida, kalta tukchalar o'rta qismida joylashgan bo'ladi. Bu xildagi tish cho'tkalarining tuklari tozalash jarayonida tishlar oralig'idagi bo'shliqqa yaxshi botib kiradi va kontakt sathlardagi yumshoq karashlarni yaxshi tozalaydi. Shu bilan birgalikda milklarni massaj qilib ulardagi qon aylanish jarayonini yaxshilaydi.

Zamonaviy tish cho'tkalarining ayrim turlari 2 qator tukchalarning oziq-ovqat sanoatida ishlatiladigan bo'yoq moddasi bilan har xil rangga bo'yalgan holda chiqariladi. Vaqt o'tishi bilan bu bo'yalgan soha o'zining rangini yo'qota boshlaydi va tish cho'tkasini eskirayotganidan dalolat beradi. Agar tish cho'tkasining bo'yalgan qismi 1/2 sohasida rangini yo'qotsa, demak tish cho'tkasini almashtirish muddati yetgan, uni almashtirish zarur. Bunday hol har kuni 2 marta tish tozalanganda 2-3 oydan so'ng sodir bo'ladi.

Tish cho'tkalarining dastaklari ham har xil shaklda bo'ladi (to'g'ri, bukilgan, qoshiqsimon). Bugungi kunda shunday tish cho'tkalari mavjudki, tish tozalash paytida (2-3 minutdan so'ng) ularning rangi o'zgaradi. Bunday tish cho'tkalari bolalarga tavsiya qilinadi. Ular tish tozalash vaqtini shunga qarab aniqlashadi. Ovoz chiqaruvchi tish cho'tkalari ham tish tozalash vaqtidan darak beradi.

Elektr tish cho'tkalari - ular yordamida avtomat holda tish cho'tkasining ishchi qismi vibratsiyali yoki aylanma harakat qiladi. Bunday harakatlar yordamida tish karashlari tozalanib, milklar massaji amalga oshiriladi. Elektr tish cho'tkalarini qo'l harakati mukkamal bo'lmagan bolalarga, nogironlarga, keksalarga tavsiya qilish mumkin.

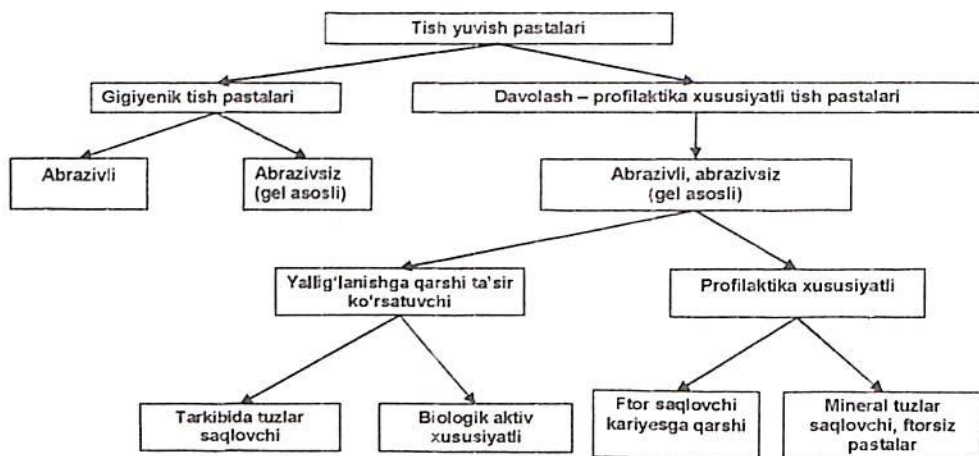
1.9.2. Tish yuvish pastalari.

Bugungi kunda Jahon mamlakatlarining ko'pchiligida xilma-xil tish pastalari ishlab chiqarilmoqda. Shunga qaramasdan tish pastalarining umumiy struktura tuzilishi bir xildir. Tish pastalariga qo'yilgan asosiy talablar bu tish karashlarini sifatli tozalash, xushta'm bo'lishi, yaxshi hid taratishi, noxush ta'sirlardan holi, organizm sezgirligini (allergiya) oshirmasligi zarur.

Bugungi kunda ishlatilayotgan tish yuvish pastalari o'zining tarkibi va hususiyatlariga qarab quyidagi tasnif guruhlariga kiradi:

7- Jadval

Zamonaviy tish yuvish pastalarining tasnifi



Tish yuvish pastalarining asosiy tarkibiy qismi quyidagi moddalardan iboratdir:

1. abraziv to'ldirgich
2. biriktiruvchi moddalar (gel hosil qiluvchi gidrokolloidlar)
3. sirt-aktiv yoki ko'pirtiruvchi moddalar
4. antiseptiklar
5. ta'm beruvchi vositalar
6. davolash-profilaktik moddalar

Abraziv moddalar. Pastalarning tishlarni tozalash samaradorligi ular tarkibiga kiruvchi abraziv moddalar komponenti hususiyatiga bog'liqdir.

Abraziv moddalar tishlarni karashlardan tozalash va ularni silliqlash bilan birgalikda emalning noorganik birikmalari bilan muloqotda ham bo'ladi. Shuni inobatga olgan holda an'anaviy foydalaniladigan abraziv material bo'lib hisoblangan-cho'ktirilgan bo'r bilan bir qatorda bugungi kunda dikalsiy fosfat digidрати, dikalsiy fosfatning monogidрати, suvsiz dikalsiy fosfat, trikalsiy fosfat, kalsiy pirofosfat, erimaydigan metafosfat natriy, alyuminiy gidrooksidi, kremniy ikki oksidi, sirkoniy silikat, metilmetakrilatning polimerli birikmalari va boshqalar shilatiladi. Ko'pgina hollarda cho'ktirilgan bo'r va yuqorida sanab o'tilgan abraziv moddalardan birortasining aralashmasi ishlatiladi. Shunday aralashmalar quyidagicha bo'lishi mumkin:

1. bo'r va dikalsiy fosfat
2. bo'r va allyuminiy gidrooksidi
3. bo'r va suvsiz dikalsiy fosfat va h.k.

Har bir abraziv modda o'zining ma'lum disperslik (zarrachalarining o'lchami), qattiqlik va pH ko'rsatkichiga ega bo'lib, bu ko'rsatkichlar hosil qilinadigan tish pastalarining, tozalash xususiyati abrazivligi kabi sifatlarini keltirib chiqaradi. Tish pastalarining hosil qilish jarayonida uning tarkibiga kiruvchi moddalar tish pastasiga qo'yilgan vazifalardan kelib chiqib tanlanadi.

Biriktiruvchi (gel hosil qiluvchi) moddalar. Tish pastalarining turg'unligi, qattiq-yumshoqligi, plastikliги ko'proq biriktiruvchi gidrokolloid moddalarning fizik va kimyoviy xususiyatlariga bog'liqdir. Zamonaviy tish pastalarini hosil qilishda ishlatiladigan gidrokolloid biriktiruvchi moddalar sun'iy va tabiiy birikmalar bo'lib hisoblanadi. Tibiiy gidrokolloidlar bo'lib, suv o'tlaridan olinadigan alginat natriy, karraginat natriy va shu o'simliklar mevasi va shirasi hisoblanadi. Sun'iy sintetik gidrokolloidlarga-natriykarboksimetilselyuloza, selyulozaning metil va etil efirlari kiradi. Bularning barchasi paxta sellulozasi va poyasining hosilalaridir.

Ko'p atomli spirtlardan-glitserin, polietilenglikol tish pastalari tarkibida plastik, bir xil konsistensiyadagi massa hosil qilishda muhim rol o'ynaydi. Bunday xususiyatga ega bo'lgan pastalarni tyubiklarga solish va undan siqib chiqarish ancha yengil va qulaydir. Mazkur spirtlar tish pastalarini saqlash davrida ularning namligini saqlaydi va sovuqdan muzlab qolishini oldini oladi. Bundan tashqari ko'pirishiga yordam berib, ta'mini yaxshilaydi.

Ko'pirtiruvchi - sirt aktiv moddalar. Tish pastalarini tayyorlashda ko'pirtiruvchi-sirt aktiv moddalardan-alizarin moyi, lauril sulfat natriy, natriy lauril sarkozinat va yog' kislotalar tauridining natriyli tuzi kabilar keng ko'lamda ishlatiladi. Tish pastalari tarkibiga kiruvchi komponentlar zararsiz, og'iz shilliq pardasiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydigan va juda yaxshi ko'piradigan bo'lishi lozim. Yaxshi ko'piruvchi tish pastalari tishlar yuzasidan ovqat qoldiqlarini, karashlarni tozalashda ancha qulayliklar tug'diradi.

Bugungi kunda abraziv modda saqlamaydigan, gelsimon tish pastalar ham keng ko'lamda ishlanib chiqilmokda (pepsodent, blendomed va h.k.). Bunday tish pastalarining asosini faol ko'pirish xususiyatiga ega bo'lgan kremniy ikki oksidi tashkil qiladi. Gelsimon tish pastalarining ta'mi juda yaxshi, har xil rangga egadir. Lekin tishlarni tozalash darajasi bo'r saqlovchi abraziv moddalarga ega tish pastalaridan ancha past. Tish pastalari uzoq muddat turishini inobatga olib, ularning buzilmasligini, aynimasligini ta'minlash maqsadida ular tarkibiga antiseptik moddalar (timol, triklozan va boshqalar) ham ma'lum miqdorda qo'shiladi.

Biologik aktiv moddalar (xlorofilli birikmalar, fermentlar, mikroelementlar, o'simlik ekstraktleri, vitaminlar-V_z, B₃, B₆, PP, C, K va boshqalar) tish pastalarining kariyes va parodont kasalliklarini oldini olishda qo'llash uchun imkoniyat yaratadi.

Kariyes profilaktikasi maqsadida tish pastalari tarkibiga tish emali tarkibiga kiruvchi mineral tuzlar va kimyoviy elementlar qo'shiladi. Shulardan tarkibiga fluor qo'shilgan tish pastalari kariyes profilaktikasida bugungi kunda muhim o'rin egallaydi. Bunday tish tozalash pastalari barcha yoshdagi kishilarga tavsiya qilinadi.

Tish pastalari tarkibiga shu maqsadda natriy fluorid, olovo fluoridi, monofosfat, amonofosfat va fosfatlar bilan ishlov berilgan natriy fluorid birikmalari qo'shiladi.

Fluorli birikmalar tishlar emal qobig'ini karashlar tarkibidagi mikroorganizmlar hosil qilgan kislotalarga nisbatan turg'unligini oshiradi, ularda modda almashinuvi jarayonini susaytiradi va remineralizatsiya jarayonini kuchaytiradi. Shu narsa izlanishlar natijasida aniqlanganki kariyes profilaktikasini amalga, oshirilishida erkin, bog'lanmagan fluor ioni muhim ahamiyat kasb etadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST-VOZ) tavsiyasiga ko'ra tish pastalari tarkibida fluor ionlarining miqdori 0,1%dan oshmasligi kerak. Samarali ta'sir qiluvchi tish pastalarining har bir grammida 1-3 mg fluorid mavjud bo'ladi.

Katta yoshdagi kishilarga tavsiya qilinadigan tish pastalari o'z tarkibida 0,11% dan 0,16% gacha natriy fluorid yoki 0,38% dan 1,14% gacha monofosfat natriy tutadi. Bolalar uchun tish pastalaridagi fluor birikmalari miqdori 0,023% dan oshmasligi zarur.

Tarkibida natriy fluorid, kalsiy fluorid va kremniy tutuvchi abrazivli tish tozalash pastalari kariyesga qarshi yuqori samarali xususiy fluorostat sistemasini tashkil qiluvchi vositalar hisoblanadi "Blendamed" va "Kolgeyt" tish pastalari shular qatoriga kiradi.

Tish karashlarini hosil bo'lishiga qarshilik ko'rsatish, tish toshlari kristallarining o'sishini susaytirish maqsadida tish pastalari tarkibiga triklozan moddasi qo'shiladi. Triklozan bakteriyalarga qarshi (ayniqsa grammusbat va grammanfiy mikroorganizmlarga) kuchli ta'sir ko'rsatib, ularning ko'payishini keskin susaytiradi. Bu ta'sir tish tozalangandan so'ng 12 soatgacha davom etishi mumkin.

Tish pastalari tarkibidagi fluor birikmasi so'lakda erishi natijasida erkin fluor moddasi ion shaklida tish emali tarkibiga singib kirib, emalni kislotali demineralizatsiya jarayoniga to'sqinlik qiladi. Fluor ioni emal tarkibida kislotalarda erimaydigan birikmalar hosil qilishda ishtirok etadi.

Fluor saqlamaydigan kariyesga qarshi ta'sir etuvchi qator tish pastalari mavjudki, ular tarkibida tishning emal qobig'ini to'yintiruvchi

mineral tuzlar bo'ladi. Bunday tish pastalari o'zida kaliy fosfat, natriy fosfat, kalsiy va natriy glitserofosfat, kalsiy glyukonat, rux oksidi kabi minerallar tutadi. Bulardan tashqari shularga o'xshagan o'z tarkibida xitin, xitozan hosilalari tutuvchi pastalar ham mavjud. Xitin, xitozan hosilalari oqsillarga yaqin tuzilishga ega bo'lib, streptococcus mutans, aktinomitsetlar kabi mikroorganizmlarni emal yuzasiga adsorbsiyalanishiga yo'l qo'ymayda va natijada tishlar yuzasida tish blyashkalari hosil bo'lishi sust kechadi.

G.N.Paxomov va mualliflar (1973, 1978 yil) tomonidan tabiiy manba'lardan remineralizatsiya qilish xususiyatiga ega bo'lgan "Remodent" preparati ishlab chiqilgan. Shu preparat asosida "Remodent" tish pastasi ham ishlab chiqarilmoqda. Bu tish pastasi o'z tarkibida qator makro- va mikroelementlar saqlagan holda kariyesga qarshi yaxshi ta'sir etuvchi vosita hisoblanadi. Makro- va mikroelementlar dentin kanalchalarining kirish qismini tez to'ldirib tish sezgirligini pasaytiradi.

Faqat tarkibida fluor saqlovchi va mineral tuzlar saqlovchi remineralizatsiya hususiyatiga ega pastalargina kariyesga qarshi profilaktika tadbirida qo'llanilmasdan bugungi kunda tarkibida, fermentlar saqlovchi pastalar turi ham paydo bo'la boshlagan. Fermentlardan hayvonlar va zamburug', mikroblardan olinadigan pankreatin, lizotsim, tripsin, proteaza, amilaza, X-va B-glyukozidaza, mutanazalar ko'proq tanlanadi. Mazkur fermentlar tish karashlar hosil bo'lishini oldini oladi. Tishlar yuzasiga adsorbsiyalanuvchi mikroorganizmlarni gidrolizlab parchalaydi. Bulardan bakteriyalar ishlab chiqargan fermentlar kuchli gidrolizlash kuchiga egadir.

Fermentlardan-lipaza, amilaza, proteaza, lizotsim, glikozidazalar pastalar tarkibida ovqat qoldiqlari va tish karashlarini suvda eruvchi mayda molekulalargacha parchalaydi. Bulardan tashqari fermentlar kariyesogen mikroblar hosil qilgan polisaxaridlar, dekstranlarni shilliq va karashlarni parchalab, kislotalar hosil bo'lishini oldini oladi.

Davolash va profilaktika hususiyatga ega tish pastalari gingivitlar, parodontitlar va stomatitlarni davolash va shu kasalliklarning oldini

olish uchun qo'llaniladi. Shuning uchun bunday tish pastalari tarkibiga biologik aktiv moddalar- xlorofill tutuvchi, shifobaxsh o'simliklarning, suvli yoki spirtli eritmalari, damlamalari yoki ekstraktlari, fermentlar va boshqalar qo'shiladi.

Mazkur tish pastalari parodont va shilliq qavat to'qimalariga shifobaxsh ta'sir ko'rsatib, milklardan qon oqishini, patologik cho'ntaklardan yiring oqishini to'xtatadi, milklar yallig'lanishini to'xtatadi, parodont va shilliq qavatlarda qon va modda almashinuvi jarayonini faollashtiradi.

Milk va shilliq parda jarohatlarida regeneratsiya jarayonini kuchaytirish maqsadida davolovchi pastalar tarkibiga - fermentlar, A va E vitaminining moyli eritmasi, karotolin kiritiladi.

Tish pastalariga qo'yilgan talablar. Tish yuvish pastalari neytral bo'lishi, tozalovchi va silliqlovchi xususiyatga ega bo'lishi, yaxshi ko'rinishga, mazaga va hidga ega bo'lishi kerak. Ular tozalovchi, dezinfeksiyalovchi, zararsiz bo'lishi, davolovchi va profilaktik xususiyatga ega bo'lishi zarur.

Bugungi kunda mamalakatimiz savdo tarmoqlarida, bozorlarida turli mamlakatlar firmalari, kompaniyalari tomonidan ishlab chiqarilgan rang-barang tish yuvish pastalarini xarid qilish mumkin. Shunga qaramasdan ularning ko'pchiligini Rossiyada ishlab chiqarilgan tish pastalari tashkil qiladi.

Rossiyada ishlab chiqarilayotgan tish yuvish pastalarining turlari va xususiyatlari

Gigiyenik tish yuvish pastalari – Og'iz holatini yangilab, tozalovchi xususiyatga ega bo'lib, maxsus davolovchi va profilaktik qo'shimchalar qo'shilmagan bo'ladi. Rossiyada ishlab chiqarilgan gigiyenik pastalar asosini odatda kimyoviy cho'ktirilgan bo'r (23-43%), glitserin (10-33%), karboksimetilsellyulozaning natriyli tuzi (1-1,8%), parfyumeriya moyi (1-1,5%), laurilsulfat natriy, hid beruvchi qo'shimcha, suv, konservantlar hosil qiladi.

Keng tarqalgan rus gigiyenik tish pastalari:

“Apelsinovaya”, “Myatnaya”, “Semeynaya”, “BAM”, “Moskovskaya”, “Olimp”, “Nu pogodi” va boshqalar.

Bolalar gigiyenik tish pastalari.

Mazkur pastalar sanab o'tilgan tarkibiy qismdan tashqari yaxshi ta'm beruvchi moddalar bilan boyitiladi. Bular efir moylari, ovqatga ishlatiladigan essensiayalardir. Bolalar gigiyenik pastalarini tayyorlashdagi asosiy shartlaridan bo'lib, yaxshi ta'mga ega bo'lish va organizm uchun mutlaqo zararsiz bo'lishlik hisoblanadi. Bu xususiyatlar bolalarni tishlarini yuvishga tez o'rgatish va bu muolajani ularda odat tusiga kiritishda yordam beradi.

Davolovchi – profilaktik tish pastalari.

Bu xildagi pastalar sanab o'tilgan ma'lum komponentlardan tashqari biologik aktiv qo'shimchalar, vitaminlar, shifobaxsh o'simliklar ekstrakti va eritmasi, tuzlar, mikroelementlar va fermentlar bilan boyitilgan bo'ladi. Bu sinfga kiruvchi pastalardan xar kunlik tishlarni tozalash uchun ham foydalansa bo'ladi. Shu bilan birgalikda ularni asosan parodont xastaliklari bor, tishlarida ko'plab kariyes va uning asoratlari mavjud bemorlarga tavsiya etish maqsadga muvofiqdir. Kariyes profilaktikasida parodont va nokariyes kasalliklari mavjud hollarda mazkur pastalarning samarasi yuqori ekanligi isbotlangan.

Davolovchi – profilaktik pastalar tarkibiga kirgan komponentlar asosida 5 guruhga bo'linadi:

1. O'simlik moddalari tutuvchi
2. Tarkibida tuzlar saqllovchi
3. Tarkibida fermentlar saqllovchi
4. Tarkibida biologik aktiv moddalar saqllovchi
5. Kariyeska qarshi tarkibli tish pastalari

Tarkibida shifobaxsh o'simlik moddalari saqlovchi tish pastalari

Mazkur pastalar modda almashinuvini jonlantiradi, yaxshilaydi, to'qimalar regeneratsiyasini kuchaytiradi, milklardan qon ketishini kamaytiradi, og'izdagi noxush hidlarni bartaraf etadi. Quyidagi guruhga kiruvchi tish pastalari bilan tanishamiz.

"Lesnaya" tish pastasi o'z tarkibida 5% xvoy-karotin massasini saqlaydi. Unda xlorofidd, karotin, askorbin kislotasi, tokoferol, balzamli smola mavjuddir. Tarkibida shunday kompleks moddalarning borligi mazkur pastani milk to'qimasiga yaxshi ta'sir etib yallig'lanish jarayonlariga barham berishni, og'izda noxush hidlarni yo'qotish, xushbo'y qilishni, milklardan qon oqishini bartaraf etishni va shilliq parda regeneratsiyasini ta'minlaydi.

"Romashka" tish pastasi romashka va zveroboy singari shifobaxsh o'simliklarning suvli-spirтли ekstrakti bilan boyitilgan bo'lib, yallig'lanishga qarshi, antiseptik, yaxshi tozalovchi xususiyatlarga va yaxshi maza ta'mga egadir.

Shu guruhga kiruvchi, bolalar uchun mo'ljallangan "Buratino" ham tarkibida romashka, mingyillik va qalampirmunchoq o'simliklarining ekstraktini saqlab, yallig'lanishka qarshi kuchli vosita sifatida milklar yallig'lanishida juda yaxshi samara beradi.

Bolalar tish pastasi "Shelkunchik" kalendula ekstrakti asosida tayyorlanib, tarkibida karotin, likonin, efir moylari, organik kislotalar saqlaydi. Fitonsidlarga boy bo'lib, yallig'lanish jarayonlarida yuqori samara beradi.

"Parodontax" nomli tish pastasi ham tabiiy o'simliklar asosida tayyorlangan. Ushbu tish yuvish pastasi milklardan qon oqishini oldini oladi, yallig'langan milklarga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, bakteriyalarni ko'payishini to'xtatadi, uglevodlar parchalanishidan hosil bo'lgan organik kislotalarni neytrallash xususiyatiga ega. Milklarni mustahkamlaydi va yaxshi tozalash sifatiga egadir. Mazkur tish pastasi tarkibida yalpiz, mirt, shalfey, romashka, rataniya, bikarbonat natriy tutadi, bu esa parodont kasalliklarini profilaktikasi va davolash ishlarida samarali hisoblanadi.

Tarkibida tuzlar saqlovchi tish pastalari

Mazkur guruhga kiruvchi tish pastalarining tarkibiga har xil tuzlar va mineral komplekslar qo'shilib tayyorlanadi. Bunday tarkibli tish pastalari parodont va shilliq parda to'qimalarida qon aylanishini yaxshilaydi, modda almashinuvi jarayonlarini faollashtiradi, shishlarni yo'qotadi va ma'lum darajada og'riqsizlantiradi. Tuzlar shilimshiqlarni suyultiradi, tish karashlarini hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi, mikroblarni adgezivlik-yopishqoqlik xususiyatini yo'qotadi va koloniya hosil bo'lishiga yo'l qo'ymaydi.

Shu guruh pastalaridan "Balzam" tish yuvish pastasi o'z tarkibida shifobaxsh mineral tuzlar kompleks mikroelementlar saqlashi tufayli parodont to'qimasiga shifobaxsh ta'sir ko'rsatadi va yaxshi tozalovchi xususiyatga ega.

"Yubileynaya" tish pastasi o'z tarkibida shifobaxsh Morshinsk mineral suvidan ajratilgan yuqori kaliyli konsentrat va sulfat-magniyli komponent saqlashi tufayli milk va shilliq parda qon aylanishiga ijobiy ta'sir qilib to'qimalar oziqlanishini yaxshilaydi. Yallig'lanishga qarshi yuqori samarali ta'sir ko'rsatib, yaxshi tozalovchi xususiyatga egadir.

Fermentlar tutuvchi tish pastalari

O'z tarkibida fermentlar saqlovchi tish pastalari tish yumshoq karashlarini, ovqat qoldiqlarini, nikotinli karashlarni yaxshi eritib tozalash xususiyatga ega bo'lgan shaxsiy gigiyena vositalaridan hisoblanadi. Bunday guruhga "Belo-rozovaya", "Osobaya", "Charodeyka" kabi tish pastalari kiradi. Ular o'z tarkibida proteolitik fermentlar, polivinil pirolidon kabi aktiv tozalovchi vositalar saqlaydi. Aynan ana shu fermentlar saqlovchi tish pastalarini parodont kasalliklarini o'tkirlashgan davrida tavsiya qilish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Biologik aktiv moddalar tutuvchi tish pastalari

Mazkur guruhga kiruvchi tish pastalari o'z tarkibida biologik aktiv qo'shimchalar, xususan vitamin "V", pantotenat kalsiy, boroglitserin tutib, yuqori darajada yallig'lanishga qarshi samara berib, to'qimaning

tiklanish regeneratsiyasini ta'minlaydi. Bulardan tashqari ular bakteriostatik, antiseptik, bakteritsid, fungostatik, fungitsid ta'sirga ega bo'lganligi bois, ushbu pastalarni stomatitlarda, kandidozlarda, glossit, xeylitlarda, parodont yallig'lanishlarida tavsiya qilish maqsadga muvofiqdir.

"Prima", "Boroglitserinovaya", "Yagodka" tish yuvish pastalari shular jumlasidandir.

Tish kariyesiga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi tish pastalari.

Bu guruhga kiruvchi tish pastalari o'z tarkibida flor, fosfor, kalsiy birikmalari tutganligi uchun tish qattiq mineral to'qimalarini (emal, dentin) mustahkamlab, to'yintirib, tish karashlarini paydo bo'lishiga yo'l qo'ymasdan, ularni kariyesdan muhofaza qiladi.

Ftorli birikmalardan tish pastalari tarkibiga mono-ftorfosfat natriy, natriy-ftor, mis-ftorid, organik fluor saqllovchi moddalar qo'shadi. Ftorli tish pastalarini hosil qilishda fluor konsentratsiyasiga juda katta ahamiyat beriladi. Samarali ta'sir ko'rsatuvchi tish pastalari tarkibidagi fluor miqdori 1 gramm pastada 1-3 milligrammni tashkil qiladi. Shunday tarkibli tish pastalarini muntazam ishlatish kariyes jadalligini o'sishini bolalarda 15-35% gacha pasaytirganligi to'g'risida aniq ma'lumotlar mavjud.

Mazkur tish pastalarining kariyesga qarshi samarali ta'siri avvalambor ularni mahalliy qo'llash tish emal qavatining turg'unligini oshirish va tashqi ta'sirlarga berilmasligini ta'minlashdan iborat.

Ftor ionlari tish emali tarkibiga singib kirib, mustahkam fluorapatit sistemasini hosil qiladi. Fosfor-kalsiy birikmalarini tish qattiq to'qimalariga mustahkam birikishii ta'minlaydi, shu bilan birgalikda og'iz mikroflorasini o'sishini to'xtatadi va karashlarni hosil bo'lishini oldini oladi. Ftorli tish pastalari bolalar yoshida yangi chiqqa boshlagan va yorib chiqqan tishlar emal qavatini mustahkamlashda muhim ahamiyati kasb etadi. Keyinchalik yosh o'tishi bilan bu xususiyat tishlarga nisbatan ancha pasayadi. Shuni nazarda tutgan holda tarkibida fluor tutuvchi tish pastalarini bolalar yoshida tavsiya qilish katta samara

beradi va kariyes o'sishini kamaytiradi. Ushbu guruhga kiruvchi "Cheburashka" tish pastasi o'z tarkibida natriy ftor, fosfatlar va mikroelementlar saqlaydi. "Cheburashka" tish pastasi bolalar uchun mo'ljalangan bo'lib kariyesga qarshi samarali ta'sir ko'rsatadi. Tarkibida ftor saqlovchi tish pastalari qatorida "Ftorodent" pastasi ham ma'lum. U o'zining tarkibida natriy ftor birikmasini tutadi va uni kariyes profilaktikasi hamda davolashda ishlatish tavsiya qiladi. Bundan tashqari bu tish pastasi tishlarda sodir bo'ladigan giperesteziyani susaytiruvchi, tish emali kristallarini mustahkamlab, emal qavatning kariyesga nisbatan turg'unligini oshiradi.

Tish emalining mustahkamligini ta'minlovchi omil ftordan tashqari qator makro va mikro elementlardan iboratdir. Shuni nazarda tutib o'z tarkibida kaliy bir va ikki fosfat, natriy fosfat, glitserofosfat kalsiy, kalsiy glyukonat, fosfat kislotasining tuzlarini va boshqa makro-mikroelementlar tutuvchi tish pastalari ham ishlab chiqilmoqda. Bundan tashqari mazkur guruhga kiruvchi bir qancha pastalar o'z tarkibida davolovchi xususiyatga ega bo'lgan moddalarni saqlashi ma'lum.

"Zodiak" tish pastasi o'z tarkibida natriy ftor birikmasidan tashqari yallig'lanishga qarshi ta'sir etuvchi va regeneratsiyani, epitelizatsiyani kuchaytiruvchi xususiyatga ega bo'lgan oblepixa moyi tutadi. Shu xususiyatlarini inobatga olib mazkur turdagi pastalarni kariyes profilaktikasida va parodont kasalliklarini, og'iz shilliq parda kasalliklarini davolash maqsadida shunday bemorlarga tavsiya etish mumkin.

"Jemchug" va "Arbat" tish pastalari fosfat tuzlari saqlovchi davolash profilaktik xususiyatga ega bo'lgan og'iz bo'shlig'i shaxsiy gigiyenasining asosiy vositalaridan bo'lib hisoblanadi. Mazkur tish yuvish pastalari kariyesdan tishlarni muxofaza qilishda, tishlar giperesteziyasiga barham berishda yuqori samaraga egadir. Ular o'z tarkibida glitserofosfat kalsiy va antiseptiklar tutadi. Bular guruhiga "Kristall" va "Remodent" singari tish yuvish pastalari ham kiradi. O'z tarkibida fosfat tuzlarini saqlovchi tish pastalarini bugungi kunda uch yo'nalishda ishlatish maqsadga muvofiqdir.

Birinchidan – Bolalar va katta yoshdagi kishilarda kariyes profilaktikasida tishlarni muntazam har kuni tozalab turish uchun va applikasiya(chaplash) uchun.

Ikkinchidan – fosfat tuzlari tutvchi tish pastalari nokariyes kasalliklarini (giperesteziya, siyqalanish, eroziya, ponasimon nuqson, gipoplaziya, flyuoroz) davolashda samaralidir.

Uchinchidan – ortodontik qurilmalar, xususan breket-sistema taquvchi bemorlarda har kunlik tishlar tozalanishi va applikasiya qilinishi demineralizatsiya sohalarini sodir bo'lishini oldini oladi.

G'arb davlatlarida ishlab chiqarilayotgan zamonaviy tish pastalari

Bugungi kunda bozorlar va magazinlar peshtaxtalarida g'arb mamlakatlarida ishlab chiqarilgan har xil tish tozalash pastalarini uchratish odat tusiga kirib qoldi va ulardan foydalanish keng tus olmoqda. Shuni nazarda tutib ana shu tish pastalariga e'tiborni qaratish foydadan holi emas.

Bu xil tish pastalaridan ayniqsa, "Prokter va Gembl", "Kolgeyt", "Smith Kline Bucham" kompaniyalari tomonidan ishlab chiqarilgan tish pastalari o'zining sifati va ma'lum maqsadga yo'naltirilganligi bilan ahamiyatga molikdir. "Prokter-Gembl" kompaniyasi asosan "Blendomed" guruhi tish tozalash pastalarini ishlab chiqaradi. Bu kompaniya dunyoda birinchi marta 1955 yilda ftorli tish pastalarni ishlab chiqara boshladi. 1960 yilda Amerika stomatologlari assotsiyaatsiyasi tomonidan ma'qullangan va tavsiya qilingan "Grest" tish pastasi bo'lgan.

**“Blendo-med” guruhi tish pastalarining tarkibini tashkil qiluvchi
ingrediyentlar va ularning vazifalari**

8-jadval.

Modda (ingrediyent) nomi	Ta'siri	Funksional samaradorligi
Natriy fluorid	Kariyesga qarshi samara	Kariyes kavaklarini hosil bo'lishini oldini oladi
Kremniy dioksidi	A) abrazivlik xususiyati B) quyiltiruvchi	A) tozalovchi, silliqlovchi B) qovushqoqlikni ta'minlash
Sorbit	Namlovchi	Suvni tutib turadi
Natriy fosfat	Ph-bufer	Ph – muvozanatini ushlab turadi
Natriy uch fosfat	Ph-bufer	Ph – muvozanatini ushlab turadi
Natriy lauril sulfat	Ko'pirtiruvchi	Detergent, ko'pik hosil qiladi
Ksanton mumi	Bog'lovchi – qovushtiruvchi	Yopishqoqlikni ta'minlaydi (qovushtiradi)
Suv	Erituvchi	Qattiq komponentlarni eritadi
Triklozan	Mikrobgga qarshi ta'siri	12 soat davomida mikroblar o'sishini to'xtatadi
To'rtkaliyli pirofosfat	A) abrazivlik xususiyati B) kristallar o'sishini to'xtatadi	Tish toshlarining o'sishini oldini oladi, to'xtatadi
To'rtnatriyli pirofosfat	A) abrazivlik xususiyati B) kristallar o'sishini to'xtatadi	Tish toshlarining o'sishini oldini oladi, to'xtatadi
Natriy ikki pirofosfat	A) abrazivlik xususiyati B) kristallar o'sishini to'xtatadi	Tish toshlarining o'sishini oldini oladi, to'xtatadi
Natriy bikarbonat	A) yumshoq abraziv B) otdushka	Tozalik va ta'm hosil qilishni ta'minlaydi
Propilparaben	Konservant	Tish pastasini buzilishdan, aynishdan saqlaydi
Metilparaben	Konservant	Tish pastasini buzilishdan, aynishdan saqlaydi
Glitserin	Namlovchi	Suvni saqlab, namlikni ushlab turadi va pastaning qotishiga yo'l qo'ymaydi

“Blendo-med” guruhiga kiruvchi quyidagi tish pastalari keng tarqalgan va samarali gigiyenik vosita hisoblanadi.

1. **Blend A Med Fluoristat** – buning Mild fresh va Extra fresh gel turlari mavjud. Kariyesga nisbatan samarali, och-yashil va biryuza rangda boʻladi. Fluoristat sistemasiga ega boʻlib, bu sistema fluor ionlarini oʻzidan tez ajralib chiqishini taʼminlaydi va remineralizatsiya jarayonida faol ishtirok etadi.
2. **Blend A Med complete** pastasi – Kariyesga qarshi, parodont kasalliklarida va tosh hosil boʻlishini oldini olishda juda samarali. Oq pasta yashil rangli gel tasmachalari bilan. Mazkur pasta ogʻiz boʻshligʻida uchraydigan uch keng tarqalgan asosiy kasalliklarni: kariyes, parodont kasalligi (milkklar qochishi va yalligʻlanishi) va tish toshlarini hosil boʻlishini oldini oladi. Bunda ham “Fluoristat” sistemasi mavjud boʻlib, u karisdan himoya qiladi, Triklozan-mikroblardan va pirofosfatlar toshlar hosil boʻlishidan himoya qiladi. Shuni nazarda tutib bunday tish pastalarini parodont kasalliklari mavjud bemorlarga tavsiya etish maqsadga muvofiqdir.
3. **Blend A Med Soda Bicarbonate** Pastasi. Mazkur tish pastasi kariyesga qarshi, tish toshlarini hosil boʻlishiga qarshi samarali taʼsirga ega boʻlib, tishlarning tabiiy oq rangini saqlaydi. Bu tish pastasida ham asosiy, faol sistema “Fluoristat” hisoblanadi. Uning oʻziga xos tarafi shundaki, u oʻzida pirofosfatlar kombinatsiyasini saqlaydi va tish toshlarini hosil boʻlmasligini taʼminlaydi. Soda bikarbonat esa tishlarning tabiiy oq rangini saqlashda ishtirok etadi.
4. **Blend A Med BlendDJ** Pastasi – kariyesga qarshi samarali va bolalar uchun, sut tishlarini muhofaza qilish maqsadida ishlab chiqilgan. Toʻq qizil rangli gel meva taʼmi bilan. Mazkur pasta yuqoridagi qarindoshlaridan “Fluoristat” sistemasida fluor miqdorini kamligi bilan farq qiladi (250 mg/kg, fluor konsentratsiyasi, boshqalarida 1450mg/kg). YAʼni, “Fluoristat” sistemasida fluor miqdori 6 marta kam. Bu esa bolalar uchun uning zararsizligini taʼminlaydi, uni bemaolol vaqtgacha ishlatish

mumkin. Shu bilan birgalikda u xushbo'y, xushta'm va unga chiroyli rang berilgan, bu esa bolalar uchun juda muhim.

Akvafresh tish tozalash pastasi Amerika va inglizlarning "Smith Kline Bucham" kompaniyasi mahsuloti bo'lib, bolalar va kattalar uchun oilaviy tish pastasi sifatida tavsiya qilinadi.

Bu ko'p komponentli tish pastasi bo'lib, ajoyib tarkibga egadir. Mazkur pasta o'z tarkibida monoflorfosfat natriy, glitserofosfat kalsiy, karbonat kalsiy tutadi va faol farmakologik samaraga ega. U antibakterial, kariyesga qarshi, yaxshi ta'm va hidga ega. Bundan tashqari u o'zida fluor moddasini saqlaydi, bu esa tish emali sathida kislotalarda erimaydigan fluorapatitlarni hosil qiladi. Natriy karbonati Ph ko'rsatkichni ishqoriy muhitga burib turadi.

Akvafresh tish yuvish pastasi og'izdagi noxush hidlarni mikroblarni o'ldirish orqali amalga oshiradi, bundan tashqari tish karashlarini hosil bo'lishini oldini oladi. Bunda glitserofosfat kalsiy monoflorfosfat va laurilsulfat natriyni faollashtirib uning detergentlik xususiyatini oshiradi, yaxshi ko'pirishiga sabab bo'ladi. Akvafresh komponentlari tish emalining kristal hosil qiluvchi chambaraklarini mustahkamlaydi, emalning kariyesga nisbatan turg'unligini oshiradi. Akvafresh pastasi uch xil rangli pastalardan tashkil topadi va bu xususiyat tyubiklarda ham aralashib ketmaydi. Tyubik siqilganda tish cho'tkasiga oq, qizil va ko'k rangli pasta ajralib chiqadi va estetik zavq bag'ishlaydi. Mazkur kompaniyaning ikki xil tish pastasi bilan tanishamiz.

Akvafresh Whitening – U o'zida noyob triklin komponentini saqlaydi, tishlarni har xil dog'lardan tozalab oqartirish xususiyatiga ega. Boshqa oqartiruvchi vositalardan farqli o'laroq bu tish pastasidan har kuni foydalansa bo'ladi.

Whitening tish pastasi uch xil (oq, qizil, ko'k) ingrediyentdan tashkil topgan va ulardan har biri maxsus vazifani bajaradi:

- oq qismi – tishlarni kariyesdan himoya qiladi
- qizil massa – tishlarni karashlardan tozalaydi

- ko'k yoki yashil massa – og'izga xushbo'y hid va yaxshi ta'm beradi.

Mazkur tish tozalash pastasi muntazam ravishda foydalanilganda tish toshlarini ham eritib yo'qotish xususiyatiga ega.

“Maklinz” tish pastasi ham **“Smith Kline Beecham”** kompaniyasining yangi mahsuloti bo'lib kariyes profilaktikasi va davolash ishlarida yuqori samaraga egadir. Kariyes profilaktikasini pasta tarkibiga kiruvchi to'rt komponent – natriy monofosfat, glitserofosfat va karbonat kalsiy, hamda mikroblarga qarshi ta'sir etuvchi triklezanlar ta'minlashadi. Pasta tarkibiga 0,25% triklozan kiritilishi uni mikroblarga qarshi xususiyatini oshirib, tish karashlarini keskin kamaytirishga olib keladi.

Ikkinchi komponenti – karbonat kalsiy bo'lib u ikki xil vazifani bajaradi: birinchidan ishqoriy muhit hosil qilib bakteriyalar hosil qilgan va ovqat tarkibidagi kislotalarni neytrallaydi; ikkinchidan demineralizatsiya sohalarida chiqib ketgan, yuvilib ketgan kalsiy ning o'rnini to'ldiradi.

“Maklinz” tish pastasi har kun ikki marta ishlatilganda:

- tishlarni karashlaridan tozalaydi – bu bilan gingivit va kariyesni oldini oladi
- og'izni tozalab yaxshi ta'm va hid beradi.

Tish pastalarini ishlab chiqaruvchi keksa avlod kompaniyalaridan biri, bugungi kunda og'iz bo'shlig'i gigiyenasi vositalarini ishlab chiqishda dunyoda salmoqli o'rin tutuvchi kompaniya **“Colgate Palmolive” (AQSH)** hisoblanadi.

“Colgate Total” tish yuvish pastasi mazkur kompaniyaning bugungi kunda keng tarqalgan mahsuloti hisoblanadi. Tarkibida triklozan, gantrez va natriy fluor tutadi. Ilmiy va maxsus tekshirishlar mazkur tish pastasi o'z tarkibiga kiruvchi faol ingrediyentlari bilan og'iz bo'shlig'i a'zolarini, tishlarni mikroorganizmlardan uzluksiz himoya qilishini tasdiqlashgan. Kompaniya tish pastalari tarkibiga kiruvchi triklozan o'zining sintetik sherigi gangrez bilan birgalikda pastaning davolash-profilaktik xususiyatlarini uzaytiradi. Bu uning kariyesga nisbatan emalning turg'unligini oshirishda va parodont kasalliklarini

oldini olishda namoyon bo'ladi. Tarkibida 0,3% triklozan, 0,243% natriy ftorid va kopolimer tutgan mazkur tish pastasi tishlar yuzasida karashblyashkalarini hosil bo'lishini to'xtatadi, tish toshlarini hosil bo'lishini oldini oladi, milk yallig'lanishini sezilarli darajada yaxshilaydi, uni kamayishiga olib keladi. Uzoq muddat Kolgeyt pastalaridan foydalanish og'iz bo'shlig'i normal florasiga ta'sir etmasligini ko'rsatdi. Bugungi kunda Kolgeyt total guruhiga kiruvchi 25 dan ortiq tish pastalari butun dunyo bo'yicha o'zining muxlisiga ega.

Germaniyaning "Arkam" zavodi ham dunyoda oldingi o'rinlardan birini egallab turgan "Lakalyut" markasi bilan qator tish pastalarini ishlab chiqarmoqda. Shulardan ba'zi birlari bilan tanishib chiqamiz.

Katta yoshdagi kishilar uchun:

Lakalyut aktiv (Lacalut Active) – tish yuvish pastasi 50 gr.li tyubiklarda chiqariladi va parodont kasalliklari mavjud kishilar uchun mo'ljallangan.

Asosiy tarkibi – alyuminiy laktat, alyuminiy ftorid, xlorgeksidin, allantoin.

- Alyuminiy laktat – milklarni sezilarli darajada mustahkamlaydi, ulardan qon oqishini to'xtatadi, tashqi ta'sirlarga nisbatan sezgirligini pasaytiradi (issiq, sovuq, nordon, shirin va x.k.)
- Xlorgeksidin – bakteritsid xususiyatga ega bo'lgan kuchli antiseptik bo'lib, tishlar yuzasida bakterial karashlar hosil bo'lishining oldini oladi.
- Allantoin – milklardan qon oqishini kamaytiradi, milk yallig'lanishlarini bartarf qiladi.
- Alyuminiy ftorid – tish emalini mustahkamlaydi, kariyesning oldini oladi.

Lakalyut ftor – tishlarni kariyesdan himoya qiladi.

Asosiy tarkibi – natriy ftorid, oktdetsildiamin digidroftorid, xlorgeksidin.

- Pasta tarkibidagi ftorid sistemasi asosiy ta'sir qiluvchi komponent bo'lib tish emalini, ayniqsa uni shikastlangan sohasini tezda

to'yintiradi, tishlarning ochilgan ildiz qismiga tez singib kirib to'yintiradi va sezgirligini pasaytiradi. Emal to'qimasini organik kislotalarga nisbatan turg'unligini oshiradi.

- Xlorgeksidin – bakteritsid xususiyatga ega bo'lgan kuchli antiseptik bo'lib, tishlar yuzasida bakterial karashlar hosil bo'lishini oldini oladi.

Lakalyut sensitiv – 50 gr.li tyubiklarda chiqariladigan tish pastasi. Asosiy tarkibi: alyuminiy laktat, alminiy florid, oktatetsildiamin digidroftorid, xlorgeksidin. Giperesteziyani pasaytiradi, tishlar bo'yin qismida kariyesning oldini oladi, tish emali va dentinini kariyesdan himoya qiladi.

- Alyuminiy laktat – emal-dentin chegarasigacha chuqur singib kirib tashqi ta'sirlarni nerv oxirlariga berilishini oldini oladi va tish sezgirligini pasaytiradi. Tishlarni issiq-sovuqni, nordon va sho'r ta'sirlarni sezmaslikka olib kelishini ta'minlaydi. Milk to'qimasini mustahkamlaydi, qon oqishini to'xtatadi.
- Xlorgeksidin – bakteritsid xususiyatga ega bo'lgan kuchli antiseptik bo'lib, tishlar yuzasida bakterial karashlar hosil bo'lishini oldini oladi.

Lakalut flyuor – 50 gr.li tyubiklarda chiqariladigan tish pastasi. Pasta tarkibida maxsus tozalovchi qo'shimchalar bo'lib muntazam ravishda foydalanilganda choy, kofe, nikotinli dog'larni tozalab tishni oqartiradi, tish qattiq to'qimasini organik kislotalar ta'siridan himoya qiladi va kariyesni oldini oladi.

Slovakiyada ishlab chiqariladigan “Corident” seriyali tish pastalari ham bugungi kunda keng tarqalgan.

“Corident Xylitily” (Korident-ksilitol) tish pastasi og'iz bo'shlig'i shaxsiy gigiyenasi vositasi bo'lib, kariyesga qarsha samarali ta'sir ko'rsatadi, tish toshlari hosil bo'lishining oldin oladi, emalni mustahkamlaydi. Xylitily – fluor faolligini oshiradi.

“Corident Family Fresh” – oilaviy tish pastasi, tarkibida faol fluor elementini tutadi. Kariyesga qarshi universal ta’sir ko’rsatadi, yumshoq ta’sir ko’rsatadi.

“Corident Family Cool” – bolalar va o’smirlarga mo’ljallangan, kariyesga qarshi samarali ta’sirga ega. Maxsus sut tishlarini tozalash uchun ishlab chiqilgan.

Polshaning Lexiya shahrida joylashgan “Pollena” kosmetika fabrikasida tayyorlanadigan tish yuvish pastalari ham og’iz bo’shlig’i shaxsiy gigiyenasi nuqtai nazaridan e’tiborga molikdir.

“Colodent BJ-Fluor” – tish yuvish pastasi 7 va undan katta yoshli kishilar uchun mo’ljallangan. Mazkur tish pastasining tarkibi zamonaviy fluor saqllovchi birikmalar (natriy florid va monoflorfosfat natriy) komponentlari bilan boyitilgan. Shuning uchun uni muntazam ishlatilganda emal qavat mustahkamligi oshib kariyesga nisbatan turg’un bo’lishi, kislotalarda eruvchanligini pasayishi ko’p yillik tekshiruvlar natijasida aniqlangan.

“Colodent Bi-Fluor” – tish pastasi maxsus tanlangan silikogellar asosida tayyorlanadi va u juda samarali abraziv-tozalovchi, silliqlovchi, adsorbsiyalovchi xususiyatga ega. Bu tish yuvish pastasi tishlarda hosil bo’lgan har xil dog’larni va karashlarni yaxshi ketkazadi. Juda yaxshi ta’m va hidga ega bo’lgani uchun yaxshi estetik taassurot qoldiradi.

“Colodent Remi” – ikki sifatli tish pastalar komplektidan (Remi-K va Remi-A) iborat noyob qo’shaloq tish yuvish vositasi hisoblanadi.

Mazkur tish pastasining ijobiy ta’siri ikki xil pasta bilan tishlarni navbatma-navbat yuvishdan iborat. Dastlab tishlar “Remi-K” pastasi bilan yuviladi, keyin og’iz chayilib, Remi-A pastasida tishlar tozalanadi. 2-bosqichli tish pastasi va cho’tkasi yordamida tishlarni yuvib tozalash natijasida emal yuza qavatlari kristallarini yangilanigi, to’yinishi sodir bo’lar ekan. Chunki Remi-K pastasi erkin minerallar kationlari komplektini o’zidan ajratib chiqaradi. Remi-A pastasi esa maxsus tanlangan qo’shimchalar tarkibidagi erkin ionlar komplekti anionlarni tishlarni yuvish davomida o’zidan ajratadi.

Bu tish pastasidan uzluksiz, har kuni ikki marta tishlarni yuvishda foydalanilsa va ketma-ketlik qoidasiga rioya qilinsa, tish emalida hosil

bo'layotgan, hosil bo'lgan o'choqli demineralizatsiya, oq dog'larni remineralizatsiyalab qayta tiklash xususiyati aniqlangan. Kuchli remineralizatsiya xususiyati mazkur tish pastasining kariyes profilaktikasidagi o'rni yuqori baholanishini ta'minlaydi.

Mazkur fabrikada bulardan tashqari **“Colodent Anti Kam”**, **“Colodent Herb-F”** tish yuvish pastalarini ham ishlab chiqaradi. Bu tish pastalari o'z tarkibida shalfey, romashka (moychechak) kabi shifobaxsh o'simliklar ekstraktini saqlashi tufayli bakterostatik va yallig'lanishga qarshi samarali ta'sir ko'rsatadi. Asrlar davomida foydalanib kelinayotgan bu o'simliklar ajratnasi parodontit simptomlarini bartaraf qilib, milklardan qon oqishini to'xtatadi. Pastalar tarkibidagi ftor elementi emal tashqi qavatini mustahkamlab, tish emalini kariyesga nisbatan turg'unligini oshiradi. Mazkur tish pastalaridan 4 yoshdan boshlab foydalanish tavsiya qilinadi.

Sensodyne – maxsus ishlab chiqilgan davolovchi – profilaktik tish yuvish pastasi bo'lib, insonlarda tishlar sezgirligi oshishi natijasida sodir bo'ladigan og'riqlar, noxush xollarni bartaraf qilishda yuqori samaradorlikka ega.

Sensodin tish pastasining ikki xili ishlab chiqariladi: **Sensodin-K(klassik)** tarkibida xlorid stronsiy tutishi ochiq dentin kanalchalarini tezda to'ldirishi oqibatida tishlar sezgirligini tezda pasaytiradi.

Sensodin-F(ftor), o'z tarkibida kalsiy xlor tutganligi uchun tashqi ta'sirlarni ichkariga pulpa to'qimasiga o'tkazmaydigan to'siq parda hosil qiladi. Ftor elementi tish emalini kariyesdan himoya qiladi. Har ikkala tish yuvish pastalarida davolovchi komponentlar borligi, ularni parodont to'qimasini yallig'lanish jarayonlaridan himoya qiladi. Sensodin tish pastalrini samaradorligini 30 yil mobaynida o'rganib, nazorat qilib kelinishi haqiqatan ham mazkur tish pastalari giperesteziya – tishlar sezgirligini bartaraf qilishda tengsiz pasta ekanligini butun dunyo stomatologlari e'tirof etib kelishmoqda.

1.9.3. Tish tozalash poroshoklari

Tish tozalash poroshoklari yaqin o'tmishgacha keng qo'llaniladigan gigiyena vositasi sifatida foydalanilgan. Tish poroshoklarining asosi

tozalovchi vositasi bo'lib, kimyoviy tozalangan cho'ktirilgan bo'r hisoblanadi. Unga hid, ta'm beruvchi moddalar qo'shilib poroshok tayyorlangan.

Tish poroshoklari pastalarga nisbatan abrazivlik hususiyati kuchli bo'lib, tishlarni karashlardan yaxshi tozalaydi. Og'izdan noxush hidlarni yo'qotishi kuchsizrok. Kamchiliklaridan eng asosiysi tezda mikroblar bilan ifloslanishidir. Tish poroshoklari qutichalarda saqlanishi va ular tez-tez ochilab turishi ana shu kamchiliklarga imkoniyat yaratadi. Tish cho'tkalari tashqi muhitdan mikroblar va bakteriyalarni olib kiradi, qutichalar ochilganda esa tashqi muhitdan mikroblar tushadi. Ularning to'kilib, sochilishi, safarda olib yurishda noqulayliklar tug'diradi.

1.9.4. Tish tozalagichlar (kovlagichlar)

Insonlar tish tozalagichlarni qadim zamonlardan buyon ishlatib kelishadi. Italiyaning shimoli, Alp tog'larining sharqiy qismlarida olib borilgan qazilma ishlari natijasida inson shaxsiy gigiyenasiga doir predmetlar, jumladan oltin, bronza, temirdan yasalgan tish tozalagichlarning topilishi eramizdan ikki-uch asr oldin ham ulardan gigiyenik vosita sifatida foydalanilganligidan dalolat beradi.

Bugungi kunda tish tozalagichlar og'iz bo'shlig'i gigiyenasi vositasi doimo hamroximizdir. Tish tozalagichlar plastmassadan va xushbo'y, xushta'm daraxtlar yog'ochidan yasaladi. Shakliga ko'ra uchburchak, yassi, dumaloq bo'ladi.

Ular asosan tishlar orasidagi ovqat qoldiqlari va kontakt yuzalardan karashlarni tozalash uchun ishlatiladi. Shu bilan birga tish tozalagichlar tishlar orasidagi milklarni mexanik massaj qilib ularda qon aylanishini kuchaytiradi, mavjud yengil yallig'lanish jarayenlaridan holi qilishda ishtirok etadi.

1.9.5. Flosslar

Flosslar maxsus tayyorlangan tish tozalagich iplari tishlar oralig'i va kontakt yuzalarini tozalash uchun ishlatiladigan qo'shimcha gigiyena vositasidir.

Flosslar tayyorlanishiga qarab: mumlangan va mumlanmagan, shakliga ko'ra; uchburchak, yassi, dumaloq qilib tayyorlanadi.

Floss iplari tish tozalash uchun qo'llarning ko'rsatkich barmoqlariga o'raladi va tishlar oralig'iga solinib mexanik harakat yordamida tishlarning oraliq yuzalari va yonbosh yuzalaridan karashlar tozalanadi, milklar o'z navbatida massaj qilinadi.

1.9.6. Chaynov rezinkalari (saqichlar)

Saqichlar -so'lak ajralishini kuchaytirib, tishlar yuzasini tozalash va mikroblar hosil qilgan kislotalik muhitni neytrallashtirish va mexanik ishlov natijasida og'iz bo'shlig'i gigiyenasini yaxshilashda ishtirok etuvchi vosita hisoblanadi.

Chaynov rezinkalari og'iz bo'shlig'i to'qimalariga quyidagicha ta'sir ko'rsatadi:

- so'lak ajralishini tezlashtiradi
- so'lak ajralishida uning bufer sig'imini oshirishni ta'minlaydi
- og'iz bo'shlig'ining qiyin tozalanuvchi sohalarini yuvib tozalashni ta'minlaydi
- so'lakdagi saxaroza klirensini yaxshilaydi
- ovqat qoldiqlarini tozalashda faol ishtirok etadi

Bugungi kun chaynov rezinkalari (saqichlari) tarkibini asosiy modda (barcha qo'shimchalarni birlashtiradi), shirin ta'm beruvchi qo'shimchalar (shakar, jo'xori sharbati, shakar o'rmini bosadigan moddalar), yaxshi ta'm va maza beruvchi moddalar, yumshatgichlar (chaynov paytida ma'lum konsistensiya hosil qilish uchun) hosil qiladi.

Chaynov rezinkalarining eng asosiy xususiyati-bu chaynash paytida tinch turganga nisbatan so'lak ajralib chiqishini 3 va undan ko'p marta oshirish hisobidan tishlar sathini yuvilishini yaxshilash, ovqatdan so'ng oshqozonda hazm jarayonini faollashtirishdan iboratdir. Bugungi kunda tarkibida ksilit va boshqa shakarsimon moddalar saqlovchi, kariyesga qarshi ta'sir qiluvchi chaynov rezinkalari keng ko'lamda tayyorlanmoqda. Chaynov rezinasi tarkibidagi ksilit og'iz bo'shlig'ida, tishlar sathida uzoq vaqt saqlanib qolib o'zining ijobiy ta'sirini ko'rsatadi.

Chaynov rezinkalaridan to'g'ri foydalansak, uning salbiy asoratlari bo'lmaydi. Shu ma'noda ko'plab o'tkazilgan tekshirishlar natijasiga tayanib quyidagilar tavsiya qilinadi:

1. Chaynov rezinkalaridan bolalar ham katta yoshdagi kishilar ham bir xil foydalansa bo'ladi
2. Chaynov rezinkalarini faqat ovqatdan so'ng 20 min mobaynida chaynash tavsiya etiladi, aks holda har xil noxush oqibatlariga olib kelishi mumkin
3. Shakar saqlamaydigan, uning o'rnini bosadigan moddalari bor chaynov rezinkalaridan foydalanish maqsadga muvofiqdir
4. Chaynov rezinkalarini iloji bo'lsa faqatgina ovqat va shirinlaklardan so'ng chaynash tavsiya etiladi
5. Shuni unutmaslik lozimki, tartibsiz ravishda xohlaganda saqich chaynash zararlidir

1.9.7. Tish eliksirlari

Tish eliksirlari og'iz bo'shlig'ini chayish uchun ishlatiladigan vositadir. Ular tishlar tozaligini mustahkamlaydi, tish karashlari hosil bo'lishining oldini oladi va og'izga xush ta'm va xushbo'ylik kabi sifatlarni beradi.

Eleksirlar tarkibiga biologik aktiv moddalar qo'shiladi. Shifobaxsh o'simliklarning spirtli ekstraktlari Aleksirlarning asosini tashkil qiladi. Aleksirlar tarkibida kariyesga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi moddalar, davolash xususiyatiga ega qo'shimchalar, profilaktika vositalari, dezodorantlar saqlashi mumkin. "Ksident" Aleksiri o'z tarkibida natriy ftor, ksidifon preparati saqlaydi. Bu preparatlar organizmda kalsiy miqdorini boshqarib turadi va tish karashlari va toshlari hosil bo'lishining oldini oladi.

"Lesnoy", "Paradontax", "Salvatimol" kabi Aleksirlar yuqori davolovchi, yallig'lanishga qarshi hususiyatlarini namoyon qilib, tarkibida-shalfey, romashka, mirrix, exinatsey o'simliklarining damlamalarini tutadi.

O'z tarkibida triklozan, natriy ftor saqlovchi "R1ax" Aleksiri kariyesni oldini olibgina qo'ymay tishlarda karashlar hosil bo'lishini

ham kamaytiradi. "Sensitive" eleksiri o'z tarkibida olovo fluoridini saqlab kariyesning oldini olishda va tishlar sezgiriligini pasaytirishda faol ishtirok etadi.

1.10. Bolalar yoshida og'iz bo'shligining malakali gigiyenasi.

Malakali gigiyena - bu, og'iz bo'shlig'i, tishlar yuzasidan yumshoq karashlarni, tish cho'kmalarini (toshlarini) maxsus asbob-uskunalar yordamida mutaxassis tomonidan ma'lum profilaktika qoidalariga rioya qilgan holda tozalashdan iborat muolajadir.

Bugungi kunda bolalar o'rtasida amalga oshiriladigan og'iz bo'shlig'ining malakali gigiyenasi tadbiri stomatologik kasalliklar kompleks profilaktikasi elementlaridan biriga aylangan.

1970 yili shved mutaxassislari Axelssen va Lindhe lar og'iz bo'shlig'i malakali gigiyenasini kariyes va parodont yallig'lanishi kasalliklari profilaktikasi programmasiga kiritishgan. Bu kompleks programma o'z ichiga quyidagi tadbirlarni olgan:

1. bolalarni ratsional ovqatlanishini ta'minlash
2. fluor saqlovchi vositalarni mahalliy qo'llash
3. og'iz bo'shlig'i gigiyenasining muntazamligini ta'minlash
4. malakali gigiyenani amalga oshirish.

Mazkur dasturga muvofiq OG'IZ bo'shlig'ining malakali gigiyenasini amalga oshirishlar orasidagi vaqt bolalarda 2-3 haftani tashkil qilgan, chunki zich karashlar mavjud paytida gingivit belgilari va boshlang'ich kariyes rivojlanishi uchun taxminan shuncha vaqt yetarli ekan.

Bugungi kunda og'iz bo'shlig'i malakali gigiyenasini amalga oshirish vaqti bolada shu muolajaga nisbatan talab paydo bo'lishi bilan bog'liq qilib belgilangan (NEXO dasturi bo'yicha).
og'iz bo'shlig'i malakali gigiyenasi amalga oshirish qoidalari:

1. Barcha tishlar yodli yoki eritrozinli bo'yoq bilan bo'yaladi. Shifokor bemorga tishlar qatoridagi karash ko'proq yig'iladigan sohalarni oyna orqali ko'rsatadi. Bemorlarga tishlarni to'g'ri yuvish qoidalari o'rgatiladi va amalga oshiriladi;

2. Tishni cho'tka va pastalar bilan tozalagandan so'ng qolgan tish karashlari abrazivli ftor saqlovchi silliqlovchi maxsus pastalar yordamida tozalanadi. Abraziv modda sifatida asosan dioksid kremniydan foydalaniladi. Ftoridlar konsentratsiyasi abraziv tozalovchi pastalarda 0,1% (0,22%-NaF yoki 0,8%-Na₂RO₃ F⁻) ni tashkil etadi.

Tishlarning chaynov yuzasidan karashlar aylanuvchi maxsus cho'tkalar yordamida, silliq yuzalardan esa-yumshoq rezina qalpoqchalar yordamida abraziv pasta bilan tozalanadi. Bunda abraziv pasta tutgan cho'tka va rezina qalpokchalar aylanish tezligi 5000 ayl/sek tashkil etishi kerak.

Tishlarning kontakt (aproksimal) yuzalari flosslar yordamida tozalanishi lozim:

3. Tishlar yuzasi karashlardan tozalanib bo'lgandan so'ng tish tozaligi darajasini nazorat qilish kerak bo'ladi. Mustaqil nazorat uchun bolalarga uyda tishlar karashini buyovchi tabletkalar (eritrozini) tavsiya qilinadi.

Kariyes profilaktikasi dasturiga binoan o'tkazilayotgan og'iz bo'shlig'i malakali gigiyenasi tadbirlari orasidagi muddat boshida bir muncha qisqa bo'lsa, keyinchalik bora-bora bu muddat borgan sari uzaya boradi. Buning sababi dastur asosida o'tkazilayotgan chora-tadbirlar bolalar og'iz bo'shlig'ining gigiyenik holatini kun sayin yaxshilab boradiki, unda endi tez-tez malakali gigiyenaga o'rin qolmaydi.

NEXO dasturiga binoan malakali gigiyenalar o'rtasidagi muddat quyidagi faktorlar bilan bog'liq bo'ladi:

1. bolalar va ota-onalarning dasturga qiziqishi;
2. bolalar tishlarining kariyes bilan zararlanish darajasi;
3. doimiy tishlarning chiqish darajasi (asosan birinchi va ikkinchi doimiy molyar tishlar);
4. doimiy molyar tishlarning chaynov yuzalarida kariyes belgisining mavjudligi.

Kariyes diagnostikasi darajasi tozalangan tishlarda ancha yuqori bo'lishini inobatga olib, og'iz bo'shlig'i malakali gigiyenasini profilaktik ko'rik paytida amalga oshirish maqsadga muvofiqdir.

Malakali gigiyenadan so'ng uning samaradorligini og'iz bo'shlig'i gigiyenik indeksini tekshirib ko'rish yo'li bilan amalga oshiriladi. Gigiyenik indeks ko'rsatkichi tishlar yuzasida karashlar va toshlar mavjudligini miqdor jihatdan aniqlashga yordam beradi.

Nazoratli tish tozalash - bemor yoki bolaning mutaxassis shifokor stomatolog yoki gigiyenist nazorati ostida mustaqil tish tozalashidir. Buning uchun bemor yoki bolaning tishlari bo'yoq moddasi bilan ishlov berilib bo'yaladi va gigiyenik indeks aniqlanadi. Shundan so'ng bemor tishlarini o'zi o'rgangan usulda tozalaydi va yana gigiyenik indeks aniqlanadi. Bunda shifokor nazoratchi bemor yoki bolaga tishlarining qaysi sohalari yaxshi tozalanmayotganini ko'rsatib, tegishli ko'rsatmalar beradi. Keyingi qatnovlarda nazoratli tish tozalash yana qaytariladi va tish tozalash amaliy ko'nikmalari baholanib boriladi.

1.11. Ftoridlarni kariyes profilaktikasidagi o'rni va qo'llash usullari.

Tish qattiq to'qimalarida ayrim hollarda kechadigan patologik o'zgarishlar bilan ftor elementi o'rtasida bog'lanish borligi tishlar va suyaklar flyuorози xastaligini o'rganish paytida kutilmaganda aniqlangan (Smit, 1931). Keyinchalik qilingan ilmiy izlanishlar shuni ko'rsatdiki, ftor preparati organizmga suv orqali kiritilsa, kariyes kasalligining oldi olinishi mumkin ekan.

Ayniqsa, ftor saqlovchi preparatlar tish emali shakllanayotgan paytda organizmda kerakli miqdorda, talab darajasida yetarli bo'lsa emal kristallarining hosil bo'lishi nihoyatda yaxshi kechar ekan.

Ma'lumki tish emalining oxirgi shakllanishi va minerallarga to'yinib ohaklanish jarayoni tishlar chiqqandan so'ng og'iz bo'shlig'ida davom etadi. Shuni nazarda tutgan holda ftor yetishmovchiliklari mavjud bo'lgan joylarda, ftor organizmga endogen yoki ekzogen (mahalliy) usulda kiritilsa, emalning tashqi qobig'i ftorapatitlar hosil bo'lishi hisobiga blyashkalar hosil qiluvchi kislotalar ta'siriga chidamli bo'ladi. Bundan tashqari ftorning mahalliy qo'llanilishi blyashka hosil qiluvchi mikroorganizmlarni ko'payishini to'xtatadi.

Ftorning kariyes jarayoniga qarshi ta'sir kuchi anchadan buyon olimlarga ma'lum bo'lsa ham uning ta'sir mexanizmini tushuntirish anchagina tortishuvlarga sabab bo'lmoqda. Bugungi kunda fluor birikmalarining kariyesga qarshi ta'sir mexanizmini tushuntiruvchi qator gipotezalar-teoriyalar mavjuddir:

1. Tish emalining yetilish (ohaklanish) davrida gidroksilapatit tarkibidagi karbonat qoldig'ini fluor bilan almashinuvi gidroksilapatitni fluorapatitga aylantiradi. Fluorapatit kislotalar va mikroblar ta'siriga juda chidamli bo'lishi emal qobig'ini kariyesga nisbatan turg'unligini bir muncha oshiradi. (Dmitriyev I.M., 1974, Jenkins G.M., 1978);

2. Fluoridlarni qo'llash natijasida emalda kislotalar ta'sirida qiyin eriydigan kalsiy fluor, va fosfor saqllovchi birikmalar hosil bo'lar ekan. Bu birikmalar emal remineralizatsiyasida faol ishtirok etadi. Shu bilan birgalikda fluorning o'zina miqdori ham gidroksilapatit kristallanishini tezlashtiradi. Bularning barchasi emalning turg'unligini oshiradi (Mulleretal, 1965, Brudelova F., 1967, Fedorov YU.A., 1974)

3. Fluor moddasi bakteriya va mikroorganizmlarning og'iz bo'shlig'idagi moddalar almashuvi jarayonini buzadi va shu yo'l bilan tish blyashkalari hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi. Natijada kislota hosil qiluvchi mikroorganizmlar ko'paya olmay ular soni keskin kamayib ketadi. Shu bilan birgalikda fluor so'lak tarkibidagi fermentlar faolligini pasaytiradi. Umuman olganda fluor ta'sirida mikroorganizmlar, tish blyashkasi va ular faoliyati natijasida hosil bo'ladigan mahsulotlar tish emaliga nisbatan salbiy ta'sirini susaytiradi va shu yul bilan kariyes jarayonining oldini oladi (Sapogovski T.I., Fedorov YU.A., 1973);

4. Fluor yodga nisbatan kimyoviy aktivligi yuqori mikroelement bo'lganligi uchun organizmga endogen va ekzogen yo'llar bilan tushgandan so'ng qalqonsimon bez faoliyatini o'zgartiradi, tish to'qimalariga bevosita va bilvosita (tireoid gormonlar orqali) ta'sir etib mineralizatsiya jarayonini faollashtiradi. (Fedorov YU.A., 1972, 1973);

Bugungi kunda kariyes profilaktikasi maqsadida fluorli birikmalarning ishlatilishi ikki asosiy yo'l bilan amalga oshiriladi:

1. endogen (sistemali) usulida - fluor organizmga suv, tuz, sut mahsulotlari, tomchilab, yoki tabletkalar tarzida kiritiladi;

2. ekzogen (mahaliy) usulida - tishlar emal qavatiga eritmalar, gellar, tish pastasi va laklar sifatida surish, surtish yo'llari bilan kiritiladi.

Ftor birikmalari mahalliy usulda tish emaliga surtilsa, ularning so'lakda erishi natijasida hosil bo'lgan zrkin ftor ioni emal to'qimasiga va shilliq pardaga so'rilib organizm endogen muhitiga o'tadi. Endogen usulda kiritilgan ftor o'z navbatida qon orqali aylanib so'lak bezlarda, assimilyatsiya qilinib, hosil bulgan so'lak tarkibida tish emal qavatini mahalliy yuvib turadi.

Profilaktika maqsadida bir vaqtning o'zida sistemaga (endogen) kiruvchi ikki xil usullardan foydalanish maqsadga muvofiq hisoblanmaydi. Mazkur usullardan birini mahalliy usul bilan almashib amalga oshirish yaxshi natijalar beradi va profilaktika tadbirining samaradorligi yaqqol oshadi.

Organizmga ftor kiritishning endogen usulini tanlashda aniq, ko'rsatmalar bo'lishi mart. Shulardan eng asosiylari quyidagilardir:

1. Aholi o'rtasida kariyesni keng tarqalganligi;
2. Ichimlik suvida ftor miqdorining ancha pastligi (me'yorda mo'ljallangan dozaning yarmi va undan past);
3. Qo'shimcha ftor kiritish manbaalarining yo'qligi;
4. Sovuq iqlim mintaqalarida yashash.

Ftor birikmalarining endogen yo'l bilan organizmga kiritilishi doimo nazorat va xushyorlik tadbirlarini talab qiladi.

Shuning uchun ftorni organizmga kirishini, uning miqdorini ishonchli nazorat qiladigan usullarni ishlab chiqish, bu usullar kishilar organizmiga salbiy ta'sir ko'rsatmasligi va atrof muhit ni ifloslantirmasligini kafolatlasa bugungi zamon talabiga javob bergan bo'lib hisoblanadi. Shu bilan birgalikda organizmning ftor elementiga nisbatan sutkalik talab darajasini bilish va kariyes profilaktikasida uni inobatga olib ishlab chiqilgan usullarning asosini tashkil qilishi lozim.

Shundan kelib chiqib, avvalambor, ftorning organizmdan siydik orqali ajralishining sutkalik miqdorini aniqlash va shunga asosanib organizmning ftorga nisbatan talabini hisoblab chiqish tavsiya qilingan.

Ko'pgina tajribalarda shu isbotlanganki, 15 yoshgacha bo'lgan insonlar siydik orqali organizmga kirgan ftor moddasining 50% ni

ajratib chiqarar ekan; 16-19 yoshda -55% ni va kattalar yoshida bu ko'rsatkich 60% ni tashkil qiladi.

Shuni nazarda tutgan holda organizmning ftorga nisbatan talab darajasini miqdor jihatdan hisoblab chiqish uchun siydik bilan ajralib chiqqan ftor miqdorini 15 yoshlilar uchun 2,0 koeffitsiyentga; 16-19 yoshlilar uchun 1,8 koeffitsiyentga; 20 va undan katta yoshdagilar uchun 1,66 ga ko'paytirish lozim.

1.12. Ichimlik suvini ftorlash.

Ichimlik suvini sun'iy ravishda qo'shimcha ftor elementiga boyitish maqsadida unga yaxshi eriydigan ftorli birikmalar qo'shiladi. Ftoridlarning suvda erishi natijasida suvdagi ftor konsentratsiyasi 1 rrm (1mg/l) bo'lishi me'yoriy daraja hisoblanadi.

Mazkur jarayon suv tarmoqlari stansiyalarida amalga oshiriladi.

Issiq iqlimli hududlarda suv iste'molini hisobga olib suv tarkibidagi ftor miqdori 0,7 rrm (0,7 mg/l) atrofida, sovuq iqlimli hududlarda bu ko'rsatkich 1,2 rrm gacha oshirilmog'i lozim. Bunday hollarda flyuoroz paydo bo'lish xavfi bo'lmaydi. Ftoridlar inson organizmiga, jumladan tish emaliga ta'siri butun umr bo'yi davom etadi.

Yuqori profilaktik samara olish uchun ftorlangan suvni bolalar tug'ilgandan so'ng iste'mol qilishi kerakligi izlanishlarda ko'rsatilgan. Lekin bu samaradorlik tishlar shakllanib bo'lgandan so'ng ftorlangan suv iste'mol qilinganda ham pasaymaganligi adabiyotlardan ma'lum.

Ichimlik suvini ftorlash tishlar chiqib bo'lgandan so'ng amalga oshirilganda kariyes intensivlik darajasining sezilarli darajada pasayganligini suvni ftorlashdan 2-3 yil oldin chiqqan tishlardagina aniqlangan.

Tekshirishlar yana shuni ko'rsatdiki, ichimlik suvini ftorlash tishlarning silliq yuzalariga ta'siri kontakt va proksimal sathlarga nisbatan ancha yuqori, chaynov yuzalarga nisbatan ko'rsatiladigan samarasi frontal sathlarga nisbatan yaxshidir.

Ichimlik suvini ftorlash natijasida sut tishlarida kariyes o'sishining pasayishi 50% ni tashkil qilgan bo'lsa, 5-15 yoshli bolalar o'rtasida

doimiy tishlar uchun bu ko'rsatkich 50% dan - 75% ni tashkil etganligi tekshirishlar natijasida aniqlangan.

Ichimlik suvini ftorlash yo'li bilan olingan samaradorlik juda arzon, qulay va eng asosiysi ommaviydir. Mazkur usul eng kam sarf harajat qilib yuqori natija olish mumkin bo'lgan bugungi kunda yagona profilaktik usul bo'lib hisoblanadi.

Bugungi kunda yer shari aholisining 5%i ftorlangan ichimlik suvini iste'mol qiladi. Bu 260 mln aholi demakdir.

Maktablarda ichimlik suvini ftorlash - bugungi kunda ftorlashni markazlashtirilgan holda amalga oshirishning iloji bo'lmagan¹ hududlarda amalga oshiriladi. Bunda suvga qo'shiladigan ftor miqdori odatdagidan (1mg/l) 4-5 marta ortiq bo'ladi. Buning sababi bolalar ftorlangan suvni faqat maktabda o'qish paytidagina ichishadi. Bu usulni amalga oshirish uchun maxsus ftorlash uskunasi bo'lsa kifoya.

Bunday usulda o'tkazilgan profilaktik tadbir natijasida kariyes jadalligi ko'rsatkichi 35-40% ga pasayganligi tajribada aniqlangan.

1.13. Ftoridlar saqlovchi tabletkalar.

Kariyes profilaktikasida ichimlik suvini ftorlashning iloji bo'lmagan taqdirda bolalarga ftor birikmalari tutuvchi tabletkalar ichirish alternativ usul hisoblanadi. Bunday tabletkalarning har birida 1 mg natriy ftoridi bo'ladi. Agarda to'g'ri uzluksiz ravishda ko'rsatilgan miqdorda tabletkalardan foydalanilsa, organizmdagi ftor yetishmovchiligi tanqisligini oldini olish mumkin bo'ladi.

Ftorli tabletkalar tishlar rivojlanib shakllanayotgan davrda berilsa samarali bo'ladi.

Mazkur tabletkalarni yil davomida 250 kun 2 yoshdan 15 yoshgacha ichish tavsiya qilinadi. Ana shundagina ularning samarasini ftorlangan ichimlik suviga tenglashtirish mumkin.

Yuqori profilaktik samara olish uchun ota-onalar bolalarning tabletkalarni o'z vaqtida ichib turishini nazorat ostiga olmoqlari lozim. Shu bilan birgalikda bog'cha va maktablarda ham tabletkalarni uzluksiz o'z vaqtida berish tartibli ravishda amalga oshirilishi shart.

Kariyes profilaktikasi maqsadida bolalarga tavsiya qilinadigan Natriy ftorid preparatining ichimlik suvida ftor miqdori 0,5 mg/l dan kam bo'lgan taqdirdagi dozalari:

9 jadval

Bolalar yoshi	Sutkalik tabletkalar miqdori	Ftor miqdori (mg)
2-4	0,5	0,25
5-6	1	0,5
7-14	2	1,0

Kariyes profilaktikasi maqsadida ftorning vitaminlar bilan hosil qilingan aralashmalaridan ham foydalanish yaxshi samaralar beradi. Shulardan keng ishlatiladigani "Vitaftor" suyuqligidir. 1mg "Vitaftor" preparati tarkibida : 0,1 mg NaF, vitamin A 660 NE, D₂ - 80 NE, vitamin S -1,2 mg. "Vitaftor" preparati ovqatdan 10-15 minut keyin: 2-6 yoshgacha - 0,5 choy qoshiqda; 7-14 yoshda - 1 choy qoshig'idan beriladi. Preparat bir oy qabul qilinadi, so'ng ikki hafta tanaffus qilib yana davom ettiriladi. Yozning issiq oylarida "Vitaftor" preparati ichish uchun buyurilmaydi. "Vitaftor" preparatini bola 2 yoshga to'lishi bilan bera boshlansa samara ancha yuqori bo'ladi.

1.14. Ftorlangan sut.

Tishlar kariyesining alternativ profilaktika usullaridan biri bolalarga ichish uchun ftorlangan sut tavsiya qilishdir. Ma'lumki sut va sut mahsulotlari stomatologiyada birlamchi profilaktika vositasi sifatida olimlarni anchadan buyon qiziqtirib keladi. Buning sababi sut va sut mahsulotlari tish emal qobig'ining kimyoviy tarkibini hosil qiluvchi mineral tuzlarga boydir. Shu bilan birgalikda bolalar sutni sevib iste'mol qilishadi. Sut yuqori kalloriyali oziq mahsuloti bo'lib yuqori darajada kalsiy va fosfor moddalarini tutadi va uglevodlarni parchalovchi laktoza fermentiga boydir. Sutning bu xil tarkibga ega bo'lishi emal remineralizatsiyasi va kariyes profilaktikasi jarayonlarida faol ishtirokini bildiradi. Sutning shu sifatleri yana ftor bilan boyitilishi nur-ustiga a'lo nur bo'lishi turgan gapdir.

Bugungi kunda sutni ftorlash usulidan foydalanish qator mamlakatlarda keng joriy qilingan (Angliya, Bolgariya, Chili, Xitoy, Rossiya va boshq.).

Sutni ftorlash va undan kariyes kompleks profilaktikasi vositasi sifatida foydalanishni Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti (J.S.S.T.), Borrou fondi nazorat qiladi.

Sutni ftorlash har xil shaklda amalga oshirilishi mumkin: suyuq (pasterizatsiyalangan, sterilizatsiyalangan sut) va sut kukuni. Sutni ftorlash uchun asosan NaF preparatidan, ba'zan esa -natriy monoflorfosfatdan foydalaniladi. Sut tarkibidagi ftor konsentratsiyasi ftorselektiv elektrod yordamida aniqlanadi. Sutni ftorlash texnologiyasi juda sodda bo'lib, qiyinchilik tug'dirmaydi. Sutni ftorlashda albatta bola organizmiga boshqa mahsulotlar bilan kam tushadigan ftor miqdori hisobga olinadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyasiga ko'ra ftorning sutdagi miqdori maktab yoshigacha bo'lgan bolalar uchun 2,5 mg/l ga teng bo'lishi kerak, chunki shu yoshda bolalar organizmining ftorga nisbatan bo'lgan talabi bir sutkada 1,0-1,5 mg ga tengdir.

Ftorlangan sutdan foydalanish qoidasi.

1. har kuni 200 ml sut ichish;
2. bolalar yoshi 3-12;
3. bir yilda 250 kun iste'mol qilish shart.

Ftorlangan sutni 3 yoshidan boshlab ichgan bolalarda bir yildan so'ng sut tishlarida kariyes jadalligining o'sishini pasayishi 40-50% ni, 2 yildan so'ng esa 58-65% ni tashkil qilgan. Doimiy tishlarda bu ko'rsatkich bir yildan so'ng o'rtacha 30-50% ni tashkil qilgan.

Bugungi kunda olingan ijobiy natijalarga qaramasdan qator muammolar o'z yechimini topishini kutmoqda. Hali anchagina izlanishlar, tajriba va tekshirishlar o'tkazib, ftorlangan sutni qaysi yoshdan boshlab ichish samaraliligini, ichish muddatini aniqlab berish, hududiy sharoitdan kelib chiqib ftorning sutdagi konsentratsiyasini aniqlash yo'llarini, bir kunda necha bor bola sut ichishini ilmiy asosda tasdiqlash kerak bo'ladi.

1.15. Osh tuzini ftorlash.

Ma'lumki kishilar tomonidan osh tuzini qabul qilish miqdori bir xil emas. Diyetologlar tavsiyasiga ko'ra osh tuzini iloji boricha ozroq iste'mol qilish kerak bo'ladi. Shuning uchun osh tuzini ftorlashdan oladigan samara 40-50% ni tashkil qilarkan.

1 kg osh tuzini 250 mg natriy ftorid bilan boyitish va undan profilaktika maqsadida foydalanish usuli ishlab chiqilgan va qator mamlakatlarda (Vengriya, Shveytsariya, Kolumbiya va boshq.) kariyes profilaktikasi elementi sifatida qo'llanilmoqda. Mazkur usul arzon, qulay, ommaviy va samarali bo'lib, insondan hech qanaqa qo'shimcha harakat talab qilmaydi.

Vengriyada shu usuldan foydalanishning 8-yilida kariyes jadalligining o'sish ko'rsatkichi 40% ga, Kolumbiyada - 61% ga pasayganligi qayd qilingan.

1.16. Ftoridlarni mahalliy qo'llash.

Ftorli laklar - mahalliy profilaktika vositalari o'rtasida keng tarqalib, ko'p qo'llaniladigan va yaxshi samara beradigan, emal, qobig'iga uzoq muddat ta'sir ko'rsatuvchi vosita hisoblanadi. Ftor saqllovchi laklar emal qavat ustida yupqa plyonka qavatini hosil qiladi va 24 soat mobaynida o'zidan erkin ftor ionini ajratib turadi. Fissuralar, tirqishlar, mikrobo'shliqlarda esa u haftalab saqlanib qolishi mumkin. Ftor saqllovchi laklardan bugungi kunda keng ko'lamda qo'llanilayotganlari - bu "Duraphat" tarkibida 2,26% ftorid saqllovchi, "Fluor Protector" - 0.1% ftorid saqllovchi, "Composeal" ftorid natriy va ftorid kalsiy saqllovchi, "Ftorlak" 5% natriy ftor saklaydi. "Ftorlak" tabiiy smolalar majmui bo'lib tarkibi quyidagicha:

Natriy ftor - 5,0 gramm

Pixta balzami - 40,0 gramm

Shellak - 19,0 gramm

Etil spirti - 24,0 (95%li) gramm

Xloroform - 12,0 gramm (Xarkov.farm.zavod). Ftorli laklar juda yuqori adgeziv xususiyatiga ega bo'lib tishlar yuzasida uzoq muddat yaxshi saqlanadi.

Ftorlakni qoplash usuli. Ftorli lakni tishlar yuzasiga surishdan oldin tishlar qatori tish cho'tkasi va pastasi yordamida yaxshilab tozalanadi, paxta tamponlar yordamida quritiladi va tish yuzasiga maxsus cho'tkachalar yordamida yupka qilib lak yotqiziladi. Lak tez qotishi uchun iliq havo oqimidan foydalanish mumkin. Ftorlak 4-5 minut ichida qotadi. Bemorga 12-24 soat ichida suyuq ovqat ichish, qattiq narsalarni iste'mol qilmaslik, tishlarni tozalamaslik buyuriladi. Ftorli laklar kariyes jadalligini o'sishini 50% ga pasaytiradi.

Bugungi kunda shunga o'xshash laklarni VOKO firmasi ishlab chiqaradi. Mazkur firma preparatlaridan Fluoridin Gel-N5 (Fluoridin Gel N5) tarkibida 5% natriy fluorid tutadi. VOKO firmasi sintetik smolalar asosida hosil qilingan, tarkibida 5% fluorid natriy, 6% fluorid kalsiy saklaydigan "Bifluorid-12" lakini tavsiya etadi.

"Bifluorid-12" tishlarga qoplanganda uning smolali asosi tish sathida bir necha kun turadigan plyonka hosil qiladi. So'lak ta'sirida erigan fluorid ionlari plyonkadan ajralib emal qavatga, singib boradi. Mazkur lak tishlarning ildiz qismi ochilib qolganda yoki travma oqibatida emal ko'chib tushgan joylarga surtilganda tish sezgirliги keskin pasayganligi aniqlangan.

Bunda fluoridlar dentin kanalchalarini to'ldirib mineralizatsiyani kuchaytiradi.

VOKO firmasida "Bifluorid-12" asosida bolalarda kariyes profilaktikasida ishlatiladigan rangli indikatorli - "Fluoridin" (Fluoridin) lakini ishlab chiqilgan. "Fluoridin" va "Bifluorid-12" laklari maxsus texnologiya asosida tayyorlangan bo'lib, tarkibidagi fluoridlar zarrachalarini bir tekisda tarqalishini ta'minlaydi. Tishga surilganda hosil bo'lgan lakli plyonka uzoq muddat kalsiy fluoridning deposi sifatida o'zidan fluorid va kalsiy ionlarini ajratib turadi. Bu esa gidroksilapatitni fluorapatitga aylanib turishini ta'minlaydi.

O'tkazilgan tajribalar, tekshirishlar natijasi "Fluoridin" va "Bifluorid-12" laklarining xususiyatlari to'g'risida quyidagi xulosani berdi:

- Tishlar kariyesi profilaktikasi maqsadida va sezgirliги oshganda samarali ta'sir ko'rsatadi.

- Ftoridlar tish qattiq to'qimalariga chuqur singib kirib, kalsiy ftorid deposini hosil qiladi.

- Foydalanish uchun qulay.

Ma'lumki tishlar chiqqanidan so'ng ularning ohaklanib yetilishi, dentin, emal mineralizatsiyasi uzoq muddat (18-19 yoshgacha) davom etadi. Shuning uchun bog'cha yoshidan tortib kariyes profilaktikasi-maqsadida ftor tutuvchi vositalardan foydalanish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

1.17. Ftor saqlovchi eritmalar va gellar.

Mutaxassislar tomonidan malakali yordam ko'rsatish maqsadida yuqori konsentratsiyali ftor saqlovchi profilaktika preparatlari ham ishlatiladi. Bunday preparatlarga 2% li natriy ftor eritmasi, 1,23% li eritma yoki gel shaklidagi fosfat kislotasi qo'shilgan natriy ftor birikmasi va x.k.

Bulardan tashqari ftorli olovo, aminofloridli eritma va gellar ham ishlatiladi. Ftorid olovo tishlarni bo'yashi sababli ishlatilishi chegeralangan. Mazkur eritmalar va gellar og'iz chayish va tishlar yuziga chaplash (applikatsiya) tarzida ishlatiladi. Bunday muolajalardan oldin tishlar yaxshilab yuvib quritiladi, karashlardan tozalanadi. Bu muolajalar yilida 1-2 marta qo'llaniladi. Har gal muolaja o'tkazilgandan so'ng 2 soat mobaynida ovqat yeyish, suv ichish chegeralanadi. Bu usulda ish olib borilganda kariyes jadalligining o'sish ko'rsatkichi 30-50% ga kamaygan.

Kariyes profilaktikasida iatriy ftoridning past konsentratsiyali eritmalaridan keng foydalaniladi: har kun og'izni chayish uchun 0,05% li haftada bir marta chayish uchun 0,1% li, ikki haftada bir marta chayish uchun 0,2% li eritmalaridan foydalaniladi.

Profilaktika maqsadida og'izni, tishlarni ftorli eritmalar bilan chayish bolalarda birinchi doimiy tish chiqqandan so'ng tavsiya qilinadi. Bu usul oddiy, sodda kam harajatli va yaxshi samara beradigan muolajadir.

Izlanishlar shuni ko'rsatdiki 6 yashar bolalarda og'iz chayish boshlangandan so'ng 3 yil o'tgach kariyes jarayonining jadalligi

45%gacha pasayar ekan. Tishlarni fluor tutuvchi eritmalar bilan chayish tishlarning silliq va proksimal sathlariga juda yaxshi ta'sir ko'rsatadi, bunda tishlarni plombatlashga bo'lgan muhtojlik 70% ga kamayadi. Eritmalar bilan chayish samarasi 2-3 yil davom etadi.

1.18. Kariyes profilaktikasida qo'llaniladigan, tarkibida fluor tutmaydigan mineral preparatlar.

stomatologiya amaliyotida kariyes profilaktikasi maqsadida tarkibida fluor saqlamaydigan preparatlar ham keng ko'lamda ishlatiladi. Bu preparatlar samaradorligi jihatdan fluor preparatlardan qolishmaydi. Ayniqsa ular fluoridlar bilan birgalikda qo'llanilganda yaxshi natijalar beradi.

Mazkur preparatlardan bugungi kunda yuqori samaradorlikka ega -- bo'lgani "Remodent"dir. "Remodent" preparati odontotrop ta'sirga ega bo'lib, kompleks minerallardan tashkil topgan.

Remodent tarkibi (N.G.Paxomov, A.YA.Luste, 1983):

Kalsiy	- 4,35%
Fosfor	- 1,36%
Magniy	- 0,15%
Kaliy	- 0,20%
Natriy	- 16,0%
Xlor	- 30,0%
Organik moddalar	- 44,0%
Marganets, temir, rux, mis va boshqa mikroelementlar	- 100% gacha.

Ushbu preparat rangi oq, poroshok shaklida bo'lib, suvda yaxshi eruvchandir. Eritma holda uni 1 sutka davomida saqlash mumkin. 3% li suvli eritma shaklida kariyes profilaktikasida, boshlang'ich kariyes va giperesteziyada ishlatiladi. Bundan tashqari "Remodent" nomli tish tozalash pastasi sifatida ham ishlab chiqilgan. Kariyes profilaktikasi maqsadida tishlar yuzasiga applikasiya usulida qo'llaniladi. Yuqub tozalangan tishlar qatoriga 3% li remodent eritmasiga ho'llangan paxta tamponlar har 5 minutda

almashtirilib, 15-20 minut mobaynida ushlab turiladi. Muolajadan sung 2 soat davomida ovqatlanish tavsiya etilmaydi. Bundan tashqari 3% li remodent eritmasi og'izni chayish yo'li bilan ham kariyes profilaktikasi tadbiri sifatida qo'llaniladi. Og'iz va tishlar 1 minutdan 3 marta 15-20 ml eritma bilan chayiladi. "Remodent" preparati bilan o'tkaziladigan profilaktika tadbirining davolash kursi har kun yoki kun oralatib 3-5 marta o'tkaziladi. Bu muolajalar soni bir yilga yetadi.

Ma'lumki homila ona qornida rivojlanayotgan, uning tishlari taraqqiy etayotgan davrda onaning ratsional oziqlanishi, organizmga kirayotgan mineral moddalar, vitaminlar kerakli darajada bo'lishi bola tug'ilgandan sung chiqqan tishlari-kariyesga turg'un, sog'lom bo'lishida muhim ahamiyat kasb etadi. Shuning uchun, homilador onaning muvofiqlashgan ovqatlanishining buzilishi, yetishmovchiliklar, umumiy kasalliklar, ovqat so'rilishining buzilishi homiladorlik davrida yoki bola tug'ilgandan so'ng sodir bo'lgan taqdirda, bunday kamchiliklarni to'ldirish maqsadida bolalarga mineral moddalar, vitaminlar tutuvchi preparatlarni ichish uchun tavsiya qilinadi.

Kalsiy, fosfor saqlovchi preparatlar kariyes profilaktikasi maqsadida, ratsional ovqatlanish buzilganda, 6 oygacha bola ona ko'ragini emmagan taqdirda, dispepsiya, raxit, antibiotik va kortikosteroidlar bilan bola uzoq muddat davolanganda tavsiya etiladi. Kalsiy va fosfor tutuvchi preparatlarni vitamin D₂ bilan birgalikda buyurish maqsadga muvofiqdir. Bu muolajalar qancha erta buyurilsa, shuncha samarali hisoblanadi. Yaxshi natija olish maqsadida kutilayotgan sistemali kariyesda mazkur preparatlarni tishlar mineralizatsiyalanish davrida ichish va 2 yil mobaynida davom ettirilmog'i lozim.

Profilaktika maqsadida buyuriladigan muolajalar kursi yilda ikki marta 1-1,5 oy mobaynida tavsiya etiladi. Buyuriladigan preparatlar dozasi bolalar yoshi va sutkalik organizm talabidan kelib chiqib aniqlanadi. Kalsiy preparati yangi tug'ilgan, ko'krak yoshidagi bolalar uchun 0,16 g; 6-7 yoshda - 0,3-0,5 g ; 7-14 yoshda -1,0 g. ni tashkil

etadi. Fosfor miqdori ko'krak yoshidagi bolalar uchun - 0,1 mg/kg , 3-6 yoshda - 0,05 mg/kg, 6 yoshdan yuqori bolalar uchun - 0,03 mg/kg ni tashkil etadi.

Kalsiy preparati markaziy asab sistemasi faoliyatini yaxshilab, suyaklarning to'g'ri rivojlanishini ta'minlash bilan birgalikda, organizm sezgirligini pasaytiruvchi (desensibilizatsiya) ta'sirga ham egadir.

Kalsiy glyukonat (tabletk, kukun 0,5 g dan, 5% li eritmasi, meva siropida). 1-2 yoshli bolalar uchun - 0,25 dan ikki maxal; 2-6 yoshlilar uchun - 0,5 g dan ikki maxal ; 6 yoshdan kattalar uchun -0,5 g dan uch maxal tavsiya etiladi.

Kalsiy glitserofosfat (poroshok va tabletk, holida 0,2-0,5 g dan chiqariladi).

Tavsiya dozasi:

- 1 yoshli bolaga - 0,05 dan kuniga 2-3 maxal;
- 2 yoshli bolaga - 0,15 dan kuniga 2-3 maxal;
- 3-4 yoshli bolaga - 0,25 dan kuniga 2-3 maxal;
- 7 yosh va undan kattalarga - 0,25 dan kuniga 3 maxal.

Agar kalsiy glitserofosfat laktat bilan granulalarda bo'lsa (aa - 0,25 dan): 3 yoshgacha 0,5 choy qoshig'ida kuniga bir mahal; 3-5 yoshda 0,5 choy qoshig'ida kuniga 2 mahal; 5 yosh va undan katta yoshlilar uchun 0,5 choy qoshig'ida 3 mahal buyuriladi.

Fitin - fosforning murakkab organik birikmasidan tayyorlangan preparat bo'lib, tarkibida inozit fosfor kislotalarining kalsiyli, magniyli tuzlarini saqlaydi. Mazkur preparat suyaklar, tishlar o'sishi va taraqqiyotini faollashtiradi, markaziy asab sistemasi faoliyatini yaxshilaydi. Fitin kukun yoki tabletk, holida (0,25 №40) chiqariladi.

Tavsiya dozasi: 1 yoshda - 0,05 dan kuniga 2 mahal, 2 yoshda - 0,1 dan kuniga 2 mahal, 3-4 yoshda - 0,15 dan kuniga 2 mahal, 5-6 yoshda - 0,2 dan kuniga 2 mahal, 7 yoshda - 0,25 dan kuniga 2 mahal, 8-14 yoshda - 0,25 dan kuniga 3 mahal ichish uchun buyuriladi.

Kalsiy moddasiga boy mahsulotlar: sut, qatiq mahsulotlari, dengiz balig'i, holva, grechixa, suli. Baliq va go'sht mahsulotlari fosforga boy hisoblanadi.

Mineral tuzlarning organizmga to'la-to'kis singishida flor moddasining organizmda me'yoridan ko'p yig'ilishininng oldini olishda, modda almashinuvi jarayonini me'yorida kechishini ta'minlashda vitamin - darmondorilarining ahamiyati nihoyatda kattadir. Quyida ulardan ba'zi birlarini ko'rib utamiz.

Vitamin- D₂ organizmda kalsiy, fosfor almashuvini nazorat qilib, boshqarib ichaklardan mazkur moddalarning so'rilishini yaxshilaydi. Videxol vitamin D₂ ning 0,125% li moyli eritmasi, flakonlarda 5,10,30 ml shaklida chiqariladi.

Tavsiya dozasi:

1 yoshda - kuniga 1 tomchidan

2-3 yoshda - kuniga 2 tomchidan

3-5 yoshda - kuniga 3 tomchidan

5-8 yoshda -kuniga 4-5 tomchidan ichish uchun buyuriladi.

Vitamin D₂ ga boy mahsulotlar : tuxum sarig'i, sut, sariyog', zamburug'lar, achitqilar (drojji).

Vitamin V₁—uglevod almashinuvi va markaziy nerv sistemasi faoliyatini mo'tadillaydi. Draje holida 0,112 g dan №50 tadan, tabletkalar shaklida 0,005-0,01 g dan №50 tadan chiqariladi.

Tavsiya dozasi: 3-7 yoshda - 0,005 g dan kuniga 1 marta, 7 yoshdan yuqori - 0,01 g dan kuniga 1 marta.

V₁ vitaminini kalsiy moddasiga boy oziq mahsulotlari bilan birgalikda buyurish samarali ta'sirini ko'rsatadi. V₁ vitaminiga boy mahsulotlar bo'lib: krupa, yirik tortilgan un, no'xat, achitqi (drojji) hisoblanadi.

Vitamin S — qo'shuvchi to'qima tuzilishi va vazifasini to'g'ri ta'minlovchi darmondori bo'lib, organizmda flor moddasini keragidan ortiqcha miqdorda yig'ilishiga barham beradi. Mazkur vitamin sabzavotlar (piyoz, pomidor, karam), mevalarda va rezavor mevalarda ko'proq bo'ladi.

Vitamin A tish follikulalarini, epiteliy to'qimasining to'g'ri taraqqiyotini, o'sishini ta'minlaydi. A-vitamini saqllovchi oziq mahsulotlari: sut, jigar, sabzi ko'katlar bo'lib hisoblanadi.

1.19. Tish fissuralari va ularni Muhrlashning kariyes profilaktikasidagi ahamiyati.

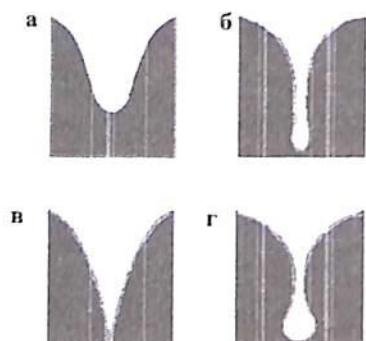
Tish fissuralari - bu tish taraqqiyoti, o'sishi va shakllanishi davrida uning emal qavatida yuzaga kelgan tabiiy burmalar oralig'ida hosil bo'lgan tirqish bo'lib, ovqat chaynash paytida maydalangan oziq mahsulotlari, mikroorganizmlar kirib qoladi. Buning natijasida ovqat qoldiqlari bijg'ib sut kislotasi hosil bo'lishi oqibatida, kariyes jarayoni vujudga kelishi mumkin.

Yaxshi shakllangan fissuralar, chuqurchalar chaynov tishlarda yaxshi

rivojlangan. Tishlar cho'tkalar yordamida tozalanganda bu sohalar yaxshi tozalanmaydi va natijada mikroorganizmlarning doimiy o'chog'i bo'lib qoladi. Shuning uchun ham statistik ma'lumotlar bo'yicha kariyes kasalligi ko'p uchraydigan sohalar, bular doimiy molyar tishlarning chaynov sohalaridir. Tish fissuralarining chuqurligiga qarab uning to'rt xili kuzatiladi (63-rasm).

Kariyes profilaktikasi maqsadida fluor saqlovchi preparatlar bilan ishlovlar paytida ayniqsa yopiq fissuralar sathiga ta'sir ko'rsatish qiyinchilik tug'diradi. Egatsimon, yuza fissuralar karashlari mazkur preparatlarning emal qavatiga singib kirishiga to'sqinlik qiladi.

Yuqorida keltirilgan shart sharoitlardan kelib chiqib kariyes ko'p uchraydigan tishlar chaynov yuzalari profilaktikasini amalga oshirish uchun izlanishlar olib borildi. Oqibatda tishlar chaynov yuzalari fissuralar mavjud bo'lgan sohasini kariyesdan saqlash va uning oldini olish maqsadida maxsus germetiklardan foydalanish foydadan holi emasligi aniqlandi. Bunday germetiklar (silantlar) maxsus ishlov berilgan fissurali tishlar sathiga, chaynov yuzalarga yotqizilib, fissura va chuqurchalarni tashqi sharoit ta'siridan himoya qiladi.



63-rasm.

- a. Ochiq egatsimon;
- b) chuqur fissura;
- v) konussimon fissura;
- g) yopiq, chuqur fissura.

Germetiklar chaynov yuzalarida mexanik barer hosil qilib, ovqatlar, mikroorganizmlar va soʻlakning fissuralarga, chuqurchalar, egatchalarga kirishiga toʻsqinlik qiladi va bu sohalarda kariyes jarayonini keltirib chiqaruvchi shart-sharoitlarga barham beradi. Germetiklar bolalarda sut tishlarida 2 yoshdan boshlab, doimiy tishlarda 6-7 yoshdan boshlab, 16-18 yoshgacha qoʻllanilishi mumkin.

Tishlarni Muhrlashning 2 yoʻli farqlanadi:

- 1) invaziv – fissuralarning kirish sohasidagi tish qattiq toʻqimasini yuza charxlab kengaytirish yoʻli bilan
- 2) noinvaziv – fissuralar atrof toʻqimasiga tigʻ tegizmaslik yoʻli bilan.

Bugungi kunda tishlar fissuralarini muhrlash uchun ishlatiladigan qator germetiklar mavjuddir. Bulardan talablarga toʻliq javob beradigan, yuqori samarali hisoblangan baʼzi birlarini keltiramiz.

I. Galogen lampa nurida qotuvchilar:

1. Fissurit va fissurit-F - fluor saqlovchi, galogen lampa nurida qotuvchi «VOKO» firmasining germetik preparatidir. Mazkur germetiklar kuchsiz yopishqoqlik xususiyatiga ega boʻlgan metakrilat kislotasining hosilasi boʻlib, chaynov tishlar fissuralarini kariyesga qarshi muhrlashda ishlatiladi. Fissuritlar tarkibiga qoʻshiladigan oyna zarrachalarining 99%-i 1 mikron oʻlchamga egadir, bu esa preparatga, yaxshi singib kirish xususiyatini beradi.

2. Fissulayt-LS Rossiyaning «VladMIVA» firmasining mahsuloti. Organik biriktiruvchi alyumoforsilikat toʻldiruvchi kompozit material

bo'lib, uning tarkibiga kiruvchi, fluor saqlovchi noorganik komponenti profilaktik ta'sir ko'rsatadi. Ortofosfor kislotasining mavjudligi germetik qo'llashdan oldin maxsus kislotali ishlovga hojat qoldirmaydi. "Fissulayt-LS" adgeziyasi emal gidroksiapatiti bilan kimyoviy birikishiga asoslangan bo'lib, galogen lampa nurida qotib 24 soat mobaynida emal yuzasida saqlanadi.

3. Fissulayt - kislotali ishlovsiz emal yuzasiga yotqiziladigan germetik. Galogen lampa nurida qotuvchi bu silant tarkibida quyidagilarni tutadi:

- oligokarbonat metakrilat;
- trietilenglikol dimetakrilat;
- fosforli oligoefirakrilat;
- polimerizatsiyani kuchaytiruvchi va susaytiruvchi katalizatorlar.

Bulardan tashqari yana qator nurda qotuvchi germetiklar mavjud. Ba'zi birlarini sanab o'tamiz: Nuva-sil, Alrha-se1, YEsre-717, Tr2206, Bariton-L3, "Folakor". Fluor saqlovchi germetiklardan Fluro sheld (AQSH), YERoxulite-9075 (AQSH).

II. Kimyoviy polimerizatsiya jarayonida qotuvchi germetiklar:

Germetiklar sifatida ko'pchilik hollarda o'zi qotuvchi kompozitsion materiallardan ham foydalanish qulaylik tug'dirishi bilan birgalikda, samarali bo'lib hisoblanadi. Bulardan bizga tanish bo'lgan evikrol, fissxim, konsayz, lyumikon va boshqalar. Oddiy sementlardan: Silidont-Beladont, Silitsin-Belatsin va 5% li natriy florid saqlovchi fosfat sement va boshqalar.

III. Glassionomer (Shishaionomer) germetiklar:

Tarkibida fluor saqlovchi shishaionomer germetiklar (akvion, argatsem, semion, Fuji va h.k) stomatologiya amaliyotida keng qo'llanilmoqda. Ularning boshqa tur germetiklardan afzal tomoni o'zidan uzoq muddat fluor ajratib turishi va profilaktik ta'sir ko'rsatishidir.

Fissuralarni muhrlab yuqori natijalar olish uchun iloji boricha chaynov tishlar chiqib bo'lgan zahoti germetiklar bilan fissuralarni yopish maqsadli hisoblanadi.

Germetik preparatlar doimo yaxshilab tozalanib, quritilgan yuzalarga yotqizilishi lozim. Ana shunday sharoitni hosil qilish uchun quyidagi tadbirlarni amalga oshirish lozim:

1. Tishlarni cho'tka-yordamida ftor saqlamaydigan pastalar bilan tozalab yuvish lozim. Ftor saqlovchi pastalar bilan tishlar yuvilganda emal tekshikchalari yopilib, ularni kislotalar bilan ishlovini samarasi pasayadi, bu esa germetik qobiqni tez tushib ketishiga olib keladi.
2. Chaynov yuzasini qo'shimcha ravishda aylanma cho'tka, rezina g'altakcha yordamida abraziv moddalardan foydalanib tozalash.
3. Qolgan karashlarni suv-havo oqimi bilan tozalash.
4. Tishlarni so'lakdan paxta bolishlar yordamida ajratish yoki so'lak so'rish asbobida so'lakni quritish.
5. 30 sekund mobaynida tishlar yoki tish yuzasini obdon quritish.

Muhrlash bosqichlari.

1. 35-37% li ortofosfor kislota bilan 15-20 sekund mobaynida tish yuzasiga ishlov berish.
2. Suv havo oqimi bilan tish sathidan kislota yuvib tozalash. Yuvish vaqti kislota bilan ishlov berish vaqtiga teng bo'lishi kerak.
3. Tishlarni tamponlar yordamida izolyatsiya qilish
4. Germetik yotqiziladigan sathni quritish
5. Germetikni quritilgan tish yuzasiga tekis yotqizish (bunda havo pufakchalari hosil bo'lmasligini, tishlar munosabatida o'zgarish bo'lmasligini ta'minlash lozim).

Natijasini bir haftadan, oydan, yarim yil, bir yildan so'ng nazorat qilib borish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

1.20. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklarining profilaktikasi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi doimo endogen va ekzogen (ichki, tashqi muhit) faktorlar ta'siri ostida bo'lib, turli xil kasalliklarning namoyon bo'ladigan joyidir.

Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklarini sodir qiluvchi sabablar majmuasi asosan quyidagilardir:

-tashqi muhit omillari (turli-tuman mikroorganizmlar, mexanik, fizik, kimeviy ta'sirlar)

-ichki muhit omillari (yoshga bog'liq bo'lgan organizm reaktivligi, irsiy moyillik, immunitet holati, organizm a'zo va sistemalaridagi mavjud kasalliklar).

Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklarining profilaktikasi ana shu muhit omillari ta'sirini batamom bartaraf qilish yoki susaytirishga qaratilgan bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklari individual profilaktikasi stomatologik poliklinikalarida qabul vaqtida amalga oshirilmog'i zarur. Mazkur kasalliklarning ommaviy profilaktika usullari afsuski hali to'laqonli darajada ishlab chiqilmagan.

Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklari aksariyat qismining epidemiologiyasi to'liq o'rganilmagan. Ba'zi bir kasalliklar ma'lum guruh aholi o'rtasida o'rganilganligi va kasallik strukturasi to'g'risidagi ayrim to'liq bo'lmagan ma'lumotlarga mavjuddir. Bu ma'lumotlar ham murojaat qilib kelgan bemorlarda kuzatilib olingan xolos.

Kasalliklar etiologiyasini, patogenezinining mexanizmlarini bilish, aniq tasavvur qilish kasalliklarni kelib chiqishining oldini olish yo'nalishida, kasallik keltirib chiqaruvchi sabablar va ularga zamin yaratuvchi faktorlarni yo'qotish choralarini ishlab chiqishda muhim o'rin tutadi.

Shuning uchun og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining aksariyat kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, epidemiologiyasi kerakli darajada yaxshi o'rganilmaganligi, profilaktika tadbir choralarining samarali, ommaviy usullarini ishlab chiqishga imkoniyat bermaydi. Bolalar og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi va mexanik ta'sirlar natijasida sodir bo'ladigan yara-chaqalar amaliyotda tez-tez uchrab turadi. Buning profilaktik tadbir choralari bo'lib, kariyes oqibatida yemirilgan, buzilgan tishlarni oldirib tashlash, kariyes kovaklarini plombalash, tishlarning o'tkir qirralarini silliqlash, noxush qiliqlarga (lab, lunj shilliq pardasini tishlar orasiga olib so'rish, tishlash, tilni tishlar oralig'iga tiqish, chaynash va boshq.) barham berish, eski protezlar bo'lsa ularni korreksiya qilishdan iboratdir.

Bolalar o'rtasida OG'IZ bo'shlig'i shilliq pardasida uchrab turadigan qator yuqumli kasalliklarni (o'tkir yuqumli kasalliklar, sil, zahm, virusli, zamburug'li va boshq.) profilaktika qilish maqsadida olib boriladigan ishlar infeksiyani bola organizmiga tushishiga imkon bermasligi kerak. Bolalar jamoasida shifokor-stomatolog bolalarga qarovchi tarbiyachilar, bog'cha opalarga har kuni bolalarni albatta ko'rikdan o'tkazishni o'rgatishi kerak. O'tkir gerpetik stomatit profilaktikasida bemor bilan kontaktda bo'lgan bolalarning burun shilliq pardasiga virusga qarshi malhamlar surish (kuniga 2 mahal), profilaktika sifatida gammaglobulin kiritish, bemorlarni izolyatsiya qilish, idish tovoqlarga maxsus ishlov berish va h.k. ishlarni amalga oshirmoq darkor.

Qaytalanuvchi gerpetik stomatitning patogenezi yaxshi o'rganilmaganligi sababli profilaktika tadbirlari doimo samarali bo'lmasligi mumkin. Bu tadbir choralar asosan, organizmning nospetsifik reaktivligini oshirish (immunomodulyatorlar, umumiy davo choralari, allergiyaga qarshi dori-darmonlar bilan)ga qaratilgandir. Bunda organizmdagi (burun, tomok, quloq, tishlardagi) surunkali infeksiya o'choqlarini bartaraf qilish, organizm sanatsiyasi yaxshi yordam beradi.

Kandidamikoz (molochnitsa, og'iz oqarishi) xastaligi barcha yoshdagi bolalar o'rtasida uchrashi mumkin.

Chaqaloklar va ko'krak yoshidagi bolalar kandidamikozi zamonaviy profilaktikasi tadbirlari bo'lib homilador ona organizmini kasalliklardan holi qilish, tug'ish yo'llarini sanatsiya qilishdan iboratdir. Undan tashqari tug'ruqxonalarda, uylarda sanitariya-gigiyena tadbirlarini o'tkazish (idish tovoqlarni, kiyim-kechaklarni, parvarish vositalarini qaynatish) lozim.

Kandidamikoz kelib chiqishiga sabab bo'luvchi mahalliy faktorlar bo'lib og'iz gigiyenasining yomonligi, davolanmagan tishlar, parodont kasalliklari mavjudligi hisoblanadi. Shuning uchun og'iz bo'shlig'ining ratsional gigiyenasini tashkil qilish, muntazam ravishda unga rioya qilish, tishlarni, milklarni o'z vaqtida davolash, og'iz-bo'shlig'i sanatsiyasini amalga oshirish ham kandidamikozlar profilaktikasida muhim o'rin egallaydi.

Dori-darmon qabul qilish oqibatida sodir bo'ladigan allergik xastaliklarning profilaktik tadbirlari asosan, antibiotiklar va boshqa dori-darmonlarni faqat vrach ko'rsatmalariga to'liq amal qilgan holda, bir vaqtning o'zida organizm sezgirligini pasaytiruvchi vositalar bilan birga qabul qilishga qaratilgan bo'ladi. Ba'zan bemordan yaxshilab so'rab-surishtirishlar ularda allergik tabiatga mos xususiyatlar borligini aniqlashga imkon beradi va noxush hollarning oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Avtoimmun kasalliklar bo'lib hisoblanadigan ko'p belgili eksksudatli eritema, surunkali aftoz stomatit kabi xastaliklarning etiologiyasi va patogenezi to'liq aniqlanmaganligi ularning profilaktikasida ancha qiyinchilik tug'diradi. Mazkur xastaliklarning kelib chiqishida oshqozon-ichak sistemasi kasalliklari, har xil zaharli toksinlar ta'siri - intoksikatsiyalar katta ahamiyat kasb etadi. Bu bemorlar tekshirilib ko'rilganda ularda bakterial sensibilizatsiya va T-limfotsitlar tizimida o'zgarishlar-buzilishlarni aniqlash mumkin. Ba'zi bir mualliflar kasalliklar irsiy xususiyatga ega degan fikrlarni ham oldinga surishmoqda. Zikr qilinganlardan kelib chiqib, profilaktika maqsadida yo'ldosh xastaliklarni erta aniqlab, davolash, surunkali infeksiya o'choqlarini yo'qotish, og'iz bo'shlig'ini mukammal sanatsiya qilish lozim. Kasallikning qaytalanishlari oraliq'ida organizmning spetsifik va nospetsifik reaktivligini oshiradigan dori-darmonlar buyurish maqsadli hisoblanadi.

MUSTAQIL O'RGANISH UCHUN TEST SAVOLLARI

STOMATOLOGIK KASALLIKLAR PROFILAKTIKASI VA KARIYES KASALLIKLARI

1. Kariyes kasalligini oldini olishda:
 - a. birlamchi
 - b. ikkilamchi
 - v. uchlamchi
 - g. qo'shimcha profilaktika tadbirlarini amalga oshirmoq muhim hisoblanadi.

2. Quyidagilardan kaysi biri o'z tarkibida ko'proq mikroorganizmlar tutadi?
 - a. tish blyashklari
 - b. tish toshlari
 - v. tish pellikulasi
 - g. oq karashlar
 - d. Ovqat qoldiqlari

3. Eng ko'p ovqat qoldiqlari yopishib, tiqilib qoluvchi joy bo'lib sut tishlarining:
 - a. aproksimal-kontakt yuzasi
 - b. chaynov yuzasi
 - v. tish bo'yni sohasi
 - g. kesuvchi yuzalar
 - d. tanglay yuzasi hisoblanadi.

4. G. S. Chuchmay taklifiga binoan kariyes profilaktikasi maqsadida homilador ayollarga 0,2% li fluorid natriy eritmasi homiladorlikning qaysi haftasida beriladi?
 - a. 32 chi haftasidan boshlab
 - b. 16 chi haftasidan boshlab
 - v. 1 chi haftasidan boshlab
 - g. 25 chi haftasidan boshlab
 - d. 35 chi haftasidan boshlab beriladi.

5. Quyidagi moddalardan qaysi biri tish pastalarining asosini tashkil qiladi?
- a. abraziv mahsulotlari
 - b. detergentlar
 - v. suyultiruvchilar
 - g. bog`lovchilar (qovushtiruvchilar)
 - d. bo`yoqlar
6. Quyidagi moddalardan qaysi biri abrazivlik (emirilish) xususiyatiga ega ekanligini ko`rsating.
- a. dikalsiy fosfat
 - b. kraxmal
 - v. sovun
 - g. antiseptiklar
 - d. glitserin
7. Tish pastalarini tayyorlashda ko`pik hosil qiluvchi modda sifatida quyidagilardan qaysi biri ishlatiladi?
- a. laurisulfat natriy
 - b. quyuq sharbatlar
 - v. bo`yoqlar
 - g. glitserin
 - d. kraxmal
8. Pastalar tayyorlashda glitserindan:
- a. qovushtiruvchi modda sifatida
 - b. detergent sifatida
 - v. suyultiruvchi sifatida
 - g. abraziv modda sifatida
 - d. yaxshi hid taratuvchi sifatida foydalaniladi.
9. Tish emalida demineralizatsiya jarayonini chuqurlantiruvchi sabablardan biri bo`lib:
- a. mikroblarning ko`p miqdorda mavjudligi

- b. lab, til tizginchalarining kaltaligi
- v. og'iz dahlizining kichikligi
- g. so'lakning ko'p ajralishi
- d. so'lakning pH ko'rsatkichining oshishi hisoblanadi.

10. Sut tishlarida kariyes jarayonining tez kechishi quyidagi sababalarining qaysi biri bilan ko'proq bog'liqdir?

- a. tish qattiq to'qimalarining ohaklanish darajasi
- b. tishlarning anatomik tuzilishiga
- v. tish pulpasining o'ziga xos tuzilishiga
- g. tish qattiq to'qimalarining qalinligiga
- d. sut tishlarining rangiga

11. Kariyes jarayoning boshlanish davrini aniqlash uchun quyidagi usullardan biri qo'llaniladi:

- a. vital usulda emalni bo'yash
- b. PMA indeksini aniqlash
- v. GI aniqlash
- g. KPO ko'rsatkichini aniqlash
- d. Shiller-Pisarev usulidan foydalanish.

12. O'choqli demineralizatsiya jarayonini aniqlashda quyidagi usullardan biri ko'llanmaydi:

- a. Shiller-Pisarev usuli
- b. vital bo'yash usuli
- v. ko'rik usuli
- g. lyuminestent diagnostika usuli
- d. Memadov bo'yicha impregnatsiya usuli

13. Kariyes jarayonidak xastalangan yuza kariyesli tishni klinik tish formulasida quyidagi harflardan biri orqali ifodalaymiz:

- a. S
- b. K
- v. RP

- g. Pt
- d. O.

14. Kariyes jadalligining o'rtacha ko'rsatkichi formulalardan biri bilan aniqlanadi:

- a. KPO+kp ko'rsatkichlarning umumiy yig'indisi/tekshirilganlar soni;
- b. tekshirilgan kishilardan kariyesi borlar soni/tekshirilganlar soni;
- v. har bir tish uchun bolalar yig'indisi/tishlar soni;
- g. ballar yig'indisi/6;

15. Bolalar og'iz bo'shlig'i gigiyenasi qoidalariga o'rgatish:

- a. 2 yoshdan
- b. 3,5 yoshdan
- v. 5 yoshdan
- g. 6 yoshdan
- d. 10 yoshdan boshlanadi.

16. Maktab shifokor-stomatologi quyida bayon qilingan qaysi bir ishni amalga oshira olmaydi?

- a. ichimlik suvini ftorlash
- b. sanitariya oqartuv ishlarini
- v. og'iz bo'shlig'i gigiyenasi
- g. malakali gigiyena
- d. rem.terapiya

17. Stomatologiya sohasida asosiy tekshiruv usuli bo'lib:

- a. bemorlardan so'rab bilish
- b. RMA indeksini aniqlash
- v. tishlarni rentgen holatini aniqlash
- g. GI aniqlash
- d. KPO indeksini aniqlash.

18. Quyidagilardan qaysi biri qo'shimcha stomatologik klinik tekshiruv usuli hisoblanmaydi:

- a. og'iz bo'shlig'ini ko'rikdan o'tkazish
- b. so'lak tarkibida mineral tuzlar miqdorini aniqlash
- v. kariyesning lyuminetsent tashxisi
- g. emalning kislota turg'unligini aniqlash
- d. so'lakning pH darajasini aniqlash

19. Organizmning allergik holatini tekshirib ko'rish uchun quyidagi:

- a. Gistamin reaksiyasi
- b. Mantu reaksiyasi
- v. Voldir reaksiyasi
- g. Pirke reaksiyasi
- d. Shiller-Pisarev reaksiyasini amalga oshiriladi.

20. Sut tishlari bolalarda:

- a. 2,5 yoshda
- b. 1,5 yoshda
- v. 2 yoshda
- g. 1 yoshda
- d. 5 yoshda to'liq chiqib bo'ladi.

21. 1 yashar bolaning og'zida:

- a. 8 ta
- b. 6 ta
- v. 2 ta
- g. 10 ta
- d. 12 ta tish chiqqan bo'ladi

22. Bolalar og'iz bo'shlig'ida birinchi doimiy tish:

- a. 6 yoshda
- b. 7 yoshda
- v. 9 yoshda
- g. 8 yoshda
- d. 4 yoshda chiqadi

23. Sut tishlarini emal qobig'i o'z taraqqiyoti paytida:

- a. epiteliy to'qimasidan
- b. mezenximadan
- v. mushak to'qimasidan
- g. qo'shuvchi to'qimadan
- d. suyak to'qimasidan rivoj topadi.

24. Sut tishlari JSST bo'yicha quyidagi tish formulasi bilan ifodalanadi:

- a. 55 54 53 52 51
- b. 15 14 13 12 11
- v. V IV III II I
- g. 5 4 3 2 1
- d. 3 2 1 2

25. Kariyes kasalligi sut tishlarida:

- a. emalni, dentinni, sementni jarohatlaydi
- b. faqat dentinni jarohatlaydi
- v. faqat sementni jarohatlaydi
- g. faqat emalni jarohatlaydi
- d. faqat pulpani jarohatlaydi

26. Kariyes jarayonining rivojlanishida boshlanish davri bo'lib emal to'qimasida:

- a. o'choqli demineralizatsiya yuzaga kelishi
- b. gipermineralizatsiya sodir bo'lishi
- v. shtrixli dog'lar paydo bo'lishi
- g. jigarrang dog' hosil bo'lishi
- d. yuza kariyes paydo bo'lishi hisoblanadi.

27. Sut tishlarining kariyesda o'ziga xos xususiyatlari bo'lib jarayonning:

- a. tishning yuza sathi bo'ylab keng tarqalishi
- b. ko'proq tish dahliz sathidan rivojlanishi
- v. emal, dentin qavatlariga chuqur kirib borishi

- g. faqatgina tish fissuralarida uchrashi
- d. faqatgina tish bo'yin qismida uchrashi hisoblanadi.

28. Sut tishlari kariyesda doimiy tishlardan farqli o'laroq kariyes kavagi ko'pchilik hollarda tishlarning:

- a. aproksimal-kontakt sathida
- b. dahliz yuzasida
- v. lab yuzasida
- g. chaynov yuzasida
- d. tanglay sathida uchraydi.

29. O'rta kariyesda kariyes kovagi tishning kontakt sathida joylashsa og'riqqa shikoyat asosan:

- a. shirinlikdan
- b. sovuq ta'sirdan
- v. issiq ta'sirdan
- g. so'lak ta'siridan
- d. mexanik ta'sirdan paydo bo'ladi.

30. O'rta kariyes kovagi sut tishlarida ajratuvchi tagliksiz:

- a. fosfat sement bilan
- b. silitsin sement bilan
- v. silidont sement bilan
- g. kompozit materiallar bilan
- d. vitakril sementi bilan plombalansa bo'ladi.

31. Sut tishlarining o'rta kariyesi quyidagi xastaliklardan qaysi biri bilan qiyosiy tashxis qilinadi?

- a. surunkali periodontit
- b. yuza kariyes
- v. gipoplaziya
- g. flyuoroz
- d. surunkali gipertrofik pulpit

32. Yuza sath bo'ylab keng tarqalgan sut tishlarining yuza kariyesini davolashda quyidagi qaysi bir usul maqsadga muvofiqroq hisoblanadi?
- a. kumush nitrat tuzi eritmasi bilan qoplash
 - b. charxlab plombalash
 - v. silliqlab tekislash
 - g. ftorlak surtish
 - d. applikatsiya usulida remineralizatsiyalash, charxlab kumush bilan impregnatsiyalash
33. Kariyes jarayonining boshlang'ich davrida emalini quyidagi keltirilgan qaysi bir eritma bilan ishlov berish (applikatsiya) foyda keltiradi?
- a. natriy ftor eritmasining 2% li eritmasi
 - b. furatsillin eritmasi
 - v. natriy bikarbonatning 2% li eritmasi
 - g. 3% li vodorod peroksidi
 - d. Shiller-Pisarev eritmasi
34. Davolovchi asosga ega bo'lgan malham pastalar uchun quyidagi xususiyat mavjuddir:
- a. odontoblast hujayralarning faoliyatini oshiruvchi
 - b. odontoblast hujayralarning faoliyatini susaytiruvchi
 - v. adgezivli xususiyati
 - g. og'riqsizlantiruvchi xususiyati
 - d. erituvchilik xususiyati.
35. Tish-jag' a'zolarining rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi sabablardan biri:
- a. suyak to'qimasining mineral tuzlarga to'yinmasligi
 - b. muvofiqlashgan parhezli ovqatlanish
 - v. oqsilli mahsulotlarni ko'plab qabul qilish
 - g. sog'lom turmush tarzi
 - d. og'iz bo'shlig'i gigiyenasi

36. Homiladorlik davrida tishlar emal qavatining kariyesga nisbatan turg'unligini pasaytiruvchi umumiy sabab:

- a. homiladorlikning ikkinchi yarmida sodir bo'ladigan toksikozlar
- b. homiladorlikning birinchi davrini me'yordan o'tishi
- v. og'iz bo'shlig'i gigiyenasining muntazamligi
- g. onaning muvofiqlashgan ovqatlanishi
- d. bola tug'ilayotgan paytidagi qiyinchiliklar

37. Quyidagi hollardan qaysi birida kariyesga qarshi endogen profilaktika tadbiri qo'llaniladi?

- a. o'choqli demineralizatsiya
- b. flyuoroz
- v. gipoplaziya
- g. yuza kariyes
- d. tishlarning siyqalanishi

38. Quyidagi bayon qilingan qaysi bir tadbir kariyesga qarshi endogen profilaktika usuli bo'lib hisoblanadi?

- a. ichimlik suvini ftorlash
- b. tishlarni «ftorlak» bilan koplash
- v. tishlarni cho'kma va karashlardan tozalash
- g. og'iz bo'shlig'i gigiyenasi
- d. emal remineralizatsiyasi (applikatsiya usulida)

39. Sut tishlarida kariyes jarayonining o'tkir tarzda kechishi ko'pchilik hollarda kariyesning quyidagi shakllaridan biriga mos keladi:

- a. dekompensatsiya shakli
- b. subkompensatsiya shakli
- v. kompensatsiya shakli
- g. asoratsiz shakli
- d. dog'li shakli

40. O'rta kariyesda sut tishlarida og'riqqa shikoyat ko'pchilik hollarda:

- a. nordondan

- b. issiqdan
- v. sovuqdan
- g. sababsiz
- d. mexanik chaynovdan sodir bo'ladi.

41. O'rta kariyes bilan jarohatlangan tishni mahalliy ko'rikdan o'tkazishda quyidagi xolning shoxidii bo'lamiz:

- a. emal va dentin qavatlari bo'ylab kovak mavjudligini
- b. emal sathining notekisligi
- v. emal qavatida shikastlanish borligini
- g. emal sathida oq dog'lar mavjudligini
- d. chuqur kariyes kavagi, kovak tubida yupka dentin qatlami borligini ko'ramiz.

42. Kariyesning dog'li davrida umumiy davo profilaktika maqsadida bemorga ichish uchun:

- a. kalsiy , ftor, fosfat saqlovchi
- b. vitaminlardan iborat
- v. antibiotiklar tutuvchi
- g. sulfanilamindlar tutuvchi
- d. uglevodli va oqsilli preparatlar tavsiya etiladi.

43. Chuqur kariyesning davolashda malham qatlam sifatida:

- a. kalsiy gidrooksid saqlovchi pasta
- b. rezorsin-formalinli pasta
- v. paraform saqlovchi pasta
- g. kamfora-fenolli pasta
- d. dentin saqlovchi pasta ishlatish maqsadga muvofiqdir.

Pulpit

1. Tish yumshoq to'qimasining yallig'lanishi:

- a. pulpit
- b. gingivit

- v. stomatit
- g. periodontit
- d. parodontit deb ataladi.

2. O'tkir umumiy-diffuz pulpitda:

- a. butun tish pulpasi
- b. toj pulpasi
- v. ildiz pulpasi
- g. tish periodontiti
- d. tish pulpasining shox qismi yallig'lanadi.

3. O'tkir o'choqli pulpitda og'riq xarakteriga ko'ra quyidagicha kechishi mumkin:

- a. xurujli, o'zoq muddatli og'riqsiz davrlar bilan
- b. pastki va yuqori jag'lar bo'yicha, quloqqa berib tarqaluvchi
- v. uzuk-yuluq, qisqqa muddatli og'riqsiz davrlar bilan
- g. muttasil ravishda to'xtovsiz
- d. faqat ovqat chaynagan paytda xuruj qilishi mumkin.

4. O'tkir o'choqli pulpit quyidagi bayon qilingan qaysi bir kasallik bilan kiyosiy tashxis qilinadi?

- a. chuqur kariyes
- b. o'rta kariyes
- v. gangrenoz pulpit
- g. o'tkir cho'qqi periodontiti
- d. surunkali pklpitning qaytalanib o'tkirlashuvi.

5. Sut tishlarida kechadigan o'tkir o'choqli pulpitda bolalarda quyidagi qaysi bir holatni qayd etish mumkin:

- a. umumiy ahvolni o'zgarmaganligi
- b. tana harorati ko'tarilishi
- v. so'lak oqishining kuchayishi
- g. umumiy ahvol keskin o'zgaradi
- d. kuchli bosh og'rig'i

6. O'tkir o'choqli pulpitda quyida bayon qilingan qaysi bir kasallik bilan qiyosiy tashxis qilinadi:

- a. chuqur kariyes
- b. o'rta kariyes
- v. gangrenoz pulpit
- g. o'tkir cho'qqi periodontiti
- d. surunkali pulpitning kaytalanib o'tkirlashuvi.

7. Sut tishlarining umumiy o'tkir diffuz pulpiti uchun:

- a. perkussiyada og'riq sodir bo'lishi
- b. zond yuritilganda kariyes kavagining tubida bir nuktada og'riq
- v. tishning rangini o'zgarishi
- g. kariyes kavagida konab turgan nukta
- d. kariyes kavagida konab turuvchi pulpa to'qimasining borligi o'ziga xosxususiyat bo'lib hisoblanadi.

8. Sut tishlarida kechadigan umumiy o'tkir diffuz pulpitda og'riq:

- a. sababsiz paydo bo'ladi
- b. nordon mahsulotlar ta'sirida
- v. shirinliklar ta'sirida
- g. mexanik ta'sirdan
- d. temperatura ta'siridan sodir bo'ladi.

9. Sut tishlarining umumiy o'tkir diffuz pulpitida bolaning umumiy ahvolini yomonlashuviga:

- a. og'riq sidromi
- b. ishtaxasining yomnlashuvi
- v. haroratining ko'tarilishi
- g. ko'rkuv xissi
- d. umumiy zaharlanish sabab bo'ladi.

10. Sut tishlarida odatda ko'proq hollarda:

- a. surunkali gangrenoz pulpit

- b. surunkali gipertrofik pulpit
- v. surunkali fibroz pulpit
- g. o'tkirlashgan surunkali pulpit
- d. o'tkir o'choqli pulpit aniqlanadi.

11. Ildizi shakllangan bir ildizli sut tishlarini davolash uchun quyidagi usullardan qaysi birini tanlash to'g'riroq bo'ladi:

- a. vital amputatsiya usuli
- b. biologik usul
- v. chuqur amputatsiya usuli
- g. ekstirpatsiya usuli
- d. devital amputatsiya usuli

12. Toj pulpasining vital amputatsiyasidan keyin ildiz kanallariga kirish sohasida:

- a. rezorsin formalinli tompon
- b. paroformli pasta
- v. kaltsinli pasta
- g. rezorsin formalinli pasta
- d. suvli dentin pasta qoldiriladi.

13. Devital amputatsiyadan keyin doimiy plomba sifatida sut tishlari uchun quyidagi to'ldirgichlardan qaysi birini tanlash maqsadga muvofiqdir:

- a. amalgamli plomba
- b. kumush saqlovchi fosfat sement
- v. karboksilatli sement
- g. fosfat sement
- d. archil sement.

14. Sut tishlarini pulpitini ekstirpatsiya usulida davolash paytida ildiz kanallari:

- a. intradent
- b. endodont

- v. evgenolli pasta
- g. fosfat sement
- d. korboksilat sement bilan to'ldiriladi.

15. Yosh bolalarda umumiy o'tkir diffuz pulpitni qaytalanib o'tkirlashgan surunkali periodontitidan qiyoslab farqlashda asosiy belgi bo'lib:

- a. ovqat chaynashda og'riq paydo bo'lishi
- b. tish atrofi to'qimasining qizarib shishishi
- v. limfa tugunlarining kattalashuvi
- g. zond yuritilganda tishda kuchli og'riq paydo bo'lishi
- d. tana haroratining ko'tarilishi hisoblanadi.

16. O'tkir umumiy (diffuz) pulpitda o'z-o'zidan paydo bo'ladigan og'riq quyidagi sababga ko'ra vujudga keladi:

- a. mikroblan va ularning toksinini nerv tolasiga ta'siridan
- b. mexanik ta'sirlar ta'siridan
- v. issiq-sovuq ta'siridan
- g. ovqat chaynash natijasida
- d. nordon mahsulotlar ta'siridan.

17. O'tkir umumiy (diffuz) pulpit uchun:

- a. og'riq irradiatsiyasi
- b. kuchayib boruvchi og'riq
- v. sababli og'riq
- g. uzluksiz simmillovchi og'riq
- d. mahalliy og'riq xususiy hol bo'lib hisoblanadi.

18. O'tkir umumiy (diffuz) pulpitni o'tkir o'choqli pulpitdan farqlashda asosiy belgi bo'lib quyidagilardan qaysi biri hisoblanadi?

- a. tishda kariyes kovagining mavjudligi
- b. kariyes kavagining chuqurligi
- v. kovak tubida zond yuritilganda og'riq paydo bo'lishi
- g. perkussiyada tishda og'riq paydo bo'lishi
- d. tish rangining o'zgarishi.

19. Sut tishlarining surunkali fibroz pulpitida:

- a. sababsiz paydo bo'luvchi
- b. uzluksiz simillovchi
- v. tarqaluvchi
- g. ovqat chaynash paytida sodir bo'ladigan
- d. og'riqning bo'lmasligi xususiy holdir.

20. Surunkali fibroz pulpitni chuqur kariyesdan farqlaydigan asosiy xol bo'lib:

- a. ovqat chaynash vaqtida og'riq
- b. zond yuritilganda og'riq
- v. kariyes kavagi tubida dentinning yumshoqligi
- g. rentgen tasvirdagi o'zgarish
- d. issiq-sovuqdan og'riq paydo bo'lishi hisoblanadi.

21. Surunkali gipertrofik pulpitni surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontitdan farq qilishda quyidagi tekshirish usullaridan qaysi biri ko'l keladi?

- a. perkussiya
- b. zond yuritilib
- v. termodiagnostika usuli
- g. rentgenografiya usuli
- d. tishni ko'zdan kechirish

22. Surunkali gipertrofik pulpitda:

- a. o'z-o'zidan paydo bo'luvchi og'riqqa
- b. issiq-sovuq ta'siridan
- v. mexanik ta'sirlardan
- g. shirin, nordon ta'sirlaridan
- d. ovqat chaynashda tish qonashiga shikoyat qilishmaydi.

23. Kariyes kovagida qizarib, qonab turuvchi pulpani biz:

- a. surunkali proliferativ pulpitda
- b. surunkali gangrenoz pulpitda

- v. o`tkir umumiy (diffuz) pulpitda
- g. o`tkir o`choqli pulpitda
- d. surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontitda ko`rishimiz mumkin.

24. Surunkali gangrenoz pulpitda og`riq odatda:

- a. shirinlik ta`siridan
- b. mexanik ta`sirdan
- v. sovuqdan
- g. issiq ta`siridan
- d. ovqat chaynash paytida yuzaga keladi.

25. Sut tishlarining o`tkir o`choqli pulpitida og`riq:

- a. qiska muddatli
- b. uzluksiz davom etuvchi
- v. kuchayib boruvchi
- g. ma`lum sabab asosida paydo bo`luvchi
- d. lo`qillovchi bo`ladi.

26. O`tkir o`choqli pulpitda:

- a. toj pulpasining shox qismi
- b. ildiz pulpasi
- v. butun toj pulpasi
- g. butun tish pulpasi
- d. periodont yallig`lanadi.

27. O`tkir umumiy (diffuz) pulpitda:

- a. tish pulpasining shox qismi
- b. toj pulpasi
- v. ildiz pulpasi
- g. tish periodonti
- d. butun tish pulpasi yallig`lanadi.

28. O`tkir o`choqli pulpitda og`riq og`riq xarakteriga ko`ra quyidagicha kechishi mumkin:

- a. mutassil ravishda-to'xtovsiz
- b. pastki va yuqori jag'lar bo'yicha, quloqqa berilib tarqaluvchi
- v. uzuk-yuluq, qisqa muddatli og'riqsiz davrlar bilan
- g. xurujli, uzoq muddatli og'riqsiz davrlar bilan
- d. og'riq bo'lmaydi.

29. Keltirib chiqaruvchi sabablarga ko'ra quyida qayd etilgan qaysi bir pulpit tabiatan uchramaydi ?

- a. limfogen pulpit
- b. gemotogen pulpit
- v. travmatik pulpit
- g. mikrobli (infeksion) pulpit
- d. toksik pulpit

30. Surunkali gipertrofik pulpitni:

- a. surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit bilan
- b. o'tkir diffuz pulpit bilan
- v. o'rta kariyes bilan
- g. surunkali fibroz pulpit bilan
- d. chuqur kariyes bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

31. Quyidagi tish kasalliklarning o'ziga mos keladigan klinik belgilarini aniqlang:

- a. o'tkir umumiy (diffuz) pulpit
- b. o'rta kariyes
- v. gangrenoz pulpit
- g. gipertrofik pulpit
- d. surunkali fibroz periodontit
- a. ko'lansa sassiq hid
- b. shirinlik ta'sirida og'riq
- v. qizargan, qonab turgan pulpa
- g. tish atrof to'qimasining qizarib shishinqirashi

32. Quyidagi sut tishi kasalliklariga mos keladigan davo choralarini toping:

- a. kariyesning dog'li davri
- b. o'tkir o'choqli pulpit
- v. surunkali fibroz pulpit
- g. o'tkir yiringli diffuz pulpit
- d. chuqur kariyes
- e. Travmatik pulpit
- a. davolovchi malham pastalar qo'yish
- b. toj pulpasini amputatsiya qilish
- v. pulpa ekstirpatsiyasi
- g. remineralizatsiya muolajasi
- d. konservativ davo

33. Tish pulpasining devital amputatsiyasi quyidagi yo'l orqali amalga oshiriladi:

- a. o'tkazuvchi og'riqsizlantirish yordamida
- b. applikatsion og'riqsizlantirish bilan
- v. infiltratsion og'riqsizlantirish bilan
- g. pulpa bo'shlig'iga anestetik eritma yuborib
- d. margimushli pastadan foydalanib

34. Bir ildizli sut tishlar periodontitining qaysi bir turi bemorning birinchi qatnovidida to'liq davolanishi mumkin:

- a. surunkali yiring yo'li mavjud granulyatsiyalanuvchi periodontit
- b. surunkali fibroz periodontit
- v. o'tkir serrozli periodontit
- g. surunkali granulematoz periodontit
- d. o'tkir marginal periodontit

35. Sut tishlarida periodontit xastaligining quyidagi turlaridan qaysi biri ko'proq uchraydi:

- a. o'tkir periodontit
- b. surunkali granulematoz periodontit

- v. surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit
- g. surunkali fibroz periodontit
- d. o'tkir marginal periodontit.

36. Ko'p ildizli tislarda uchraydigan yallig'lanishning qaysi bir turida tish bo'shlig'ining tub devori yemirilib teshiladi:

- a. o'tkir yiringli periodontitda
- b. surunkali fibroz periodontitda
- v. surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontitda
- g. surunkali proliferativ pulpitda
- d. surunkali gangrenoz pulpitda.

37. Quyidagi kasalliklarning har biriga mos keladigan klinik belgilarini aniqlang:

- a. I Surunkali granulematoz periodontit
- b. surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit
- v. surunkali gangrenoz pulpit
- g. surunkali gipertrofik pulpit
- d. o'tkirlashgan surunkali periodontit
- a. o'tkir kuchayuvchi og'riq
- b. yiring yo'li mavjudligi
- v. o'tuvchi burmada kam og'riqli kattaroq shish
- g. qizarib qonab turuvchi pulpa to'qimasi

38. Periodontit kasalligi bevosita:

- a. pulpitning
- b. chuqur kariyesning
- v. o'rta kariyesning
- g. yuza kariyesning
- d. gingivitning asorati bo'lib hisoblanadi.

39. Tish pulpitining bevosita asorati bo'lib:

- a. infeksiy periodontit
- b. toksik (medikamentoz) periodontit

- v. travmatik periodontit
- g. gematogen periodontit
- d. marginal periodontit hisoblanadi.

40. O'tkir cho'qqi periodontit uchun

- a. sababli, xurujli og'riq
- b. sababsiz, muntazam (uzluksiz) og'riq
- v. sababli-simillovchi og'riq
- g. sababli- kechki og'riqlar xarakterlidir.

41. O'tkir cho'qqi periodontitda sodir bo'ladigan, kuchayib boruvchi og'riqni yuzaga keltirishda:

- a. ekssudat ajralishining kuchayishi
- b. toksinlar miqdorining oshishi
- v. mikroblarning ko'payishi
- g. periodont to'qimasining nekrozi (o'lishi) bosh omil hisoblanadi.

42. O'tkir medikamentoz (mishyakli) periodontitda antidot sifatida:

- a. 5% li yod eritmasi
- b. rezorsin suyuqligi
- v. 2% li xloramin
- g. 10% li formalin
- d. 0,1% li xlorgeksidin eritmasi ishlatiladi.

43. O'tkir cho'qqi periodontitda rentgen tasvirida quyidagi hollardan birini ko'ramiz.

- a. cho'qqi teshigi atrofida suyak to'qimasining notekis so'rilishi
- b. periodont tirqishini kuchsiz, deformatsiyasiz kengayishi
- v. deformatsiyalangan, kuchli kengayish
- g. cho'qqi cheshigi atrofida suyak to'qimasining tekkis chegarali yumaloq siyraklashuvi
- d. retgen tasvirida o'zgarish yo'q.

Parodont kasalliklari

1. Tish atrofiin o`rab turuvchi to`qimalarning yallig`lanishiva distrofik o`zgarishlari fan tilida:

- a. stomatit
- b. gingivit
- v. periodontit
- g. parodontit
- d. parodontoz deb yuritiladi.

2. Parodontoz xastaligida:

- a. kataral gingivit
- b. parodontal tish milk cho`ntagi
- v. alveolyar suyak o`siklarining distrofik o`zgarishlari
- g. parodont to`qimasining yallig`lanishi va distrofik o`zgarishlari
- d. gipertrofik gingivit mavjudligi qayd qilinadi.

3. Kataral gingivit xastaligi uchun asosiy belgilaridan bo`lib:

- a. milkning o`sib ketishi
- b. patologik tish-milk cho`ntagining mavjudligi
- v. tish tozalashda milkning qonashi
- g. tishlarning liqillab qolishi
- d. milklarning qichishi mavjudligi hisoblanadi.

4. Kataral gingivit keltirib chiqaruvchi sabab bo`lib:

- a. tishlarda kariyes kovagining
- b. baland qilib qo`yilgan plomba
- v. tish karashlarining
- g. pulpa to`qimasining yallig`lanishi
- d. qattiq ovqatlarni chaynash hollari mavjudligi hisoblanadi.

5. Quyidagi bayon qilingan sabablardan qaysi biri mahalliy gingivit chaqirishda ishtirok etmaydi:

- a. tish karashlari va cho`kmalari
- b. ochiq tishlar munosabati (prikus)

- v. lablar yuganchalarining kaltaligi
- g. kariyes tishning o'tkir qirrası
- d. og'iz bo'shlig'i gigiyenasining pastligi.

6. Maktab o'quvchisida diffuz parodontit xastaligi mavjud ekanligi aniqlandi. So'roq paytida og'zining tez-tez qurishi, kuyishib og'rish hollari ma'lum bo'ldi. Bemor tish qatorlarining munosabatidan chuqur prikus holati borligi ma'lum bo'ldi. Parodontit xastaligini sodir qilingan asosiy sabab nimada?:

- a. chuqur prikus
- b. tish karashlari va toshlari
- v. kandli diabetning yashirin turi
- g. jinsiy bezlar faoliyatining buzilishi
- d. milklarning surunkali jarolatlanishi.

7. 14 yoshli bemor qizda chegaralangan parodontit xastaligining boshlanish davri qayd qilindi. Kassallik tarixidan xayz ko'rish sikli (menstruatsiya) buzilganligi ma'lum bo'ldi. Og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda unda ochiq prikus borligi ma'lum bo'ldi. Parodontit xastaligining sababi:

- a. og'iz bo'shlig'i gigiyenasining yomonligi
- b. disminereya (xayz ko'rishning buzilishi)
- v. ochiq prikus mavjudligi
- g. kandli diabetning yashirin turi
- d. jinsiy yetilishi erta boshlanganligi deb topildi.

8. Kataral gingivit yengil shaklida davolash tadbiri asosan:

- a. umumiy quvvatni oshiradigan tadbirlardan
- b. og'iz bo'shlig'i gigiyenasining muntazamligini ta'minlashdan
- v. milklarni massaj qilishdan
- g. vitaminli elektroforez buyurishdan
- d. dorsenvalizatsiya buyurishdan iborat bo'ladi.

9. Gipertrofik gingivitning diffuz tarqalgan shishli turida quyidagi tadbirlardan biri qo'llanilmaydi:

- a. tishlarni karash va cho'kmalardan tozalash
- b. skleroz chaqiradigan davo tadbirlari
- v. jarrohlik yo'li bilan milklarni korreksiya qilish
- g. geporinli elektroforez buyurish
- d. uch xlorosirka kislata bilan milk so'rg'ichlarini kuydirish.

10. Atrofik gingivit davosida quyidagi tadbirlardan birini amalga oshirish shart emas:

- a. gidromassaj buyurish
- b. vitaminli elektrofarez
- v. jarrohlik usulida milkni korreksiya qilish
- g. mahalliy sabablarni yo'qotish
- d. simptomatik davo tadbirlarini qo'llash.

11. Skleroz chaqiruvchi davo tadbirlari sifatida quyidagilardan qaysi biri qo'llanilmaydi?:

- a. 60% li glyukoza eritmasi
- b. 30% li uch xlorouksusli kislota
- v. 10% li kalsiy xlorli eritmasi
- g. elektrokoagulyatsiya
- d. termooksogulyatsiya.

12. Kataral gingivitni davolashda quyidagi tadbirlardan qaysi biri qo'llanilmaydi?:

- a. og'iz gigiyenasini muntazamligini ta'minlash
- b. og'iz bo'shlig'ining malakali gigiyenasini amalga oshirish
- v. milk shilliq pardasini kyuretajit (qirib tozalash)
- g. gidromassaj buyurish
- d. mexanik massaj buyurish.

13. Bolalarda parodontit xastaligini kompleks davolashda birinchi navbatda mahalliy tadbirlar:

- a. yallig'lanishga qarshi dori darmonlar ishlatishdan
- b. fizioterapiya tadbirlarini buyurishdan
- v. og'iz bo'shlig'ining malakali (professional) gigiyenasi
- g. parodontal cho'ntaklar kyuretajidan
- d. patologik cho'ntaklarga antibiotiklar kiritishdan boshlanadi.

14. Sut tishlari kariyesidan nihoyatda kam hollarda:

- a. kariyesning dog'li davri
- b. yuza kariyes
- v. o'rta kariyes
- g. chuqurlashgan o'rta kariyes
- d. chuqur kariyes deb tashxis ko'yiladi.

15. Gipertrofik gingivitning diffuz shishli turida quyidagi tadbirlardan biri qo'llanilmaydi:

- a. jarrohlik yo'li bilan milklarni korreksiya qilish
- b. skleroz chaqiradigan davo tadbirlari
- v. tishlarni karash va cho'kmalardan tozalash
- g. geporenli elektroforez buyurish
- d. loskutli gingivoektomiya qilish.

16. Atrofik gingivit davosida quyidagi tadbirlarni amalga oshirish shart emas:

- a. jarrohlik usulida milkni korreksiya qilish
- b. vitaminli elektroforez
- v. gidromassaj buyurish
- g. mahalliy sabablarni yo'qotish
- d. tish-milk cho'ntaklarini kyuretaj qilish.

17. Skleroz chaqiruvchi davo tadbirlari sifatida quyidagilardan qaysi biri qo'llanilmaydi?:

- a. 40% li kalsiy xlor eritmasi
- b. 30% li uch xloruksusli kislata
- v. 60% li glyukoza eritmasi

- g. gingivotomiya
- d. termokoagulyatsiya.

18. Kataral gingivitni davolashda quyidagi tadbirlardan qaysi biri qo'llanmaydi?:

- a. milk shilliq pardasini kyuretaji
- b. og'iz bo'shlig'ining malakali gigiyenasini amalga oshirish
- v. og'iz gigiyenasining muntazamligini ta'minlash
- g. cho'ntaklar kyuretaji
- d. mexanik massaj byurish.

19. Bolalarda parodontit xastaligi kompleks davolashda birinchi navbatda mahalliy tadbirlar:

- a. og'iz bo'shlig'ining malakali (professional) gigiyenasidan
- b. fizioterapiya tadbirlarini buyurishdan
- v. yallig'lanishga qarshi dori-darmonlar ishlatishdan
- g. og'iz bo'shlig'i individual gigiyenasini yo'lga ko'yish
- d. patologik cho'ntaklarga antibiotiklar kiritishdan boshlanadi.

20. Surunkali kataral gingivitni sabablari qanday?

- a. surunkali shikastlanish
- b. og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilmaslik
- v. prikus patologiyasi
- g. zararli odatlar
- d. ichkii a'zolar va sistemalar kasalligi.

21. Gingivitni ob'ektiv baholash uchun qanday usuldan foydalaniladi?

- a. Grin-Vermilon usuli
- b. milk RMA indeksi
- v. parodontal indeks
- g. formalin usuli
- d. Federov-Volodkina usuli.

22. Surunkali gipertrofik gingivit lokal formasining sababi bo'lib:

- a. chuqur prikus
- b. lab, til yuganchalari anomaliyasi
- v. og'iz bo'shlig'i gigiyenasi yomon bo'lsa
- g. oshkozon-ichakni surunkali kasalliklari
- d. pubertat (ulg'ayish) davr hisoblanadi.

23. Surunkali gipertrofik gingivitni tarqalgan turini sababi:

- a. prikus patologiyasi
- b. tishlarni zich joylashishi
- v. yuqori lab yuganchasining kaltaligi
- g. endokrinopatiya
- d. pubertat davr.

24. Surunkali gipertrofik gingivitni granulyatsion formasining klinik belgilari:

- a. patologik cho'ntak mavjud
- b. milk so'rg'ichlari kattalashmagan, och pushti rangda, qonamaydi, tish cho'ntaklari yo'q
- v. tishlararo so'rg'ich va milk qirg'og'i och-pushti rangda, kattalashgan, notekis, qattiq, qonamaydi, milk osti sohasida tish osti cho'kmalari qum sifatida bor
- g. milk so'rg'ichlari kattalashgan, tishni toj qismini koplaydi, to'k qizil rangda
- d. milk so'rg'ichi yumshoq, qonovchi, milk ostida toshlar bor.

25. Surunkali mahalliy gipertrofik gingivitni sababini ayting:

- a. endokrinopatiya
- b. surunkali shikastlanish
- v. yuqori lab va til yuganchalarini kaltaligi
- g. X-gistiotsitoz
- d. prikus anomaliyasi.

26. Quyidagi bayon qilingan sabablardan qaysi biri mahalliy gingivit chaqirishda ishtirok etmaydi:

- a. diffuz tish karashlari va cho'kmalari
- b. ochiq tishlar munosabati (prikus)
- v. lablar yuganchalarining kaltaligi
- g. kariyesli tishning o'tkir qirrasi
- d. og'iz bo'shlig'i gigiyenasining pastligi.

27. Bolalarda uchraydigan diffuz gipertrofik gingivit ko'pchilik hollarda:

- a. balog'at yoshidagi bolalar o'rtasida
- b. bog'cha bolalari o'rtasida
- v. maktab bolalari o'rtasida
- g. yosh bolalarda uchraydi
- d. pubertat oldi davri yoshida uchraydi.

28. Bolalar yoshida uchraydigan diffuz gipertrofik gingivitning kelib chiqishida quyidagi sabablardan qaysi biri asosiy o'rin tutadi:

- a. jinsiy bezlar faoliyatining buzilishi
- b. tish karashlarining mavjudligi
- v. endokrin bezlar faoliyatida o'zgarishlar
- g. tish qatorlarining bir-biriga nisbatan noto'g'ri munosabati
- d. til, lablar tizginchasining anomaliyasi.

29. Milk so'rg'ichlari va qirg'og'ining hajmi oshgan, qattiq, qonamaydi, shakli buzilgan, rangi odatdagidek. Bunday hol gingivitlarning qaysi bir turiga mansubdir?

- a. fibroz gingivit
- b. granulyatsiyalanuvchi gipertrofik gingivit
- v. atrofik gingivit
- g. fibrozli-gipertrofik gingivit
- d. kataral gingivit.

30. Bemorning og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda milklarning shishib qizargani, yumshab ko'pchigani, qonashi va chuqur tish-milk

cho'ntaklari hosil bo'lganligi aniqlandi. Cho'ntaklarga formalin eritmasi kiritilganda keskin achishib og'riq paydo bo'lishi kuzatildi. Tashxis:

- a. surunkali granulyatsiyalanuvchi gipertrofik gingivit
- b. parodontit
- v. kataral gingivit
- g. surunkali gipertrofik fibroz gingivit
- d. parodontoliz.

31. Tish atrofini o'rab turgan va u bilan fiziologik, anotomik ham jihat to'qimalar majmuasini:

- a. parodont
- b. parodontit
- v. amfodont
- g. periodontit
- d. periost termini bilan atash qabul qilingan.

32. Milk to'qimasining tish-milk cho'ntagining butunligi buzilmagan holda sodir bo'ladigan yallig'lanishi:

- a. gingivit
- b. parodontit
- v. periodontit
- g. gingivo-stomatit
- d. parodontoz.

33. Tish atrofini o'rab turuvichi to'qimalarning yallig'lanishi va distrofik o'zgarishlarining fan tilida, bugungi kundagi atamasi:

- a. parodontit
- b. gingivit
- v. periodontit
- g. amfodontit
- d. parodontoz.

34. Parodontoz xastaligida qayd qilinadigan klinik belgilar:

- a. alveolyar suyak o'siqlarining distrofik o'zgarishlari

- b. parodontal tish-milk cho'ntagi
- v. atrofik gingivit
- g. parodont to'qimasining yallig'lanishi va distrofik o'zgarishlari
- d. gipertrofik gingivit mavjudligi.

35. Kataral gingivit xastaligi uchun asosiy belgilar:

- a. tish tozalashda milkning qonashi
- b. patologik tish-milk cho'ntagining mavjudligi
- v. fiziologik tish-milk cho'ntagi
- g. tishlarning liqillab qolishi
- d. milklarning qichishi.

36. Diffuz kataral gingivitning keltirib chiqaruvchi sababi:

- a. tish karashlari
- b. baland qilib qo'yilgan plomba
- v. tishlarda kariyes kovagining mavjudligi
- g. pulpa to'qimasining yallig'lanishi
- d. dismenorea holati.

37. Bolalarda diffuz gipertrofik gingivit asosan qaysi yoshdagi bolalarda uchraydi:

- a. yosh bolalarda
- b. bog'cha bolalari o'rtasida
- v. maktab bolalari o'rtasida
- g. balog'at yoshidagi bolalar o'rtasida
- d. pubertat oldi yoshida.

38. Bolalar yoshida uchraydigan diffuz gipertrofik gingivitning kelib chiqishida quyidagi sabablardan qaysi biri asosiy o'rin tutadi:

- a. tish qatorlarining bir-biriga nisbatan noto'gri munosabati
- b. tish karashlarining mavjudligi
- v. organizmda yangi paydo bo'lgan garmonlar ta'siri
- g. jinsiy bezlar faoliyatining buzilishi
- d. til, lablar tizginchasining anomaliyasi.

39. Milk so'rg'ichlari va qirg'og'ining hajmi oshgan, qattiq, qonamaydi, shakli buzilgan, rangi odatdagidek. Bunday hol gingivitlarning qaysi bir turiga mansubdir?

- a. atrofik gingivit
- b. granulyatsiyalanuvchi gipertrofik gingivit
- v. fibroz gingivit
- g. fibrozli shishli gingivit
- d. kataral gingivit.

40. Milk qizarib shishgan, osongina qonaydi, ko'plab milk osti toshlari mavjud. Rentgen tasvirida alveolyar suyak o'sig'ining siyraklashgani, cho'qqisi o'sig'ining sezilarli pasayganligini ko'ramiz. Tashxis:

- a. parodontoz
- b. surunkali gipertrofik gingivit
- v. parodontit
- g. kataral gingivit
- d. parodontoliz.

Parodont kasalliklari -2

1. Parodont bu:

- A) milk, aylanma bog'lam, alveolyar suyak, tish, parodont
- B) milk, periodont, sement, alveolyar suyak, tish
- C) milk, yumaloq boylam, alveolyar suyak, sement, tish piriodonti
- D) milk, aylanma bog'lam, alveolyar suyak o'sig'i, periodon.

2. Milk so'rg'ichlarini shaklining fiziologik o'zgarishi nima bilan bog'liq?

- A) yallig'lanish
- B) shikastlanish
- C) prikus patologiyasi
- D) jag' suyagini o'sishi

3. Gingivitni tarqalganligini ob`ektiv baholash uchun qanday usuldan foydalaniladi ?
- A) Grin-Vermilon usulidan
 - B) milk-so`rgich indeksi - PMA
 - C) parodontal indeksidan
 - D) KPI dan
 - E) Fedorov-Volodkina usulidan
4. Surunkali gipertrofik gingivit chegaralangan shaklining sababi bo`lib:
- A) chuqur prikus
 - B) endokrinopatiya
 - C) og`iz bo`shlig`i gigiyenasi yomon bo`lsa
 - D) oshqozon-ichakni surunkali kasalliklari
 - E) pubertat /ulg`ayish/ davr hisoblanadi
5. Surunkali gipertrofik gingivit tarqalgan turini sababi:
- A) prikus patologiyasi
 - B) tishlarni zich joylashishi
 - C) yuqori lab yuganchasining kaltaligi
 - D) surunkali shikastlanish
 - E) pubertat davrdagi garmonal o`zgarishlar
6. Atrofik gingivitni klinik ko`rinishini aytib bering.
- A) milk so`rg`ichlari kattalashmagan, och pushti rangda, qonamaydi, tish cho`qmalari yo`q
 - B) milk qirg`og`i retraksiyasi aniqlanadi, milk yallig`lanmagan, tish toshlari yo`q
 - C) milk so`rg`ichlari och pushti rangda, kattalashgan, deformatsiyalangan, qattiq, qonamaydi, milk osti toshlari aniqlanadi.
7. Parodontit bu:
- A) tish atrofi yumshoq to`qimasining yallig`lanishi
 - B) tish – milk mustahkamligini buzilishi bilan kechadigan tish atrofidagi suyak va yumshoq to`qimasining yallig`lanishi va distrofiyasi

- C) alveolyar o'simtani distrofik protsessi
- D) periodontitni yallig'lanishi

8. Quyidagi kasalliklarning qaysi biri parodontoliz keltirib chiqarmaydi?

- A) diabet
- B) disglobunemiya
- C) Papiyon-Lefer sindromi
- D) ulg'ayish davrdagi garmonal o'zgarishlar
- E) X-gistotsitoz

9. 15 yoshli bola og'zidan hid kelishiga, ovqat yeganda milking og'rishiga va qonashiga shikoyat qiladi. Ko'rikda: chuqur prikus 21 | 12 sohasida milk ko'kimtir, milk usti va osti toshlari bor. Rentgen suratda 21 | 12 suyak to'siqlarini yuqori cho'qqi qismi yemirilgan. Bu ko'rinish qanday kasallikka xos?

- A) gingivit
- B) parodontit
- C) periodontit
- D) parodontoz
- E) parodontoliz

10. Onasini so'zidan 3 yoshli bola kafti terlashiga va giperkeratozga, hamma tishlarni qimirlashiga va milklarni qonashiga shikoyat qiladi. Bu ko'rinish qaysi kasallikka xos?

- A) kataral gingivit
- B) boshlang'ich parodontit
- C) rivojlangan parodontit
- D) parodontoliz – X-gistotsitoz
- E) Papiyon-Lefer sindromi

11. 8 yoshli bolada 1 | atrofidagi milk qirg'og'i | 1 ga nisbatan ancha past joylashgan. Yallig'lanish jarayoni va tish toshlari yo'q. Pastki lab yuganchasi asimmetrik joylashgan, kalta. Diagnoz qo'ying.

- A) kataral gingivitni tarqalgan turi

- B) kataral gingivitni chegaralangan turi
- C) atrofik gingivit
- D) gipertrofik gingivit
- E) parodontit

12. 7 yoshli bola milki og'rishiga va qonashiga shikoyat qiladi. Ko'rikda IV V tishlarni aproksimal yuzalarida doimiy plomba bor, lekin kontakt nuqtalari yo'q, tishlarni orasidagi milk so'rg'ichi qizargan, shishgan, qonaydi. Bu qanday kasallik ?

- A) kataral gingivitni chegaralangan turi
- B) gipertrofik gingivit
- C) atrofik gingivit
- D) fibroz gingivit
- E) parodontit

13. 13 yoshli bolada $\begin{array}{c} 21 \mid 12 \\ 21 \mid 12 \end{array}$ tishlar atrofidagi milk kattalashgan, shishgan, tishlarni 1/3 qismini qoplab turibdi, chuqur prikus aniqlanadi. Rentgen suratda o'zgarishlar yo'q. Diagnoz qo'ying.

- A) kataral gingivit
- B) parodontit
- C) atrofik gingivit
- D) gipertrofik gingivit
- E) parodontoliz.

14. 10 yoshli bola hamma tishlarining qimirlashiga, milklari qonashiga shikoyat qiladi. Kasallik tarixidan ma'lumki, bola 3-4 kun bemor bo'lib, 21 kun sog' bo'ladi. Kasal bo'lganda tana harorati oshadi, $21 \mid 12$ sohasida cho'ntaklar, tishlarda I-II darajali qimirlash aniqlanadi. Rentgen suratda hamma tishlar sohasida, ayniqsa $21 \mid 12$ sohasida tish suyak to'siqlari yemirilgan. Tashxis:

- A) leykoz
- B) siklik neytropeniya

- C) tuberkulyoz
- D) endokrinopatiya
- E) gepotoxoletsistit

15. 13 yoshli bola ortodontik plastinka taqadi. 321 | 123 sohasidagi milk qizargan, milk so'rg'ichlari shishgan, tish toshlari, patologik cho'ntak aniqlanmaydi, gohida qonaydi. Diagnostika qo'ying.

- A) I darajali parodontit
- B) kataral gingivit
- C) parodontoliz
- D) II darajali parodontit
- E) atrofik gingivit

16. 13 yoshli bolani 21 | 12 tishlari pastki tishlarni 2/3 qismidan ko'proq qismini qoplab turadi. 21 | 12 tishlar sohasida milk qirg'og'i qizargan. Bola tishini tozalaganda yoki qattiq ovqat yeganda og'riq paydo bo'ladi, milk qonaydi. Asosiy davo chorasi bo'lib:

- A) ortodontik davo
- B) og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish
- C) tish kanallarini tozalash
- D) tish tozalash usulini o'rgatish
- E) antiseptik eritma bilan og'izni chayish

17. Bola milki og'rishiga, qonashiga shikoyat qiladi. Ko'rikda 6 tishni kontakt yuzasida plomba bor. Milkka o'tirib qolgan. Oraliqdagi milk so'rg'ichi qizargan, shishgan, qonaydi. Qanday davo asosiydir.

- A) milk cho'ntagini antiseptik eritma bilan yuvish
- B) 5% kaliy yodid bilan elektroforez qilish
- C) plombani olish, antiseptik bilan yuvish va davolovchi pastani qo'llash
- D) milkni davolash
- E) tish tozalash usulini o'rganish

18. 5 yoshli bola milki og'rishiga va qonashiga shikoyat qiladi. Ko'rikda: IV V kontakt yuzalarida katta karioz kovak bor, oraliqdagi milk qizargan. Qanday davolash usulini qo'llash kerak ?

- A) milkni davolash
- B) rentgenologik suratga yuborish
- C) karioz kovaklarni plombalash, jarohatlangan milkka antiseptik bilan ishlov berish, davolovchi pasta qo'llash
- D) yaralangan milkni ferment bilan yuvish
- E) milk qirg'og'iga davolovchi pasta qo'yish

19. 11 yoshli bola milklarining qonashiga shikoyat qiladi. Uning hamma tishlarining toj qismida tish karashlari aniqlanadi. Milk qirg'og'i qizargan. GI 3,0, diagnozi – kataral gingivit. Davolash usulini tanlang.

- A) fizioterapevtik
- B) jarrohlik
- C) gigiyena va massaj
- D) ferment ishlov berish
- E) sezgirlikni pasaytirish tadbirlari

20. 7 yoshli bolaning 21 | 12 tishlar sohasida milk kamaygan va 1 | 1 orasi ochiq, tishlarni bo'yin qismi ochiq, pastki labni yuganchasi kalta, tish toshlari aniqlanmaydi. Davolash rejasini tuzing.

- A) massaj
- B) jarrohlik operatsiyasi
- C) umumiy quvvatni ko'taruvchi davolashni o'tkazish
- D) milkni vitaminlar bilan elektroforez o'tkazish
- E) dispanser ro'yhatiga olish

21. Leykoz bilan kasallangan bola qayerda davolanishi kerak ?

- A) umumpediatriciya bo'limida
- B) bolalar jarrohlik bo'limida
- C) qon kasalliklari bo'limida
- D) yuqumli kasalliklar bo'limida
- E) stomatologiya bo'limida

22. Tish karashi va toshlarini tozalash va bolaga tish tozalash usulini o'rgatish parodontni qaysi kasalligini bartaraf qilish uchun yetarli tadbir hisoblanadi:

- A) kataral gingivitni yengil shakli
- B) kataral gingivitni o'rta og'ir shakli
- C) gipertrofik gingivit
- D) atrofik gingivit
- E) parodontit

23. Tish toshlarini tozalash, skleorozlashtiruvchi davo chorasini qo'llash parodont xastaliklarining qaysi turida qo'llaniladi ?

- A) kataral gingivit
- B) atrofik gingivit
- C) gipertrofik gingivit
- D) rivojlangan parodontit
- E) parodontoliz

24. Qandli diabet kasalligini davolash uchun quyidagilardan qaysi mutaxassis qatnashadi:

- A) pediater
- B) gematolog
- C) ftiziater
- D) endokrinolog
- E) nevropatolog

25. Quyidagilardan qaysi biri parodont xastaliklarini mahalliy davosi bo'lib hisoblanmaydi:

- A) gidroterapiya
- B) oksigenoterapiya
- C) vitaminlarni milk sohasiga kiritish
- D) tish kanallariga kaliy yodid elektroforezi
- E) vibromassaj

26. Quyidagilardan qaysi biri tish-milk cho'ntaklariga antiseptik ishlov berish uchun ishlatilmaydi:

- A) 0,05% xlorgeksidin eritmasi
- B) 10% geksetilentetramin
- C) sigerol
- D) uchxloruksuskislota
- E) 0,02% furatsilin

27. Yallig'langan milklarni davolashni jarrohlik usuli bo'lib:

- A) kyuretaj
- B) krioxirurgiya
- C) gingivotomiya
- D) gingivoektomiya
- E) sklerozlashtiruvchi davo hisoblanmaydi

28. Quyidagilardan qaysi biri parodont kasalligining umumiy davosi bo'lib hisoblanmaydi:

- A) krioterapiya
- B) vitaminoterapiya
- C) garmonoterapiya
- D) antibiotikoterapiya
- E) desensibilizatsiya

29. Tish milk cho'ntaklarini yuvish uchun ishlatilmaydi:

- A) romazulan
- B) tripsin
- C) polimikerol
- D) 40% glyukoza
- E) maraslavin

30. Tish toshlarini tozalash, patologik cho'ntaklardan granulyatsiya to'qimasini kyuretaj qilish va milk qirg'og'iga davolovchi pastani quyish, massaj qo'llash, qaysi parodont xastaligida yaxshi natija beradi:

- A) atrofik gingivit
- B) yarali gingivit
- C) kataral gingivit
- D) parodontoliz
- E) parodontoma

31. Parodont kasalligida dori-darmon sifatida ishlatilmaydi:

- A) geparin moyi
- B) 5% butadion mazi
- C) maraslavin
- D) 10% formalin eritmasi
- E) salvin

32. 12 yoshli bolani $\frac{321}{321} | \frac{123}{123}$ tishlari zich joylashgan, oraliqdagi milk

so'rg'ichlari shishgan, qizargan, qonaydi, tish toshlari, granulyatsiya to'qimasi aniqlanadi. Rentgen suratda o'zgarish yo'q. Xastalikni bartaraf qilishni asosiy usulini tanlang.

- A) sistotomiya
- B) gingivotomiya
- C) ortodontik davo
- D) yugancha plastikasi
- E) gingivoektomiya

33. Quyidagilardan qaysi biri sklerozlashtiruvchi xususiyatiga ega emas:

- A) rezorsin 2%
- B) 40% glyukoza
- C) kaliy yodid
- D) interferon
- E) 40% uchxloruksus kislotasi

I.X.XALILOV, B.O.XUDANOV, SH.B.DAMINOVA, M.S.MUHAM EDOVA,
F.L.MIRSALIXOVA, D.U. RAXMATULLAYEVA

BOLALAR TERAPEVTIK STOMATOLOGIYASI

Darslik

Qog'oz bichimi: 60×84 ¹/₁₆.
Times New Roman garniturasida terildi.
Shartli bosma tabog'i: 27,75.
Buyurtma № 20. Adadi: 100 nusxa.
"DELTA-PRINT" MChJ da chop etildi.
Toshkent shahri, Usta Shirin ko'chasi 134-uy.



I.X.XALILOV, B.O.XUDANOV, SH.B.DAMINOVA, M.S.MUHAM EDOVA
F.L.MIRSALIXOVA, D.U. RAXMATULLAYEVA

BOLALAR TERAPEVTIK STOMATOLOGIYASI

Darslik

Qog'oz bichimi: 60×84 ¹/₁₆.
Times New Roman garniturasida terildi.
Shartli bosma tabog'i: 27,75.
Buyurtma № 20. Adadi: 100 nusxa.
"DELTA-PRINT" MChJ da chop etildi.
Toshkent shahri, Usta Shirin ko'chasi 134-uy.

ISBN 978-9943-5121-0-8



9 789943 512108